

# infosalute 2



Servizio Sanitario  
del Trentino



Provincia Autonoma di Trento  
Assessorato alla Salute  
e Politiche sociali

## **Modelli di competenze a confronto Quale profilo professionale per il medico coordinatore di RSA nella provincia di Trento**

Francesca Damonte





infosalute 2



**Modelli di competenze a confronto.  
Quale profilo professionale per il  
medico coordinatore di RSA nella  
provincia di Trento**

FRANCESCA DAMONTE

Edizioni  
Provincia Autonoma di Trento  
Assessorato alla salute e politiche sociali

Trento, 2009

## infosalute 02

Modelli di competenze a confronto. Quale profilo professionale per il medico coordinatore di RSA nella provincia di Trento

FRANCESCA DAMONTE

Assessorato alla Salute e politiche sociali  
Servizio Economia e programmazione sanitaria  
Ufficio Programmazione, valutazione e controllo dell'attività sanitaria  
Via Gilli,4 - 38121 Trento  
tel. 0461 494044 - fax 0461 494073  
comunicazione.salute@provincia.tn.it  
www.trentinosalute.net

© copyright Giunta della Provincia Autonoma di Trento. 2009  
L'utilizzo del materiale pubblicato è consentito con citazione obbligatoria della fonte

# Presentazione

L'intervento oggetto della presente pubblicazione trova la propria natura nell'evoluzione che ha caratterizzato il sistema sanitario trentino impegnato, dalla fine degli anni novanta, nella trasformazione delle "case di riposo" in residenze sanitarie assistenziali (R.S.A.).

Tali strutture socio sanitarie costituiscono, in termini organizzativi ed assistenziali, realtà molto complesse. Infatti, in esse intervengono istituzioni diverse, ruoli gestionali e professionalità eterogenee (ruoli sanitari, tecnici, amministrativi) con un obiettivo comune: l'assistenza agli ospiti sempre meno autosufficienti.

La priorità dell'integrazione e della qualificazione dell'assistenza sanitaria in tali strutture hanno portato la Provincia autonoma di Trento, con l'anno 2004, a definire le competenze del medico in R.S.A. e quindi ad investire nella sua formazione, con l'obiettivo di sviluppare sia capacità di coordinamento con particolare riferimento agli aspetti igienico sanitari, alla gestione dei farmaci e all'assistenza sanitaria agli ospiti, sia competenze per la diagnosi e cura di anziani portatori di pluripatologie.

In particolare, il valore aggiunto della formazione che viene erogata ai medici di tali strutture è costituito dal saper assistere globalmente, con una visione olistica, l'anziano istituzionalizzato nonché affrontare, in maniera sistematica in tutti i risvolti, la direzione della R.S.A, accedendo alle migliori pratiche organizzative e favorendo il confronto con colleghi ed esperti del settore nelle diverse discipline. La formazione in parte rappresenta quindi un investimento fondamentale per la qualificazione assistenziale nelle strutture socio sanitarie di rilievo per l'assistenza all'anziano.

La dottoressa Francesca Damonte, nell'ambito del suo percorso universitario specialistico, ha avanzato utili proposte e suggerimenti per una più efficace valorizzazione delle competenze mediche nelle strutture sanitarie assistenziali.

Con la pubblicazione del suo lavoro di ricerca si intende stimolare interesse e collaborazioni, con l'obiettivo di costruire le competenze professionali all'interno dei diversi profili in attività nell'ambito socio sanitario e coerenti percorsi formativi idonei e qualificanti per il sistema medesimo.

**Ugo Rossi**

*Assessore provinciale  
alla salute e politiche sociali*





# Indice

Introduzione .....	11
Capitolo 1. Il modello delle competenze come quadro teorico di riferimento per i profili professionali	
Introduzione .....	15
“Knowledge society” e “knowledge workers” .....	16
Le competenze: definizioni ed ambiguità .....	18
Una panoramica sul modello “competency-based” .....	22
I modelli di competenza: il filone psicologico e il filone strategico .....	26
Le competenze nella gestione delle risorse umane .....	31
Conclusioni .....	36
Capitolo 2. Il setting di analisi: le residenze sanitarie assistenziali	
Introduzione .....	39
Le Residenze Sanitarie Assistenziali: prime definizioni e aspetti normativi .....	41
Le RSA a livello regionale e nel contesto sanitario della Provincia Autonoma di Trento .....	44
Ruolo, funzioni e servizi delle Residenze Sanitarie Assistenziali .....	49
Le attività del personale operante nelle Residenze Sanitarie Assistenziali .....	53
Conclusioni .....	57
Capitolo 3. Il caso di studio: la professione del medico coordinatore di RSA	
Introduzione .....	59
La professione del medico tra ieri e oggi. ....	60
Il medico di RSA: funzioni e responsabilità .....	66
I processi di coordinamento nelle RSA tra interdipendenza e leadership. ....	75
Il profilo ideale del medico coordinatore di RSA .....	83
Alle radici del problema: quale formazione per il medico coordinatore? .....	89
Conclusioni .....	95

## Capitolo 4. Premesse e indagini antecedenti al lavoro di ricerca

Introduzione . . . . .	97
Premesse generali alla ricerca su campo . . . . .	98
Distinguere il medico clinico dal medico coordinatore . . . . .	102
Due profili professionali diversi . . . . .	108
Il medico clinico: prima fase . . . . .	108
Il medico clinico: seconda fase . . . . .	109
Il medico clinico: terza fase . . . . .	111
Il medico coordinatore: prima fase . . . . .	112
Il medico coordinatore: seconda fase . . . . .	113
Il medico coordinatore: terza fase . . . . .	114
Conclusioni . . . . .	115

## Capitolo 5. Il profilo del medico coordinatore tra ambiti di competenza e sfere di autonomia professionale

Introduzione . . . . .	117
Scelte metodologiche . . . . .	119
I contesti di analisi: la Civica di Trento e il Gruppo Spes . . . . .	122
Le problematiche emerse in sede di intervista . . . . .	131
La collocazione del medico coordinatore nell'organigramma . . . . .	132
La terminologia: medico coordinatore o Dirigente medico? . . . . .	135
L'ingresso del medico coordinatore in RSA . . . . .	138
Attività e competenze distintive del medico coordinatore . . . . .	139
I rapporti professionali del medico coordinatore tra sovrapposizioni e integrazioni . . . . .	144
Le ragioni del contrasto tra medici coordinatori e dirigenza amministrativa . . . . .	148
Le aspettative di riconoscimento del profilo professionale del medico coordinatore . . . . .	154
Una proposta di revisione delle direttive provinciali . . . . .	157
Conclusioni . . . . .	164
Considerazioni finali . . . . .	167
Appendice . . . . .	169
Allegato n. 1 - Elenco delle Residenze Sanitarie Assistenziali presenti sul territorio della Provincia Autonoma di Trento nel 2003 e suddivise per comprensori . . . . .	169
Allegato n. 2 - Elenco delle Aziende pubbliche di servizi alla persona (Apsp) presenti nella Provincia Autonoma di Trento nel 2007 . . . . .	171
Allegato n. 3 - Ripartizione delle aree di insegnamento per anno, previste nella Scuola di Specializzazione in Geriatria dell'Università degli Studi di Verona . . . . .	174

Allegato n. 4 – Questionario di autovalutazione dei partecipanti alla prima edizione del “Corso per medici coordinatori di RSA” . . . . .	176
Allegato n. 5 – Programma della prima edizione del corso di formazione per medici coordinatori di RSA . . . . .	178
Allegato n. 6 – Programma della giornata di studio “Quale formazione per il medico coordinatore di RSA? . . . . .	181
Allegato n. 7 – Aree formative con relativi contenuti didattici . . . . .	183
Allegato n. 8 – Tracce di intervista per medici coordinatori, per collaboratori e/o subordinati e per direttori e/o responsabili amministrativi . . . . .	186
Allegato n. 9 – Programma del “Progetto di alta formazione per Presidenti e Direttori di Apsp” . . . . .	193
Riferimenti bibliografici . . . . .	196
Sitografia. . . . .	203



# Introduzione

Il lavoro di ricerca al centro di questa tesi nasce da un'esperienza di stage, svolta presso l'Ufficio Formazione e Sviluppo delle Risorse Umane della Provincia Autonoma di Trento, che mi ha visto impegnata nell'analisi di alcuni profili professionali di stampo sanitario, con particolare accento sugli interventi di formazione ad essi indirizzati. All'interno di questo progetto ha suscitato la mia attenzione la questione del profilo professionale del medico coordinatore di RSA, un profilo ambiguo e non ancora definito in maniera univoca, ragion per cui ho deciso di analizzarlo più approfonditamente fino a farlo diventare oggetto di studio della mia tesi di laurea. Quello del profilo del medico coordinatore è un argomento finora poco esplorato in letteratura, dove sono presenti solo pochi contributi rintracciabili prevalentemente in riviste di settore, opuscoli informativi e materiali didattici. Per questo motivo mi è parso importante sviluppare una riflessione legata non solo agli esiti empirici dell'attività di ricerca, ma finalizzata anche a contestualizzare la questione nell'ambito di un più ampio frame teorico.

Il filo rosso di questo lavoro si sviluppa attorno alla possibilità di formalizzare il profilo professionale del medico coordinatore di RSA<sup>1</sup>, una figura ibrida tra quella del Dirigente medico e quella del medico clinico, a cui manca un riconoscimento sia professionale che formale. Questa figura può infatti contare solo su una definizione delle attività che è legittimata a svolgere nei contesti delle RSA, attività che nella provincia di Trento vengono disciplinate da un'apposita direttiva provinciale in materia. A mio avviso il profilo del medico coordinatore può essere formalizzato solamente se si comprende la sua dotazione di competenze peculiari nell'ambito dirigenziale e, quindi, osservando il "suo essere in azione" si è cercato di sottolineare quelle che sono le sue competenze distintive e le sue capacità esclusive. Il medico coordinatore, ovviamente, dispone di competenze cliniche proprie della sua professione di medico, ma si contraddistingue per una serie di competenze a livello organizzativo-manageriale che gli permettono di elevarsi rispetto alla tradizionale figura di medico clinico, avvicinandosi così a quella di Dirigente medico.

---

<sup>1</sup> RSA è l'acronimo di Residenze Sanitarie Assistenziali.

Questo lavoro di tesi è suddiviso in cinque capitoli, di cui i primi tre inquadrano la ricerca dal punto di vista delle competenze, del contesto della RSA e del profilo ideale del medico coordinatore, mentre gli ultimi due presentano sia i risultati ottenuti in studi precedenti, sia il lavoro di ricerca svolto sul campo con le relative proposte avanzate.

Il primo capitolo traccia il quadro teorico di riferimento che si incardina nel dibattito della gestione delle risorse umane e che va sotto il nome di “modello delle competenze”. Di fatto la progettazione del sistema delle competenze professionali, in un dato ambito lavorativo, rende possibile definire la mappa dei profili professionali che sono cruciali per il funzionamento della realtà in cui sono inseriti. Dopo aver spiegato i recenti mutamenti avvenuti nel mercato del lavoro nell’ottica di una maggiore rilevanza del “saper essere” sul “saper fare”, verrà definito il concetto di competenza nelle sue varie sfaccettature per, poi, approdare alla specificazione del modello basato sulle competenze nelle sue teorizzazioni più note. Per completare questa panoramica verranno messi a confronto i due filoni teorici principali su cui è strutturato il modello delle competenze, il filone psicologico e quello strategico, per proporre delle contestualizzazioni relativamente al nostro caso di studio. Infine, si mostrerà come l’adozione di questo modello “competency-based” possa costituire un utile strumento di gestione delle risorse umane e sia quindi pienamente sfruttabile per la costruzione del profilo del medico coordinatore di RSA.

Nel secondo capitolo verrà descritto il contesto di analisi, ovvero quello delle RSA (Residenze sanitarie assistenziali), con particolare riferimento alle trasformazioni che si sono succedute nel tempo e che hanno portato all’attuale passaggio dalle Residenze sanitarie assistenziali alle Aziende pubbliche di servizi alla persona. Oltre ai cambiamenti istituzionali, si sono considerate anche le normative, sia nazionali che regionali, inerenti ai parametri socio-assistenziali e sanitari delle RSA, evidenziando le peculiarità tipiche delle strutture residenziali presenti all’interno della Provincia Autonoma di Trento. A seguito di questo percorso normativo, ci si è concentrati sulla definizione delle principali finalità, servizi e tipologie di utenza delle realtà istituzionali delle RSA, configurandole come delle reti sanitario-assistenziali di stampo “partecipato”. Questo passaggio è assolutamente fondamentale per comprendere il contesto operativo che fa da sfondo alle attività e alle mansioni svolte dalle figure professionali coinvolte nell’erogazione dei servizi assistenziali e terapeutici, come i medici clinici o gli infermieri, nonché di organizzazione e di gestione della struttura residenziale, come i medici coordinatori o i Direttori amministrativi.

Il terzo capitolo traccia la cornice teorica generale nell’ambito della quale è stata sviluppata la ricerca sul campo. In prima istanza verrà presentato, seppur a grandi linee, il ruolo svolto dal medico sia nel passato che nella moderna knowledge society, facendo perno su una visione multi professionale del lavoro, piuttosto che su una di carattere medico-centrico. Si passerà poi a descrivere le principali

funzioni ed attività svolte dal medico clinico nella RSA, inserendo tale figura in un discorso più ampio e centrato essenzialmente sulla formazione riservatagli. La presentazione dei processi di coordinamento tipici dei contesti residenziali, nelle loro interconnessioni con le nozioni di leadership e di interdipendenza, ci servirà per introdurre l'area specifica in cui il medico coordinatore si trova ad operare: quella del coordinamento delle attività sanitarie e della loro gestione. Si tratta, insomma, di un figura dotata di un surplus di competenze organizzativo-manageriali che lo accostano ad una figura di stampo dirigenziale, indi per cui è necessario tracciare le sue specifiche aree di intervento non solo nell'area clinica, ma soprattutto in quella organizzativa. Al fine di intensificare le sue competenze cliniche già acquisite nel ciclo di studi universitario e allo scopo di sviluppare ulteriormente quelle tipiche dell'ambito manageriale, sono stati creati degli appositi corsi di formazione, di cui si presenteranno gli obiettivi di fondo e le offerte formative realizzate.

Il quarto capitolo getta le premesse generali allo studio esplorativo, fornendo il quadro di riferimento per quanto concerne le ricerche e gli studi realizzati antecedentemente al presente lavoro di tesi. Se risulta infatti indispensabile individuare le distinzioni tra il profilo del medico clinico e quello del medico coordinatore, è utile anche presentare gli studi già svolti in precedenza: il primo fa riferimento ai risultati di alcuni focus group condotti nell'ambito di una giornata di studio presso la Scuola di Formazione Specifica in Medicina Generale e concernenti l'elaborazione di un set di competenze esclusive da assegnare al medico coordinatore, mentre il secondo prende in esame le interviste di ruolo realizzate per distinguere il profilo professionale del medico clinico da quello del medico coordinatore. Fare il punto della situazione di dove si è arrivati finora è assolutamente necessario per integrare la nostra argomentazione con nuovi contributi ed interpretazioni.

Il quinto e ultimo capitolo presenta la ricerca in cui sono stata direttamente coinvolta. In esso si definiscono le scelte metodologiche effettuate, all'interno di un quadro di matrice qualitativa dove si è scelto di adottare lo strumento di rilevazione dell'intervista semi-strutturata applicandola ad un campione di "osservatori privilegiati". Le interviste realizzate hanno fatto emergere delle considerazioni sulla percezione della posizione del medico coordinatore nell'organigramma, sulla conformità (o meno) tra le attività svolte dal medico coordinatore e le attività attribuitegli nelle direttive provinciali, sulla tipologia di competenze acquisite e infine sui rapporti professionali intessuti con gli altri membri del personale. La direzione nella quale ci si rivolge è quella della revisione della direttiva provinciale che disciplina le attività del medico coordinatore, nell'ottica di legittimare formalmente e professionalmente la sua figura in un apposito profilo di Dirigente medico. Partendo da questi presupposti, sarà possibile riconoscere i suoi specifici ambiti di competenza anche dal punto di vista organizzativo-manageriale, all'interno di un contesto in cui si cercheranno di ridefinire i rapporti professionali del medico coordinatore relativamente anche agli altri membri del personale. Rispetto a questa

questione verrà infine sviluppata una proposta formativa valutata come essenziale per poter procedere al riconoscimento ufficiale del profilo del medico coordinatore di RSA.

Pertanto, il contributo che si cercherà di dare tramite questo lavoro di ricerca è quello che riguarda il tentativo di specificare le aree di competenza del medico coordinatore di RSA, relativamente anche alle altre figure professionali. Ciò avverrà grazie ad una serie di puntualizzazioni e di suggerimenti rivolti alla direttiva provinciale che definisce le attività generali del medico coordinatore, il tutto in una prospettiva che mira al riconoscimento del suo profilo sia dal punto di vista dell'inquadramento professionale nel ruolo di Dirigente medico, sia da quello della definizione del suo rapporto di lavoro.



# Capitolo 1

## Il modello delle competenze come quadro teorico di riferimento per i profili professionali

### Introduzione

Siamo soliti definire le competenze come le capacità delle persone di utilizzare risorse proprie ed organizzative per attivare dei comportamenti che consentano loro di affrontare con successo la varietà e la complessità delle situazioni di lavoro. Nella nostra società ad elevata intensità di conoscenza, l'applicazione di modelli competency-based<sup>1</sup> ai sistemi di gestione delle risorse umane diventa un aspetto vitale per ciascuna realtà istituzionale non tanto per la focalizzazione sulle prestazioni dei singoli lavoratori, quanto piuttosto per il tentativo di individuare, mantenere e sviluppare quello che le persone sanno, quello che sanno fare e come lo sanno fare. Parlare di centralità delle risorse umane significa considerare anche la rilevanza delle competenze necessarie al raggiungimento dei risultati attesi, promuovendo la crescita del patrimonio intellettuale e professionale di tali risorse umane. Ed è proprio in questa logica che si incardina la necessità di progettare nuovi sistemi professionali che considerino le competenze come gli attributi esclusivi dei profili professionali, in modo tale da integrare efficacemente l'esperienza individuale di lavoro con quella più globale di appartenenza all'organizzazione.

Il presente capitolo fornisce, pertanto, la strumentazione teorica necessaria per comprendere il processo tramite cui viene creato un profilo professionale a partire da un set di competenze che sono ritenute distintive per quel determinato profilo. Nel nostro caso di indagine il profilo da costruire sarà quello del medico coordinatore di Residenze Sanitarie Assistenziali<sup>2</sup> che è una figura poco formalizzata e che viene spesso erroneamente associata a quella del medico clinico di RSA. Questa cornice teorica rappresenta la base di partenza sulla quale verrà sviluppato, nei capitoli successivi, l'argomento di ricerca concernente la possibilità di creare e, di conseguenza, formalizzare il profilo del medico coordinatore di RSA. Per realizzare

---

<sup>1</sup> Gli approcci basati sui modelli di competenza vengono utilizzati per allineare le competenze delle risorse umane con quelle necessarie al raggiungimento degli obiettivi aziendali.

<sup>2</sup> All'analisi del contesto delle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) verrà dedicato in toto il prossimo capitolo.

ciò verranno sondate le sue competenze peculiari e verranno individuati i risvolti che un tale profilo riconosciuto ed istituzionalizzato potrà avere sull'organizzazione dell'assistenza sanitaria nel suo complesso. A questi interrogativi si cercherà di dare risposta nel corso delle varie tappe della ricerca, ma l'obiettivo cardine di questo primo capitolo sta nel di fornire ai lettori gli strumenti teorico-interpretativi indispensabili per inquadrare la prospettiva di indagine adottata. È solo partendo da un'analisi delle competenze messe in campo dai medici coordinatori nelle varie situazioni di lavoro che si è potuti arrivare a proporre un contributo personale sulla questione del mancato riconoscimento formale della figura del medico coordinatore di RSA.

### *“Knowledge society” e “knowledge workers”*

La creazione di un apposito profilo di competenze destinato al medico coordinatore di RSA è stata inserita in un discorso più generale in cui, dapprima, si sono evidenziati i tratti caratteristici che contraddistinguono la moderna società della conoscenza e, poi, si sono descritte le svariate sfaccettature del concetto di competenza all'interno di un quadro condiviso di *Human Resource Management (Hrm)*.<sup>3</sup> Introducendo brevemente le premesse sui modelli di competenza possiamo dire che la globalizzazione, la flessibilità del mercato del lavoro, l'uso (e l'abuso) delle ICT<sup>4</sup> sono alcuni tra gli elementi che caratterizzano la società in cui viviamo, una società che sempre più spesso viene definita “società della conoscenza e dell'informazione”<sup>5</sup>. Ciò significa che, nel mutato scenario globale, la risorsa che costituisce il vantaggio competitivo non è più quella basata sul lavoro, sul capitale finanziario oppure sulle risorse naturali, ma piuttosto quella che va sotto il nome di “capitale umano e intellettuale”<sup>6</sup>. La conseguenza più immediata di questo processo di transizione dal capitale fisico all'human capital è quella che risponde all'esigenza di formare delle persone con elevate qualifiche, fornendo loro quelle competenze professionali specifiche ed assolutamente indispensabili per rapportarsi in una società dai confini ormai quasi planetari. Ciò si verifica anche alla luce delle principali trasformazioni avvenute, in questi ultimi anni, nel mercato del lavoro che danno importanza alla circolazione del sapere, inteso come

---

<sup>3</sup> L'acronimo Hrm si riferisce alle pratiche di gestione delle risorse umane.

<sup>4</sup> Acronimo che sta per “*Information and Communication Technology*”.

<sup>5</sup> Per una definizione più accurata del termine “*knowledge society*” si rimanda al testo di Vespasiano Francesco (2005) - *La società della conoscenza come metafora per lo sviluppo*, Milano: Franco Angeli.

<sup>6</sup> A differenza del capitale fisico che è costituito da prodotti materiali utilizzabili per la produzione di altri beni materiali, il capitale umano si basa su una serie di facoltà umane come, ad esempio, le conoscenze, le competenze e le capacità tecniche. Nella moderna *knowledge society* le conoscenze teoriche e quelle pratiche, il networking e il bagaglio di competenze del singolo soggetto contano di più rispetto ai capitali fisici, ai beni finanziari e a quelli tecnologici e rappresentano la fonte del loro valore aggiunto.

motore della formazione dell'individuo, non solo rispetto alla sfera produttiva, ma soprattutto nei confronti della sua crescita personale. Il lavoratore odierno deve quindi essere in grado di mettersi costantemente in gioco in mercati del lavoro sempre più mobili, flessibili e precari.

Parallelamente ai mutamenti avvenuti nel mercato del lavoro, si modificano anche le caratteristiche che vengono richieste ai "nuovi" lavoratori: infatti, a questi ultimi, non vengono semplicemente chieste delle conoscenze teoriche generali (il cosiddetto "sapere") o delle competenze pratiche specialistiche (cioè il "saper fare"), ma anche una serie di abilità connesse alla sfera del "saper essere" che includono la propensione alla formazione e all'aggiornamento continuo, la capacità di cogliere i segnali del cambiamento mettendo in atto opportune strategie di *problem solving*, la flessibilità rispetto ai nuovi stimoli e il rapido adeguamento a circostanze lavorative sempre più variegate<sup>7</sup>. Si tratta di un "saper essere" che è proprio anche della figura del medico coordinatore di RSA che, al di là delle competenze specialistiche inerenti alla sfera medico-clinica, deve sapersi dotare di una serie di competenze manageriali riscontrabili in tratti della personalità come l'intraprendenza, la flessibilità e l'inclinazione per il lavoro ad obiettivi. Ed è proprio questo "saper essere" a rivelare la necessità di operare una distinzione tra la tradizionale figura del medico clinico e quella più recente del medico coordinatore, consentendo così a quest'ultimo di riconoscersi in un profilo professionale a metà tra la figura del medico clinico e quella del Dirigente medico.

Non è facile legittimare le ragioni che ci conducono alla necessità di distinguere il profilo del medico clinico da quello del medico coordinatore, in quanto su di esse influiscono una serie di fattori politico-istituzionali che agiscono, spesso, su un altro livello rispetto ai ragionamenti di tipo sociologico. Si tenterà, comunque, di sondare questo terreno cercando di individuare una serie di competenze che possano dirsi distintive per il profilo del medico coordinatore, in modo tale da riconoscerlo sulla base di questa sua peculiare dotazione. Per procedere in questa direzione sarà necessario approfondire il discorso sulle competenze, motivo per cui si forniranno opportuni spunti e riflessioni per argomentare l'ipotesi di ricerca sostenuta. Risulta, pertanto, fondamentale delineare con cura e dovizia di particolari la tematica delle competenze, presentandone le problematiche emergenti e i principali filoni di studio senza tralasciare di mettere in luce la prospettiva più generale di *Human Resource Management*.

---

<sup>7</sup> Brevemente possiamo spiegare cosa si intende per sapere, saper fare e saper essere. Il "sapere" è traducibile nel possesso di conoscenze teoriche situate, ma comunque soggette a continui aggiornamenti tramite i sistemi di formazione e di apprendimento. Il "saper fare" è equivalente all'insieme delle abilità tecniche e manuali che si apprendono tramite l'esperienza pratica: esso rimanda alla nozione di "conoscenza tacita" per cui "si impara facendo" grazie ad un sapere di natura prettamente esperienziale. Infine, il "saper essere" si riferisce alle capacità comunicative e relazionali che costituiscono il trampolino di lancio per sviluppare ampi *network* sociali.

## Le competenze: definizioni ed ambiguità

L'impiego del termine "competenza" nella riflessione sul "sapere situato" e sul "saper fare" rappresenta uno tra gli oggetti principe del dibattito sulla gestione delle risorse umane di questo ultimo decennio. Esso consiste in un concetto dai contorni sfumati che, non a caso, viene utilizzato per esprimere la difficile transizione dal fordismo al post-fordismo e la conseguente crisi delle tradizionali categorie impiegate per inquadrare il lavoro e i relativi profili professionali all'interno degli assetti economico-produttivi e, più in generale, in ciascuna realtà organizzativa. Di fronte a questo mutamento culturale, ma anche economico, le organizzazioni puntano sempre più a diventare delle "learning organizations", cioè dei veri e propri sistemi cognitivi volti a definire le conoscenze, a strutturare le competenze e a tessere specifici iter comportamentali dei soggetti desiderosi di apprendimento<sup>8</sup>. In questo senso, la gestione del capitale umano costituisce l'obiettivo strategico (e dunque critico) che ogni assetto istituzionale deve perseguire tramite l'assunzione di apposite figure professionali dedite a queste funzioni di gestione. Ad esempio, nel nostro caso di ricerca, il profilo del medico coordinatore di RSA assume tra le sue funzioni basilari anche quella di coordinare le attività del personale, promuovendo una gestione delle risorse umane di stampo collaborativo e funzionale<sup>9</sup>.

Veniamo ora ad affrontare più nello specifico la questione delle competenze, indicando alcune possibili definizioni e sollevando degli spunti di riflessione per il dibattito inerente ai profili professionali. Se sul versante operativo la nozione di competenza è stata rapidamente sistematizzata, essa assume invece un significato piuttosto ambiguo sia quando viene utilizzata al plurale come equivalente di svariate "capacità di azione" attivate dagli individui in determinati contesti, sia quando viene impiegata al singolare per indicare una capacità generale ed astratta di interpretare le varie situazioni implementandone delle soluzioni efficaci. Si può facilmente affermare che questo termine assume un significato specifico solo nel momento in cui viene collocato all'interno di un particolare filone di analisi e ciò richiede, di volta in volta, un'operazione di progressiva ridefinizione dei confini semantici. Pertanto, non ci si deve meravigliare se tra gli studiosi emergono numerose divergenze in merito alle varie definizioni ed interpretazioni del concetto di competenza.

---

<sup>8</sup> Nel passaggio da un'economia industriale ad un'economia basata sui servizi, le aziende si trasformano in "organizzazioni orientate all'apprendimento" e diventano learning organizations. Ciò sottolinea il fatto che nelle organizzazioni si realizza la diffusione capillare ed uniforme sia dell'apprendimento che della consapevolezza della sua cruciale importanza per le sorti dell'impresa stessa. Per un esame più attento di questa questione si consulti il libro di Nonaka Ikujiro e Takeuchi Hirotaka (1997) - The knowledge creating company. Creare le dinamiche dell'innovazione, Milano: Guerini e Associati.

<sup>9</sup> La gestione delle risorse umane costituisce una sfera di contesa professionale tra medici coordinatori e Direttori Amministrativi, per il cui approfondimento si rimanda al quinto capitolo.

Intuitivamente la nozione di competenza risulta essere molto chiara ed evidente: infatti tutti noi sappiamo a che cosa ci riferiamo quando qualificiamo una persona come competente. Solitamente al termine competenza associamo affermazioni di questo genere: “ciò che permette di realizzare una prestazione eccellente”, “ciò che permette di dominare, e quindi superare, un problema anche in situazioni avverse”, “ciò che rende possibile l’applicazione delle conoscenze alla pratica”, “ciò che distingue l’individuo esperto dall’apprendista” e via dicendo. Se consultiamo invece un qualsiasi dizionario italiano possiamo notare che la parola “competenza” può assumere due accezioni prevalenti nel linguaggio comune: la prima è di natura giuridica e concerne il trattare con autorità una determinata questione di affari, mentre la seconda è di natura professionale e si riferisce alla padronanza nel condurre delle attività specializzate in un particolare settore. L’uso che si è fatto del termine competenza sia nel mondo della formazione che in quello del mercato del lavoro risente molto di queste accezioni, portando così a due risvolti rilevanti: in prima istanza si richiede il riconoscimento formale della padronanza di competenze specifiche all’interno di un determinato ambito di lavoro (“qualifica”), mentre in secondo luogo questo riconoscimento formale costituisce la base legittima per valorizzare la carriera professionale del lavoratore (“inquadramento contrattuale”)<sup>10</sup>.

Ma prima di addentrarci nel cuore del concetto di competenza, è opportuno anticipare alcuni cenni storici che ci permettono di mettere a fuoco alcune delle sue articolazioni di fondo. Il concetto di competenza è stato formulato inizialmente da David McClelland, un Professore di psicologia dell’Università di Harvard, sulla base di alcuni studi condotti durante gli anni Sessanta nei quali contestava apertamente la validità dei tradizionali test d’intelligenza e dei test attitudinali nel predire i comportamenti individuali<sup>11</sup>. Egli proponeva infatti l’impiego di modelli basati sulle competenze come metodologia più efficace nella predizione del successo delle attività lavorative, in virtù del fatto che le competenze non derivano necessariamente dall’intelligenza degli individui, ma piuttosto da un *“sistema di schemi cognitivi e di comportamenti operativi causalmente correlati al successo sul lavoro”*<sup>12</sup>. Ma questa rappresenta solo una delle prime definizioni dove si cerca di delineare la nozione di competenza.

---

<sup>10</sup> Niccoli Mario e Martellotti Guido (1997) - Nuovo Dizionario Enciclopedico Sansoni, Firenze: Casa Editrice Le Lettere, pag. 428.

<sup>11</sup> Mentre i metodi tradizionali si concentravano sull’analisi degli elementi della mansione, i modelli competency-based si occupano di studiare le persone che lavorano efficacemente, definendo la mansione nei termini di quei comportamenti maggiormente performanti. Si veda: McClelland David (1973) - *Testing for Competence rather than for Intelligence*. In: *American Psychologist*, n. 28, pp. 1- 40.

<sup>12</sup> McClelland David (1974) - *Testing for Competence rather than for Intelligence*. In: *American Psychologist*, n. 29, pag. 59, cit.

Di fatto non si può parlare di competenza senza partire dalla sua definizione più ripresa e più citata in letteratura che costituisce, in un certo senso, un punto di partenza irrinunciabile per il nostro discorso. Essa, proposta inizialmente da Klemp nel 1980<sup>13</sup> e ripresa poi da Boyatzis nel 1982<sup>14</sup>, ha trovato nel *“Competence at Work”* di Lyle e Signe Spencer<sup>15</sup> una sua formulazione più compiuta. I coniugi Spencer si sono infatti occupati di rielaborare la nozione di competenza nella direzione di una sua maggiore operazionalizzazione, rendendola uno strumento ancora più preciso e alla portata di un utilizzo organizzativo-gestionale. La loro definizione si struttura essenzialmente in due parti: la prima parte individua specificatamente cosa si intende per competenza e cioè *“una caratteristica intrinseca di un individuo causalmente collegata ad una performance eccellente in una mansione”*<sup>16</sup>, mentre la seconda elenca i suoi elementi costitutivi, per cui essa *“si compone di motivazioni, di tratti, di immagini di sé, di ruoli sociali, di conoscenze e di abilità”*<sup>17</sup>. Un aspetto interessante è che se questa definizione viene condivisa (almeno apparentemente) dalla maggior parte degli studiosi, visto il numero delle citazioni e delle riprese successive, non riscontra invece una visione altrettanto unitaria rispetto alle argomentazioni implicite che essa comporta. Per questa ragione si cercherà, nei paragrafi successivi, di far emergere le contraddizioni presenti all’interno della nozione di competenza allo scopo di individuare alcune possibili ipotesi di soluzione<sup>18</sup>.

Una prima questione aperta è quella che concerne la definizione della competenza nei termini di una *“caratteristica intrinseca”* e cioè come una componente integrante, stabile ed idiosincratica della personalità di ogni singolo individuo. Di fronte a questo carattere innato della competenza emerge una domanda spontanea: se è vero che la competenza fa parte di un patrimonio strettamente legato alla personalità

---

<sup>13</sup> Si contano (all’incirca) più di centosessanta differenti definizioni del termine “competenza”. La definizione “madre” è quella elaborata da Klemp nel 1980, il quale la descrive nei seguenti termini

*“ la competenza sta alla base di una buona prestazione, assicura il controllo di una situazione problematica e permette di applicare efficacemente la conoscenza pratica”*. Per maggiori approfondimenti si veda il testo di Klemp George (1980) - *The assessment of occupational competence*. In: *Report to the National Institute of Education*, Washington D.C: Mc Ber, pp. 25-31.

<sup>14</sup> Nel 1982 Boyatzis elabora una nuova definizione di competenza che è contenuta nella sua opera *“The competent manager”*. Egli la descrive come *“una caratteristica intrinseca di un individuo causalmente collegata ad una performance eccellente in una mansione”*. Questa definizione verrà ripresa ed opportunamente ampliata circa un decennio dopo da Lyle Spencer e Signe Spencer.

<sup>15</sup> Spencer Lyle e Spencer Signe (1993) - *Competence at work*, New York: Wiley Interscience.

<sup>16</sup> *“An underlying characteristic of an individual, which is causally related to effective or superior performance in a job which could be motiv, trait, aspect of one’s self image, social role or a body of knowledge which he or she uses”*. La presente definizione si ritrova nell’opera di Boyatzis Richard (1982) - *The competent manager: a model for effective performance*, New York: Wiley Interscience.

<sup>17</sup> Spencer Lyle e Spencer Signe (2003) - *Competenza nel lavoro. Modelli per una performance superiore*, 6 ed. Milano: Franco Angeli, pag. 30, cit.

<sup>18</sup> Per un esame più attento sulle tre questioni derivanti dalle incongruenze circa il significato di competenza, si rimanda al manuale di Levati William e Saraò Maria (1998) - *Il modello delle competenze. Un contributo originale per la definizione di un nuovo approccio all’individuo e all’organizzazione nella gestione e nello sviluppo delle risorse umane*, Milano: Franco Angeli, pp. 15-38.

individuale, come può quest'ultima svilupparsi ulteriormente e migliorarsi? Questa contraddizione fa capo ad una mancanza di chiarezza terminologica e concettuale tra il termine "competenza" e il termine "capacità"<sup>19</sup>. Da questa sovrapposizione terminologica emerge che l'elemento stabile legato intrinsecamente all'individuo è quello della capacità che, brevemente, può essere descritta come quell'insieme di attitudini personali che consentono di realizzare con successo una determinata prestazione lavorativa. Comunque, la competenza rappresenta qualcosa in più della capacità e, di fatto, non può essere identificata solamente nell'espressione attitudinale, in quanto comporta un'ulteriore possibilità di sviluppo riferita alle sue due componenti integranti note come conoscenze ed esperienze finalizzate. Il dilemma di partenza viene quindi risolto caratterizzando la competenza come un elemento composto da tre fattori: da un lato le capacità che ne conferiscono il carattere di stabilità e dall'altro le conoscenze e le esperienze che sono all'origine delle possibilità di sviluppo e di miglioramento della competenza stessa.

Un secondo punto di discussione riguarda il "*rapporto causale*" che si instaura tra la competenza e la performance. La definizione di Spencer e Spencer rimanda ad uno schema in cui è facile dedurre la causa dall'effetto e questo presuppone una netta distinzione tra la *performance* e il fattore causale, cioè la competenza. Ma ciò che frequentemente avviene è la sovrapposizione dei concetti di *performance* e di competenza, ambedue descritti in termini di comportamenti, fatto che rende alquanto complesso comprendere tra quali elementi si stabilisca effettivamente il nesso causale. Questa confusione è dovuta anche al fatto che non c'è univocità sul termine competenza che viene alternativamente definito o come un insieme di modelli comportamentali o come un tratto della personalità dell'individuo. Ma è bene chiarire fin da subito che la competenza appartiene alla dimensione psicologica e non a quella comportamentale: ricordiamo infatti che la competenza si esprime *tramite* i comportamenti e non nei comportamenti. A differenza della competenza, la *performance* si colloca in una dimensione puramente comportamentale in quanto si articola in una serie di comportamenti attraverso i quali l'individuo può perseguire gli obiettivi conformi al suo ruolo. Messi in chiaro questi dubbi, possiamo affermare che la *performance*, intesa come l'insieme dei comportamenti attesi, costituisce il punto di partenza per definire la nozione di competenza: il nesso causale viene dunque stabilito collegando questi comportamenti attesi ai fattori che ne rendono possibile l'attuazione, ovvero tutti gli elementi costitutivi della competenza.

Il terzo e ultimo argomento di dibattito riguarda la "*specificità della mansione*" in cui la stessa competenza si manifesta. Dato che la competenza rimanda ad una *performance* non ordinaria che si distingue per elevati indici sia di pertinenza che

---

<sup>19</sup> Questa confusione può essere dovuta anche al fatto che nella letteratura anglo-americana i termini "*competence*" e "*competency*" non sono dei sinonimi, ma sono intesi il primo come equivalente di competenza ed il secondo come sinonimo di capacità.

di efficacia, è bene delimitare il suo specifico ambito di attuazione: quello delle mansioni svolte al lavoro. Il problema nasce dal fatto che, se da un lato, ci si chiede se sia effettivamente possibile definire un elenco di competenze che siano valide per ogni realtà organizzativa e per ciascuna attività lavorativa, dall'altro, si considera come caratteristica peculiare della competenza proprio la sua indipendenza rispetto alle singole situazioni in cui essa si esprime. Questo nodo teorico viene sciolto ribaltando le precedenti posizioni interpretative: l'elemento a-specifico della competenza diventa quello legato alla mansione in quanto circoscrive conoscenze, esperienze e capacità ad essa interconnesse, mentre l'elemento specifico diviene quello collegato all'aspetto di natura culturale. Si può così dedurre che non esiste una competenza distintiva per ciascuna situazione, dal momento che la specificità si manifesta nella cultura aziendale piuttosto che nella singola mansione.

Se questa prima parte della definizione di competenza ha suscitato notevoli difficoltà interpretative, la seconda parte (inerente alla sua configurazione specifica) dà adito a minori problemi. Nel paragrafo successivo ci concentreremo, pertanto, sulla presentazione dei fattori costitutivi della competenza, all'interno di un quadro coerente in cui si farà accenno anche alle loro influenze reciproche.

### *Una panoramica sul modello "competency-based"*

La descrizione degli elementi caratterizzanti la nozione di competenza (motivazioni, tratti, immagini di sé, ruoli sociali, conoscenze e abilità) rappresenta un punto di partenza assolutamente indispensabile per comprendere a pieno il concetto di competenza e per mettere in luce tutte le componenti necessarie alla creazione di un profilo professionale in cui una nuova figura lavorativa possa riconoscersi nella sua interezza e complessità di fattori in gioco. È per questa ragione che per ciascuno di questi concetti teorici si è dedicata un'accurata spiegazione grazie alla quale è stato possibile esplicitare meglio tutte le componenti caratterizzanti il modello di competenza. Vediamoli qui di seguito.

La motivazione si configura come la spinta interiore che guida ed attiva il comportamento di una persona verso il raggiungimento di un determinato obiettivo. Si tratta dell'elemento propulsore che permette di trasformare un insieme di capacità, esperienze e conoscenze in competenze applicate e finalizzate<sup>20</sup>. Nel presentare il dibattito circa il contrasto tra stabilità e sviluppo della competenza, abbiamo già menzionato i tre fattori che costituiscono la competenza (le conoscenze teoriche, le esperienze finalizzate e le capacità) ed accennato al loro dinamico interagire sia con la motivazione che con il contesto organizzativo. La figura riportata qui di seguito chiarifica visualmente questa articolazione: il fattore contesto e il fattore

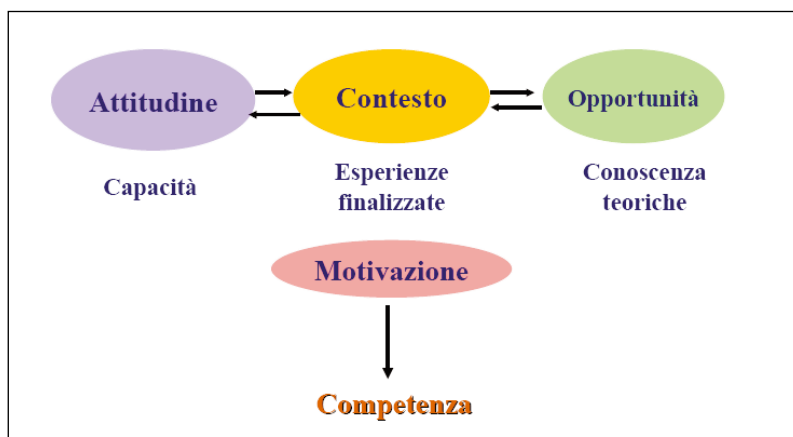
---

<sup>20</sup> Per un ulteriore approfondimento sulla motivazione si consulti l'articolo di McClelland David (1965) - *Towards a theory of motive acquisition*. In: *American Psychologist*, n. 20, pp. 321-333.



motivazione agiscono da catalizzatori nei passaggi cruciali che collegano, da un lato, l'attitudine individuale alle opportunità di sviluppo e, dall'altro, la triade costituita da capacità, conoscenze ed esperienze finalizzate alle competenze individuali.

**Fig. 1.** La competenza (Spencer e Spencer, 1993)



Il tratto si identifica nelle caratteristiche fisiche e nella generale disposizione a reagire in un determinato modo rispetto alle situazioni: un esempio è quello del *self control*<sup>21</sup>. Il tratto è strutturalmente legato all'immagine di sé che, a sua volta, comprende gli atteggiamenti e i valori. L'immagine di sé consiste nella percezione che la persona ha di se stessa sia a livello conscio che a livello inconscio. Essa si sviluppa sulla base dei passati vissuti esperienziali e, nel corso del processo evolutivo, funge da schema di riferimento che ingloba e modifica le esperienze e i comportamenti. La rielaborazione razionale che la persona attua in riferimento alla propria immagine di sé costituisce il "progetto di vita", ovvero l'insieme dei criteri che orientano le scelte e le decisioni dell'individuo. In altre parole, le situazioni possono diventare delle opportunità per la persona se sono coerenti e conformi rispetto alla propria immagine di sé. Questa è la ragione per cui situazioni che sono oggettivamente identiche per tutti non si trasformano necessariamente in opportunità per tutti: esse lo diventano solamente se l'individuo investe quelle energie sufficienti a trasformarle in eventi significativi per sé stesso<sup>22</sup>.

Nel rapporto che si instaura tra la collettività e la personalità viene a svilupparsi

<sup>21</sup> Ajello Anna Maria (2002) - La competenza, Bologna: Il Mulino, pag. 35.

<sup>22</sup> Per una panoramica sommaria sui concetti di "immagine di sé" e di "progetto di vita" si consulti il manuale di Sarchielli Guido (2003) - Psicologia del lavoro, Bologna: Il Mulino, pp. 320-325.

il concetto di ruolo sociale, del quale si possono dare due tipologie di definizioni. Se nella prospettiva psico-sociale il ruolo è inteso come l'insieme dei comportamenti che una persona attiva per soddisfare, oltre alle proprie attese, anche quelle dei suoi interlocutori, nella prospettiva strutturale-organizzativa il ruolo viene concepito come il risultato dell'intersezione degli aspetti organizzativi finalizzati alla definizione dal ruolo stesso. Più ruoli si strutturano in un preciso "sistema di ruoli", all'interno del quale ciascuno di essi acquista una propria identità in quanto compatibile e complementare rispetto agli altri ruoli<sup>23</sup>.

Le conoscenze fanno riferimento a quel sapere professionale fatto di principi, metodi e tecniche, oltre alla cultura in generale e al sapere organizzativo entro cui si realizza l'attività lavorativa<sup>24</sup>. Le conoscenze si distinguono dalle abilità (o *skills*) in quanto queste ultime fanno perno sulle attitudini e sulle capacità innate (o acquisite) nello svolgere differenti mansioni in modo finalizzato, organizzato e razionale grazie all'esperienza. Tra le *skills* si possono distinguere le abilità cognitive come, ad esempio, il pensiero analitico che consiste nella capacità di elaborare conoscenze, di stabilire relazioni causa-effetto e di organizzare informazioni, e il pensiero concettuale che mira a riconoscere specifici schemi nozionistici in un insieme di informazioni<sup>25</sup>.

Secondo Spencer e Spencer questi fattori si collocano su diversi piani della nozione di competenza: alcuni sono più visibili, mentre altri lo sono meno. Per questa ragione, i due studiosi hanno denominato il loro modello di competenza ad "*iceberg*". Come è chiaramente visibile dalla figura sottostante, le conoscenze teoriche e le *skills* pratiche, unite ai tratti di natura fisica, rappresentano la parte emersa dell'*iceberg*-competenza e pertanto sono direttamente osservabili oltre che facilmente misurabili. All'opposto, le immagini di sé, i tratti personali, i valori e le motivazioni si presentano come dei fattori invisibili, dal momento che si celano nell'intimo della persona.

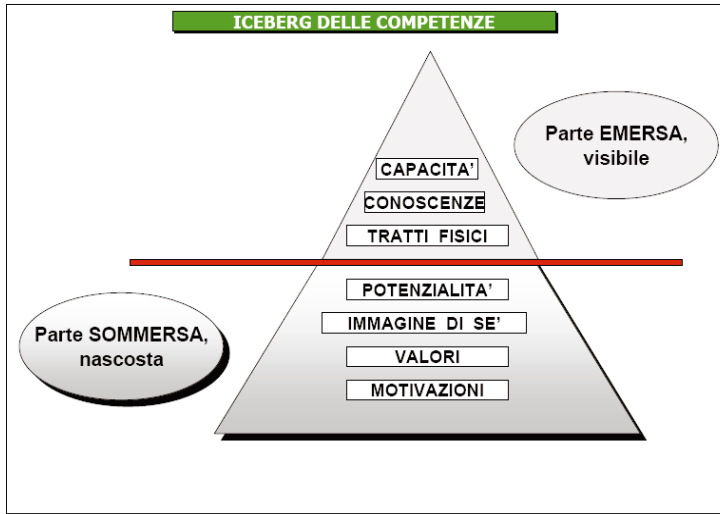
---

<sup>23</sup> Bagnasco Arnaldo et al. (2007) - Corso di sociologia, 3 ed. Bologna: il Mulino, pag. 67.

<sup>24</sup> Auteri Enrico (2004) - Management delle risorse umane. Fondamenti professionali, 4 ed. Milano: Guerini e Associati, pp. 57-58.

<sup>25</sup> L'impiego del termine "skill" al posto di quello di abilità è divenuto di uso comune per indicare il medesimo concetto.

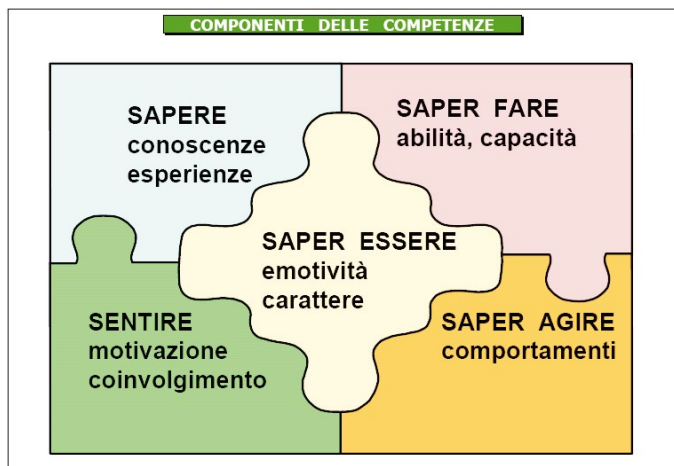
**Fig. 2.** Il modello di competenza ad “iceberg” (Spencer e Spencer, 1995)



Da queste considerazioni deriva che le competenze, intese come le conoscenze teoriche e le *skills*, si identificano nelle caratteristiche personali direttamente visibili, tendenzialmente superficiali e quindi relativamente facili da sviluppare ed ampliare tramite il sistema della formazione professionale. Le competenze del tipo motivazione e immagine di sé si riferiscono, invece, alla dimensione più profonda della personalità umana e, di conseguenza, sono più difficili sia da valutare che da sviluppare. Il modello di competenza ad “iceberg” intende quindi suggerirci che non è possibile insegnare nella stessa misura tutte le competenze, visto che gli aspetti di natura psico-personale sono particolarmente influenti nel determinare il successo della prestazione lavorativa<sup>26</sup>. Per sostenere questa conclusione teorica possiamo riprendere la distinzione tra sapere, saper fare e saper essere: prendendo a riferimento lo schema illustrato nella figura successiva, si può notare come l’area del “sentire” e quella del “saper essere” rimandino alla parte sommersa dell’iceberg-competenza e rispecchino direttamente le motivazioni, l’immagine di sé ed i tratti personali. Similmente, le aree riferite al “sapere”, al “saper fare” e al “saper agire” sono riconducibili alla parte visibile dell’iceberg-competenza, identificandosi nelle conoscenze teoriche, nelle abilità e nei comportamenti. È importante sottolineare il fatto che l’area del “saper essere” pervade il tutto, a conferma di una competenza mai oggettiva o definibile a priori per tutti.

<sup>26</sup> Spencer Lyle e Spencer Signe (2003) - *Competenza nel lavoro: modelli per una performance superiore*, 3 ed. Milano: Franco Angeli Editore, pp. 30-34.

**Fig. 3.** Elementi costitutivi della competenza (Negrelli, 2003)



*I modelli di competenza: il filone psicologico e il filone strategico*

Dopo aver fornito un inquadramento generale sul concetto di competenza, elencandone ambiguità e problemi interpretativi, si passerà ad individuare gli ambiti di applicazione e i filoni teorici su cui essa si incardina. L'impiego del termine competenza è rintracciabile in diversi ambiti professionali e disciplinari, di cui possiamo esemplificare quelli maggiormente rilevanti. Nei sistemi formativi, l'adozione di approcci per competenze serve a trasformare la didattica basata sull'insegnamento in una didattica mirante all'apprendimento, sulla base di una serie di indicatori di *performance* e di personalità. I modelli di competenza vengono applicati in maniera diffusa anche nelle realtà organizzative ed, in modo particolare, nel passaggio dalla gestione aziendalista del personale alle pratiche di sviluppo delle risorse umane, con il conseguente spostamento dell'attenzione dalla mansione alla *performance*. Similmente, nel settore della consulenza organizzativa si adottano gli approcci basati sulle competenze al fine di allineare le risorse umane alle potenzialità di cambiamento dell'organizzazione: in tal modo è possibile solidificare il legame tra l'apprendimento individuale e l'apprendimento collettivo<sup>27</sup>. I modelli *competency-based* si sono applicati anche nel nostro caso di studio: sulla base, infatti, di una serie di competenze reputate come distintive e peculiari per la figura del medico coordinatore di RSA, si sono sviluppate delle ipotesi finalizzate alla costruzione di

<sup>27</sup> Ajello Anna Maria (2002) - *La competenza*, Bologna: Il Mulino, pag. 28-31.

uno specifico profilo professionale in cui il medico in questione possa finalmente riconoscersi. Ciò legittima l'importanza e il considerevole spazio che viene dato alla tematica delle competenze in questo lavoro di ricerca.

In questo paragrafo ci concentreremo su alcune correnti teoriche che stanno alla base dello sviluppo dei modelli competency-based, in particolare, nel mondo del lavoro e nell'ambito del pensiero manageriale, pur sempre presentandone i legami con il nostro caso di ricerca. Verranno presi in considerazione tre filoni principali, di cui i primi due si sono affermati in Italia come punti di riferimento per alcune importanti società di consulenza, mentre il terzo si è consolidato come settore di ricerca prevalentemente nel contesto francese. I tre filoni concettuali su cui ci soffermeremo sono i seguenti:

- ▶ il modello individuale delle competenze elaborato da McClelland (1971), Boyatzis (1982), Spencer e Spencer (1993). Si tratta di un filone di matrice psicologica che si concentra sulle attitudini personali, sulle capacità operative e sui comportamenti organizzativi, rimandando ad una definizione di competenza intesa in modo individuale. Il *focus* dell'analisi è posto sui comportamenti messi in atto nelle organizzazioni da parte dei *best performer*, in vista del raggiungimento di efficaci risultati nelle varie prestazioni lavorative.
- ▶ il modello delle competenze distintive (*o core competences*) sviluppato da Prahalad e Hamel (1990), incentrato sul concetto di competenza organizzativa. Esso costituisce un filone di matrice razionale-strategica che si basa sull'individuazione delle competenze cruciali necessarie a sviluppare il *business* aziendale e, al contempo, sui fattori critici di successo sia attuali che prospettici.
- ▶ il modello delle competenze intese come elementi del sistema distribuito del sapere e della rete di attori. Questo terzo filone si pone in una visione intermedia tra quella sistemica e quella individuale, proponendo una nozione di competenza legata ad un sapere di natura prettamente operativa. A questo modello si riserverà, tuttavia, una minore attenzione dovuta alla sua congenita difficoltà di affermare un impianto metodologico condiviso<sup>28</sup>.

Partiamo con l'analisi del primo modello di competenza, quello di matrice individuale. Il dibattito sulle competenze ha preso piede negli Stati Uniti all'inizio degli anni Settanta relativamente all'ambito della psicologia dell'organizzazione. Uno tra gli esponenti di maggior spicco di questa corrente psicologica è proprio David McClelland che, nei primi anni Settanta, ha introdotto il termine di competenza nella letteratura delle risorse umane. Con la collaborazione di Lyle Spencer, presi-

---

<sup>28</sup> Il riferimento a questi tre filoni teorici è contenuto nel manuale di Anna Maria Ajello (2002) - *La competenza*, Bologna: Il Mulino, pp. 28-47. Questo contributo è stato integrato con quello fornito da Grisolia Andreina e Manzolini Luigi (2000) - *Dalle competenze alle professioni aziendali*. In: *Creare valore con le risorse umane. La forza dei nuovi paradigmi nella direzione del personale*, Milano:Guerini e Associati, pp.25-42.

dente della Società di Consulenza McBer di Boston, e di Signe Spencer, McClelland si è impegnato nell'affinare l'analisi del rapporto tra *performance* e competenze. I risultati di tali ricerche hanno confermato che a fare la differenza non sono tanto i quozienti intellettivi, le conoscenze teoriche o gli *skills* specialistici, quanto piuttosto i tratti della personalità, le immagini di sé e le motivazioni caratterizzanti il corredo personale di ciascun individuo. Negli anni successivi, questa mole di ricerca empirica si è combinata con l'attività di consulenza condotta dal gruppo Hay che vantava di una vastissima esperienza internazionale riguardo alla valutazione delle prestazioni. Il gruppo Hay ha allora fornito le basi metodologiche che hanno permesso ai modelli di competenza di individuare, misurare e sviluppare i comportamenti funzionali al raggiungimento degli obiettivi, valutando le prestazioni che ne derivavano<sup>29</sup>.

Se è stato possibile definire dei criteri volti a misurare gli indici di *performance* delle prestazioni lavorative, è risultato altresì fattibile sviluppare dei metodi di misurazione delle competenze. La procedura che ha permesso di misurare le competenze si è basata su una serie di rilevazioni delle *best performance*, strutturate in maniera tale da individuare degli elenchi di competenze individuali che fanno da standard di riferimento per i ruoli professionali<sup>30</sup>. A tal proposito, Richard Boyatzis ha evidenziato la possibilità di raggruppare le competenze degli individui sulla base di alcuni criteri standard. Nella sua formulazione più aggiornata, presentata proprio in Italia nel 2000, ha suggerito di raggruppare in tre *cluster* (capacità cognitive, capacità relazionali e capacità di autogestione) le ventuno competenze che si sono reputate di valenza universale<sup>31</sup>. La tab.1. ci mostra le competenze suddivise per relativo gruppo di inquadramento.

---

<sup>29</sup> Il metodo Hay viene applicato in riferimento a tre ambiti: il contesto organizzativo in cui si svolge la *performance*, gli obiettivi specifici assegnati a ciascun ruolo (o posizione) ed infine i comportamenti che determinano l'efficacia della prestazione stessa. Il metodo Hay verrà ripreso ed utilizzato nella prima parte del capitolo quarto.

<sup>30</sup> Longo Brunella (2004) - *Il metodo delle competenze. Una prospettiva per le biblioteche e i servizi di informazione e documentazione*. In: *Biblioteche oggi*, pp. 1.8. Nel nostro caso di studio non si applicheranno criteri di misurazione alle competenze, in quanto l'obiettivo cardine della ricerca sta nel formalizzare una serie di competenze distintive del profilo del medico coordinatore, senza compiere alcuna valutazione di merito.

<sup>31</sup> Boyatzis Richard (2000) - *Sistemi di competenze come sentieri di sviluppo individuale e orientamento delle energie organizzative*. Presentazione al convegno AIF "Il senso dell'apprendere. Motivazioni, responsabilità, spazi di crescita nelle organizzazioni", Milano: Università Cattolica del Sacro Cuore.

**Tab. 1.** Le ventuno competenze universali (Boyatzis, 2000)

<b>Capacità cognitive</b>	<b>Abilità nelle relazioni</b>	<b>Autogestione</b>
Uso dei concetti (pensiero concettuale)	Empatia	Orientamento al risultato
Pensiero analitico/sistemico	Obiettività sociale (sensibilità culturale)	Pianificazione
Riconoscimento di schemi	Influenza sugli altri	Spirito di iniziativa
Analisi quantitativa	Costruzione di legami	Attenzione ai dettagli
Uso della tecnologia	Gestione dei conflitti	Autocontrollo
Comunicazione scritta	Leadership e lavoro di gruppo	Flessibilità
	Sviluppo degli altri	Fiducia in se stessi/ Autostima
	Comunicazione orale	

Fonte: Boyatzis, 2000

Condividendo l'impianto teorico di questa prima corrente, una fase del nostro lavoro di ricerca consisterà proprio nel selezionare quelle competenze chiave attivate nelle pratiche di lavoro da parte dei medici coordinatori di RSA. Il tentativo è quello di individuare dei gruppi di inquadramento per le competenze che, a seguito delle interviste effettuate, si sono ritenute maggiormente distintive per il profilo del medico coordinatore di RSA. Ecco perché ci si è orientati verso la scelta di questo filone teorico, preferendolo a quelli successivi.

Il secondo modello di competenze è quello che va sotto il nome di "approccio strategico". Si tratta di un filone in uso tipicamente nei contesti aziendali che mirano alla competitività come fattore di successo. È vero che i recenti processi di managerializzazione, a cui sono state soggette le Residenze Sanitarie Assistenziali nel corso di questo ultimo decennio, hanno determinato un crescente investimento sulle figure volte a garantire l'efficiente funzionamento della realtà organizzativa in questione, ma vi è una sostanziale differenza rispetto ai contesti puramente aziendali. Infatti, mentre le imprese mirano a potenziare le competenze delle loro risorse umane per una ragione che tende essenzialmente al perseguimento del profitto, nelle strutture residenziali l'investimento sulle competenze viene attuato per un'altra ragione di fondo, la quale concerne il miglioramento del benessere psico-fisico degli ospiti e della qualità dell'assistenza erogata. Per realizzare questi obiettivi si è investito sull'aggiornamento e sul potenziamento delle competenze del personale operante nelle RSA in un'ottica non competitiva ma collaborativa, promuovendo così il benessere degli assistiti.

L'argomentazione di fondo del filone strategico è basata sul presupposto per cui le imprese possono raggiungere e mantenere il vantaggio competitivo solamente se sono in grado di individuare una combinazione di correnti tecnologiche e di capacità produttive tale da massimizzare l'efficienza e la produttività dell'impresa stessa. Le imprese sono allora considerate alla stregua di veri e propri "portafogli di competenze", ossia come dei pool di conoscenze accumulate e selezionate nel tempo tramite i processi di apprendimento. Queste competenze possono essere incorporate nelle tecnologie possedute dall'impresa, nel repertorio delle pratiche organizzative oppure nel personale stesso, riflettendo in questo modo la continua ristrutturazione del sistema di apprendimento organizzativo<sup>32</sup>. Ma come si arriva al successo competitivo? Per raggiungerlo bisogna intraprendere un percorso focalizzato sull'individuazione e sul successivo investimento in quelle competenze organizzative che sono da considerarsi strategiche per le sorti dell'impresa stessa. Queste competenze distintive sono definite da Prahalad e da Hamel come delle "*core competence*" e cioè come "*un insieme di processi di business strategicamente interpretati*"<sup>33</sup>. In altre parole, il concetto di *core competence* indica quello che l'impresa sa fare meglio rispetto ai propri concorrenti, motivo per cui la competenza strategica deve presentarsi come un elemento raro, inimitabile e difficilmente sostituibile.

Procediamo ora con il presentare l'ultimo filone, ovvero quello delle competenze intese come gli *output* dei sistemi distribuiti del sapere e della rete di attori. Tale approccio si sviluppa come una riflessione critica nei confronti dei moderni sistemi gestionali ed informativi nelle organizzazioni, i quali hanno sconvolto i contenuti del lavoro e hanno introdotto nuovi sistemi di trasformazione dei saperi operativi in rappresentazioni simboliche<sup>34</sup>. In particolare, gli studi di questo filone mettono in rilievo il fatto che *l'expertise*, cioè la competenza esperta, non si forma tramite l'acquisizione di una serie di conoscenze statiche, dal momento che deriva da un sistema di conoscenze distribuite in cui sono inseriti i reticoli di attori. In questi reticoli gli oggetti agiscono da depositari del sapere e dei piani di azione, interagendo con gli apparati cognitivi iscritti nelle menti umane e dando così luogo a delle reti ibride composte da manufatti, persone e saperi<sup>35</sup>. Di conseguenza, l'uni-

---

<sup>32</sup> Grisolia Andreina e Manzolini Luigi (2000) - *Dalle competenze alle professioni aziendali*: In: *Creare valore con le risorse umane. La forza dei nuovi paradigmi nella direzione del personale*, Milano: Guerini e Associati, pp. 31-32

<sup>33</sup> "*Una competenza è definita strategica [...] nel senso che è determinante per il raggiungimento di posizioni di vantaggio competitivo. La competenza distintiva è quel quid che rende l'azienda riconoscibile sul mercato e che crea identità professionale al suo interno*". Prahalad Coimbatore e Hamel Gary (1990) - *The core competence of Corporation*. In: *Harvard Business Review*, pag. 31 cit.

<sup>34</sup> Camuffo Arnaldo (2002) - *Modelli per la gestione delle risorse umane basata sulle competenze*, In: *La competenza*, Ajello Anna Maria (curatore), Bologna: il Mulino, pp. 139-143

<sup>35</sup> Il ruolo di intermediazione svolto dagli artefatti, sia nelle organizzazioni che nelle interazioni sociali, è evidente nella corrente dell'Actor Network Theory (Ant), i cui principali esponenti sono Bruno Latour e Michel Callon. Questi due studiosi hanno sostenuto l'importanza delle relazioni sociali intese come delle entità eterogenee che possono essere prolungate attraverso l'introduzione di elementi tecnici non-umani.



tà di indagine non è più quella del singolo individuo, ma quella delle modalità tramite cui l'attività cognitiva si distribuisce tra le persone e tra le persone e gli artefatti. In questo senso avviene una vera e propria de-gerarchizzazione dei saperi che porta ad una continua negoziazione dei diversi ambiti di competenza e dei differenti profili professionali. Ciò è evidente anche nel nostro caso di studio, in cui le pratiche lavorative dei medici coordinatori si plasmano e si rapportano costantemente alle nuove strumentazioni, siano esse i moderni mini-palmari o i più comuni personal computer.

A conclusione di questa panoramica generale sui tre filoni di competenza, possiamo affermare che il *deficit* di questi approcci sta nella mancanza di un'integrazione teorica che consenta di instaurare un rapporto dialettico tra il momento individuale e il momento organizzativo della conoscenza. A nostro avviso, la dicotomia tra individuo e organizzazione può essere superata abbandonando l'approccio "strumentale" della gestione delle risorse umane per abbracciare quello *competency-based*, il quale può rappresentare un potente strumento di miglioramento del potenziale applicativo sia nelle attività di *human resource management* che nei processi di apprendimento organizzativo. Saranno proprio i profili professionali e i ruoli aziendali a costituire le nuove fonti di identità e di riconoscimento professionale, permettendo così di coniugare l'esperienza di lavoro individuale con quella di appartenenza all'organizzazione<sup>36</sup>.

Preso atto di quest'enfasi sui profili professionali, si è deciso di agire nel tentativo di promuovere il riconoscimento formale della figura del medico coordinatore di RSA, al fine di delimitare i suoi ambiti di competenza e di ridurre i possibili conflitti con le altre figure professionali. Quello della legittimazione del profilo del medico coordinatore è un argomento che si incardina pienamente nella gestione delle risorse umane e che ci permette di ridefinire i rapporti del personale all'interno della Rsa, ragion per cui il prossimo paragrafo si concentrerà sull'evidenziare l'impiego dei modelli *competency-based* all'interno delle pratiche di *human resource management*.

### *Le competenze nella gestione delle risorse umane*

Le organizzazioni dell'odierna *knowledge society* vengono sempre maggiormente costruite e modellate in riferimento alle persone. Si punta sempre meno sulle mansioni per focalizzare l'attenzione sul "ruolo organizzativo", inteso come quell'insieme di contributi potenziali che vengono richiesti al lavoratore rispetto al contesto in cui è inserito<sup>37</sup>. Il ruolo rappresenta un aspetto cruciale nella gestione delle risorse

---

<sup>36</sup> Boccalari Renato (1995) - *Il management delle competenze*. In: *Sviluppo e Organizzazione*, n. 152, pp 113-115

<sup>37</sup> Nel precedente paragrafo abbiamo visto che il ruolo funge da elemento di giunzione tra i processi organizzativi e le persone con il loro patrimonio di competenze

umane: infatti è dalle competenze esercitate nei ruoli che si definiscono i profili professionali delle persone, così come è dai processi organizzativi che vengono individuate le competenze di ruolo, all'interno di un percorso circolare che dà spazio a processi, ruoli e persone. In questo paragrafo ci soffermeremo su quelle attività di gestione delle risorse umane basate sulle competenze e, più nello specifico, si cercherà di fornire una panoramica sommaria sul processo di costruzione del modello di competenza. Tale modello consiste in una tecnica frequentemente impiegata, sia dai gestori delle risorse umane che dai vertici aziendali, per tradurre le sfide aziendali in una serie di comportamenti e di competenze da richiedere al personale lavorativo. Le competenze devono infatti riflettere un insieme di comportamenti, di capacità e di skills che sono cruciali per determinare il successo dell'organizzazione. Nel nostro caso di studio non si parlerà tanto di competenze intese come dei mezzi utili al raggiungimento di posizioni di competitività da parte delle realtà organizzative e dei singoli professionisti, quanto piuttosto di strumenti necessari alla definizione di un profilo professionale nuovo e riconosciuto a livello normativo-istituzionale: quello del medico coordinatore di RSA. Per realizzare questo obiettivo si prenderà spunto dalle principali fasi su cui si struttura il modello *competency-based*, che abbiamo riportato nei punti elencati qui di seguito<sup>38</sup>.

La prima fase concerne la definizione delle competenze distintive richieste dall'organizzazione. Si tratta del momento in cui il *panel* di esperti<sup>39</sup>, composto prevalentemente da gestori delle risorse umane e da consulenti aziendali, si occupa di tradurre gli obiettivi organizzativi in un portafoglio di competenze che i lavoratori devono possedere per garantire all'azienda il raggiungimento degli obiettivi previsti. Nella seconda fase avviene la rilevazione e la mappatura delle competenze, per cui vengono definite quelle competenze che rispondono più adeguatamente ai ruoli aziendali. Per precisare tali competenze è necessario raccogliere degli esempi di comportamenti concreti e ciò avviene tramite una serie di interviste sugli episodi comportamentali (*Behaviour Event Interview*) che forniscono delle descrizioni molto accurate sui comportamenti professionali messi in atto in situazioni specifiche<sup>40</sup>. La terza fase è quella della diagnosi, nella quale si ottiene una fotografia attendibile del livello di competenze possedute dai lavoratori, operando così un confronto

---

<sup>38</sup> Si consulti il manuale di Carretta Antonio et al. (1992) - *Dalle risorse umane alle competenze. Metodi, strumenti e casi in Europa per una gestione e sviluppo delle risorse umane basata su un modello comune di competenze*, Milano: Franco Angeli, pp. 33-36

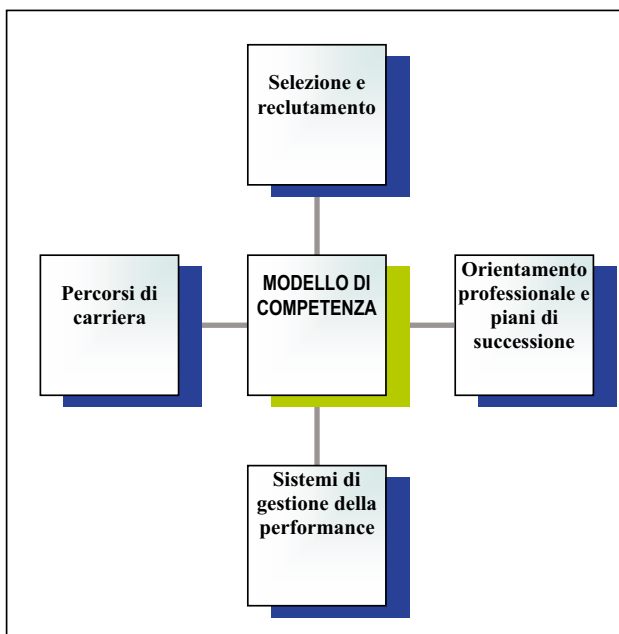
<sup>39</sup> Per "panel di esperti" si intende un gruppo rappresentativo di persone competenti in materia: in questo caso competenti nell'ambito della gestione delle risorse umane

<sup>40</sup> Anche nel nostro caso di studio si è partiti dall'analisi dei comportamenti e delle attività messi in campo dai medici coordinatori nei contesti lavorativi, per giungere alla definizione di un *set* di competenze peculiari da assegnare al profilo oggetto di indagine

con il livello atteso e condividendo con i diretti interessati i *gap* da colmare per garantire all'azienda competenze adeguate agli obiettivi prefissati. L'ultima fase concerne le attività di potenziamento delle competenze che sono risultate carenti nella precedente fase di diagnosi e, attraverso un processo di verifica dell'efficacia degli interventi formativi attuati, si valuta la possibilità di riproporre l'intero ciclo delle competenze.

Nei paragrafi successivi analizzeremo come queste fasi vengono applicate nella pratica, in particolare soffermandoci sugli ambiti cardine su cui si snoda la gestione delle risorse umane. Tali ambiti sono raggruppabili in quattro sistemi generali che possono essere considerati i sottoprodotti del sistema generale di pianificazione delle risorse umane, il quale costituisce lo strumento principale attraverso cui ciascuna organizzazione cerca di allineare il personale ai propri obiettivi strategici. È vero che noi adotteremo il modello *competency-based* solo nel tentativo di costruire il profilo professionale del medico coordinatore di RSA ma è anche importante sottolineare che questo modello può essere ampiamente utilizzato ed esportato in svariati ambiti della gestione delle risorse umane, come vediamo esemplificato nella fig. 4<sup>41</sup>.

**Fig. 4.** La gestione delle risorse umane basata sul modello della competenza (Carretta, 1992)



<sup>41</sup> Per un esame più esauritivo di questi argomenti di discussione si consulti il manuale di Auteri Enrico (2004) - Management delle risorse umane. Fondamenti professionali, 4 ed. Milano: Guerini e Associati, pp. 135.152

Il primo sistema che intendiamo presentare è il sistema di selezione e reclutamento. Esso è principalmente finalizzato a scegliere le persone più qualificate per ricoprire un posto vacante, attingendo dal mercato del lavoro esterno (tramite la selezione e l'orientamento professionale) oppure dal mercato del lavoro interno (attraverso nuovi incarichi o promozioni). I metodi di selezione basati sulla competenza si fondano sul presupposto per cui "maggiore è la corrispondenza tra i requisiti della mansione e le competenze della persona, maggiore sarà anche il suo rendimento"<sup>42</sup>. Prima di selezionare una persona è fondamentale decidere a priori quali competenze essa debba possedere. Tradizionalmente questa operazione veniva svolta dalla *job analysis* grazie alla quale si potevano studiare in dettaglio i contenuti della posizione lavorativa e si potevano verificare le caratteristiche personali necessarie a rivestire quel ruolo<sup>43</sup>. Il punto debole della *job analysis* consisteva nel fatto che la relazione ipotizzata tra i requisiti della mansione e le qualità personali necessarie ad assolverli era il risultato delle convinzioni personali dei valutatori piuttosto che di dati verificati oggettivamente. A fronte di questi difetti, la selezione basata sulle competenze si è dotata di un metodo che non guarda tanto al contenuto della posizione quanto piuttosto alla *performance* della posizione stessa.

Le tappe di questo sistema di selezione sono riassumibili nel seguente percorso. La prima fase concerne la creazione di un modello di competenza richiesto dalla mansione. Il modello permette di definire i livelli di competenza necessari a rivestire un determinato ruolo che, a sua volta, può predire la *performance* minima accettabile. La seconda fase si concentra sulla selezione dei metodi di valutazione più appropriati, tenendo conto sia dell'efficacia che della facilità della loro applicazione. Le tecniche di selezione possono basarsi su interviste, su test, su *assessment centre*, su notizie biografiche e su valutazioni esterne. Le interviste sugli episodi comportamentali costituiscono un ottimo strumento psicometrico per valutare le competenze individuali. A supporto delle interviste, è possibile utilizzare un'ampia gamma di test psicologici, tra cui i test della capacità cognitiva e i questionari sulla personalità. Anche le esercitazioni e le simulazioni pratiche appaiono essere molto utili per i processi di selezione: si tratta di esercizi progettati per simulare, nel modo più simile alla realtà, situazioni di lavoro specifiche per determinate posizioni. Le esercitazioni di questo tipo vengono frequentemente impiegate, unitamente alle interviste e ai test, nei processi di selezione noti come "*assessment centre*", nei quali i candidati suddivisi in gruppi vengono sottoposti a svariate

---

<sup>42</sup> Caldwell Dennis e O'Reilly Charles (1990) - *Measuring person-job fit with a profile comparison process*. In: *Journal of Applied Psychology*, n. 71, pp.648, *cit.*

<sup>43</sup> La *job analysis* permette di raccogliere le informazioni sui comportamenti osservabili all'interno di una posizione lavorativa (il "job"), con l'obiettivo di produrre una *job description* (o una *job specification*). L'*output* di una *job analysis* è costituito da un elenco di *tasks* che si identificano in quelle attività e compiti richiesti al lavoratore per rivestire una specifico ruolo organizzativo

prove pratiche. Più semplicemente, anche le notizie biografiche sulle precedenti esperienze lavorative dei candidati e gli stessi *curriculum vitae* possono essere analizzati per formulare delle ipotesi attendibili sulle competenze possedute dai lavoratori. Nella terza e ultima fase, un *panel* di esperti valuta le competenze dei candidati, con l'obiettivo di stabilire la corrispondenza (o meno) tra i requisiti della mansione e le competenze della persona stessa.

Seguendo la stessa impostazione verrà sinteticamente illustrata l'applicazione del modello di competenza al sistema dei piani di successione. Tale sistema è finalizzato a selezionare i dipendenti in grado di ricoprire le posizioni chiave eventualmente scoperte, valutando la misura in cui i dipendenti collocati nelle posizioni intermedie possiedono le competenze necessarie per rivestire con successo le posizioni finali. Vediamo di elencare i principali passaggi che consentono di sviluppare i piani di successione basati sulle competenze. Il primo passaggio consiste nell'individuazione delle posizioni chiave presenti nella struttura organizzativa. Da ciò deriva la definizione delle posizioni critiche per il raggiungimento del successo organizzativo, a fianco delle relative posizioni intermedie. Il secondo passaggio è concentrato sulla selezione dei metodi di misurazione più appropriati per valutare il personale nelle posizioni cruciali ed intermedie. In un ultimo passaggio, i titolari di ruolo vengono valutati sulla base sia delle competenze richieste dal ruolo attuale che su quelle necessarie a ricoprire i ruoli futuri. Solitamente i lavoratori dipendenti vengono classificati in tre gruppi: quelli idonei alla promozione, quelli non idonei alla promozione e infine quelli non idonei per nessuna mansione e quindi soggetti al licenziamento. Se non si dispone di candidati interni idonei, l'unica alternativa è quella di assumere nuovo personale dall'esterno.

Veniamo ora a presentare brevemente il sistema di gestione della *performance* basato sul modello di competenza. Fino a pochi anni fa, i sistemi di gestione della *performance* puntavano sul "che cosa" deve fare ed ottenere il titolare del ruolo: l'accento era posto essenzialmente sui compensi in termini quantitativi o qualitativi dei risultati raggiunti. Oggi le organizzazioni risultano invece essere maggiormente orientate ai processi di valutazione delle competenze e cioè sul "come" della *performance*. Si può allora affermare che l'approccio della competenza conduce ad un nuovo modo di gestire la *performance*, che viene considerata alla stregua di un insieme di competenze impiegate dal lavoratore per svolgere efficacemente i suoi compiti nella mansione.

Per quanto concerne i percorsi di carriera basati sulla competenza possiamo dire che questi mirano ad identificare una successione di posizioni tale da consentire alle persone di assumere responsabilità crescenti. In questa maniera, si garantiscono all'organizzazione i talenti necessari al raggiungimento del successo aziendale e, di conseguenza, al mantenimento del vantaggio competitivo. Risulta allora assolutamente indispensabile collocare ciascun individuo nella posizione in grado di offrire le migliori opportunità di sviluppo per rivestire le posizioni più ambite.

Ciò che emerge da questa rassegna è che i metodi di competenza applicati ai

sistemi di gestione delle risorse umane si focalizzano sull'identificazione delle caratteristiche personali predittive delle migliori *performance*, senza dare dei pregiudizi di razza, di età, di sesso o di cultura come invece avveniva frequentemente nei modelli tradizionali. L'approccio *competency-based* si configura, dunque, come più oggettivo e più efficace rispetto a certi altri modelli di gestione delle risorse umane e questo è proprio uno dei motivi che ci ha indotto a sceglierlo come strumento teorico di applicazione al nostro caso di studio.

## Conclusioni

In questo capitolo si è presentata la definizione di competenza nei suoi elementi ambigui e nei suoi punti critici, inserendola all'interno dell'odierno contesto *di knowledge society*. Dal concetto di competenza si è passati ad illustrare i filoni emergenti sul dibattito del modello delle competenze, presentando da un lato il filone psicologico che pone accento sulle competenze individuali e dall'altro il filone strategico che si focalizza su quelle competenze cruciali per determinare il successo dell'organizzazione. Dall'integrazione di questi due approcci si è proposto di sviluppare un modello di competenza condiviso ed applicabile alla pianificazione della gestione delle risorse umane nei suoi sistemi costitutivi, noti come selezione, piani di successione, gestione della *performance* e percorsi di carriera. Dopo aver evidenziato l'impiego sempre maggiore dei modelli di competenza nei contesti organizzativi odierni, si concluderà il capitolo presentando, dapprima, alcune direzioni verso cui la tematica delle competenze si svilupperà nei prossimi anni e, poi, una serie di elementi di debolezza del modello stesso.

I futuri orientamenti della ricerca sui modelli di competenza saranno prevalentemente indirizzati verso questi due ambiti di sviluppo:

- ▶ una più approfondita conoscenza della competenza tramite l'elaborazione di una sorta di "tavola periodica" degli elementi della personalità simile a quella elaborata per gli elementi chimici. Gli indicatori comportamentali fungono da "atomi" che costituiscono la più piccola unità di analisi della competenza. Queste ultime corrispondono invece agli "elementi" che sono il risultato della combinazione di più indicatori comportamentali. Ma le competenze non si esauriscono solamente nel *set* degli indicatori comportamentali, in quanto possono presentarsi anche sotto forma di "molecole", ovvero gruppi di competenze. Tali gruppi corrispondono alle "famiglie chimiche" e cioè all'insieme delle competenze che condividono un livello comune: ad esempio, competenze come l'attitudine al comando e la *leadership* compaiono spesso assieme per cui vanno sotto il nome di "competenze manageriali"<sup>44</sup> ;

---

<sup>44</sup> Per questa originale interpretazione della competenza si veda il manuale di Spencer Lyle e Spencer Signe (2003) - *Competenza nel lavoro. Modelli per una performance superiore*, Milano: Franco Angeli, pp. 333-334

- ▶ l'impiego di programmi informatici per creare un data base completo delle risorse umane. Questi programmi informatici verranno perfezionati fino a diventare dei veri e propri "sistemi integrati" di informazione sulle risorse umane: essi permetteranno di determinare i requisiti di competenza per le mansioni, di valutare le competenze dei dipendenti, di decidere i migliori abbinamenti tra la mansione e la persona ed, infine, di offrire un vero e proprio percorso di *training* finalizzato al potenziamento delle competenze.

Abbiamo più volte detto che il modello delle competenze rappresenta un valido strumento per coniugare le esigenze aziendali di gestione con quelle di sviluppo individuale. Ma adottare tale modello significa anche affrontare e risolvere alcuni punti critici, di cui accenniamo quelli più rilevanti<sup>45</sup>. In primis, vi è da sottolineare quanto sia importante, per l'efficacia del sistema complessivo, impostare una corretta metodologia nella costruzione del modello di competenza, scegliendo un tipo di analisi che riesca ad integrare l'approccio *top-down* con quello *bottom-up*<sup>46</sup>. Solo in questo modo l'azienda potrà garantirsi il raggiungimento degli obiettivi strategici confidando in una squadra competente, motivata e pienamente coinvolta nel processo di costruzione del patrimonio intellettuale collettivo. In seconda istanza, bisogna ricordare che il modello basato sulle competenze non può procedere da solo, ma deve necessariamente affiancarsi ai modelli più tradizionali di gestione delle risorse umane. Esso può quindi fare riferimento alle sue finalità esclusive, alle sue articolazioni specifiche, ai suoi attori chiave, ma pur sempre correndo parallelamente agli altri modelli. Tutta questa rassegna sulle competenze, sui filoni principali e sul modello su di esse strutturato, ci servirà non solo da preambolo, ma soprattutto da supporto teorico al nostro caso di indagine. Pertanto, la creazione del profilo professionale del medico coordinatore di RSA si articolerà sulla base di tale modello *competency-based*. Infatti solamente partendo da un'accurata analisi delle competenze, è possibile individuare le singole sfere professionali e gli ambiti di autonomia esclusiva del medico coordinatore, indagando anche i rapporti lavorativi del personale operante nelle strutture residenziali e sollevandone i punti di criticità. Il prossimo capitolo sarà riservato alla presentazione del contesto in cui si svolge la ricerca, in modo tale da mettere in luce le trasformazioni avvenute in questo ultimo decennio nelle Residenze Sanitarie Assistenziali, oltre alle attività del personale ivi impiegato.

<sup>45</sup> Per gli aspetti critici del modello di competenza si consiglia di visionare l'articolo di Campanella Tiziana (2005) - *La validità del modello delle competenze. Punti di forza e criticità del modello*, Eccellere Business Community

<sup>46</sup> Il filone psicologico/individuale pone accento sul riconoscimento del valore delle persone e delle loro possibilità di crescita. Tale approccio si concentra prevalentemente sulle competenze intese in senso stretto, che vengono portate alla luce tramite il processo *bottom-up*, grazie al quale avviene la valutazione delle competenze dei singoli lavoratori. Il filone strategico/sistemico si interessa, invece, alle condizioni di successo dell'impresa e alle sue possibilità di generare un differenziale competitivo. In questo secondo approccio, le competenze vengono definite come delle *core competences* rilevate attraverso un procedimento di tipo *top-down*, che parte dall'individuazione delle competenze strategiche dell'impresa per dedurre le competenze individuali delle risorse umane





# Capitolo 2

## Il setting di analisi: le Residenze Sanitarie Assistenziali

### Introduzione

La crescente domanda assistenziale di questi ultimi decenni ha determinato il proliferare di una serie di servizi alternativi alle classiche strutture ospedaliere, per molti versi inadeguate a soddisfare una richiesta assistenziale sempre più complessa e variegata. In tale contesto stanno assumendo un ruolo di spiccata rilevanza i distretti sanitari, le strutture intermedie e le forme di ospedalità part-time come il *day hospital*<sup>1</sup> e il *day surgery*<sup>2</sup>. Ma i servizi socio-assistenziali non sono limitati a questi casi. Infatti, un altro protagonista che gioca un ruolo chiave all'interno di questo mutevole scenario è quello delle Residenze Sanitarie Assistenziali, strutture che permettono di coniugare i servizi di carattere alberghiero-ricreativo con l'erogazione di attività assistenziali di tipo sia sociale che sanitario. Tali strutture residenziali sono oggi divenute il luogo di cura privilegiato per quegli anziani e quei disabili che non sono direttamente assistibili al proprio domicilio e che richiedono pertanto di un intervento fisico continuo, tecnicamente preparato ed emotivamente coinvolto di cui spesso la rete familiare non è in grado di farsi carico<sup>3</sup>.

Ed è proprio verso queste tematiche che si andrà sviluppando il secondo capitolo di questo lavoro di ricerca, dapprima, indicando l'*iter* normativo che ha segnato la nascita delle RSA sul territorio sia nazionale che regionale e, poi, esplicitando il ruolo, le funzioni e le attività svolte dal personale in esse operante, con particolare accento sulla figura del medico nel suo rapporto con i pazienti e con la sua

---

<sup>1</sup> Il *day hospital* (letteralmente "ospedale giornaliero") rappresenta una modalità di assistenza ospedaliera, in cui il paziente rimane nella struttura solo il tempo necessario per fare una serie di accertamenti, di esami o di terapie della durata di mezza giornata o di un'intera giornata al massimo, al termine della quale il paziente può ritornare al proprio domicilio senza bisogno di occupare un posto letto in ospedale

<sup>2</sup> La *day surgery*, ovvero la "chirurgia in un giorno", consiste in una modalità di ricovero che permette di effettuare terapie chirurgiche per patologie di piccola e media gravità, con degenza breve e dimissione il giorno stesso dell'intervento. Tale modalità di ricovero comporta l'ingresso del paziente al mattino, il trattamento chirurgico e la sua dimissione nelle prime ore del pomeriggio

<sup>3</sup> Ferrario Paolo (2001) - *Politica dei servizi sociali. Strutture, trasformazioni, legislazione*, Roma: Carrocci, pp. 482-484

èquipe di lavoro. Si tenderanno di presentare anche alcuni problemi emergenti nelle Residenze sanitarie assistenziali nell'ambito della loro gestione e organizzazione, ai quali verrà legato l'intervento della figura del medico coordinatore. Quest'ultimo rappresenta una nuova figura professionale che ingloba competenze di natura sia clinica che manageriale<sup>4</sup> e, proprio in virtù di questa sua particolare dotazione, si configura come la persona che può svolgere al meglio attività sia di coordinamento sanitario, sia di gestione delle attività sanitarie nelle strutture residenziali.

Alla presentazione dei punti di forza e di criticità di questo nuovo profilo di Dirigente medico si riserveranno i prossimi capitoli, mentre in questa sede ci focalizzeremo prevalentemente sul contesto di lavoro in cui è inserito ponendo particolare enfasi sulle trasformazioni avvenute nell'assetto organizzativo e gestionale delle RSA. In questi ultimi due decenni si è infatti assistito ad un rinnovamento delle RSA in senso aziendalista che ha portato i vertici dirigenziali ad acquisire nuove forme di responsabilità di natura prettamente gestionale e manageriale. Questo esubero di incarichi e di responsabilità nelle mani della dirigenza amministrativa ha avuto come conseguenza fisiologica quella di delegare alcune funzioni di stampo manageriale a nuove figure professionali, le quali devono saper acquisire una visione poliedrica delle pratiche di lavoro mettendo in campo delle competenze di natura trasversale ai vari ambiti e ai vari settori di intervento. Una di queste figure è proprio quella del medico coordinatore di RSA, un volto pressoché nuovo nel panorama organizzativo delle strutture residenziali e spesso ancora erroneamente associato (o parimenti confuso) con la tradizionale figura di medico clinico.

Solamente se adottiamo una panoramica generale, che ci permette di sottolineare i recenti processi di trasformazione e di evoluzione organizzativa avvenuti nelle Residenze sanitarie assistenziali, possiamo comprendere a pieno la necessità di introdurre queste nuove figure di coordinamento e di gestione organizzativa. Pertanto, si metteranno in evidenza le esigenze impellenti di formalizzare tali figure in profili professionali riconosciuti sia sul versante normativo che istituzionale, come si tenterà di fare nel nostro caso del medico coordinatore di RSA. È chiaro che per raggiungere l'obiettivo di questa formalizzazione bisogna prendere in considerazione aspetti tra loro estremamente variegati: aspetti di natura politica che hanno a che vedere con le decisioni amministrative e burocratiche, aspetti di natura istituzionale che riguardano elementi strutturali ed organizzativi del contesto di riferimento ed infine aspetti sociologici che cercano di sondare le ragioni socio-culturali di questa opportunità avanzando delle proposte e dei suggerimenti. Alla luce di queste considerazioni iniziali, possiamo cominciare ad inquadrare il nostro setting di analisi, ovvero quello delle Residenze sanitarie assistenziali, per giungere alla comprensione dell'effettiva importanza ed utilità che una figura professionale come quella del medico coordinatore può assolvere in tali contesti istituzionali.

---

<sup>4</sup> Bruno Paolo (2006) - *La competenza manageriale in sanità. I nuovi livelli di responsabilità in una sanità che cambia*, 2. Ed. Milano: Franco Angeli, pp. 42-43

## *Le Residenze Sanitarie Assistenziali: prime definizioni e aspetti normativi*

La definizione di RSA<sup>5</sup> è stata introdotta nel linguaggio corrente in seguito ai consistenti mutamenti che hanno interessato, nell'ultimo quindicennio, la legislazione e l'organizzazione di queste strutture, molte delle quali hanno ereditato edifici (prontamente ristrutturati in adeguamento ai nuovi standard), storie e culture di antica tradizione. Quella di RSA è una denominazione che segnala l'accentuarsi delle funzioni sanitarie come una tra le principali risposte al crescere della popolazione anziana ed, in particolare, di quella fascia di ultra-settantacinquenni colpiti da patologie di tipo cronico-degenerativo<sup>6</sup>. Prima di entrare nel cuore del discorso normativo, è doveroso fare alcuni cenni sull'evoluzione storica avvenuta nel corso degli anni nelle strutture residenziali che sono passate da logiche di "istituzione totale" a logiche di residenzialità.

Dall'esame di alcuni Statuti e regolamenti risalenti alla seconda metà dell'Ottocento<sup>7</sup> si evince chiaramente che l'obiettivo delle strutture residenziali di allora consisteva nel fornire assistenza a particolari categorie di persone come i poveri sia sani che malati, gli invalidi, i mendicanti, gli emarginati sociali, i pellegrini e i derelitti. In realtà più che di assistenza si trattava di una vera e propria attività di beneficenza che si esprimeva nel tentativo di garantire la sopravvivenza offrendo loro cibo, vestiario e posti letto: il moderno concetto di assistenza è ancora molto distante da queste pratiche di tipo caritativo. Con la legge Crispi n. 6972 del 1890 le organizzazioni di beneficenza, nate dalla libera volontà dei privati, vennero forzatamente trasformate in Istituzioni Pubbliche di Assistenza e di Beneficenza (Ipub) e cioè furono ricondotte sotto i poteri dello Stato che comunque riconosceva loro una considerevole autonomia statutaria e regolamentare. Emarginazione, abbandono, spersonalizzazione dell'individuo, solitudine e segregazione erano le precarie condizioni di vita a cui venivano sottoposti tutti quegli anziani accolti nelle Istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza fino agli anni Settanta. Ed è proprio a partire da questo periodo che iniziò a prender piede una nuova considerazione dell'anziano istituzionalizzato, che appare svincolato dalla ferrea logica dell'Istituto. Un ulteriore scossone in questa direzione era stato dato, alcuni anni prima, dall'entrata in vigore della Costituzione italiana che tra i principi fondamentali dello Stato stabiliva il dovere di garantire standard minimi di reddito,

---

<sup>5</sup> "Rsa" è l'acronimo di Residenza sanitaria assistenziale

<sup>6</sup> Borali Pierluca e Villa Roberta (2003) - *La qualità nei servizi residenziali per anziani. Percorsi di ricerca e di formazione*, 2. ed. Milano: Franco Angeli, pag. 43

<sup>7</sup> Ci riferiamo alla prima legge sulla beneficenza che risale al 3 agosto 1862. Gli istituti di beneficenza soggetti a tale legge erano gli istituti di carità che avevano l'obiettivo di soccorrere le classi meno agiate, tanto in stato di salute che di malattia, e di prestare loro assistenza educandole o avviandole a qualche professione, arte o mestiere

di salute, di abitazione e di educazione per ogni cittadino, superando così la logica caritativa che aveva caratterizzato l'ordinamento sociale pre-constituzionale<sup>8</sup>.

Al di là di questi mutamenti socio-culturali, qualche trasformazione palpabile è avvenuta solamente verso l'inizio degli anni Ottanta, periodo in cui i servizi residenziali cominciarono a rivolgersi non più a specifiche categorie di soggetti quanto piuttosto alle persone anziane alle quali non era più possibile garantire una buona assistenza a domicilio. All'interno delle strutture residenziali vennero, pertanto, riorganizzati i servizi assistenziali ed alberghieri e, al contempo, vennero potenziati i servizi sanitari con una maggiore presenza sia di infermieri che di medici. La logica prevalente si declinava però ancora in un'ottica di tipo "custodialista" in quanto tali strutture si limitavano ad accogliere le persone in situazione di bisogno data la mancanza di una qualsiasi forma di servizio alternativo a quello del ricovero ospedaliero: di fatto l'anziano vi entrava senza alcuna aspettativa di vita attiva e la sua unica speranza si concretizzava nel desiderio di avere una morte decente<sup>9</sup>. Dalla metà degli anni Ottanta in poi la sempre maggiore rilevanza demografica della popolazione anziana, il diffondersi di una cultura familiare sempre meno disponibile alla cura *full-time* dei propri membri deboli, la progressiva differenziazione dei bisogni socio-sanitari degli anziani, il contenimento delle risorse statali, il delinearsi di un nuovo concetto di salute iniziarono ad incidere in maniera piuttosto radicale sul panorama socio-assistenziale italiano, contribuendo così alla definizione di un nuovo modello assistenziale, organizzativo e gestionale: quello delle RSA<sup>10</sup>. Ed entriamo qui nel vivo della questione.

La definizione di Residenza Sanitaria Assistenziale ha come presupposti normativi l'articolo 20 della legge 67/88, in cui in verità si parla di "Residenze Assistenziali" e non ancora di "Residenze Sanitarie Assistenziali", il decreto ministeriale n. 321 del 29/8/1989 e il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 22/12/1989. Si tratta di riferimenti normativi che definiscono le RSA come delle strutture destinate agli anziani e ai soggetti non autosufficienti, i quali non sono direttamente assistibili a domicilio e che richiedono pertanto di una serie di trattamenti continui finalizzati a fornire accogliimento, prestazioni sanitario-assistenziali e di recupero sia funzionale che sociale. Nella nuova denominazione di RSA vengono

---

<sup>8</sup> La Costituzione Italiana del 1948 garantisce il diritto alla salute nell'Articolo 32: "*La Repubblica tutela al salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana.*"

<sup>9</sup> Per approfondire questo breve excursus storico sull'evoluzione del concetto di Residenza sanitaria assistenziale si rimanda al manuale di A.A.V.V. (1998) - *Le strutture residenziali per anziani e il responsabile di nucleo. Moduli organizzativi e strumenti gestionali*, Rimini: Maggioli, pp. 11-19

<sup>10</sup> Ferrario Paolo (2001) - *Politica dei servizi sociali. Strutture, trasformazioni, legislazione*, Roma: Carrocci, pp. 459-470

riunite tutte quelle strutture socio-assistenziali precedentemente note come “case di riposo” e “strutture protette”<sup>11</sup>.

L'argomento inerente alle Residenze sanitarie assistenziali è stato successivamente ripreso, a livello nazionale, in due importanti documenti emanati dal Ministero della Sanità<sup>12</sup> nella primavera del 1994: il primo concerne le “Linee guida emanate in tema di RSA” in data 31 marzo 1994, mentre il secondo riguarda le “Linee guida in materia di istituti e centri per il recupero e per la riabilitazione funzionale” emanati in data 5 aprile 1994. Secondo queste linee di indirizzo ministeriale, le RSA sono incaricate di realizzare un livello “medio” di assistenza sanitaria (medica, infermieristica e riabilitativa) unito ad un livello “elevato” di assistenza tutelare ed alberghiera. Per tale ragione, le RSA vengono a differenziarsi dalle altre strutture riabilitative sia per la maggiore intensità delle cure sanitarie erogate, sia per i periodi più prolungati di permanenza degli assistiti, i quali in relazione al loro stato psico-fisico possono trovare nella stessa un'ospitalità anche permanente. A seguito di questi documenti ministeriali, il Governo, tramite il decreto del Presidente della Repubblica del 14/1/1997, approva “l'Atto di indirizzo e di coordinamento delle regioni e delle Province autonome di Trento e Bolzano” in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie. Con tale decreto le Residenze sanitarie assistenziali vengono definitivamente inglobate nei servizi indirizzati all'erogazione delle attività sanitarie. Ultimo provvedimento legislativo da sottolineare è quello approvato in data 14/2/2001, con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, che è relativo all'integrazione socio-sanitaria delle varie forme di assistenza previste nelle strutture residenziali. Questo decreto presenta, tuttavia, il difetto di limitarsi ad affrontare solamente le tematiche inerenti alla classificazione delle prestazioni e ai relativi criteri di finanziamento, delegando alle singole regioni la facoltà di determinare gli obiettivi, le funzioni e i criteri di erogazione delle stesse prestazioni socio-sanitarie<sup>13</sup>.

Per quanto riguarda i riferimenti normativi introdotti a livello regionale in tema di RSA, si rinvia alla prossima parte di questo capitolo che, in particolare, è dedicata alla presentazione dei principali provvedimenti legislativi attuati nel

---

<sup>11</sup> La legge regionale 1/86 relativa al riordino dei servizi socio-assistenziali definisce la case di riposo e le case protette nei seguenti termini: “Le case di riposo ospitano, per libera scelta degli interessati o in caso di accertata impossibilità di ricorso ad altre forme di assistenza, anziani in condizione di parziale autosufficienza, fornendo loro, oltre alle normali prestazioni di tipo alberghiero, anche dei servizi soecifici di carattere assistenziale, delle prestazioni di tipo culturale e ricreativo, nonché delle prestazioni sanitarie dirette a migliorare o a recuperare l'autosufficienza [...]. Le strutture protette accolgono soggetti anziani affetti da gravi deficit, tali da non consentire il compimento delle attività elementari nei casi in cui la famiglia o altri servizi non possono adeguatamente provvedere”

<sup>12</sup> Il Ministero della Sanità ha cambiato, in queste ultime legislature, la sua denominazione tramutandosi in Ministero della Salute

<sup>13</sup> Per un esame più esaustivo e particolareggiato dell'iter normativo che porta alla definizione della Residenze Sanitarie Assistenziali si rimanda al testo di Trabucchi Marco(2002)- *Residenze sanitarie per anziani*, Bologna:IL Mulino, pp. 15-22

contesto provinciale trentino. Ma qual è la ragione di fondo che motiva l'enfasi posta sulla normativa in materia di RSA? Se ad una prima lettura può apparire fuorviante o poco appropriato indicare l'*iter* di sviluppo normativo che ha portato all'istituzione delle Residenze sanitarie assistenziali, con il procedere del discorso si comprenderà il significato di questa scelta. A nostro avviso, infatti, i riferimenti normativi che hanno accompagnato l'evoluzione delle RSA nel tempo assumono una funzione ancillare in quanto ci permettono di mettere a nudo le principali trasformazioni di tali realtà sanitario-assistenziali, confermando il bisogno intrinseco sia di una loro riorganizzazione, sia di una ridefinizione delle sfere di competenza da attribuire ai membri del personale. Per rispondere a queste esigenze è necessario agire in due direzioni: da un lato le RSA si devono rapidamente dotare di nuove figure professionali capaci di coordinare le attività del personale e, al contempo, di gestire i piani di assistenza socio-sanitaria, mentre dall'altro bisogna avviare dei processi che aumentino la consapevolezza circa la necessità di formalizzare e riconoscere giuridicamente i nuovi profili professionali recentemente introdotti. E questo è proprio il caso del profilo del medico coordinatore di RSA.

### *Le RSA a livello regionale e nel contesto sanitario della Provincia Autonoma di Trento*

Le Residenze sanitarie assistenziali sono state definite dalla normativa nazionale alla stregua di presidi che offrono ai soggetti non autosufficienti e non assistibili direttamente a domicilio un livello medio di assistenza medica, infermieristica e riabilitativa, unitamente ad un livello elevato di assistenza alberghiera<sup>14</sup>. Nessuna regione italiana ha scelto una definizione di RSA uguale a quella di un'altra regione, ma comunque la maggior parte di esse (Abruzzo, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Liguria, Lombardia, Marche, Molise, Piemonte, Sardegna, Toscana, Provincia Autonoma di Trento, Veneto, Valle D'Aosta) si è riconosciuta nella descrizione riportata qui sopra. A livello nazionale sono stati numerosi gli atti ministeriali che si sono succeduti nel tempo per definire e per riconoscere il modello socio-assistenziale delle RSA, anche se la relativa competenza organizzativa è stata, già da diversi anni, trasferita alle singole regioni. Alla luce di queste trasformazioni è comunque possibile delineare un modello organizzativo e gestionale delle RSA in grado di mettere le regioni nelle condizioni di poter operare le proprie scelte in modo autonomo, pur potendo contare su un disegno nazionale di riferimento.

In questi ultimi anni è maturata, in maniera sempre più incisiva, l'esigenza da parte delle regioni di investire risorse ed energie per sviluppare un modello locale di RSA spesso significativamente diverso da quello in uso nelle regioni limitrofe. Fa emergere notevoli preoccupazioni l'assistere, nel nostro paese, a questa proli-

---

<sup>14</sup> Cfr. D.p. r. 14/1/1997

ferazione debolmente coordinata di modelli regionali di RSA molto differenziati tra loro per svariati fattori, tra cui il numero di posti letto programmati in rapporto alla popolazione, l'articolazione di diversi tipi di servizio residenziale, la definizione delle sfere di competenza da attribuire alle figure professionali, le modalità e l'intensità della copertura della spesa sanitaria da parte del fondo sanitario regionale, la consistenza delle rette residenziali a carico degli utenti, etc. Alla luce di questa complessità di fattori in gioco, diventa assai problematico comparare le esperienze che vanno maturando in regioni diverse e risulta altresì fuorviante valutare le politiche provinciali relative a questi servizi semplicemente confrontando la loro spesa sanitaria. Pertanto, bisogna agire nel tentativo di individuare degli standard minimi e dei criteri comuni a tutte le regioni o perlomeno alla maggioranza di esse. In quest'ottica, le regioni italiane hanno preso in esame aspetti come l'utenza, gli standard assistenziali e la durata della degenza ospedaliera, di cui forniremo ora delle considerazioni sommarie<sup>15</sup>.

Tutte le regioni italiane hanno riconosciuto alle RSA il ruolo di presidi destinati ad ospitare soggetti prevalentemente non autosufficienti, per i quali sono attestate sia la mancanza di supporto familiare (indispensabile per l'attuazione di interventi di assistenza domiciliare integrata), sia l'assenza di patologie acute richiedenti il ricovero in ospedale. Per quanto concerne invece i principali standard assistenziali, le regioni hanno enfatizzato alcune funzioni piuttosto che altre, come si può riscontrare negli esempi riportati qui sotto:

- ▶ i trattamenti riabilitativi per il mantenimento e il miglioramento dello stato di salute e del grado di autonomia della persona, nelle regioni come il Lazio, l'Abruzzo, le Marche, il Piemonte, il Trentino Alto-Adige, l'Emilia Romagna, l'Umbria e la Sardegna;
- ▶ la riattivazione psico-sociale del paziente per evitare il rischio di emarginazione e di isolamento, nell'Abruzzo e nella Provincia Autonoma di Trento;
- ▶ l'assistenza alla persona per garantirle il normale svolgimento delle attività della vita quotidiana, nelle regioni come l'Emilia Romagna, la Sardegna e la Provincia Autonoma di Trento;
- ▶ la conservazione dello stato di equilibrio raggiunto dall'ospite per prevenirne gli aggravamenti e il decadimento funzionale, nelle regioni dell'Abruzzo, del Piemonte, delle Marche e infine della Provincia Autonoma di Bolzano.

Strettamente connesso ai contenuti operativi dell'assistenza risulta essere il tempo di permanenza dell'ospite nella stessa, che può essere limitato al periodo di trattamento post-ospedaliero prima del ritorno a casa per i soggetti ancora autosufficienti oppure può essere illimitato per tutti quei soggetti non autosufficienti e privi di supporto familiare<sup>16</sup>. In sostanza quasi tutte le regioni sono arrivate alla definizione di precisi modelli organizzativi delle RSA tenendo conto

---

<sup>15</sup> Trabucchi Marco (2002) - *Residenze sanitarie per anziani*, Bologna: il Mulino, pp. 23-37

<sup>16</sup> *Ibidem*

della categoria di appartenenza degli assistiti e, contemporaneamente, diversificando le strutture in base all'intensità delle cure erogate. Questo è accaduto in particolare in otto regioni, tra cui il Veneto, l'Umbria, il Piemonte, le Marche, la Liguria, il Lazio, l'Emilia Romagna e il Trentino Alto Adige, nelle quali le RSA sono state organizzate su più livelli, ciascuno con differenti dotazioni di personale e capacità assistenziali conformi alle necessità degli assistiti. Dopo aver sollevato questi spunti di riflessione sui confronti inter-regionali, procederemo il nostro discorso con alcune considerazioni sulle strutture residenziali presenti all'interno della Provincia Autonoma di Trento.

Uno dei segnali più significativi dell'evoluzione che ha caratterizzato il sistema sanitario trentino in questi ultimi decenni è stata la trasformazione delle Case di riposo, basate su un servizio di natura socio-assistenziale, in Residenze Sanitarie Assistenziali caratterizzate invece da un servizio di tipo socio-sanitario. Di fronte a questo nuovo compito di porsi come riferimento socio-sanitario destinato alla cura delle persone non autosufficienti, le RSA sono purtroppo aiutate solo in parte dalla loro storia: infatti, il loro passato remoto di ricoveri dedicati ad un'accoglienza minima per i poveri ed il loro passato prossimo di case di riposo indirizzate agli anziani con difficoltà di autonomia hanno sedimentato una rappresentazione culturale negativa di queste istituzioni, che pone ancora oggi non pochi problemi a chi è costretto a ricorrervi. Di fatto il retaggio culturale dei vecchi ricoveri, nel momento dell'accesso alle RSA, induce spesso a sentimenti nostalgici e depressivi producendo dei conflitti personali e familiari che si ripercuotono non solo nel percorso assistenziale, ma anche nei legami familiari<sup>17</sup>.

Ma non tutto è da vedersi in un'ottica negativa. Se guardiamo l'altra faccia della medaglia è stato proprio il loro percorso storico di ex-ricoveri e di ex-Case di riposo che ha permesso alle RSA di sviluppare una competenza globale nella cura delle persone, capace di integrare ed armonizzare differenti approcci disciplinari tra cui quello sociale, quello sanitario, quello assistenziale, quello riabilitativo e infine quello alberghiero. In altri termini, ha preso piede in maniera sempre più pregnante una cultura organizzativa marcatamente socio-sanitaria in grado di utilizzare valori e logiche di azione per sostenere la complessità dei bisogni (fisici, affettivi, sociali, spirituali, culturali,..) che l'anziano esprime in un servizio residenziale di lunga durata<sup>18</sup>.

---

<sup>17</sup> Modesti Brigida (1996) - Vivere in casa di riposo. *Le residenze degli anziani. Storia, evoluzione, nuovi orientamenti*, Roma: Edizioni Laterza, pp. 50-52.

<sup>18</sup> La transizione dalle vecchie Case di riposo alle nuove Rsa, che può essere ripercorsa consultando la documentazione ufficiale indicata qui di seguito, si è contraddistinta per alcune scelte peculiari. In particolare, quella più significativa è stata la possibilità concessa alle strutture residenziali trentine di caratterizzarsi come delle "strutture poliedriche" dedicate non esclusivamente alle funzioni relative alle Rsa, ma anche alle case di soggiorno per ospiti autosufficienti, ai centri diurni per l'erogazione delle prestazioni assistenziali e alle attività inerenti alla produzione dei pasti da consegnare a domicilio. Per un'analisi dell'attuale assetto del servizio residenziale in Trentino si vedano i seguenti riferimenti normativi: la legge provinciale n. 6 del 28 maggio 1998 dal titolo



Presentando ed interpretando la legge provinciale istitutiva delle RSA in Trentino, cioè la legge provinciale n. 6 del 28 maggio 1998, possiamo individuare, alla luce dei problemi sociali ai quali le stesse stanno cercando di dare risposta, una serie di funzioni specifiche che vengono attribuite alle RSA<sup>19</sup>. Tali funzioni si differenziano sotto il profilo delle aspettative dell'utente, della domanda di servizi e dell'utilizzo delle risorse, tutti aspetti che vaglieremo in riferimento alle attività svolte dal personale operante nelle RSA. La principale funzione riconosciuta alle RSA consiste nel ricovero di soggetti non autosufficienti, non assistibili direttamente a domicilio e con una speranza di vita relativamente ampia. Tali soggetti richiedono molto impegno sul piano assistenziale, mentre su quello infermieristico e medico richiedono un impegno di minore intensità. La *mission* della RSA, in questi casi, sta nell'offrire all'ospite una "nuova casa", in cui la persona possa mantenere assieme all'assistenza personalizzata anche i legami affettivi con i propri familiari per continuare a vivere con dignità, pur nei vincoli posti dalla condizione di non autosufficienza. Il fattore di successo di questa funzione sta nella capacità di attivare delle condizioni di protagonismo da parte degli ospiti e delle famiglie, sottraendoli al ruolo passivo di semplici pazienti e visitatori, nel tentativo di coniugare l'evoluzione del servizio con i loro bisogni emergenti. Una seconda funzione attribuita alle RSA si differenzia dalla precedente per una domanda forte non solo di assistenza generica, ma anche di assistenza infermieristica e medica. Questa funzione viene attivata per gestire gli ospiti più impegnativi sul piano sanitario che presentano comunque delle speranze di vita abbastanza significative. A differenza della prima funzione, questa richiede una presenza più intensa di personale medico e di competenze sanitarie specifiche, oltre ad una maggiore capacità di integrazione delle forme assistenziali con i servizi sanitari. Le ultime due funzioni si identificano nelle forme di ricovero temporaneo nelle RSA: in primis, vi è il ricovero "d'urgenza" che si verifica quando improvvisamente viene meno la capacità assistenziale della famiglia e, poi, vi è il ricovero di "sollievo" che è appunto finalizzato al recupero delle energie da parte della famiglia stessa. Mentre il ricovero d'urgenza è imprevedibile ed implica la disponibilità di alcuni

---

<sup>18</sup> Interventi a favore degli anziani e delle persone non autosufficienti o con gravi disabilità"; la delibera della Giunta Provinciale n. 3634 del 29 dicembre 2000 recante la disciplina delle Unità di Valutazione multidisciplinare e le disposizioni per la loro attivazione; la delibera della Giunta Provinciale n. 130 del 24 gennaio 2001 recante l'approvazione delle direttive per l'assistenza ai soggetti non autosufficienti nelle Rsa; il Protocollo di Intesa firmato il 9 aprile 2001 dalla Provincia Autonoma di Trento, dal Consorzio dei Comuni, dall'Unione Provinciale Istituzioni per l'Assistenza (Upipa), dalle organizzazioni sindacali e infine dalle rappresentanze degli ospiti e dei familiari; la delibera della Giunta Provinciale n. 1056 del 9 maggio 2003 concernente l'autorizzazione per le strutture residenziali da adibire alle funzioni socio-assistenziali e socio-sanitarie.

<sup>19</sup> Per un esame più esaustivo delle funzioni assunte dalle Rsa nel territorio provinciale trentino si rimanda alla Legge Provinciale n. 6 del 28 maggio 1998.

posti letto liberi da occupare al momento del bisogno, il ricovero per dare sollievo alla famiglia è invece programmabile e reiterabile<sup>20</sup>.

Da un punto di vista organizzativo, la differenziazione delle forme assistenziali delineata nel paragrafo precedente può esserci utile in quanto ci consente di definire, in riferimento a ciascuna funzione, adeguati standard di personale e relative competenze necessarie ad assolvere tali attività nella maniera più efficiente possibile, rispondendo così alle esigenze dei pazienti con flessibilità e celerità. Ma l'intervento di qualificazione e di professionalizzazione del personale impegnato nei processi socio-assistenziali delle RSA può essere compreso a pieno solo se si mettono in rilievo i recenti cambiamenti avvenuti nelle strutture residenziali. Mentre la transizione dalle Ipab alle RSA<sup>21</sup> sta volgendo al termine, queste ultime cambiano nome e assetto organizzativo diventando "Aziende Pubbliche di Servizi alla Persona". Ma per passare in rassegna i recentissimi processi di trasformazione a cui sono state soggette le RSA in quest'ultimo decennio, è bene tratteggiare i mutamenti avvenuti nel percorso assistenziale delle Istituzioni pubbliche di assistenza e di beneficenza (Ipab) specificandone i legami con le Residenze sanitarie assistenziali.

Le Ipab, più note come Opere Pie, sono nate nel Medioevo in qualità di istituti religiosi finalizzati alla distribuzione di elemosine, di cibo e di vestiti, oltre che alla gestione delle scuole e degli asili. Questi enti, divenuti statali a seguito dell'entrata in vigore della legge n. 328 dell'8/11/2000 concernente la "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali" e del relativo decreto legislativo di attuazione n. 207 del 4/5/2001, sono attualmente in fase di trasformazione in Aziende pubbliche di servizi alla persona (Apsp), in associazioni o in fondazioni di diritto privato. Ciò risponde al tentativo di introdurre nel regime di disciplina pubblicistico una serie di parametri di natura privatistica o, per meglio dire, di taglio aziendalistico nella convinzione di ancorare l'operato gestionale pubblico a criteri di efficacia, efficienza ed economicità. Se da un lato si prospetta l'ipotesi di trasformare le Ipab nel modello aziendale delle Apsp, in modo tale da assicurare autonomia statutaria, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica compatibilmente al mantenimento della personalità giuridica pubblica, dall'altro si prevede la possibilità di trasformare le Ipab in associazioni o in fondazioni di diritto privato, tenendo però conto della normativa vigente che regola la privatizzazione delle Ipab nei casi di particolari condizioni statutarie e patrimoniali<sup>22</sup>.

---

<sup>20</sup> Colombo Massimiliano (2001) - *Rsa: lavori in corso per un nuovo servizio sociosanitario. Verso un modello di assistenza socio-sanitaria orientata ai nuovi bisogni della popolazione in una società che cambia*. In: *Punto Omega*, n. 7, Trento: Edizioni Provincia Autonoma di Trento – Assessorato alle politiche per la salute, pp.112-122.

<sup>21</sup> Si consulti l'Allegato n. 1 per visionare l'elenco delle RSA presenti nella Provincia Autonoma di Trento nel 2003.

<sup>22</sup> Sangiuliano Rosanna (2006) - *Le istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza*, Napoli: Simone, pp. 53-55.

La legge regionale di recepimento della suddetta normativa nazionale, cioè la l.r. n. 7 del 21 settembre 2005 nota come “Nuovo ordinamento delle Istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza - Aziende pubbliche di servizi alla persona<sup>23</sup>”, ha di fatto sancito il riordino di tali Istituzioni pubbliche di assistenza e di beneficenza e la loro trasformazione in Aziende pubbliche di servizi alla persona<sup>24</sup>. Tale legge regionale ha inoltre previsto l’estinzione (o alternativamente la fusione) delle Ipab in relazione alle loro dimensioni aziendali, all’entità del loro patrimonio e alle attività svolte. Relativamente alle RSA, la legge regionale n. 9 del 21 settembre 2005 ha stabilito, all’articolo 45, che le Istituzioni pubbliche di assistenza e di beneficenza che gestiscono le Residenze sanitarie assistenziali devono essere automaticamente trasformate, a prescindere dalle loro dimensioni, in Aziende pubbliche di servizi alla persona. Vengono poi escluse dai processi di trasformazione in associazioni o in fondazioni di diritto privato tutte quelle Aziende pubbliche di servizi alla persona che si occupano direttamente della gestione delle RSA.

Nell’agosto del 2008 si è praticamente concluso l’*iter* di trasformazione delle ex-Ipab regionali nelle Aziende pubbliche di servizi alla persona<sup>25</sup>. I principi fondamentali che reggono le nuove Aps sono riassumibili nei seguenti punti: la garanzia di autonomia statutaria, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica; la distinzione dei poteri di indirizzo e di programmazione dalle funzioni di gestione; la possibilità di adottare strumenti, anche di natura contrattuale, che consentono di operare sulla base di criteri di efficienza, efficacia ed economicità ed infine l’applicazione di strumenti di controllo e di regolarità amministrativa e contabile<sup>26</sup>. In questo quadro di riorganizzazione delle strutture incaricate dell’erogazione di prestazioni sanitario-assistenziali, è necessario avviare un circolo virtuoso tra le recenti Aziende pubbliche di servizi alla persona e le “vecchie” RSA non ancora trasformate, allo scopo di garantire una rete assistenziale diffusa ed efficiente su tutto il territorio provinciale.

### *Ruolo, funzioni e servizi delle Residenze Sanitarie Assistenziali*

Dopo aver evidenziato l’*iter* normativo che ha condotto all’istituzione delle Residenze Sanitarie Assistenziali, sia a livello nazionale che con riferimento alle peculiarità regionali e provinciali, ci concentreremo sulla definizione delle princi-

---

<sup>23</sup> La legge regionale n. 7 del 21/9/2005 è consultabile al seguente link <<http://www.regione.taa.it/>>

<sup>24</sup> Nell’Allegato n. 2 dell’Appendice si può trovare l’elenco aggiornato di tutte le Aziende pubbliche di servizi alla persona derivanti dai processi di riordino delle Ipab previsti dalla legge regionale del 21/9/2005.

<sup>25</sup> Si veda il Comunicato stampa della Regione Trentino Alto-Adige emesso in data 8/8/2008, dal titolo “Conclusa la trasformazione delle ex-Ipab in Aziende pubbliche alla persona”.

<sup>26</sup> Soliani Giovanni (2008) - *Le aziende pubbliche di servizi alla persona: riordino del sistema delle Ipab in Trentino Alto-Adige*, Trento: Edizioni 31, pp. 12-14.

pali caratteristiche, finalità, servizi e tipologie di utenza delle realtà istituzionali delle RSA. Questo passaggio è assolutamente indispensabile per comprendere il contesto operativo che fa da sfondo alle attività e alle mansioni svolte dalle figure professionali operanti nelle RSA.

La nascita del servizio residenziale denominato RSA ha coinciso con l'intento di ripensare le strutture residenziali nell'ottica di una rete di servizi socio-sanitari, ovvero come dei luoghi finalizzati alla riabilitazione del soggetto anziano in particolare promuovendone la sua "riattivazione funzionale"<sup>27</sup>. Come abbiamo già detto le RSA rappresentano delle strutture territoriali finalizzate ad accogliere, per ricoveri temporanei o a tempo indeterminato, tutti quei soggetti non autosufficienti che sono portatori di patologie di varia natura (psichica, fisica o geriatrica) e che sono accomunati dall'impossibilità di essere assistiti a domicilio. Le RSA sono, pertanto, incaricate di offrire i seguenti servizi:

- ▶ una sistemazione residenziale (*Residenza*) con una connotazione il più possibile domestica ed organizzata in modo tale da rispettare sia il bisogno individuale di riservatezza, sia il bisogno di socializzazione tra gli ospiti;
- ▶ una serie di interventi medici, infermieristici e riabilitativi (*Sanitaria*) necessari a prevenire e a curare le patologie geriatriche, neurologiche, neuropsichiatriche e le malattie croniche, a fianco di interventi volti a recuperare e a sostenere l'autonomia dei degenti;
- ▶ un'assistenza individualizzata (*Assistenziale*) volta a garantire il mantenimento del grado di autonomia del paziente, oltre al normale svolgimento della vita quotidiana come, ad esempio, le attività sociali che fanno da sfondo al recupero del benessere dell'ospite<sup>28</sup>.

L'accostamento di questi tre obiettivi definiti a livello nazionale ci fa comprendere la natura dei servizi garantiti e l'importanza che viene conferita a ciascuno di questi tre termini costitutivi della definizione di RSA. E dopo questa breve parentesi introduttiva, passeremo ad analizzare le modalità tramite cui viene disciplinato l'accesso a tali strutture, alla luce anche delle tipologie di utenza a cui sono indirizzate.

L'accesso dell'anziano alla RSA è disciplinato dall'Unità di Valutazione Geriatrica<sup>29</sup> che è incaricata di analizzare la richiesta di intervento, valutando la condizione di autosufficienza (o parimenti di non autosufficienza) ed esprimendo così un possibile orientamento assistenziale in merito. Questa procedura si compone

---

<sup>27</sup>Con il termine "riattivazione funzionale" si intende il processo tramite cui si cerca di aiutare l'anziano a riconquistare le capacità basilari per svolgere le funzioni vitali, in tutte quelle situazioni in cui ha perso parzialmente o in toto le suddette capacità.

<sup>28</sup>La Rosa Michele (2000) - *I servizi residenziali per gli anziani e i problemi della qualità. Un approccio europeo*, Milano: Franco Angeli, pp. 26-27.

<sup>29</sup>Più nota con l'acronimo Uvg. Nella Provincia di Trento tale Unità di valutazione è conosciuta con l'espressione di "Unità di valutazione multiprofessionale".

di tre tappe tra loro congiunte, per cui in prima istanza avviene la valutazione multidimensionale del bisogno assistenziale, poi si definisce il piano di lavoro integrato e personalizzato (Pai) ed infine si elabora la valutazione periodica dei risultati ottenuti. L'Unità di Valutazione Geriatrica è solitamente composta dal Geriatra, dall'infermiere professionale e dall'assistente sociale. Ma è anche vero che a questo nucleo di base possono aggiungersi, stabilmente o in fase di consulenza, altri specialisti come il neurologo oppure altri operatori tra cui il fisioterapista, il podologo e il logopedista. Nei casi di maggiori discordanze e divergenze tra i membri dell'Unità di Valutazione sarà la figura del medico coordinatore a suggerire il giudizio complessivo sull'intervento da destinare al paziente, assumendo così un ruolo decisionale carico di responsabilità e di ripercussioni sull'intero percorso assistenziale<sup>30</sup>.

Se dalle modalità di ammissione alle strutture residenziali si passa ad approfondire l'attuale utenza delle RSA, possiamo notare che essa si articola in vari segmenti tra loro piuttosto differenziati: disabili fisici con elevati bisogni assistenziali ma in condizioni di salute relativamente buone e stabili, disabili con molteplici malattie croniche che richiedono cure mediche e infermieristiche continue, dimessi dall'ospedale in fase terminale, malati psichici, persone in stato di coma, disabili psico-fisici che diventati adulti si sono trovati senza supporti familiari e, in misura sempre più rilevante, persone non autosufficienti che presentano in forme più o meno gravi stati di demenza. Sul piano sociologico è importante ricordare che l'utenza delle RSA non è più costituita, come avveniva nelle Case di riposo del passato, solamente da persone di estrazione sociale medio-bassa dotate di limitate risorse familiari. Infatti, sempre più spesso anche le famiglie benestanti, che hanno a disposizione sufficienti risorse economiche per gestire a domicilio il proprio congiunto non autosufficiente, non riescono ad organizzare una forma privata di assistenza capace di rispondere adeguatamente ai bisogni di salute dello stesso, con il risultato di dover ricorrere al ricovero nelle strutture residenziali.

Un altro fenomeno assolutamente non trascurabile è quello della significativa presenza dei familiari dell'ospite, come il coniuge ed i figli, nelle attività quotidiane della RSA. Si potrebbe quasi affermare che l'utente della RSA non si identifica solamente nell'ospite da curare, ma piuttosto nel sistema familiare in cui egli è inserito a tutti gli effetti. Questa rete familiare allargata diventa allora la beneficiaria del servizio e, parimenti, la co-produttrice dello stesso in collaborazione con l'istituzione assistenziale deputata a tal fine. In questo senso le Residenze sanitarie assistenziali, lungi dall'essere luoghi di esclusione sociale, si qualificano come delle istituzioni a carattere "partecipato", cioè come delle strutture aperte

---

<sup>30</sup> A.A.V.V. (1998) - *Le strutture residenziali per anziani e il responsabile di nucleo. Moduli organizzativi e strumenti gestionali*, Rimini: Maggioli, pp. 25-28.

al controllo sociale quotidiano ed orientate alla ricerca di un'alleanza assistenziale e terapeutica di lunga durata con l'ospite e con i familiari<sup>31</sup>.

Ma quali sono i servizi offerti da queste strutture residenziali? E come vengono espletati dal personale che in esse opera? La rassegna dei servizi presentati qui di seguito in relazione alle funzioni svolte dai vari componenti del personale ci aiuterà a dare delle risposte a questi interrogativi.

Le RSA hanno adottato nel tempo un modello organizzativo di stampo "pluri-funzionale" che, a fianco dell'integrazione con i servizi territoriali forniti dalle Aziende Sanitarie locali, appare in grado di assicurare: la valutazione multidimensionale dell'ospite al momento dell'ammissione e periodicamente grazie ad appositi strumenti validati (come i piani di assistenza individualizzati), il coinvolgimento della famiglia nel ciclo di cura assistenziale ed infine l'intervento del personale medico, infermieristico, riabilitativo ed assistenziale in relazione alla tipologia delle prestazioni erogate. Questa pluri-funzionalità si esplicita nell'erogazione di vari servizi che racchiudono, seppur con livelli differenziati in rapporto alle peculiarità degli ospiti presi in cura, l'assistenza socio-sanitaria, le attività di riabilitazione, le attività ricreativo-culturali, l'assistenza infermieristica diurna e notturna, l'assistenza sanitaria di base e specialistica, l'assistenza religiosa ed infine l'assistenza psicologica. L'elenco di questi servizi può essere suddiviso in tre livelli, tutti compresenti nella struttura residenziale, che si identificano nella dimensione sanitaria, nella dimensione assistenziale e nella dimensione sociale<sup>32</sup>.

La dimensione sanitaria è quella che caratterizza maggiormente il servizio residenziale: essa si avvale di codici deontologici, di indicatori normativi e di parametri strutturali grazie ai quali gli esiti degli interventi attuati diventano misurabili e programmabili. La cultura professionale sanitaria che ne deriva veicola un'idea di cura il cui obiettivo di fondo è quello di promuovere la riattivazione funzionale dell'ospite residenziale. Se la dimensione sanitaria assume un carattere propriamente normativo, quella assistenziale si classifica come una dimensione di stampo operativo prevalentemente centrata sulle attività quotidiane svolte dal personale a tutti i livelli. Di fatto, la cultura professionale di chi lavora nel campo dell'assistenza si fonda su un'idea di cura intesa in termini di un vero e proprio "prendersi cura", affiancando e sostenendo l'ospite nelle attività di tutti i giorni come il mangiare, il lavarsi, il vestirsi, l'andare in bagno o lo spostarsi. Si tratta, allora, di una dimensione del servizio centrata sul fare più che sul pensare che è spesso contrassegnata dalle caratteristiche dell'urgenza di fronte agli imprevisti e della fatica sia fisica che psicologica. Infine, tra tutte, la dimensione sociale

---

<sup>31</sup> Colombo Massimiliano (2001) - *RSA: lavori in corso per un nuovo servizio sociosanitario. Verso un modello di assistenza socio-sanitaria orientata ai nuovi bisogni della popolazione in una società che cambia*. In: *Punto Omega*, n.7, Trento: Edizioni Provincia Autonoma di Trento – Assessorato alle politiche per la salute, pp. 115-119.

<sup>32</sup> De Masi Giuseppe (2001) - *Progettare la qualità nelle residenze per anziani. Strumenti di valutazione e verifica*, Milano: Franco Angeli, pp. 93-107.

(più comunemente definita psico-sociale) è quella meno diretta e meno visibile in quanto concerne i fattori affettivi e relazionali che attengono alla sfera personale. Quest'ultima dimensione riesce ad intercettare l'area di sofferenza probabilmente più forte degli anziani che vivono nelle strutture residenziali. Tra tutte le figure del personale, gli operatori socio-sanitari si configurano come gli interlocutori privilegiati nel riconoscere come prioritari i bisogni di relazione espressi dagli anziani rispetto ai vissuti di solitudine, al senso di inutilità, al dolore legato al sentirsi dipendenti dagli altri, alla difficoltà di dare un senso alla propria esistenza. Tale dimensione sociale riesce a mettere in discussione l'intera struttura residenziale visto che, a differenza delle prime due, non può disporre in modo chiaro ed immediato di risposte adeguate sia alle richieste relazionali che alle domande di senso provenienti dalla popolazione anziana<sup>33</sup>.

In definitiva ciò che risulta essere veramente significativo, a seguito dell'analisi di questi tre livelli di intervento, non è tanto il potenziamento di ciascuna di queste singole dimensioni della struttura residenziale, quanto piuttosto la loro integrazione che è finalizzata a sviluppare una cultura professionale volta a prendersi congiuntamente cura degli anziani da un punto di vista socio-assistenziale, ma anche socio-sanitario.

### *Le attività del personale operante nelle Residenze Sanitarie Assistenziali*

La crescente specializzazione delle attività di stampo sociale, assistenziale e sanitario ha condotto le RSA ad incrementare la professionalità del personale che vi lavora, promuovendo una serie di attività formative altamente qualificanti per ciascuna figura professionale. La definizione dei compiti e delle mansioni attribuite al personale all'interno delle strutture residenziali è disciplinata dalla normativa delle Regioni e delle Province Autonome. Essa assegna a ciascuna figura professionale una serie di competenze distintive conformi al ruolo lavorativo assunto, oltre a determinare l'erogazione delle prestazioni in termini di minuti di assistenza destinati agli ospiti. Se passiamo ad individuare le principali figure professionali che sono coinvolte nell'erogazione dei servizi sanitario-assistenziali possiamo distinguere:

- ▶ il Direttore della RSA;
- ▶ il Direttore Sanitario<sup>34</sup> ;
- ▶ il Medico per le attività di diagnosi e di cura (alias il medico clinico);
- ▶ l'Infermiere Professionale;
- ▶ il Terapista della Riabilitazione;

---

<sup>33</sup> Borali Pierluca e Villa Roberta (2003) - La qualità nei servizi residenziali per anziani. Percorsi di ricerca e di formazione, Milano: Franco Angeli, pp. 75-79.

<sup>34</sup> Termine che viene utilizzato impropriamente per definire la figura del medico coordinatore di Rsa.

- ▶ L'Animatore;
- ▶ l'Operatore socio-sanitario.

Relativamente a queste figure, ci soffermeremo sull'indagare le mansioni e le attività che sono tenuti ad espletare quei profili professionali che riteniamo più rilevanti da menzionare ai fini del nostro lavoro di ricerca. Procediamo con l'individuarli con ordine<sup>35</sup>.

Il Direttore della RSA si configura come il principale responsabile dell'implementazione delle politiche riguardanti la cura e l'assistenza degli ospiti nelle RSA. Egli è incaricato di affrontare aspetti organizzativi quali le pratiche di accoglienza, di trasferimento e di dimissione dei pazienti, oltre alla gestione delle emergenze e alla partecipazione al processo di valutazione multidimensionale sullo stato psico-fisico del paziente. Il Direttore di RSA è altresì incaricato di risolvere i problemi connessi agli incidenti organizzativi e agli infortuni sul lavoro, oltre a quelli inerenti al rilascio delle informazioni cliniche. A seguito dell'incremento delle attività manageriali nelle Residenze sanitarie assistenziali, il Direttore di RSA ha iniziato a delegare alcune delle sue funzioni, specialmente quelle relative alle attività di gestione e di organizzazione delle attività sanitarie, a nuove figure professionali a cui vengono attribuite numerose responsabilità nel campo del coordinamento sanitario: una di queste figure è proprio quella del medico coordinatore.

Se il Direttore di RSA è solitamente una figura amministrativa, la Direzione Sanitaria della struttura residenziale viene invece affidata ad un medico in possesso della specializzazione in Medicina Interna o in Geriatria<sup>36</sup>, al fine di rispondere in maniera flessibile e tempestiva alle diverse esigenze sanitarie provenienti dall'utenza. Volendo fare chiarezza circa i compiti di questa figura professionale possiamo affermare che il Direttore Sanitario assume la funzione di coordinare tutte le attività espletate dal personale sanitario, orientandole verso pratiche di lavoro flessibili e costruttive. La Direzione Sanitaria svolge così un ruolo cardine sia nel garantire l'integrazione dei vari servizi assistenziali destinati agli ospiti della RSA, sia nell'assicurare l'erogazione di prestazioni individualizzate in riferimento alle specifiche condizioni psico-fisiche degli ospiti stessi. Spesso il termine "Direttore Sanitario" viene utilizzato in modo interscambiabile con quello di "medico coordinatore", ma è necessario fare alcune precisazioni. *In primis*, al medico coordinatore non è ancora stato riconosciuto lo *status* professionale di Dirigente Sanitario, indi per cui si configura formalmente come un medico più che come un Dirigente, pur svolgendo specifiche funzioni dirigenziali. E, poi, non bisogna pensare al Direttore Sanitario come una figura investita solamente di compiti di coordinamento e di integrazione delle varie forme di assistenza, in quanto dispone di un sapere gerontologico di base che fa perno su una conoscenza di matrice clinica. Si deve

---

<sup>35</sup> I profili professionali qui messi in luce verranno ripresi in sede di ricerca, predisponendo apposite interviste per ciascuno di essi.

<sup>36</sup> Si tratta del medico coordinatore.



allora pensare al medico coordinatore come una figura innovativa di Dirigente sanitario, in parte *manager* ed in parte medico, pur senza perdere nessuna di queste sue due anime costitutive.

Passando all'analisi delle mansioni concernenti l'assistenza nel campo medico, si evidenzia che queste possono essere svolte dai medici di Medicina Generale convenzionati con il Sistema Sanitario Nazionale oppure dai medici con rapporto di lavoro definito con l'Amministrazione, cosicché diventi possibile assicurare una presenza conforme sia alla tipologia degli ospiti che alla natura delle patologie di cui gli stessi ospiti sono affetti. Il medico di Medicina Generale operante nella struttura residenziale, più noto con la denominazione di "medico clinico", è incaricato di erogare tutte quelle prestazioni medico-assistenziali definite nell'accordo collettivo in vigore e, di conseguenza, risulta essere il principale responsabile dello stato di salute dell'ospite. Più nello specifico, il medico clinico si occupa di queste funzioni:

- ▶ utilizzare, aggiornare e controllare la cartella clinica dei pazienti;
- ▶ praticare interventi diagnostici e curativi;
- ▶ collaborare, a fianco del Direttore Sanitario, alle iniziative nell'ambito della medicina preventiva;
- ▶ curare la preparazione tecnica del personale addetto ai servizi sanitari;
- ▶ contattare i colleghi ospedalieri sui ricoveri degli ospiti allo scopo di aggiornarsi sullo stato di salute degli assistiti;
- ▶ attivare delle consulenze specialistiche<sup>37</sup>.

Non ci dilungheremo troppo sulle mansioni e sulle responsabilità affidate al medico clinico in quanto sarà oggetto di analisi e di ricerca nei prossimi capitoli.

Non bisogna poi tralasciare di menzionare il ruolo svolto dall'infermiere professionale nell'ambito dell'area dei servizi alla quale è assegnato. L'infermiere professionale partecipa alla formulazione dei piani di lavoro e di intervento finalizzati alla promozione, al mantenimento e al recupero dello stato di salute degli utenti, svolgendo mansioni sia nella sfera organizzativa che in quella assistenziale. I principali compiti di carattere organizzativo riguardano l'annotazione nelle cartelle cliniche degli abituali rilievi come la temperatura, il battito e il respiro, la registrazione scritta delle prescrizioni mediche ed infine la richiesta ordinaria (o urgente) di interventi medico-assistenziali destinati agli ospiti. Tra i compiti di natura assistenziale si annoverano, invece, le funzioni di assistenza completa all'ospite, di somministrazione dei medicinali prescritti dal medico curante, di educazione sanitaria sia dell'ospite che dei suoi familiari ed infine di esecuzione di interventi di urgenza come, ad esempio, il massaggio cardiaco. Molte delle attività svolte dall'infermiere professionale vengono orientate e gestite dal medico coordinatore

---

<sup>37</sup> I compiti del medico clinico di RSA verranno ripresi ed approfonditi nei capitoli suc-

che si pone allora come una figura di riferimento rispetto sia ai singoli membri del personale che agli ospiti delle RSA<sup>38</sup>.

Altra figura professionale che opera nel campo assistenziale è quella del fisioterapista della riabilitazione. Egli esegue una serie di trattamenti riabilitativi prescritti precedentemente dal fisiatra in accordo con il medico curante. In particolare svolge un'attività terapeutica finalizzata alla rieducazione funzionale delle disabilità motorie, psicomotorie e cognitive del paziente, tramite l'adozione di protesi e di ausili per aumentare l'efficacia di queste terapie. Così come l'infermiere professionale, anche il fisioterapista della riabilitazione lavora con il medico coordinatore in qualità di collega suo subordinato: un'analisi della distribuzione delle attività e delle competenze a partire dal basso può così porsi come un utile strumento di interpretazione per l'indagine condotta a livello *top-down*<sup>39</sup>.

*Last but not least* vi è la figura dell'operatore socio-sanitario (Oss)<sup>40</sup> che è incaricato di soddisfare i bisogni primari del degente in un contesto sia sociale che sanitario. Elemento centrale della sua professione è quello di favorire il benessere e l'autonomia della persona tramite una serie di forme di assistenza diretta e di interventi igienico-sanitari come, ad esempio, il fornire aiuto all'ospite nell'alzarsi dal letto, nel lavarsi, nel vestirsi e nei momenti dei pasti. Nuovamente, come nei due casi precedenti, possiamo affermare che l'analisi della suddivisione delle attività e delle sfere di competenze tra la figura dell'operatore socio-sanitario e quella del medico coordinatore ci permette di avanzare alcune considerazioni dal basso che verranno poi articolate ed ampliate maggiormente all'interno di una visione dall'alto<sup>41</sup>.

Per meglio comprendere le appena menzionate prospettive *bottom-up* e *top-down*<sup>42</sup>, chiarificatrici dei rapporti di subordinazione e di sovraordinazione tra i componenti del personale impiegato nel servizio sanitario-assistenziale, abbiamo deciso di presentare un ipotetico organigramma di RSA scelto a titolo puramente esemplificativo e riportato nella fig. 5.

---

<sup>38</sup> Per un approfondimento ulteriore sulle mansioni dell'infermiere professionale si veda il decreto ministeriale n. 739 del 14 settembre 1994 recante il "Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere".

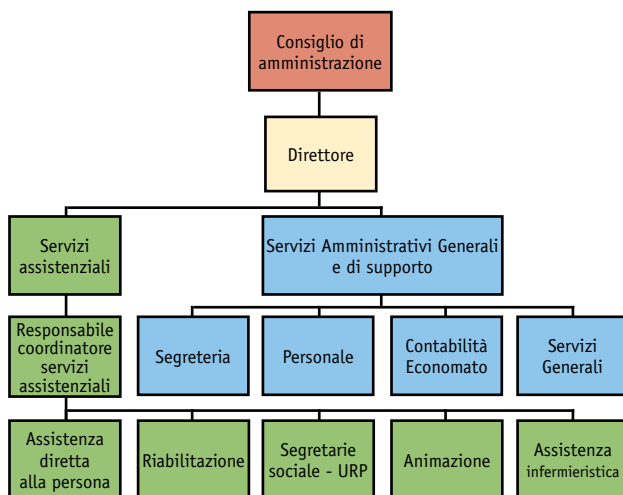
<sup>39</sup> Il riferimento è alle indagini condotte a livello di dirigenza amministrativa.

<sup>40</sup> L'operatore socio-sanitario, sinteticamente Oss, è una figura professionale recente che è stata istituzionalizzata nella Provincia Autonoma di Trento con l'Accordo Stato-Regioni del 18 febbraio 2001. Tale operatore socio-sanitario si sostituisce alle precedenti figure professionali che si occupavano di assistenza, sia nell'area sanitaria (Ota) che in quella sociale (Osa), integrando funzioni, compiti e competenze delle due aree in un unico profilo professionale: quello appunto dell'Oss.

<sup>41</sup> Cfr. figura del fisioterapista della riabilitazione.

<sup>42</sup> La prospettiva "*top-down*" richiama l'immagine di una piramide nella cui cima (*top*) sono collocati i vertici dirigenziali e nella cui base (*down*) sono poste le figure operative come l'infermiere professionale, il terapeuta della riabilitazione e l'Oss. Il percorso di indagine prevede di partire dall'alto per approdare ad una visione dal basso. Viceversa accade con la prospettiva "*bottom-up*", in cui il percorso di analisi è invertito e procede da una visione dal basso ad una verso l'alto

**Fig. 5.** Organigramma di una Rsa (De Masi, 2001)



Dall'analisi di questo organigramma è possibile comprendere come si sviluppano i rapporti tra i vari membri del personale e a che livello sono collocate le figure professionali sopra accuratamente richiamate nelle funzioni operative svolte. Se osserviamo il posizionamento delle caselle dipinte di colore giallo (attinenti al servizio assistenziale), emerge che la figura del coordinatore si pone in una posizione intermedia, anche se in questo organigramma si fa riferimento alla figura del coordinatore dei servizi assistenziali che è ben diversa da quella del medico coordinatore. Per essere precisi bisognerebbe disegnare un'altra casella sottostante a quella del Direttore Generale e porvi la denominazione di "coordinatore dei servizi sanitari". Ad ogni modo, il medico coordinatore risulta in una posizione sovraordinata rispetto al gruppo degli operatori socio-sanitari coinvolti nelle funzioni di assistenza diretta alla persona, al personale che promuove la riabilitazione dell'anziano come appunto la figura del fisioterapista della riabilitazione ed infine al personale infermieristico attivo nel recupero del benessere psico-fisico dell'ospite. A sua volta, la figura del medico coordinatore si pone in una posizione subordinata rispetto a quella del Direttore Generale e a quella del Consiglio di Amministrazione.

### *Conclusioni*

Questo secondo capitolo si è concentrato essenzialmente su tre argomenti: la descrizione dell'*iter* normativo che ha portato alla nascita delle RSA, la definizione delle finalità proprie delle RSA in un'ottica marcatamente socio-sanitaria e la pre-

sentazione delle attività svolte dal personale ivi operante. Da queste considerazioni generali si è messo in rilievo il fatto che le recenti trasformazioni, a cui sono state soggette le Residenze Sanitarie Assistenziali in questi ultimi due decenni, non si sono esaurite semplicemente nel cambiare nome o nell'aver maggiori finanziamenti a disposizione, quanto piuttosto nello specializzare e nel motivare adeguatamente il personale, nell'adottare logiche di lavoro per progetto e per obiettivi e infine nel disporre di idonee professionalità corrispondenti al fabbisogno delle persone da assistere. E tutto ciò è avvenuto all'interno di una logica generale in cui si è cercato di promuovere la "riabilitazione funzionale" dell'ospite.

Alla luce di questi processi di trasformazione, è stato possibile delineare il setting di analisi di nostro interesse, specificando in maniera esaustiva le sue caratteristiche di fondo senza tralasciare i rapporti di lavoro che si sono sviluppati a livello operativo tra i vari componenti del personale. Tali rapporti professionali verranno successivamente sondati con delle apposite interviste che costituiranno la base esplorativa del nostro terreno di ricerca. Il filo conduttore è, infatti, proprio quello di selezionare le aree di competenza peculiari per le figure professionali operanti nell'ambito della RSA, in particolare distinguendo il medico clinico dal medico coordinatore e, di conseguenza, proponendo una legittimazione di quest'ultimo in un profilo di Dirigente medico

Pertanto, l'analisi dei rapporti di lavoro tra i membri del personale della RSA è finalizzata alla possibilità di formalizzare le competenze del medico coordinatore in un apposito profilo professionale riconosciuto sul versante istituzionale, pur agendo nella consapevolezza dell'influenza che le decisioni politiche ed amministrative potranno avere in questa direzione. I capitoli successivi saranno allora destinati alla presentazione del ruolo del medico operante nelle RSA, considerando i problemi di coordinamento che emergono quotidianamente in tali contesti ed avanzando così delle ipotesi di riconoscimento normativo ed istituzionale del profilo professionale del medico coordinatore di RSA.

## Capitolo 3

# Il caso di studio: la professione del medico coordinatore di RSA

### Introduzione

Il terzo capitolo entra nel cuore del discorso di questo lavoro di ricerca. Si inizierà con la descrizione del ruolo professionale svolto dal medico sia nel passato che nella moderna società del terziario avanzato, facendo perno su una visione multi-professionale del lavoro piuttosto che su una visione a carattere medico-centrico. Si presenterà poi la figura del medico operante nel contesto della RSA, una figura tradizionale di medico clinico a cui è riservata una preparazione di natura prevalentemente geriatrica. Ciò che permette di distinguere il medico puramente “clinico” dal medico “coordinatore” è la dotazione da parte di quest’ultimo di competenze non solo di matrice clinica, ma soprattutto di stampo manageriale che vanno a costituire quel surplus esperienziale ormai indispensabile nella moderna gestione dei servizi socio-sanitari.

Preso atto di questa particolare caratterizzazione del medico coordinatore, si farà leva sui processi di coordinamento che si attuano all’interno delle Residenze Sanitarie Assistenziali considerando anche le loro connessioni con le nozioni di interdipendenza e di leadership. Pertanto, le modalità di coordinamento teorizzate da Mintzberg e gli stili di leadership individuati da Lewin, Lippit e White verranno applicati al contesto operativo delle strutture residenziali per giungere alla formulazione delle aree di intervento nelle quali un buon coordinatore è solito operare. Alla luce di queste considerazioni, verrà infine elaborato un profilo ideale della figura del medico coordinatore di RSA, mettendo in luce i compiti di natura organizzativo-gestionale che lo fanno assomigliare al Dirigente sanitario, oltre a quelli di natura clinica tipici del proprio ambito di competenza. È proprio questo elemento di novità, cioè la commistione tra competenze manageriali e competenze cliniche, a rendere il medico coordinatore una figura innovativa nel panorama delle RSA, motivo per cui emerge la necessità di una formalizzazione del suo profilo professionale.

Per sviluppare le competenze sia pratiche che teoriche in queste due direzioni (area manageriale e area clinica) sono stati attivati dalla Provincia Autonoma di Trento e

tramite la Scuola di Formazione Specifica in Medicina Generale<sup>1</sup> degli appositi corsi destinati ai medici di RSA, le cui tre edizioni realizzate ci aiuteranno a comprendere i bisogni formativi, le tipologie di competenze e le abilità pratiche necessarie a ricoprire un simile ruolo. Oltre alla progettazione di attività formative volte a sviluppare competenze ed abilità, non si può certo tralasciare di problematizzare le difficoltà, sia istituzionali che normative, riscontrate nel promuovere il riconoscimento formale della figura del medico coordinatore di RSA. Argomento di fondo sarà, dunque, quello che verte sull'individuazione del ruolo del medico coordinatore, distinguendolo dal medico inteso in senso più ampio e sollevando la necessità di insistere sui requisiti propri del suo profilo professionale. Si entra, a questo punto, nel cuore della ricerca esplorativa alla quale verranno dedicati i successivi capitoli, dove le argomentazioni e le problematiche finora discusse verranno sottoposte, tramite una serie di interviste sia agli attuali medici coordinatori che alle figure chiave operanti nelle RSA, alla verifica empirica. L'analisi esplorativa condotta nei prossimi capitoli ci servirà per verificare le effettive possibilità di formalizzazione di questo nuovo profilo, evidenziando le implicazioni anche sul piano pratico e organizzativo. Ma, per ora, ci soffermeremo sull'indicare i compiti e le funzioni da attribuire al medico coordinatore, all'interno di un contesto formativo in cui si intendono sviluppare appropriate competenze e capacità necessarie a rivestire questo ruolo chiave.

### *La professione del medico tra ieri e oggi*

Quando le persone si ammalano manifestano dei segnali di malessere e denunciano dei sintomi. Scoprirli, valutarli e distinguerli è il compito che ciascun medico deve porsi. Questa affermazione può sembrare banale e scontata, ma i medici si identificano in quella categoria professionale investita della responsabilità primaria di curare<sup>2</sup> le persone malate, ragion per cui devono essere in grado di individuare, valutare e ragionare sui sintomi caratterizzanti la malattia di ciascuno. In termini più tecnici si tratta di professionisti capaci di fare diagnosi, di approntare terapie tramite determinate cure e trattamenti ed, infine, di avviare percorsi riabilitativi finalizzati al recupero del benessere psico-fisico dell'individuo<sup>3</sup>. Di fatto, il medico

<sup>1</sup> La Scuola di Formazione Specifica in Medicina Generale di Trento costituisce un'alternativa al circuito tradizionale della formazione universitaria. In questo lavoro di ricerca non si faranno delle comparazioni inter-regionali, ma si può comunque affermare che la Provincia Autonoma di Trento si è dotata di questo Ente formativo per arginare la scarsa preparazione universitaria destinata ai medici di Rsa relativamente alle nozioni cliniche e manageriali

<sup>2</sup> Il verbo "curare" non assume un significato univoco. Esso può infatti riferirsi sia all'esercizio dei mezzi finalizzati alla guarigione della malattia, sia al farsi carico in modo responsabile dei bisogni della persona. Nel nostro caso il verbo curare assume il significato di "farsi carico" della persona malata con l'obiettivo di guarirla e, se ciò non fosse possibile, di aiutarla a preservare la migliore qualità di vita.

<sup>3</sup> Cosmancini Giorgio (2000) - *Il mestiere del medico. Storia di una professione*, Milano: Raffaello Cortina, pp. 163-171.

è una persona che si è laureata nelle discipline mediche, ha avuto un'esperienza diretta di assistenza e si è tenuta aggiornata imparando dai colleghi più preparati di lui. In tutti questi momenti il medico ha potuto raggiungere e maturare una competenza specialistica che viene costantemente aggiornata e messa duramente alla prova. Un buon medico è infatti colui che accresce la propria esperienza attraverso l'osservazione dei colleghi dai quali ritiene di avere sempre qualcosa da imparare, facendo di volta in volta tesoro dei propri errori e, soprattutto, acquisendo direttamente dai malati ciò che gli serve per verificare la qualità della propria assistenza<sup>4</sup>.

Oggi, nella moderna *knowledge society*, i confini professionali della figura del medico vengono costantemente ridisegnati e arricchiti di nuove competenze e di nuove esperienze professionali. Il medico cerca infatti di porsi come il miglior utilizzatore dei presidi diagnostici e terapeutici, con l'ausilio delle innovative strumentazioni messe a disposizione dalla tecnologia e della farmacologia più avanzata. Inoltre cerca di familiarizzare sempre di più con quel settore dell'informatica che attiene all'integrazione tra l'elaborazione elettronica e la trasmissione a distanza delle informazioni. Se è innegabile il fatto che la tecnologia costituisce una risorsa preziosa ed indispensabile per il progresso medico, oltre che scientifico, l'*high tech*<sup>5</sup> on può e non deve dimenticarsi dell'*high touch*<sup>6</sup> e cioè del contatto umano che sta alla base delle relazioni umane e, tra queste, anche del rapporto che si instaura tra medico e paziente. Dunque la medicina, quale *ars curandi*, deve sapersi avvalere di ogni progresso tecnico e scientifico, asservendolo ad una visione "olistica" in cui il medico possa relazionarsi empaticamente al paziente.

Per approfondire il ruolo del medico nella società del ventesimo secolo è necessario considerare l'evoluzione che tale professione ha avuto nel tempo, specialmente in riferimento ai rapporti intessuti con le altre professioni sanitarie. Un contributo utile in questo senso è quello fornito da Willem Tousijn<sup>7</sup>, il quale ha messo in luce le due principali caratteristiche che contraddistinguono il settore sanitario rispetto agli altri settori del mercato del lavoro: in primis vi è il ruolo cruciale svolto dalle professioni e poi vi è la questione della "dominanza medica".

---

<sup>4</sup> Cornaglia-Ferraris Paolo (2002) - *Il buon medico: chi, come e dove trovarlo*, Roma: Laterza, pp. 5-7

<sup>5</sup> Con "*high tech*" (o "*high technology*") si indica la tecnologia più avanzata ed innovativa. Non esiste una classe specifica di apparecchiature *high tech*, in quanto queste variano con il passare del tempo seguendo i miglioramenti tecnici e scientifici nell'ambito delle ICT (*Information and Communication Technology*).

<sup>6</sup> "*High tech - high touch*" è la formula che John Naisbitt utilizza per descrivere il modo in cui la società attuale risponde alla tecnologia. Ogni volta che una nuova tecnologia viene introdotta nella società, per evitare di essere respinta, deve poter contare sulla spinta umana volta a ristabilirne l'equilibrio. Dunque, più c'è *high tech*, più occorre *high touch*. Per un esame più completo della questione si veda l'opera di Naisbitt John (1999) - *High tech/high touch. Technology and our search for meaning*, London: Brealey Publishing.

<sup>7</sup> Willem Tousijn è Professore ordinario di Sociologia Economica presso la Facoltà di Economia dell'Università degli Studi di Torino.

La prima caratteristica riguarda il fatto che il sistema sanitario è costruito come un vero e proprio “sistema occupazionale”. Esso è formato da una serie di occupazioni che vi agiscono alla stregua di soggetti collettivi, ognuno dei quali è dotato di proprie strategie di negoziazione spesso in conflitto tra loro. In Italia alcune di queste occupazioni si sono istituzionalizzate nelle “professioni intellettuali” e si sono quindi dotate di Ordini e di Collegi professionali, mentre altre si sono riconosciute nel “profilo professionale” che, oltre a definire i requisiti per l’accesso, ne circoscrive l’ambito delle attività lavorative. I profili professionali si qualificano come degli atti normativi che attribuiscono un *set* di competenze specifiche ad una determinata figura lavorativa, ragion per cui nel nostro lavoro di ricerca si è posta molta enfasi sulle competenze da assegnare al medico coordinatore nel tentativo di creare un apposito profilo in cui riconoscersi. In questo senso, i profili professionali acquisiscono un’utilità rilevante quando danno la possibilità di superare l’impostazione basata sulle mansioni, delineando nuovi confini del lavoro incentrati sia sulla professionalità delle persone che sui risultati da raggiungere<sup>8</sup>. È per questo motivo di fondo che la nostra ipotesi di ricerca è indirizzata a promuovere il riconoscimento formale del profilo professionale del medico coordinatore, in modo tale da stabilire e delimitare i suoi precisi ambiti di competenza nei quali possa esercitare liberamente la propria professionalità, senza interferenze.

La seconda caratteristica peculiare del sistema sanitario è la “dominanza professionale” che consiste nella relazione di potere instaurata dal medico nei confronti delle altre professioni dell’ambito sanitario. Tousijn individua quattro forme di dominanza medica, tra cui quella gerarchica, quella funzionale, quella scientifica ed infine quella istituzionale. Per dominanza gerarchica si intende il fatto che negli ospedali i medici, nelle vesti di Primari, hanno alle loro dipendenze delle figure professionali come gli infermieri e i fisioterapisti<sup>9</sup>. La dominanza funzionale si riferisce, invece, al fatto che i medici controllano alcune fasi cruciali del processo di cura come, ad esempio, la diagnosi e la scelta della terapia che, in molti casi, è somministrata dal farmacista, ma che comunque è decisa dal medico. La dominanza scientifica equivale alla prerogativa di verificare e di stabilire lo stato di salute (o parimenti di malattia) del paziente e si incardina nel controllo del sapere medico. Infine, la dominanza istituzionale si esplicita nella direzione delle principali istituzioni del sistema sanitario come, ad esempio, le Facoltà di Medicina e gli ospedali. Nel nostro caso di ricerca, la forma di dominanza medica alla quale si farà prevalentemente riferimento è quella della dominanza funzionale, per cui sulla base di un profilo riconosciuto e formalizzato di competenze si ritiene possibile delimitare le varie

---

<sup>8</sup> Tousijn Willem (2000) - *Il sistema delle occupazioni sanitarie*, Bologna: il Mulino, pp. 13-39.

<sup>9</sup> Nelle Rsa la dominanza gerarchica non è così scontata. Infatti, i rapporti professionali tra i medici e gli altri membri del personale sono basati su relazioni di fiducia piuttosto che su rapporti gerarchici ben definiti e imposti dall’alto.



sfere di intervento assegnate ai medici coordinatori in relazione anche alle altre figure professionali. Ricordiamo, inoltre, che la dominanza gerarchica è solo parzialmente applicabile al nostro caso di studio perché non ci troviamo in un contesto ospedaliero, ove prevale una visione medico-centrica, ma piuttosto in un contesto collaborativo che fa perno su una prospettiva d'èquipe. Infine, le nozioni di dominanza scientifica e istituzionale, inerenti al controllo dei saperi in vari ambiti istituzionali, sono distanti dalla nostra sfera di indagine e, pertanto, verranno trascurate.

Se assumiamo un punto di vista storico, possiamo notare che la dominanza medica si è sviluppata essenzialmente nel corso di tre tappe cruciali<sup>10</sup>. Nella prima fase, compresa tra la fine dell'Ottocento e la prima guerra mondiale, la professione medica si è impegnata a sedimentare le fondamenta sociali e giuridiche del proprio dominio sulle altre occupazioni sanitarie, al tempo presenti solo in numero esiguo. Nella seconda fase, che va dagli anni Venti agli anni Sessanta del ventesimo secolo, la professione medica ha cercato di consolidare il proprio controllo sulle occupazioni sanitarie in rapido aumento. Dagli anni Settanta in poi si è invece entrati nella terza fase, nella quale si è assistito ad un parziale declino della professione medica di fronte alla proliferazione delle altre professioni sanitarie. Le caratteristiche salienti di queste tre fasi verranno presentate nei prossimi paragrafi.

La prima fase è quella definita di "controllo diretto". In essa, la professione medica si è impegnata nella creazione di un mercato di servizi medici di dimensioni considerevoli, unitamente alla conquista del monopolio professionale che ha comportato la progressiva estromissione dei concorrenti dal mercato stesso. In Italia la diffusione del mercato di servizi medici è avvenuta con molta lentezza, anche se sul versante normativo sono stati istituiti l'Albo e l'Ordine dei Medici<sup>11</sup>. In questa prima fase solamente due professioni, quella dei farmacisti e quella delle ostetriche, sono state ammesse al nuovo mercato dei servizi sanitari e, comunque, entrambe sono state sottoposte alla rigida demarcazione dei loro compiti da parte della categoria dei medici<sup>12</sup>.

La seconda fase è quella denominata di "controllo indiretto". Dopo la seconda guerra mondiale, si è realizzata in tutti i paesi industrializzati una fase di espansione del mercato sanitario grazie a due fattori che sono la crescita economica e lo sviluppo del *welfare state*<sup>13</sup>. In questa fase hanno cominciato ad emergere nuove professioni

---

<sup>10</sup> *L'exkursus* storico-evolutivo della divisione del lavoro nel sistema sanitario è stato tratto da: Willem Tousijn (2004) - *Le professioni della salute*. In: Cipolla Costantino (curatore), *Manuale di sociologia della salute*, Milano: Franco Angeli, pp. 229-243.

<sup>11</sup> L'Ordine dei Medici è stato istituito con la legge n. 455 del 10 luglio 1910.

<sup>12</sup> Rispetto ai farmacisti il medico ha scelto di focalizzarsi sulle fasi di diagnosi e di terapia, relegando il farmacista alla preparazione e alla somministrazione dei farmaci. Rispetto alle ostetriche si è invece realizzata una spartizione del lavoro in due segmenti: mentre le classi più elevate preferivano rivolgersi ai medici, le classi popolari e contadine ricorrevano alle ostetriche.

<sup>13</sup> Il termine "welfare State" (o "Stato del benessere") designa, a partire dalla seconda guerra mondiale, quel sistema sociale, politico ed economico nel quale la promozione del benessere sociale dei cittadini viene assunta direttamente dallo Stato come propria prerogativa e responsabilità.

sanitarie diverse dalla professione medica e sono, inoltre, cresciute le specialità all'interno della stessa. Ciò ha fatto sì che il controllo diretto dei medici sulle attività sanitarie venisse sostituito dal controllo indiretto sulle professioni che svolgono tali attività. Questo controllo indiretto è stato di natura prevalentemente istituzionale e si è stabilizzato tramite la presenza dei medici negli Organi direttivi delle istituzioni ed, in particolare, è avvenuto attraverso l'assunzione da parte dei medici di ruoli di docenza nelle istituzioni formative destinate a tutte le occupazioni sanitarie.

A partire dagli anni Settanta del ventesimo secolo, la posizione di dominanza medica sulle altre figure sanitarie è stata investita da una serie di fattori di mutamento che, nel loro insieme, hanno fatto pensare alla transizione verso una nuova tappa. Infatti, la nuova fase del capitalismo, basata sui processi di globalizzazione e di divisione internazionale del lavoro, ha messo in crisi l'idea di *welfare state* per consentire l'approdo ad una fase di neo-liberismo in cui l'individuo, in qualità di consumatore, ha la possibilità di scegliere direttamente sul mercato i servizi da acquistare. Di conseguenza, sempre più spesso, è stato ridotto il ruolo del settore pubblico a vantaggio del mercato privato, tramite l'adozione di un serie di provvedimenti di *de-regulation*<sup>14</sup> e di meccanismi concorrenziali tra i produttori. In questo modo, la logica professionale che sancisce l'autonomia del professionista medico viene modificata ed integrata dalla stessa logica manageriale che gli attribuisce maggiori responsabilità ed un più ampio potere decisionale specialmente nel campo organizzativo-gestionale: ai professionisti della salute viene allora chiesta l'introduzione, nella loro pratica professionale, di efficaci meccanismi di valutazione sia delle prestazioni che dei risultati<sup>15</sup>. Queste considerazioni rispecchiano il fatto che in molti paesi, tra la fine degli anni Ottanta e l'inizio degli anni Novanta, sono stati introdotti nel settore sanitario degli elementi di logica del mercato come, ad esempio, l'aziendalizzazione delle istituzioni di erogazione dei servizi sanitari<sup>16</sup>.

Ma quali sono i risvolti di questi mutamenti sulla professione medica? E quali per le altre professioni sanitarie? Per quanto riguarda i medici il nodo di fondo è quello di riuscire a mantenere la propria autonomia professionale nell'équipe multi-professionale di lavoro, ambito in cui rivendicano le funzioni di diagnosi e cura. Questo avviene perché il medico è inserito in un processo assistenziale in cui aumentano sempre di più le responsabilità e le competenze affidate ai vari membri del personale ed in cui si verifica una crescente incidenza del paziente nelle decisioni mediche<sup>17</sup>.

---

<sup>14</sup> La deregolamentazione (o "de-regulation") è quel processo per il quale i governi eliminano le restrizioni economiche e politiche al fine di incoraggiare le libere operazioni di mercato.

<sup>15</sup> Da qui deriva l'importanza che viene data nel corso della ricerca al riconoscimento delle competenze organizzativo-manageriali in seno al profilo del medico coordinatore di RSA.

<sup>16</sup> L'aziendalizzazione nell'ambito sanitario è stata introdotta in Italia con la legge di riforma del Sistema Sanitario Nazionale n. 419 del 30 novembre 1998.

<sup>17</sup> Maturò Antonio (2007) - Sociologia della malattia. Un'introduzione, Milano: Franco Angeli, pp. 81-83.

Se la professione medica percepisce il ridimensionamento della propria autonomia nell'ambito clinico, a fronte di una crescente attribuzione di competenze gestionali, le altre occupazioni sanitarie sono soggette, a partire dagli anni Novanta, ad una serie di innovazioni che riguardano l'istituzione dei profili professionali, la creazione di corsi universitari per la maggior parte delle occupazioni sanitarie e la sostituzione della vecchia denominazione di "professione sanitaria ausiliaria" con la nuova espressione di "professione sanitaria". Queste innovazioni vengono approvate con la legge n. 251 dell'agosto 2000 che, oltre a disciplinare le varie professioni sanitarie e a proporre una formazione universitaria adeguata per ciascuna di esse, consente di realizzare il passaggio dal lavoro per "mansioni" al lavoro per "obiettivi". Se il mansionario conteneva un insieme di funzioni e di compiti di carattere fortemente rigido ed esaustivo, il lavoro per obiettivi assegna delle responsabilità e delle competenze variegate ai professionisti della salute nell'ordine del raggiungimento di obiettivi condivisi, contrattati e valutabili.

Possiamo allora affermare che l'avvento del managerialismo nella sanità, la crescente attenzione ai costi e ai risultati e l'introduzione di meccanismi di natura concorrenziale nell'ambito sanitario sembrano spingere verso il superamento del tradizionale modello "medico-centrico", sostituendolo con un modello di organizzazione del lavoro a carattere "multi-professionale" in grado di valorizzare su un piano di parità il contributo autonomo e responsabile proveniente dalle varie occupazioni sanitarie<sup>18</sup>. Dopo aver fornito questo quadro generale sull'evoluzione storico-sociale della professione medica, prenderemo brevemente in esame la relazione che viene ad instaurarsi tra il medico e il paziente.

È bene ricordare che le trasformazioni più cruciali all'interno della relazione tra medico e paziente sono avvenute, in questi ultimi anni, grazie alla presenza di un terzo attore: il sistema sanitario. Quest'ultimo, in quanto collettore delle domande di salute e in quanto erogatore delle prestazioni medico-assistenziali, si pone come il fautore dell'integrazione del rapporto "duale" medico-paziente nel rapporto "plurale" medico-società<sup>19</sup>. In questa prospettiva la visita medica, intesa come il momento di incontro tra il medico e il malato sulla base di un rapporto di reciproca comprensione, costituisce una delle forme più profonde di scambio terapeutico che si pone come finalità la prevenzione e la cura del malato. La pratica medica non può infatti prescindere dall'operare attraverso una relazione umana e, per questa caratterizzazione, intervengono inevitabilmente anche degli elementi psicologici e sociologici densi di implicazioni<sup>20</sup>.

---

<sup>18</sup> Benci Luca (2002) - Le professioni sanitarie (non mediche). Aspetti giuridici, deontologici e medico-legali, Milano: McGraw Hill, pp. 7-13.

<sup>19</sup> Savignano Armando (1999) - Il medico e il malato, Bologna: Apeiron, pp. 5-7.

<sup>20</sup> Musso Angelo (2000) - Dialogo medico-paziente. Dalla relazione alla nuova psicosomatica, Torino: Centro Scientifico, pp. 92-97.

Ma da un punto di vista sociologico come si configura il rapporto medico-malato? Talcott Parsons ha riassunto nei seguenti punti le aspettative istituzionali che il sistema sociale si attende dal malato: a) il malato, finché è tale, è libero dagli obblighi sociali inerenti alle funzioni precedentemente svolte; b) il malato ha l'obbligo di curarsi; c) il malato è obbligato a ricorrere all'aiuto del medico e di cooperare con lui per la sua guarigione. Da questi assunti derivano, per reciprocità, le aspettative della società nei confronti del medico. In sostanza, per Parsons, l'atto medico si articola sulla base dell'interazione tra le aspettative istituzionali del paziente e quelle del medico: se entrambe sono presenti il rapporto tra il medico e il paziente sarà sociologicamente corretto, mentre in caso contrario sarà fonte di conflitti e di disordini sociali. In definitiva si può facilmente sostenere che la relazione medica, condizionata sia dalle aspettative istituzionali che dalla sua caratterizzazione interpersonale, assume un carattere intrinsecamente sociale<sup>21</sup>.

Dopo aver fornito una panoramica d'insieme sul ruolo del medico e sull'evoluzione che la sua professione ha avuto nel tempo, concentrandoci in particolare sulla questione della dominanza medica e del lavoro multi-professionale, entreremo nel merito del discorso presentando la figura del medico che opera nelle RSA senza, inizialmente, fare distinzioni tra il medico clinico e il medico coordinatore. Verrà infatti presentata la figura del medico di RSA tradizionalmente intesa: una figura che si occupa di funzioni di diagnosi e cura e non ancora di specifiche attività di organizzazione. Potremmo anticipare il discorso con l'affermare che la figura del medico coordinatore rappresenta una sorta di evoluzione della classica figura del medico clinico in quanto ad essa sono associate delle competenze sia di natura clinica che di matrice manageriale. Il problema nasce dal fatto che non essendoci ancora un riconoscimento dello status formale del medico coordinatore, non esiste nemmeno una definizione dell'ambito in cui egli può esercitare le sue competenze organizzativo-gestionali e, ciò, rappresenta una tra le principali cause dei numerosi episodi di interferenza con le altre figure professionali, specialmente quelle di tipo dirigenziale.

### *Il medico di RSA: funzioni e responsabilità*

Il presente paragrafo cerca di delineare le attività svolte dal medico di RSA e la formazione riservatagli, mettendo in evidenza come le tradizionali funzioni di ca-

---

<sup>21</sup> Tutto questo non esaurisce l'analisi sociologica della professione medica proposta da Parsons. Il ruolo del medico viene infatti vagliato alla luce di un sistema di norme comportamentali (*pattern variables*) che impone al medico una scelta tra: a) coinvolgimento emotivo o neutralità affettiva; b) universalità o particolarismo; c) orientamento verso la collettività o individualismo; d) orientamento funzionale diffuso o orientamento personale specifico. Nel contesto sanitario odierno il medico deve essere neutrale, deve orientarsi verso la collettività e deve optare per l'universalismo. Per approfondire ulteriormente il discorso sociologico, qui solamente introdotto, si consulti il manuale di Parsons Talcott (1951) - *The Social System*, Illinois: Glencoe Free Press.

rattere clinico debbano essere necessariamente ampliate con delle nuove attività di stampo organizzativo-manageriale. Un discorso che, comunque, verrà opportunamente approfondito anche nei paragrafi successivi.

Il medico di RSA riveste un ruolo di primaria importanza nella promozione dei livelli di assistenza condivisi ed appropriati per tutti, in quanto cerca di esercitare al meglio la propria professione sul piano clinico, ponendosi come un utile intermediario dei problemi gestionali ed organizzativi che emergono quotidianamente nei contesti residenziali. Egli è investito di queste funzioni e responsabilità in virtù del fatto che è dotato di numerose competenze trasversali al suo ruolo<sup>22</sup>. Ma quali sono le funzioni e gli ambiti di competenza assegnati al medico di RSA nel contesto provinciale trentino? L'assistenza medica nelle strutture residenziali provinciali è assicurata dalla presenza di medici dipendenti dalle RSA oppure convenzionati con la stessa. Il medico che opera all'interno della struttura residenziale deve essere in possesso del certificato di iscrizione all'Ordine dei Medici e di una specifica copertura assicurativa per la responsabilità civile nei confronti di terzi. Lo stesso è tenuto a frequentare una serie di iniziative formative rivolte ai medici che operano nelle RSA, nell'ambito dei programmi promossi dal Servizio Sanitario Provinciale. Se consultiamo la recente delibera n. 2585 del 10 ottobre 2008, emessa dalla Giunta Provinciale di Trento, possiamo comprendere che l'attività medica di diagnosi e cura comprende le seguenti funzioni:

assicurare l'assistenza medica agli ospiti della struttura residenziale con un numero di accessi settimanali e giornalieri ritenuto adeguato dalla Direzione della RSA. L'assistenza medica deve essere garantita con i seguenti parametri: a) almeno due minuti al giorno per ogni posto letto di base; b) almeno quattro minuti al giorno per ogni posto letto in nucleo ad alto fabbisogno assistenziale; c) almeno sei minuti al giorno per ogni posto letto nelle residenze sanitarie assistenziali a sede ospedaliera;

- ▶ assicurare l'assistenza medica urgente nella stessa giornata della richiesta, anche nelle fasce orarie e nei giorni non coperti dal servizio di continuità assistenziale;
- ▶ assumere la responsabilità complessiva in ordine alla promozione e al mantenimento della salute degli ospiti che si estrinseca in compiti preventivi, diagnostici, terapeutici, riabilitativi e di educazione sanitaria;

<sup>22</sup> Il termine "competenze trasversali" indica un vasto insieme di abilità che si esprimono in situazioni operative tra loro differenziate. Le competenze trasversali si relazionano, da un lato, alle risorse cognitive e psicosociali della persona (valori, atteggiamenti, motivazioni, identità) e, dall'altro lato, alle specifiche esigenze del contesto lavorativo. Le competenze trasversali fanno riferimento al diagnosticare (la situazione, il ruolo organizzativo, il problema), al relazionarsi con gli altri per rispondere alle richieste della situazione lavorativa (fatta di persone, strumenti, regole e procedure) e al riflettere sul proprio agire. Sulle competenze trasversali si veda: Bresciani PierGiovanni (2002) - *La competenza. Appunti di viaggio*. In: Ajello Anna Maria (curatore), *La competenza*, Bologna: il Mulino, pp. 85-108.

- ▶ partecipare agli incontri con gli altri operatori della struttura residenziale al fine di assicurare la valutazione multidimensionale dell'ospite ed attuare piani individuali di assistenza con l'équipe multi-professionale;
- ▶ partecipare alle iniziative di aggiornamento specifico su temi concernenti l'assistenza agli ospiti, nell'ambito dei programmi promossi dal Servizio Sanitario Provinciale;
- ▶ partecipare alle attività di informazione, di formazione e di consulenza nei confronti dei familiari degli ospiti<sup>23</sup>.

Nel tentativo di delineare nel modo più completo possibile le principali funzioni che vengono attribuite al medico di RSA, si cercheranno di fare alcune considerazioni sulla formazione prevista per tale ruolo<sup>24</sup>. Da una breve analisi sulla controversa questione della formazione medica attuale si è notata una tendenza generale ad intensificare le specializzazioni nell'ambito delle Scuole di Geriatria, oltre all'esigenza di istituire percorsi formativi ad hoc destinati alle categorie di medici operanti nelle strutture per anziani. Infatti, una carenza di specializzazione nelle discipline geriatriche si pone come un limite piuttosto significativo per gli anziani che necessitano di assistenza a vari livelli. Per mostrare come questa situazione risulti abbastanza preoccupante si sono selezionate alcune Facoltà di Medicina e di Chirurgia presenti sul territorio nazionale e, a seguito dell'analisi dei corsi formativi offerti, si è cercato di valutare l'incidenza delle materie geriatriche sull'offerta complessiva<sup>25</sup>.

Per quanto riguarda il Polo Universitario della Facoltà di Medicina e Chirurgia di Verona, i corsi in Geriatria sono stati confinati al sesto anno del ciclo di studi. Per farsi un'idea sommaria sui corsi attivati nelle materie geriatriche è possibile consultare la tabella sottostante che indica alcune informazioni generali sul corso. Ciò che risulta lampante è il fatto che il corso in questione assume una natura opzionale e cioè non è previsto obbligatoriamente dall'iter universitario, ma viene lasciato alla libera di scelta da parte degli studenti. Ma relegare un corso di tale spessore ad un'opzione facoltativa appare una scelta che crea carenze e lacune sul piano formativo, poiché si può diventare medici anche senza aver acquisito competenze specifiche di tipo geriatrico e gerontologico. Inoltre, il peso in termini di crediti assegnati al corso è relativamente scarso, a conferma del fatto che questa scelta di insegnamento assume un'importanza secondaria per il percorso di studi del medico professionista.

<sup>23</sup> Questi punti riprendono pari passo la delibera n. 2585 del 10 ottobre 2008 emessa dalla Giunta Provinciale. In sede di ricerca verranno opportunamente revisionati alla luce delle considerazioni emerse nelle interviste effettuate al personale delle RSA.

<sup>24</sup> Si sono presi in considerazione alcuni poli universitari di Medicina e Chirurgia sparsi sul territorio nazionale e si è cercato di analizzare il peso delle materie geriatriche rispetto a quello di altre discipline, osservandone i contenuti e gli obiettivi formativi.

<sup>25</sup> Per prendere atto delle attività di formazione condotte nel contesto provinciale trentino si rimanda all'ultima parte del presente capitolo, che è espressamente dedicata all'iter formativo dei medici di RSA.

**Tab. 1.** Corso di “Clinica medica, Geriatria e Terapia Medica” (Univeristà di Verona, 2007)

Crediti:	2
Anno di corso:	6° (scelta facoltativa)
Programma:	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ osservare sintomi, segni e alterazioni strutturali (o funzionali) per attuare una valutazione globale sullo stato di salute del singolo individuo sotto il profilo preventivo, diagnostico, terapeutico e riabilitativo;</li> <li>▶ formulare ipotesi diagnostiche dopo aver elaborato i sintomi del paziente, tenendo conto della loro rilevanza, gravità ed urgenza, e dopo aver analizzato criticamente tutti i dati necessari a confermare la correttezza del percorso diagnostico intrapreso;</li> </ul>
Programma	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ impostare un programma terapeutico articolato sulle nozioni acquisite in fisiopatologia, in farmacologia e in terapia sistemica;</li> <li>▶ analizzare e risolvere i problemi clinici di ordine diagnostico e terapeutico, secondo una metodologia che consenta di valutare i rapporti tra benefici, rischi e costi, ed utilizzando anche i risultati della “medicina basata sulle evidenze”;</li> <li>▶ saper comunicare adeguatamente con il paziente e con i suoi familiari, impostando correttamente i rapporti di lavoro con i colleghi e con le altre figure professionali sanitarie, sulla base del codice deontologico e nel rispetto dei reciproci ruoli e competenze.</li> </ul>

Se passiamo al caso della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell’Università di Bologna, notiamo che vengono confermate le considerazioni desunte per il caso veronese. Dall’analisi dei corsi di insegnamento in Geriatria emerge come questi siano confinati ai corsi di laurea delle professioni sanitarie infermieristiche e fisio-

terapiche, mentre il corso di laurea a ciclo unico in Medicina e Chirurgia presenta solamente un corso in insegnamento nelle discipline geriatriche che abbiamo scelto di riportare in Tab. 2.<sup>26</sup>

**Tab. 2.** Corso di “Fondamenti di psico-geriatria” (Università di Bologna, 2007)

Crediti:	2
Obiettivi formativi:	Il corso si propone di ampliare le conoscenze sia rispetto ai processi fisiologici di invecchiamento, sia rispetto alla valutazione neuro-psicologica dei processi di declino cognitivo.
Programma:	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ meccanismi fisiologici dei processi implicati nell’invecchiamento cerebrale;</li> <li>▶ concetti di neuro-psicogeriatrica;</li> <li>▶ definizione di declino cognitivo: aspetti clinici e neuro-psicologici;</li> <li>▶ diagnosi differenziale tra declino cognitivo e invecchiamento cerebrale: strumenti clinici e test di valutazione neuro-psicologica;</li> <li>▶ concetti di base sulle demenze degenerative (e non);</li> <li>▶ classificazione delle demenze;</li> <li>▶ cause biologiche delle demenze e correlazione con i fattori di rischio tradizionali;</li> <li>▶ terapia farmacologica (e non) delle demenze.</li> </ul>

Questa situazione di carenza formativa nelle discipline geriatriche è comune anche ad altri poli universitari tra cui Padova, Udine e Firenze e viene, in parte, ovviata dall’intervento formativo promosso dalle Scuole di Specializzazione in ambito geriatrico. Esse consistono in percorsi post-laurea della durata di 4 anni con la finalità di formare medici specialistici nel settore professionale della prevenzione, della diagnosi, della terapia e della riabilitazione delle malattie geriatriche. Le attività di formazione di queste Scuole di Specializzazione prevedono delle occasioni

<sup>26</sup> Per consultare gli insegnamenti attivati nelle materie geriatriche si rimanda al sito della Facoltà di Medicina e Chirurgia di Bologna.



di tirocinio sia nelle strutture universitarie che in quelle ospedaliere convenzionate con l'Università, al fine di unire alla preparazione teorica anche un addestramento professionale sul campo. Sulla scia dell'offerta formativa presentata nei casi precedenti abbiamo scelto di proporre come esempio la Scuola di Specializzazione in Geriatria dell'Università degli Studi di Verona. Nella tab. 3. abbiamo brevemente riassunto le principali aree di addestramento professionale con i relativi settori scientifico-disciplinari: ciò ci fornisce una panoramica generale sui contenuti degli insegnamenti attivati nelle Scuole di Specializzazione in Geriatria<sup>27</sup>.

**Tab. 3.** Aree disciplinari della Scuola di Specializzazione in Geriatria (Università di Verona, 2007)

A) Area della gerontologia generale	<p><i>Obiettivo:</i> Lo specializzando deve apprendere le nozioni fondamentali sulle teorie dell'invecchiamento e sulla biologia della senescenza. Deve inoltre conoscere la fisiopatologia e le modalità di presentazione dell'involuzione fisiologica dei vari organi e apparati dell'anziano nella sua globalità.</p> <p><i>Settori:</i> Medicina Interna, Patologia generale, Statistica medica.</p>
B) Area della clinica e della terapia geriatrica	<p><i>Obiettivo:</i> Lo specializzando deve apprendere la metodologia clinica geriatrica ed, in particolare, i metodi specifici di rilievo anamnestico, familiarizzando con il concetto di multipatologia cronica e con le tecniche di valutazione complessiva. Deve inoltre apprendere le variazioni che sono correlate alla farmaco-cinetica e alla farmaco-dinamica e, attraverso lo studio farmaco-epidemiologico, conoscere i possibili effetti dell'impiego di più trattamenti concomitanti.</p> <p><i>Settori:</i> Medicina Interna, Chirurgia generale, Farmacologia.</p>

<sup>27</sup> Nell'Allegato n. 3 dell'Appendice è possibile consultare la ripartizione delle attività didattiche nei quattro anni del ciclo di studi previsto per la Scuola di Specializzazione in Geriatria dell'Università degli Studi di Verona.

C) Area delle specialità geriatriche	<p><i>Obiettivo:</i> Lo specializzando deve acquisire la conoscenza approfondita delle malattie proprie dell'età geriatrica e conseguire la preparazione culturale necessaria a differenziare lo stato di malattia dall'evoluzione fisiologica della senescenza. A tal fine lo specializzando deve apprendere gli elementi fondamentali delle varie specialità geriatriche in modo tale da giungere, in maniera autonoma, ad una corretta diagnosi clinica delle situazioni di malattia tipiche dell'età avanzata.</p> <p><i>Settori:</i> Medicina Interna, Urologia, Psichiatria, Neurologia.</p>
D) Area della valutazione multidimensionale geriatrica	<p><i>Obiettivo:</i> Lo specializzando deve acquisire le conoscenze culturali necessarie ad arrivare, superando l'ottica della patologia d'organo, ad una diagnosi funzionale e globale. Egli deve essere capace di realizzare programmi di intervento multidimensionale (medico, sociale e riabilitativo) volti a prevenire e a limitare la disabilità, ottenendo il recupero funzionale dell'anziano.</p> <p><i>Settori:</i> Medicina Interna, Medicina fisica, Riabilitazione.</p>
E) Area della medicina riabilitativa dell'anziano	<p><i>Obiettivo:</i> Lo specializzando deve apprendere i principi generali della riabilitazione dell'anziano, oltre alle tecniche da utilizzare in specifiche patologie croniche principalmente nei settori ortopedico, neurologico, neuropsichiatrico e cardiologico. Egli deve inoltre saper valutare l'applicabilità e l'efficacia dei programmi di riabilitazione in differenti regimi di assistenza (ambulatorio, day hospital, ricovero ospedaliero, residenze sanitarie assistenziali,..).</p> <p><i>Settori:</i> Medicina Interna, Medicina fisica, Riabilitazione.</p>

Alla luce di queste considerazioni sulla formazione dei medici nelle discipline geriatriche, possiamo comprendere meglio i compiti di cui è investito il medico che opera nelle strutture residenziali per anziani. Quest'ultimo si trova immerso in un contesto lavorativo in cui le condizioni cliniche degli ospiti sono in continua evoluzione verso il peggioramento, per cui si richiede un elevato livello di impegno medico ed assistenziale, oltre ad una notevole preparazione culturale ed una solida esperienza professionale. In questo contesto, il dibattito attorno alla questione per cui il medico delle RSA debba essere un dipendente a tempo pieno oppure debba assumere un ruolo di mero consulente sembra andare nella direzione di un lavoro che impegna il medico *full-time*. Questo perché la numerosità dei compiti di natura clinica (ma non solo) richiede tempo, dedizione, concentrazione, familiarità con i problemi degli anziani, oltre alle già citate cultura ed esperienza: è proprio la padronanza di questi requisiti a costituire l'elemento di vantaggio professionale, unitamente alla presenza di uno *staff* medico con garanzie sia sul piano clinico che su quello della disponibilità<sup>28</sup>.

Oltre ai compiti di natura clinica, il medico di RSA deve farsi carico anche del recupero del significato della vita delle persone che trascorrono in tali strutture residenziali periodi di tempo di diversa durata. Nei vari momenti della giornata sono svariate le occasioni in cui l'attenzione del medico si riflette nei vissuti esperienziali dei singoli ospiti, come ad esempio nelle terapie da adottare, negli interventi da fare e nei trattamenti farmacologici da attivare. Il medico di RSA assume così un impegno di importanza cruciale in quanto cerca di cogliere il significato della multidimensionalità delle complesse dinamiche attivate nelle RSA. Ma perché si parla di multidimensionalità delle dinamiche? Se è vero che la RSA mira a costruire una piccola comunità residenziale di accoglimento, essa non può essere governata solo dalle regole degli orari, delle mansioni e delle attività assistenziali in quanto devono entrare in gioco anche altre logiche più complesse che derivano dalle motivazioni, dalla storia personale degli ospiti e dalle esperienze professionali sia dei medici che degli altri operatori ivi presenti<sup>29</sup>.

Dopo aver introdotto i compiti principali attribuiti al medico nelle RSA, si tenterà nei prossimi paragrafi di specificare il ruolo del medico relativamente alle responsabilità cliniche primarie che egli deve assumere come ambiti di propria competenza, all'interno di un discorso più ampio di pratiche mediche. Visto che l'anziano istituzionalizzato presenta una salute somatica e psichica spesso precaria, egli necessita di prestazioni mediche frequenti, di cure individualizzate e di un'assistenza specifica continuativa. Per facilitare l'erogazione di queste prestazioni, il medico deve porsi come finalità primaria quella della valutazione globale della salute dell'ospite, dato che non può esistere una pratica valutativa efficace

---

<sup>28</sup> Giarelli Guido e Ferrari Massimo (2008) - *La medicina del quotidiano. Il vissuto della pratica clinica del medico di medicina generale*, Roma: Bonanno, pp. 100-107

<sup>29</sup> Trabucchi Mario (2002) - *Residenze sanitarie per anziani*, Bologna: il Mulino, pp. 407- 408.

separata da un monitoraggio terapeutico-assistenziale. Questa valutazione globale può essere attuata al meglio se si adotta un'impostazione di lavoro fondata su équipes integrate e funzionanti, capaci cioè di mettere in campo una divisione del lavoro a carattere multidisciplinare in cui ogni professionista sappia rispettare gli ambiti di suddivisione delle competenze<sup>30</sup>.

Non bisogna inoltre scordare che al medico di Rsa vengono attribuite anche importanti responsabilità attinenti alla cura di specifiche disfunzioni geriatriche come l'incontinenza, le difficoltà di deambulazione, l'insonnia, le cadute e i problemi iatrogeni<sup>31</sup>. Nelle strutture residenziali le possibilità di intervento medico risultano essere piuttosto ampie e comprendono le terapie relative alle riacutizzazioni dei problemi cronici, come lo scompenso cardiaco e le patologie metaboliche, e la gestione delle patologie acute, come le infezioni respiratorie, le infezioni urinarie e le infezioni cutanee. Può anche accadere che i medici non siano presenti nella struttura quando si manifestano queste patologie acute e allora le cure iniziali vengono somministrate telefonicamente dai medici e, nei casi più gravi, il paziente viene direttamente inviato ad una struttura ospedaliera che spesso non ha familiarità né particolare interesse per la cura del paziente molto vecchio e ormai disabile. Per arginare questo rischio ogni Residenza sanitaria assistenziale dovrebbe predisporre di protocolli *ad hoc*, grazie ai quali sia possibile garantire una gestione sicura e standardizzata delle emergenze anche nei casi di assenza temporanea del medico. Oltre a tutte queste competenze cliniche, il medico assume delle competenze propriamente relazionali per cui si occupa del mantenimento dei rapporti con i familiari degli ospiti. Si tratta di una funzione piuttosto delicata in quanto è incaricato di gestire le difficoltà personali, i sensi di colpa dei familiari, le inadeguatezze nelle cure domestiche, le aggressività ingiustificate e i sensi di abbandono degli ospiti.

Le osservazioni e le indicazioni contenute nel presente paragrafo fungono da linee guida per l'individuazione del profilo del medico di Rsa, un profilo che deve essere continuamente aggiornato sia nelle competenze che nelle responsabilità che gli vengono via via assegnate. In particolare, partendo da questo riconoscimento del ruolo "clinico" del medico, procederemo con il presentare i presupposti teorici che stanno alla base del ruolo per così dire "manageriale", insistendo sulle funzioni di coordinamento e di organizzazione che richiedono specifiche competenze di natura dirigenziale.

<sup>30</sup> Feldman Hollander (2001) - *Improving communication between researchers and policy makers in a long term care: or, researcher are from Mars; policy makers are from Venus*. In: *The Gerontologist*, n. 41, pp. 318-320.

<sup>31</sup> "Iatrogenesi" è un termine comunemente impiegato per indicare patologie, effetti collaterali o complicanze dovute ai trattamenti medici. Da un punto di vista sociologico esistono tre forme di iatrogenesi: clinica, sociale e culturale. Si veda il testo di Illich Ivan (2004) - *Nemesi medica: l'espropriazione della salute*, 2. ed. Milano: Esbmo.

## *I processi di coordinamento nelle RSA tra interdipendenza e leadership*

Se si vuole individuare il profilo del medico coordinatore di RSA bisogna prima introdurre le questioni legate al coordinamento e all'organizzazione delle strutture residenziali, al fine di comprendere a pieno la reale necessità di dotarsi di una figura professionale di questo calibro. Cerchiamo, pertanto, di fornire una panoramica d'insieme. In ciascuna RSA, così come in ogni organizzazione, vi è una divisione del lavoro che può essere più o meno marcata, ma che in ogni caso deve essere opportunamente gestita. Questa divisione del lavoro presuppone due processi tra loro strettamente connessi: la differenziazione<sup>32</sup> dei compiti da un lato e il livello di interdipendenza<sup>33</sup> tra i diversi soggetti dall'altro. A sua volta, l'interdipendenza dei ruoli e delle figure professionali necessita, da parte di chi è responsabile della gestione e dell'organizzazione della RSA, di efficaci modalità di coordinamento grazie alle quali può avvenire il corretto funzionamento delle varie attività. Si possono così distinguere tre livelli di interdipendenza che chiameremo interdipendenza "sequenziale", interdipendenza "reciproca" ed interdipendenza di "comunità". Per ciascuno di questi livelli procederemo con l'individuare alcuni esempi contestualizzati nell'ambito delle RSA.

L'interdipendenza tra due operatori o tra due settori si dice sequenziale quando l'intervento di uno è necessariamente dipendente dallo svolgimento del compito dell'altro. Un esempio di interdipendenza sequenziale si ritrova nel percorso alimentare: infatti la cucina dipende dagli acquisti e dagli approvvigionamenti esterni, così come coloro che servono a tavola devono impostare il loro servizio in funzione del lavoro fatto in cucina.

L'interdipendenza *reciproca* si verifica nel momento in cui il valore aggiunto del servizio dipende da un susseguirsi di interscambi sviluppati tra gli operatori e/o i settori. Nelle RSA sono svariati i processi che richiamano all'interdipendenza reci-

---

<sup>32</sup> La differenziazione consiste nel processo attraverso il quale le parti di una società si moltiplicano e si diversificano tra loro, dando origine a nuove conformazioni e a nuove forme di interazione. Questa proliferazione di nuove unità in ambito societario produce un aumento di complessità, anche se non offre alcuna garanzia in vista di una loro integrazione funzionale all'interno del sistema. Emile Durkheim risolve questo dilemma distinguendo tra i concetti di "differenziazione" e di "divisione del lavoro". Egli privilegia la nozione di divisione del lavoro in quanto essa permette di conservare la spinta all'integrazione, intesa come il requisito essenziale per il corretto funzionamento delle attività societarie, al posto della nozione di differenziazione che invece non offre alcuna garanzia in questo senso ed anzi prospetta maggiori probabilità di conseguenze disgreganti. Per approfondire il discorso si veda: Durkheim Emile (1962) - *La divisione del lavoro sociale*, 3. ed. Torino: Edizioni di Comunità.

<sup>33</sup> L'interdipendenza rappresenta l'insieme dei legami e dei rapporti economici, sociali o politici tramite cui i comportamenti di una comunità (o di un intero paese) hanno conseguenze sugli altri. Da un punto di vista sociologico il concetto di interdipendenza richiama le nozioni di reciprocità e di integrazione funzionale.

proca. Ad esempio, l'accesso alle strutture residenziali è soggetto alla collaborazione tra diverse figure: l'ufficio amministrativo funge così da interfaccia con il potenziale cliente e poi si ritrova, al termine del percorso di ammissione, a formalizzare il suo contratto di accesso. Lo stesso dicasi per la progettazione individuale degli interventi nel settore sanitario, sociale ed assistenziale, dove tutti gli operatori forniscono informazioni, elaborano progetti ed intervengono congiuntamente per realizzarli.

L'interdipendenza di *comunità* si ritrova nei casi in cui, per realizzare il proprio servizio, si debbono condividere le risorse con gli altri operatori o con gli altri settori. Questa forma di interdipendenza si verifica frequentemente per l'uso della strumentazione di ufficio (fotocopiatrice, fax, pc,...), per l'utilizzo di locali a destinazione comune (sala riunioni o attività di animazione) oppure per l'impiego di personale non rigidamente inquadrato come i volontari o gli obiettori di coscienza<sup>34</sup>. Nella tab. 4. vengono chiariti graficamente questi tre livelli di interdipendenza.

**Tab. 4.** Livelli di interdipendenza (Malone e Crowston, 1990)

Livello di interdipendenza	Rappresentazione grafica
Interdipendenza sequenziale	A → B
Interdipendenza reciproca	A ← B
	A ↔ B
Interdipendenza di comunità	A → C ← B

Abbiamo detto che ogni organizzazione, anche in una prospettiva di forte integrazione, sviluppa al suo interno forti differenziazioni. La divisione del lavoro che si manifesta, in modo orizzontale, favorendo funzioni e compiti con diversi livelli di interdipendenza oppure, in modo verticale, separando il momento della progettazione da quello della realizzazione, costituisce un limite, ma anche la condizione essenziale per determinare il valore aggiunto della stessa organizzazione. Per tale ragione, è assolutamente necessario gestire la differenziazione tenendo presente le possibilità di sviluppo dei percorsi sia di integrazione che di coordinamento, nell'ottica del raggiungimento degli obiettivi del servizio. Allora, se la divisione del lavoro consente di definire l'ambito in cui le decisioni possono essere prese, il coordinamento permette di definire i mezzi utili a prendere le decisioni nella maniera più appropriata possibile<sup>35</sup>.

<sup>34</sup> Malone Thomas. e Crowston Kane (1990) - *What is coordination theory and how can it help design cooperative work systems?.* In: *Proceeding of the Third Conference on Computer-supported Cooperative Work*, Los Angeles: ACM Press, pp. 357-370.

<sup>35</sup> Decastri Maurizio (1999) - *Il coordinamento e l'integrazione.* In: Costa Giovanni e Nacamulli Raoul (curatori), *Manuale di organizzazione aziendale. I processi, i sistemi e le funzioni aziendali*, Torino: Utet Libreria, pp. 90-93.

Molte discipline hanno affrontato la questione del coordinamento e, tra di esse, vi sono la sociologia, le scienze politiche, la teoria dei sistemi, l'economia, la linguistica applicata all'informatica e la psicologia. Tuttavia non sembra ancora esistere un coerente *corpus* teorico sul dibattito del coordinamento, così come tutte le definizioni elaborate mostrano delle difficoltà nel circoscrivere tale concetto. Ad esempio, le varie teorie organizzative sono solite definire la nozione di coordinamento in espressioni di questo tipo: "lo sforzo congiunto di più attori nella definizione di obiettivi comuni", "l'atto di gestire le interdipendenze tra le attività svolte al fine del raggiungimento di un obiettivo condiviso" oppure "le attività richieste per assicurare il prodotto finale di una qualsiasi attività di lavoro". Queste sono tutte espressioni che si focalizzano sulla gestione delle interdipendenze nelle varie organizzazioni.

Henry Mintzberg si è invece occupato di decomporre il concetto di coordinamento in modo diverso<sup>36</sup>. Nella sua ottica le basi per costruire una tipologia organizzativa, per estensione riconducibile ad una qualsiasi realtà organizzativa, nascono dalle forme di coordinamento su cui la stessa organizzazione si struttura. Mintzberg ha allora selezionato cinque meccanismi di coordinamento individuandone pro e contro: spetta a chi gestisce i servizi riconoscere le situazioni nelle quali conviene adottare un particolare modello di coordinamento piuttosto che un altro<sup>37</sup>. Nei paragrafi successivi descriveremo brevemente le cinque modalità teorizzate da Mintzberg per assicurare il coordinamento, inteso come lo strumento per orientare

---

<sup>36</sup> Mintzberg fa partire la sua analisi da quelli che, a suo giudizio, costituiscono gli elementi essenziali per la progettazione organizzativa: i meccanismi di coordinamento e le componenti dell'organizzazione. I meccanismi di coordinamento sottolineano l'importanza dell'organizzazione intesa come lo strumento di coordinamento e di controllo, oltre che di divisione del lavoro. I meccanismi di coordinamento sottolineano l'importanza dell'organizzazione intesa come lo strumento di coordinamento e di controllo, oltre che di divisione del lavoro. I meccanismi di coordinamento individuati si sviluppano in cinque modalità: il reciproco adattamento e cioè il ricorso a processi di comunicazione interpersonale di tipo orizzontale; la supervisione diretta ovvero il ricorso alla gerarchia; la standardizzazione dei processi di lavoro intesa come la predeterminazione dei comportamenti di lavoro; la standardizzazione degli output e cioè la specificazione dei risultati del lavoro; e infine la standardizzazione delle competenze (o delle professioni) nell'ottica di sviluppo delle capacità e delle conoscenze del personale. Tra le componenti dell'organizzazione si ricordano invece: il vertice strategico che assicura che l'organizzazione assolva in modo efficace la sua missione; il nucleo operativo formato dai dipendenti che svolgono le attività direttamente collegate alla produzione dei beni e dei servizi; la linea intermedia e cioè la gerarchia di manager che collega il vertice strategico al nucleo operativo; la tecnostuttura che determina gli interventi di standardizzazione; e infine lo staff di supporto che fornisce i servizi non direttamente collegati al flusso operativo. Le diverse configurazioni organizzative elaborate da Mintzberg (la struttura semplice, la burocrazia meccanica, la burocrazia professionale, la struttura divisionale e l'adlocrazia) vengono definite in relazione alla diversa importanza dei meccanismi di coordinamento e al differente ruolo svolto dalle singole parti dell'organizzazione.

<sup>37</sup> Le cinque modalità di coordinamento possono essere ulteriormente approfondite nel manuale di Mintzberg Henry (1985) - La progettazione dell'organizzazione aziendale, Bologna: il Mulino.

le decisioni e per integrare le varie attività organizzative e del personale, senza tralasciare di contestualizzarle nell'ambito delle RSA.

La prima forma di coordinamento, applicata sia alle organizzazioni molto semplici sia paradossalmente a quelle più complesse, è quella dell'*adattamento reciproco*. Essa garantisce una notevole flessibilità in quanto tutti i soggetti si accordano con gli altri, rapportandosi alle emergenze e agli imprevisti del momento tramite un processo di allineamento continuo. Tale forma di coordinamento richiede tuttavia alcune condizioni particolari, per cui può funzionare solamente quando le strategie non sono in discussione, quando è presente un accordo sulle cose da fare e quando vi è un clima di fiducia diffusa. Il vantaggio è quello di presentarsi come una modalità poco costosa e capace di dar luogo ad un modello organizzativo specifico (*ad hoc*) per ogni nuovo problema. Per questo motivo le organizzazioni che si richiamano all'adattamento reciproco sono anche dette "ad hoc". Facciamo un esempio pratico. In cucina, l'addetto che inizia il turno opera in funzione dell'avanzamento delle operazioni svolte dagli altri colleghi. Allo stesso modo, gli operatori responsabili dell'assistenza alla persona comunicano e interagiscono di continuo tra di loro con l'obiettivo di ricoprire tutti i compiti da svolgere. Risulterebbe, in questi casi, molto più costoso ed improduttivo definire un ambito di competenze specifico per ogni istante della giornata. Certamente è più conveniente ricorrere a tale modalità di coordinamento nei momenti in cui vi sono pochi operatori, in cui il livello di problematicità è basso ed in cui si necessita di creatività e di idee in tutte le funzioni<sup>38</sup>.

La seconda modalità di coordinamento consiste nella *supervisione diretta*, nella quale viene nominato un superiore che è responsabile del lavoro degli operatori e che è incaricato di fornire loro delle indicazioni per lo svolgimento delle mansioni, oltre al controllarne personalmente l'esecuzione. Il funzionamento delle attività all'interno di un gruppo e nelle varie fasi di lavoro può essere anche gestito da un coordinatore che sovrintende direttamente all'intero processo: si pensi al responsabile di un reparto di pronto intervento oppure al medico coordinatore di RSA. Solitamente questa è la forma di coordinamento che viene attivata su richiesta degli stessi operatori in quei casi in cui si trovano ad affrontare un problema nuovo, molto articolato e che comporta responsabilità superiori a quelle affidate rispetto al loro inquadramento professionale. In condizioni di normalità questa modalità è poco flessibile, richiede molto tempo e tende ad instaurare un clima burocratico e deresponsabilizzante per l'autonomia professionale dei vari operatori. La supervisione diretta si adatta, quindi, preferibilmente ai contesti piccoli e ai settori che si modificano rapidamente<sup>39</sup>.

---

<sup>38</sup> Piva Paola Toniolo (2001) - I servizi alla persona. Manuale organizzativo, Roma: Carrocci, pp. 74-75.

<sup>39</sup> Ivi, pag. 76.



La terza modalità di coordinamento è quella che attiene alla *standardizzazione delle procedure*. Il modo di effettuare il lavoro, il metodo e il suo contenuto vengono definiti a priori dagli specialisti che individuano i compiti da assegnare ai vari operatori. In questo modo si possono mettere d'accordo sulla sequenza di azioni da seguire, cercando di adottare tutti le stesse procedure. In alcuni casi, gli specialisti provvedono anche ad elaborare un protocollo scritto che funge da strumento di verifica delle attività. Questa forma di coordinamento è utile quando gli operatori ruotano all'interno della stessa funzione e si cerca di assicurare loro il rispetto di un percorso standard. Un esempio è quello della fase di accettazione nella RSA: anche se questa viene svolta da persone differenti, l'èquipe di lavoro si assicura che la cartella sia compilata in un certo modo, che la presentazione del servizio contenga determinate informazioni e che le prenotazioni seguano un certo ordine di priorità. Sul piano pratico, l'elaborazione di un percorso standard consiste in un'operazione piuttosto delicata in quanto implica un'accurata analisi delle abitudini professionali dei vari operatori, un accordo sulle procedure da adottare e infine un quantitativo di tempo adeguato per testarle<sup>40</sup>.

*La standardizzazione dei risultati* rappresenta la quarta modalità di coordinamento. In essa, gli operatori si accordano sul risultato da raggiungere e, poi, ciascuno di loro è autonomo nella scelta del modo, del percorso e dei mezzi per perseguirlo. Generalmente questa forma di coordinamento funziona meglio quando i soggetti, ai quali viene chiesto il raggiungimento di determinati obiettivi, dispongono delle conoscenze e dei mezzi utili a raggiungerli. Tale modalità implica un forte controllo, a posteriori, sia delle norme che delle regole precedentemente condivise e, pertanto, sembra abbastanza difficile da realizzare nell'ambito dei servizi sanitario-assistenziali<sup>41</sup>.

L'ultima forma di coordinamento evidenziata da Mintzberg è quella della *standardizzazione delle professioni*, definita anche "standardizzazione delle competenze". Essa si realizza attivando un percorso che porta ogni operatore ad interiorizzare lo stesso quadro concettuale di riferimento e ad impiegare gli stessi metodi operativi. In altri termini, gli operatori acquisiscono un unico stile professionale in modo tale da garantire uno standard qualitativo omogeneo. Il limite di questa forma di coordinamento sta nel fatto che se vi è un'èquipe di lavoro che gestisce la stessa attività da molti anni, senza attuare un ricambio significativo, essa può sviluppare al proprio interno un coordinamento quasi automatico e apparentemente spontaneo da cui deriva un senso di noia e di ripetitività che riduce gli stimoli innovativi<sup>42</sup>.

Queste forme di coordinamento si sanno adattare a situazioni differenti, motivo per cui è compito dei membri dell'organizzazione selezionare quelle modalità che

---

<sup>40</sup> Barbanotti Gianluca et al. (2001) - Strutture per anziani. Gestire la qualità dei servizi, Roma: Carrocci, pag. 59.

<sup>41</sup> Ivi, pag. 60.

<sup>42</sup> Op.cit.

si ritengono più adatte a risolvere i problemi degli operatori. E tra tutti i membri dell'organizzazione chi può operare al meglio tale scelta se non il medico coordinatore, il quale conosce in modo più o meno approfondito i problemi dei suoi collaboratori? L'obiezione che si potrebbe fare è quella del Direttore generale della RSA, ma questa è una figura investita di un compito prettamente amministrativo per cui non può pensare di occuparsi del coordinamento sanitario, ma solo del coordinamento organizzativo ad un livello più ampio. Dirigenza sanitaria e dirigenza amministrativa dovrebbero allora procedere pari passo, ognuno con le proprie aree di competenza e di intervento, nella gestione e nel coordinamento della RSA.

In conclusione possiamo affermare che vi sono varie modalità per coordinare il lavoro nelle strutture residenziali per anziani e ciascuna di esse si adatta a situazioni diverse. Comunque, la forma di coordinamento che si basa sulla standardizzazione delle professioni rappresenta la strada principale per favorire il coordinamento tra professionisti che devono crescere, sia in autonomia che in responsabilità, nei contesti di lavoro sanitario-assistenziali. Se si vuole costruire un sistema di lavoro integrato, all'interno del quale differenti figure professionali possano coordinare il loro lavoro al meglio, bisogna procedere lungo due direzioni: da un lato, sviluppare le competenze specifiche caratterizzanti ogni professione e, dall'altro, far emergere quella "competenza aggiuntiva" che costituisce il prodotto della cultura interprofessionale di ciascuna figura lavorativa<sup>43</sup>.

Se siamo riusciti a stabilire il collegamento tra le forme di coordinamento e le competenze, ci soffermeremo ora sull'indagare il legame che si instaura tra il coordinamento e la *leadership*. Infatti, in ogni azione di coordinamento deve essere presente anche una buona dose di *leadership* che è funzionale all'efficace svolgimento delle varie attività. Ma prima di spiegare le ragioni per cui un buon coordinatore deve essere anche un buon *leader*, è utile approfondire il concetto stesso di *leadership*. Nella letteratura psico-sociale il termine "*leadership*" fa riferimento alla capacità di influenzare e mobilitare i membri di un gruppo verso il raggiungimento degli obiettivi fissati dal gruppo stesso. Una definizione di questo tipo, tuttavia, spiega solo una parte della complessa realtà che ruota attorno alla nozione di *leadership*. Molti studi hanno infatti cercato di evidenziare, oltre all'aspetto strumentale legato al raggiungimento dello scopo, anche gli aspetti sociali e relazionali connessi al concetto di *leadership* come, ad esempio, i rapporti con gli altri membri, la promozione della coesione sociale e il rafforzamento dell'identità collettiva di gruppo<sup>44</sup>.

Da un punto di vista della psicologia sociale si possono ricordare gli studi condotti da Lewin, Lipitt e White, i quali hanno distinto tre tipi di *leadership* in relazione allo stile adottato dal *leader* nel gestire la partecipazione del gruppo alle proprie

---

<sup>43</sup> Ajello Anna Maria (2002) - La competenza, Bologna: Il Mulino, pp. 170-175.

<sup>44</sup> Parry Ken e Bryman Alan (2006) - Leadership in organizations. In: Clegg Stewart (et al.), The sage Handbook of organization studies, 2. ed, London: Sage, pp. 447-449.

attività: lo stile autoritario che accentra le decisioni nelle mani del *leader*, riducendo così la partecipazione da parte degli altri attori; lo stile democratico che favorisce la partecipazione dei membri, stimolandone il contributo e l'intervento attivo nella risoluzione dei problemi; lo stile "*laissez-faire*" che delega la funzione di gestione e di coordinamento, propria del *leader*, ai membri del gruppo. In quest'ultimo stile, il *leader* si fa da parte e lascia decidere il *team* in condizioni di reale autonomia, probabilmente perché la maggior parte delle informazioni necessarie alla risoluzione dei problemi è nelle mani dello stesso gruppo di lavoro<sup>45</sup>. Comunque, non esiste uno stile universale e sempre valido di *leadership*. Si ritiene infatti che la *leadership* ideale sia quella in grado di riassumere in sé stessa tutti e tre gli stili così da poter adottare quello più consono alle varie situazioni<sup>46</sup>.

Sul piano sociologico è doveroso menzionare gli studi condotti da Max Weber, il quale ha considerato la persona carismatica come portatrice di *leadership* e di mutamento sociale<sup>47</sup>. I *leader* carismatici vengono percepiti come degli eroi organizzativi che dispongono del potere sociale per ispirare il rinnovamento organizzativo e per ottenere *performance* straordinarie dai propri adepti<sup>48</sup>. Sulla base di queste considerazioni, possiamo dire che il bravo *leader* è colui che riesce a cambiare stile in base ai problemi da fronteggiare, tenendo conto che la soluzione dipende dalla commistione di svariati fattori tra cui il tempo a disposizione, il livello di fiducia riposto nel *team* e il possesso di informazioni utili a risolvere il problema. Fattori che devono essere presi in esame per attuare delle modalità di coordinamento efficaci ed appropriate alle contingenze situazionali<sup>49</sup>.

Abbiamo affermato che essere un buon coordinatore implica essere un buon leader, ma vediamo di spiegare meglio questa questione. Se analizziamo le linee operative assegnate al coordinatore, possiamo individuare funzioni come il gestire, l'organizzare e il valutare, tutte attività che hanno a che vedere con la capacità di porsi al di sopra delle parti per dirigere e per coordinare gruppi di lavoro o qualsiasi forma di realtà istituzionale. Nella tab.5. possiamo farci un'idea sommaria di quelle

---

<sup>45</sup> Quaglino Gian Piero (1999) - *Leadership. Nuovi profili di leader per nuovi scenari organizzativi*, Milano: Raffaello Cortina, pp. 17-20.

<sup>46</sup> Adair John (2008) - *Sviluppare le proprie capacità di leadership*, Milano: Franco Angeli, pp. 44-49.

<sup>47</sup> La leadership carismatica viene definita da Max Weber in questi termini "*Il carisma rappresenta una certa qualità di una personalità individuale, in virtù della quale si distingue dagli uomini ordinari ed è trattato come se fosse dotato di poteri soprannaturali o sovraumani o, almeno, di qualità eccezionali. Questi poteri non sono accessibili alle persone ordinarie, ma si considerano di origine divina e sulla base di ciò l'individuo in questione è trattato come leader.*" Per ulteriori chiarimenti sulle leadership carismatica si veda il testo di Poggi Gianfranco (2006) - *Weber: a short introduction*, Cambridge: Polity Press.

<sup>48</sup> Tuccari Francesco (1991) - *Carisma e leadership nel pensiero* di Max Weber, Milano: Franco Angeli, pp. 22-25

<sup>49</sup> Bennis Warren e Burt Nanus (1993) - *Leader, anatomia della leadership. Le quattro chiavi della leadership effettiva*, 4. ed. Milano: Franco Angeli, pp. 13-15

che sono le funzioni e i ruoli operativi attribuiti ai coordinatori non specificatamente nell'area sanitaria, ma in una prospettiva organizzativa più ampia.

**Tab. 5.** Le funzioni del coordinatore (Paolo Ferrario, 2002)

AREE DI INTERVENTO	FUNZIONI OPERATIVE
1) area della selezione e del reclutamento	Spetta ai coordinatori il compito di individuare i collaboratori e i vari responsabili dei settori, oltre ad un'attività di accurata selezione del personale.
2) area della formazione	I coordinatori sono incaricati di individuare iter formativi mirati, finalizzati all'incremento delle conoscenze e al potenziamento delle competenze acquisite. È compito del coordinatore ricercare le modalità che permettono di mantenere alta la motivazione del personale e il desiderio di apprendimento.
3) area della valutazione	Il coordinatore assume la responsabilità di valutare il personale e di incentivarlo con opportuni sistemi di premiazione in relazione agli obiettivi prefissati.
4) area della gestione	Il coordinatore ha il compito di condividere con i collaboratori le varie modalità operative di gestione, affinché possano svilupparsi condizioni di informazione distribuita e di affidabilità reciproca. Inoltre, partecipa alla creazione di gruppi di lavoro stabili, nel tentativo di sedimentare il senso di appartenenza e di identità professionale dei singoli membri. Infine, si occupa della gestione dei processi di comunicazione interna, al fine di sviluppare fluidità ed integrazione tra le varie attività organizzative e del personale.

Alla luce di queste informazioni generali sul coordinamento e sulle caratteristiche di *leadership*, si getteranno le premesse per individuare il profilo del medico coordinatore di Rsa, una figura professionale in grado di assorbire competenze sia sul versante manageriale che su quello tipico della sfera medica. Preso atto del fatto che queste sono le due "anime" che qualificano il profilo del medico coordi-

natore, si proverà a sviluppare un modello ipotetico di funzioni e di caratteristiche da attribuire alla figura professionale in questione, avvalorandola poi sul piano empirico. In questa maniera si potrà comprendere come le competenze di stampo tipicamente manageriale e le competenze acquisite tramite gli studi e l'esperienza medica possano coniugarsi in modo virtuoso, per assistere l'ospite e per destinarli cure e saperi specialistici su entrambi i piani.

### *Il profilo ideale del medico coordinatore di RSA*

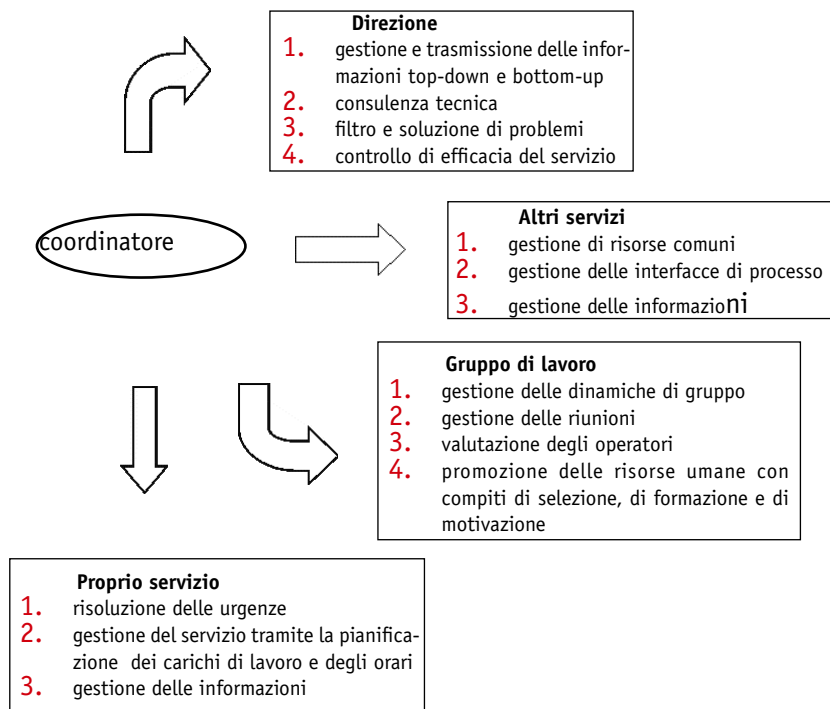
Dopo aver esplicitato cosa si intende per attività di coordinamento, si cercherà di definire il ruolo, i compiti e le competenze che devono essere assegnati al medico coordinatore di RSA, arrivando così a definirne un profilo ideale. Profilo che verrà poi indagato sul piano pratico tramite una serie di interviste indirizzate sia agli stessi medici coordinatori, per cogliere una visione dall'interno, sia alle figure chiave operanti nelle RSA, per abbracciare una prospettiva d'insieme. È bene mettere in rilievo il fatto che nel delineare i compiti, le responsabilità e le caratteristiche tipiche del medico coordinatore, si farà prevalentemente accento sulle sue competenze organizzativo-gestionali, cosicché verrà spesso definito come un "coordinatore" piuttosto che come un "medico coordinatore". Chiaramente il profilo professionale del medico coordinatore di RSA deve contemplare sia le sue competenze cliniche che quelle organizzative, anche se in questa sede è nostro intento soffermarci sulla presentazione delle seconde, al fine di mostrare il *surplus* di responsabilità e di funzioni che lo distinguono dalla tradizionale figura di medico.

I compiti affidati al medico coordinatore sono spesso il risultato dello spezzettamento di funzioni manageriali che la direzione delega al coordinatore. Tuttavia, in sede di ricerca, si avrà modo di comprendere come questa distribuzione delle funzioni dirigenziali sia motivo di conflitto più che di equa spartizione degli ambiti di competenza. Ciò spiega la resistenza nell'adottare la terminologia di "Direttore sanitario" in sostituzione di quella di "medico coordinatore", in un certo senso, preferendo lasciare tale figura legata ad un riconoscimento formale nell'area medica piuttosto che in quella dirigenziale<sup>50</sup>. Nello schema che segue cercheremo di mettere in evidenza le quattro principali aree di intervento che caratterizzano la figura del medico coordinatore di RSA: l'area concernente le attività di direzione, l'area inerente al coordinamento di servizi tra loro differenziati, l'area che riguarda il coordinamento del proprio gruppo di lavoro ed, infine, l'area che fa riferimento al coordinamento del proprio servizio. Per ciascuna di queste aree si proporranno delle osservazioni e delle considerazioni che fanno da preambolo al nostro lavoro di ricerca e che sono rivolte alla presentazione, seppur a grandi linee, del ruolo del coordinatore all'interno delle moderne pratiche di gestione dei servizi.

---

<sup>50</sup> Si vedano le interviste ai Direttori di Rsa condotte nel quinto capitolo del presente lavoro di ricerca.

**Fig. 6.** Aree di intervento del coordinatore (elaborazione da: Barbanotti - De Cecco, 2001)



Iniziamo con il definire le funzioni inerenti alle attività di direzione. Come abbiamo già anticipato, il medico coordinatore assume delle funzioni di stampo dirigenziale anche se non è ancora riconosciuto formalmente come Dirigente sanitario. Pertanto, deve rispondere alle direttive e alle indicazioni impartite dal Direttore Generale della RSA. La direzione amministrativa, a sua volta, si attende dal coordinatore un rapporto leale: a lui vengono affidate delle responsabilità in merito alla gestione del servizio sanitario e del gruppo di lavoro che supervisiona. Queste responsabilità sono delegate dalla direzione generale e alla stessa devono essere puntualmente riportate. Il coordinatore è allora incaricato di risolvere i problemi del servizio e, per tale motivo, deve avere la capacità sia di filtrare i problemi, sia di distinguere quelli che può risolvere direttamente da quelli che invece sono di competenza della dirigenza amministrativa. I problemi che emergono nella linea gerarchica, della quale è responsabile, devono essere organizzati e gestiti direttamente dal coordinatore, il quale deve comunque fornire alla direzione una panoramica generale sulle problematiche e sulle soluzioni adottate. Dato che il coordinatore è uno specialista del proprio settore, la direzione si attende una consulenza non solo nella gestione dei problemi, ma anche nelle varie fasi di progettazione degli interventi.

Il coordinatore si occupa, poi, di gestire le informazioni top-down e bottom-up. Egli è il responsabile della diffusione, nel proprio settore, delle informazioni che provengono dai vari livelli gerarchici e, pertanto, deve essere a conoscenza di quali informazioni diffondere, a chi diffonderle e con quale grado di tempestività, in modo tale che alla direzione generale arrivino tutte quelle informazioni necessarie al buon funzionamento complessivo del servizio. In ultima istanza, chi riceve mansioni di coordinamento ha la responsabilità di impostare e di definire gli strumenti per la valutazione dell'efficacia del proprio servizio e, quindi, anche della soddisfazione dei clienti, siano essi interni o esterni<sup>51</sup>.

Sul piano del coordinamento dei servizi differenziati (e qui giungiamo alla seconda area di intervento), il coordinatore assume compiti di rappresentanza del proprio servizio nei confronti degli altri: ciò comprende la gestione delle risorse in comune e di tutti quei processi che non presentano una rigida definizione delle competenze. Di fronte ai problemi di condivisione delle risorse, intese come personale, spazi, tempi ed opportunità, il coordinatore si confronta con gli altri collaboratori, cercando di trovare una mediazione che consenta al proprio servizio di svolgere adeguatamente il lavoro assegnato. Un esempio di tale confronto è quello che avviene tra il medico coordinatore e il coordinatore dei servizi sociali: pur avendo differenti aree di competenza (area dell'assistenza clinica il primo e area dell'assistenza sociale il secondo), queste due figure cercano di collaborare attivamente nel promuovere il benessere dell'ospite sia sotto l'aspetto clinico che sotto quello sociale. In questi casi, il coordinatore deve saper individuare i momenti di interfaccia tra i diversi settori e tra le varie professioni, al fine di far emergere un valore aggiunto al servizio complessivo. Ad esempio, il percorso di inserimento dell'ospite nella struttura residenziale prevede dei passaggi di informazioni tra diverse figure: compito del coordinatore è quello di definire quali siano le rispettive responsabilità, garantendo che tra queste figure vi sia una comunicazione integrata in grado di superare le singole mansioni<sup>52</sup>.

Per quanto riguarda la terza area di intervento, il coordinatore collabora con la direzione amministrativa in riferimento alla gestione delle risorse umane e alla gestione delle dinamiche interne al gruppo. Questo compito diventa particolarmente complesso sia quando le modalità di lavoro prevedono ampi spazi di condivisione delle risorse, sia quando la gestione del gruppo viene condizionata dalla complessità dei compiti, dall'articolazione delle professionalità interne al gruppo, dal livello di condivisione delle risorse e dai momenti di costruzione comune di progetti e di percorsi. Il coordinatore gestisce le dinamiche interne con gli strumenti comunicativi legati al suo ruolo e, per tale motivo, viene chiesta al

---

<sup>51</sup> Barbanotti Gianluca et al. (2001) - *Strutture per anziani. Gestire la qualità dei servizi*, Roma: Carrocci, pp. 64-65.

<sup>52</sup> Ivi, pp. 65-66.

coordinatore, al di là di una predisposizione all'ordine e all'organizzazione, anche una notevole capacità di ascolto.

I coordinatori sono poi chiamati a gestire le riunioni specialmente quando queste costituiscono l'unico strumento per diffondere le informazioni, per raccogliere i pareri, per presentare le procedure, per modificare gli assetti interni, per chiarire le dinamiche relazionali e per progettare nuovi interventi. Il coordinatore deve allora essere in grado di condurre adeguatamente una riunione, definendo l'ordine del giorno e diffondendolo nel servizio, in modo tale da facilitare i processi decisionali e valutare l'efficacia degli incontri. Al coordinatore vengono attribuiti anche dei compiti in aree che sono tipicamente della direzione generale, come la gestione e lo sviluppo delle risorse umane. Per esempio, anche se la responsabilità della selezione risiede nella direzione amministrativa, il coordinatore può comunque esserne coinvolto per dare una valutazione tecnica sulle competenze professionali dei candidati e per dare un parere sulle caratteristiche relazionali necessarie agli operatori. La responsabilità del coordinatore nello sviluppo della motivazione degli operatori è strettamente legata alla sua capacità di ascoltare, osservare e far emergere le richieste e i bisogni che si manifestano nell'ambito lavorativo, oltre alla capacità di trasmettere il significato complessivo dell'impegno profuso dal proprio gruppo di lavoro<sup>53</sup>. Più genericamente possiamo affermare che tutti i compiti descritti nella gestione del gruppo di lavoro appartengono alla sfera delle risorse umane, nella quale il coordinatore assume il compito di partecipare a questo sviluppo individuando le potenzialità degli operatori e proponendo appositi percorsi per valorizzarle. Tuttavia, è più corretto inserire la valutazione degli operatori nell'ultima area di intervento, quella cioè del coordinamento del proprio servizio, in quanto è strettamente connessa allo sviluppo della qualità del servizio nel suo complesso.

Cercheremo di sintetizzare brevemente quelli che sono i principali compiti del coordinatore all'interno del proprio servizio, che viene gestito secondo le direttive e le deleghe impartite dalla direzione generale<sup>54</sup>. Queste funzioni sono riassumibili nei seguenti punti:

- a. Il coordinatore ha il compito di organizzare il lavoro definendo le risorse necessarie in termini di materiali, spazi, conoscenze, operatori e tempo. Queste risorse sono orientate al raggiungimento del mandato organizzativo (o mission).
- b. Il coordinatore è incaricato di pianificare il lavoro di gruppo. La pianificazione del lavoro prevede la distribuzione dei compiti tra i membri del personale e la predisposizione dell'orario di lavoro, dei turni di riposo e delle ferie.

---

<sup>53</sup> *Ivi*, pp. 66-67.

<sup>54</sup> Si consulti il testo di Cornaglia-Ferraris Paolo (2002) - *Il buon medico: chi, come, dove trovarlo*, Roma: Laterza, pp. 86-87.



- c. Il coordinatore assume la responsabilità di gestire le informazioni. Egli deve essere certo che i meccanismi di comunicazione all'interno del gruppo e all'interno del servizio siano corretti e trasparenti, intervenendo di persona in caso di eventuali intoppi o malfunzionamenti.
- d. Il coordinatore partecipa alla valutazione della qualità del servizio. Per tale ragione, si vede affidati dei compiti di controllo nel proprio servizio in qualità di diretto responsabile sia di alcune procedure di lavoro, sia della gestione delle azioni necessarie allo sviluppo della qualità del lavoro.
- e. Il coordinatore è direttamente responsabile del proprio servizio. Assumere tale compito significa rispondere alle urgenze, tamponare le carenze di organico e fare delle scelte di priorità. Il livello di responsabilità attribuito al medico coordinatore è correlato al grado di delega che gli è concesso dalla direzione generale e, di conseguenza, alla possibilità di lavorare in condizioni di reale autonomia<sup>55</sup>.

Dalla presente descrizione dei compiti e delle responsabilità emergono delle aspettative molto complesse ed articolate nei confronti del coordinatore che, quasi sempre, svolge delle mansioni gestionali ed organizzative cruciali nel proprio servizio sanitario e, di riflesso, anche negli altri. È quindi importante sottolineare il fatto che stiamo prendendo in considerazione un profilo teorico verso il quale si dovrebbe tendere, senza avere la presunzione di individuarlo in tutti i contesti e in tutte le sfaccettature sopra riportate. Comunque, tra le principali caratteristiche che si dovrebbero riscontrare in questo profilo vi possono essere:

- ▶ Le competenze comunicative. Il coordinatore deve essere chiaro e diretto, deve saper affrontare i problemi enunciandoli per quelli che sono e, infine, deve saper ascoltare sforzandosi di cogliere i suggerimenti e le critiche che gli vengono mossi.
- ▶ L'atteggiamento personale sicuro. Il coordinatore deve essere diplomatico, deve saper mediare i conflitti e deve saper reggere l'aggressività derivante dalle prese di posizione dovute all'autorità che gli è conferita. Si deve allora presentare come un mediatore diplomatico, ma anche come una figura autorevole e determinata.
- ▶ L'atteggiamento critico e propositivo. Nei confronti dell'organizzazione, il coordinatore deve essere consapevole del fatto di non essere semplicemente un anello dell'ingranaggio di comando, ma soprattutto una componente costitutiva della mente dell'organizzazione. Deve quindi sentirsi investito del compito di ragionare in termini propositivi grazie ad un atteggiamento critico che gli consenta di valutare con distacco proposte, evoluzioni o involuzioni<sup>56</sup>.

---

<sup>55</sup> La questione dei rapporti professionali tra Direttori Amministrativi e medici coordinatori sarà presentata approfonditamente nel quinto capitolo.

<sup>56</sup> Una completa panoramica sulle caratteristiche da attribuire al medico coordinatore si ritrova nel testo di Barbanotti Gianluca et al. (2001) - *Strutture per anziani. Gestire la qualità dei servizi*, Roma: Carrocci, pp. 68-70.

Alla luce di queste osservazioni sulle funzioni e sulle caratteristiche ideali, possiamo iniziare a dipingere più nello specifico la figura del medico coordinatore, concentrandoci maggiormente sul ruolo che riveste nelle Residenze Sanitarie Assistenziali. Se osserviamo il medico coordinatore mentre svolge il suo lavoro, possiamo subito notare come la sua figura si connota di flessibilità e di apertura mentale: in sostanza, egli coordina quanto stabilito per diagnosticare, prevenire e curare l'ospite indirizzandolo anche dagli specialisti più appropriati. Abbiamo già detto che il medico coordinatore, in quanto tale, deve inglobare nella sua figura professionale competenze di tipo sia medico che manageriale. Ed è proprio questa sua duplice natura, che unisce le doti manageriali a quelle di stampo prettamente medico, che consente al medico coordinatore di distinguersi dai tradizionali medici clinici. Se da un punto di vista medico le sue funzioni si integrano con quelle degli altri medici curanti, da un punto di vista organizzativo possiamo affermare che egli assume un ruolo simile a quello del *manager* che coordina, gestisce ed organizza le attività nel loro complesso.

In particolare, è bene fare un accenno alle capacità che qualificano il medico coordinatore come quella figura professionale in grado di conferire il "valore aggiunto" alla struttura residenziale. Tra di esse si distinguono:

la capacità di gestire le relazioni sia interne che esterne alla struttura residenziale. Essere capaci di gestire le relazioni significa essere abili nel mediare e nel risolvere i conflitti, oltre che nel coinvolgere e nel responsabilizzare il personale, il tutto nella consapevolezza della rilevanza della "risorsa umana" all'interno dei servizi alla persona;

- ▶ la capacità di prendere decisioni appropriate alle diverse circostanze. Ad esempio, rispetto alla "risorsa informazione" si tratta di selezionare e di distribuire efficacemente le informazioni, sviluppando un sistema condiviso del sapere all'interno dell'organizzazione;
- ▶ la capacità cosiddetta "imprenditoriale". Essa consiste nella prontezza nel cogliere il problema principale, trasformandolo in opportunità di sviluppo, e nel definire le priorità gestendo coerentemente anche la distribuzione delle risorse economiche;
- ▶ la capacità riflessiva. Essa rappresenta la capacità di valutare obiettivamente il proprio lavoro e quello altrui, riconoscendo gli errori e partendo da questi per migliorare il proprio modo di operare;
- ▶ la capacità di lavorare in équipe. Si tratta di impegnarsi nella creazione di gruppi interdisciplinari autonomi e responsabili. Per permettere ciò, lo stile di direzione che è opportuno adottare è quello partecipativo: questo stile, centrato su un processo di responsabilizzazione dei singoli collaboratori, permette di realizzare un intervento flessibile, tempestivo e personalizzato<sup>57</sup>.

---

<sup>57</sup> La Rosa Michele (2000) - *I servizi residenziali per gli anziani e i problemi della qualità. Un approccio europeo*, Milano: Franco Angeli, pp. 109-111.

Se fin qui ci siamo concentrati sul definire le funzioni che dovrebbe assumere il medico coordinatore e sulle competenze di cui dovrebbe disporre, nel prossimo paragrafo cercheremo di comprendere le modalità pratiche tramite cui è possibile sviluppare tali competenze e tali funzioni: si tratterà di mettere in luce gli iter di formazione previsti e progettati per questa nuova figura professionale, nel tentativo di promuoverne il suo riconoscimento formale.

### *Alle radici del problema: quale formazione per il medico coordinatore?*

L'evoluzione della formazione nell'ambito dei servizi socio-sanitari ci permette di comprendere il parallelo percorso di consapevolezza delle realtà istituzionali rispetto al valore della formazione e della sua efficacia. Se gli anni Ottanta sono stati caratterizzati dal ricorso episodico ai processi formativi, negli anni Novanta fa il suo debutto la "formazione di sistema" che cerca di rispondere in maniera efficace e flessibile ai cambiamenti del contesto organizzativo di riferimento e alle esigenze di crescita professionale degli individui. Negli ultimi anni, la formazione è via via diventata la leva gestionale maggiormente diffusa all'interno delle organizzazioni, le quali affidano ai formatori il compito di realizzare le attività previste dal servizio stesso. Questi ultimi devono essere in grado di relazionarsi alle complesse variabili che compongono il sistema, promuovendo l'integrazione tra le varie attività formative e le molteplici opportunità di sviluppo. Le correlazioni tra la formazione e le politiche di sviluppo del personale fanno sì che la formazione si configuri come uno degli strumenti principe attraverso il quale poter sviluppare le opportunità di crescita professionale, oltre ai modelli di competenza specifici per ciascuna figura<sup>58</sup>. Ed è in questa direzione che volgeremo la nostra attenzione per indagare gli interventi formativi che sono stati attivati per la figura professionale del medico coordinatore di RSA, all'interno di un quadro in cui si cercheranno di valutare anche le sue competenze distintive.

Tra i processi di rapida evoluzione che hanno caratterizzato le strutture residenziali in questo ultimo decennio, emerge la rilevanza delle varie attività di formazione inserite nel panorama sanitario-assistenziale: si creano nuove figure professionali, si fanno degli investimenti in termini di qualificazione del personale e si sviluppa un'attenzione crescente alla valorizzazione delle risorse umane. Proprio nell'ambito delle risorse umane acquisiscono maggiore importanza le figure direttive di coordinamento, come gli stessi medici coordinatori o i responsabili di nucleo (o di reparto), che sono determinanti per l'organizzazione del lavoro, per l'integrazione tra le diverse figure e per la qualificazione del personale nei vari reparti. Le figure professionali di coordinamento rivestono, pertanto, un ruolo chiave nello scenario sanitario, in quanto collaborano attivamente assieme alle altre figure nello sviluppo di progetti comuni in cui i diversi saperi si mescolano e si valorizzano l'un l'altro<sup>59</sup>.

---

<sup>58</sup> Fischer Lorenzo (2002) - Sociologia della scuola, Bologna: il Mulino, pp. 125-127.

<sup>59</sup> Trabucchi Marco (2002) - Residenze sanitarie per anziani, Bologna: il Mulino, pp. 485-487.

All'interno di questa corrente di rinnovamento formativo, l'Assessorato alle Politiche Sociali e alla Salute della Provincia Autonoma di Trento ha incaricato, nel dicembre 2002, un gruppo tecnico formato dai rappresentanti dell'Azienda Sanitaria, dell'Ente gestore delle Case di Riposo, dell'Ordine dei Medici e dei consulenti dell'Università di Verona di redigere un programma di formazione destinato ai medici coordinatori delle RSA del Trentino. Nel luglio 2003 è così iniziato il progetto "Formazione Coordinatori RSA per rispondere all'esigenza di fornire loro sia delle competenze adeguate al ruolo svolto in RSA, sia un riconoscimento in termini di comunità professionale di appartenenza"<sup>60</sup>. Le competenze necessarie a ricoprire il ruolo di medico coordinatore sono state definite per la prima volta nella delibera n. 3184 del 12 dicembre 2003, emessa dalla Giunta Provinciale, e successivamente sono state integrate con la delibera n. 2585 del 10 ottobre 2008 emessa sempre dalla Giunta Provinciale e riportata (solo nella parte relativa alle funzioni di coordinamento sanitario) qui sotto. La presente delibera ci fornisce, pertanto, una panoramica globale sulle principali funzioni e ambiti di competenza assegnati istituzionalmente al medico coordinatore di RSA che verranno comunque rivisti rispetto ai risultati ottenuti in sede di ricerca. (Prestazioni sanitarie e assistenziali assicurate dall'Azienda provinciale per i servizi sanitari)<sup>61</sup>

### *Funzioni di coordinamento sanitario*

Le funzioni di coordinamento delle attività sanitarie nelle RSA comprendono:

- ▶ la collaborazione nelle attività di organizzazione della vita comunitaria e nell'accogliimento degli ospiti;
- ▶ il coordinamento dei piani di intervento individuali e il controllo di qualità della cura e dell'assistenza in generale;
- ▶ la direzione dell'attività del personale infermieristico e di riabilitazione, anche sulla base delle indicazioni del medico specialista e del coordinatore dei servizi;
- ▶ l'adozione, il controllo e la vigilanza delle norme igienico-sanitarie e di sicurezza secondo le norme vigenti;
- ▶ la predisposizione e l'attuazione di misure di prevenzione nei confronti della comunità e dei singoli ospiti, secondo le norme vigenti;
- ▶ l'approvvigionamento dei farmaci forniti direttamente dall'Azienda e la vigilanza sul loro utilizzo;
- ▶ l'organizzazione di incontri periodici con i medici che svolgono funzioni di

---

<sup>60</sup> La "Formazione Coordinatori RSA" esiste grazie ad una convenzione tra la Provincia Autonoma di Trento e l'Ordine Provinciale dei Medici. Essa si avvale delle risorse didattiche e umane della Scuola di Formazione Specifica in Medicina Generale dove ha sede e dove avviene l'attività didattica in aula.

<sup>61</sup> La suddetta delibera è consultabile al seguente *link* della Provincia Autonoma di Trento: <http://www.provincia.tn.it/>

diagnosi e cura all'interno della struttura residenziale e la partecipazione ad incontri con altri medici coordinatori di RSA;

- ▶ il raccordo con l'Azienda e il Distretto;
- ▶ il raccordo con i medici specialisti;
- ▶ ogni altro adempimento connesso alla gestione sanitaria della struttura;
- ▶ la redazione di una relazione annuale sull'andamento dell'assistenza agli ospiti da inviare, tramite la Direzione della RSA, al Distretto di competenza unitamente alla rendicontazione del personale.

Ciascuna RSA designa nominativamente il medico al quale viene attribuita la funzione di coordinamento con particolare riferimento agli aspetti igienico sanitari, alla gestione dei farmaci e all'assistenza degli ospiti.

Il medico coordinatore, su richiesta dell'Azienda, invia l'inventario delle scorte dei medicinali e dei prodotti sanitari giacenti nella struttura.

La RSA adotta tutti gli atti necessari per garantire la massima integrazione tra l'attività medica di diagnosi e cura e il coordinamento delle attività sanitarie.

L'esigenza di nuova figura di medico competente in quest'area peculiare del coordinamento nasce da due necessità di fondo: una generale di politica sanitaria e una specifica di gestione della RSA. La prima è che il progressivo invecchiamento della popolazione e l'aumento dei bisogni sia sanitari che sociali rende necessario e tempestivo il ripensamento della formazione dei medici, attraverso specifici percorsi destinati a sviluppare le competenze assistenziali, gestionali e relazionali. La seconda è che la tipologia degli ospiti delle RSA richiede di una preparazione sanitaria solida basata, *in primis*, su delle elevate capacità tecniche cliniche unite ad un atteggiamento gerontologico attento al soggetto sofferente e rispettoso della sua autonomia e, in seconda istanza, su delle capacità manageriali e organizzative fondamentali per creare un ambiente assistenziale di qualità.

Per questa duplice ragione, il corso di formazione in questione si pone come obiettivo primario quello di sviluppare nei medici di RSA delle competenze di coordinamento tali da definire una nuova figura di Dirigente sanitario. Quest'ultimo deve impegnarsi nella gestione e nel coordinamento dell'intervento assistenziale personalizzato all'ospite, al fine di sviluppare una crescente attenzione sulla qualità dell'erogazione delle prestazioni socio-sanitarie. Questa nuova figura professionale deve anche gestire la struttura da un punto di vista igienico-sanitario che si traduce nelle attività di approvvigionamento dei farmaci e nella conseguente vigilanza su di essi. Si cerca, allora, di fornire al medico che lavora in RSA una serie di competenze per affrontare le problematiche cliniche dell'anziano, ponendo una particolare attenzione sul senso che l'azione medica riveste per il singolo soggetto portatore di desideri, bisogni e paure<sup>62</sup>.

---

<sup>62</sup> Parisi Giuseppe (2007) - *Medici e apprendimento. Un percorso per chi opera in Residenza*. In: *Assistenza Anziani*, Trento: Edizioni Provincia Autonoma di Trento – Assessorato alle politiche per la salute, pp. 28-30.

Come per ogni altro professionista medico, anche per il medico coordinatore di RSA, lo spettro delle competenze sottende non ad un singolo sapere disciplinare, ma ad una gamma di saperi sfaccettati che si riferiscono innanzitutto alla gerontologia e alla geriatria<sup>63</sup>. Ma questo forte sapere geriatrico, da solo, non è sufficiente. Ad esso bisogna infatti affiancare anche un sapere manageriale, in modo tale da poter contare su una preparazione organizzativo-gestionale grazie alla quale poter offrire agli ospiti un'assistenza che al tempo stesso sia di qualità oltre che personalizzata<sup>64</sup>. Queste due "anime" del sapere si colgono meglio se presentiamo i contenuti delle lezioni previsti per la prima edizione del corso per medici coordinatori di RSA, argomenti che saranno in via di massima riproposti anche nelle edizioni successive.

**Tab. 6.** Argomenti del corso di formazione per medici coordinatori di RSA (Parisi, 2004)

a) Il sapere manageriale	b) Il sapere gerontologico
1. Il rapporto con la rete territoriale dei servizi e con la famiglia	1. Elementi di geriatria e gerontologia
2. L'accoglienza dell'ospite	2. La valutazione e la gestione dell'ospite
3. L'organizzazione generale ed amministrativa della RSA	3. La contenzione e le cadute
4. La terapia farmacologica dal punto di vista normativo e gestionale	4. La scelta della terapia antibiotica nelle principali affezioni infettive
5. La gestione della comunità dal punto di vista igienico-sanitario	5. La gestione dell'ospite incontenente e con problemi urologici
6. Le scelte organizzative e i sistemi informativi	6. La nutrizione nei suoi aspetti dietologici
7. I metodi di elaborazione, presentazione e condivisione dei progetti in équipe	7. La gestione dell'ospite morente
8. La stesura di una relazione sanitaria annuale	8. La gestione dell'ospite in stato vegetativo persistente
	9. La rilevazione del dolore nell'ospite con <i>deficit</i> cognitivo
	10. La comunicazione alla famiglia delle situazioni critiche

Visto che abbiamo già introdotto alcuni contenuti teorici del primo corso di

<sup>63</sup> La gerontologia costituisce la branca della medicina che studia la fisiopatologia e la clinica dell'invecchiamento, mentre la geriatria fa riferimento alla branca della medicina generale che si occupa della fisiologia e della patologia dell'organismo in età anziana.

<sup>64</sup> Parisi Giuseppe (2006) - *Report delle attività della formazione dei medici coordinatori Rsa 2004-2005*. Protocollo n. 289/E3/V/V, Scuola di Formazione Specifica in Medicina Generale, Trento.

formazione destinato ai medici di RSA, ci soffermeremo brevemente sulla descrizione generale di questi corsi di formazione. Finora sono state organizzate tre edizioni: la prima, rivolta a venti medici, ha esordito il 25 marzo 2004 ed è terminata nel dicembre 2004, mentre la seconda, destinata a diciassette medici, è partita il 7 aprile 2005 ed è terminata nell'aprile seguente. Infine, è stata organizzata anche una terza edizione che ha avuto inizio il 20 settembre 2007 e che si è conclusa nel dicembre 2008, nell'ambito della quale sono stati riservati dei posti per i medici provenienti anche dalle altre regioni italiane.

Per ogni edizione si sono previste circa 350 ore di didattica, di cui 160 riguardano l'apprendimento in aula, mentre le restanti 190 sono destinate all'apprendimento sul campo. L'organizzazione delle attività di formazione è stata ideata sulla base di una concezione educativa che vede l'apprendimento sul campo come il momento caratterizzante l'iter formativo del medico. Questo apprendimento "on the job" avviene tramite la collocazione del medico nel contesto operativo della RSA, grazie alla quale viene a conoscenza del suo funzionamento generale, dei ruoli degli operatori, delle loro competenze e dell'organizzazione del lavoro rispetto alle varie tipologie di ospiti. Ma non bisogna trascurare di menzionare i momenti di apprendimento in aula che assumono una funzione di stimolo, di chiarificazione e di spunto conoscitivo per il lavoro che avviene direttamente *on the job*. L'apprendimento in aula comprende le lezioni frontali e i laboratori in piccoli gruppi, secondo la metodologia tipica del *Cooperative Learning*<sup>65</sup>, oltre ad una serie di attività di ricerca e di presentazioni in aula. Il periodo di formazione si conclude con un colloquio finale in cui avviene la presentazione e la discussione dei *report* delle attività condotte sul campo.

Il superamento dell'esame finale comporta il rilascio, da parte della Provincia Autonoma di Trento, del certificato di formazione sottoscritto dall'Assessore provinciale alle Politiche per la Salute e controfirmato dal Presidente della Commissione d'esame. Questo certificato finale è valutato dalla Provincia di Trento come titolo di merito e costituisce un requisito necessario per l'attribuzione di incarichi di coordinamento sanitario presso le RSA. L'enfasi che viene data al corso di formazione per medici coordinatori è dovuta proprio alla volontà di stabilire un requisito per essere assunti come medici coordinatori nelle RSA: si tratta solo di un primo passo che, forse, è l'unico tentativo concreto realizzato fino ad ora per dare uno status di riconoscimento formale al profilo professionale del medico coordinatore, il quale purtroppo viene disciplinato solo dalla direttiva provinciale sopra riportata. Una direttiva che, a nostro avviso, dovrà essere rivista in quanto dà adito a confusioni

---

<sup>65</sup> Il Cooperative Learning consiste in quell'insieme di tecniche di insegnamento in cui i discenti lavorano in piccoli gruppi eterogenei per attività di apprendimento, allo scopo di conseguire un risultato comune. Per approfondire il discorso sul Cooperative Learning si consiglia di consultare i manuali di Comoglio Mario e Cardoso Miguel (1996) - Insegnare e apprendere in gruppo. Il cooperative Learning, Roma: Las e di Johnson David et al. (1996) - Apprendimento cooperativo in classe. Migliorare il clima emotivo e il rendimento, Trento: Centro Studi Erickson.

e ad episodi di ambiguità, che comunque saranno esposti con accuratezza nella fase di ricerca. Nei paragrafi successivi sarà nostro intento presentare, a grandi linee, le tre edizioni del corso analizzando alcuni contenuti, le osservazioni fatte dai partecipanti e le conclusioni a cui sono pervenuti, facendo così emergere alcuni spunti di riflessione sul profilo del medico coordinatore.

Nella prima edizione del corso si sono indagati i bisogni formativi del gruppo di partecipanti al fine di strutturare l'offerta formativa rispetto alle loro conoscenze pregresse e alle loro competenze da acquisire<sup>66</sup>. Dall'analisi degli argomenti trattati nel percorso formativo del 2004, emerge chiaramente che il corso è stato articolato in modo tale da rispondere a quelli che sono i bisogni formativi valutati come maggiormente importanti dai partecipanti: la terapia farmacologica degli ospiti, la gestione delle relazioni sia con i familiari che con l'ospite morente e il trattamento delle piaghe da decubito<sup>67</sup>. Ciò ci fa capire come il corso stesso sia il risultato di un processo di "co-costruzione" tra docenti e partecipanti, in cui vengono accuratamente valutate le esigenze formative al fine di rispondervi nella maniera più adeguata e completa possibile tramite appropriati moduli di insegnamento. Si tratta, in sostanza, di una costruzione "partecipata" in cui discenti e docenti sono collocati sullo stesso piano ed in cui le scelte che ne conseguono vengono prese direttamente sulle priorità espresse dai soggetti partecipanti<sup>68</sup>.

Al termine della prima edizione del corso e in occasione della giornata di consegna dei diplomi, si è ritenuto necessario proporre una giornata di studio sulla formazione del medico coordinatore di RSA. Questa giornata ha costituito l'occasione per far conoscere, sia ai cittadini fruitori del servizio sanitario-assistenziale che agli altri operatori socio-sanitari, l'importanza di una figura professionale formata a queste competenze, ma anche per approfondire esperienze estere come quella dell'Università di Nimejen in Olanda dove un corso biennale di questo tipo esiste già da circa quindici anni. Tale evento ha quindi rappresentato un momento di riflessione sull'esperienza svolta in ambito locale confrontandola anche con altre realtà europee, dove già da tempo le competenze medico-geriatriche vengono sviluppate tramite programmi formativi ben strutturati<sup>69</sup>.

---

<sup>66</sup> Si veda l'Allegato n. 4.

<sup>67</sup> Si consulti l'Allegato n. 5.

<sup>68</sup> Il processo di progettazione partecipata parte dal presupposto per cui le conoscenze dei progettisti e le esigenze dei destinatari debbano procedere in parallelo: l'obiettivo è infatti quello di affrontare i problemi in un percorso incrementale e "polifonico".

<sup>69</sup> Nell'Allegato n. 6 dell'Appendice si può consultare il programma della giornata di studio dal titolo "Quale formazione per il medico coordinatore di RSA?"



Per quanto riguarda la seconda edizione del corso, ciò che è risultato maggiormente lampante è stata l'attenta definizione, a seguito di un'apposita giornata di studio dedicata interamente alla formazione del medico coordinatore, di un *corpus* di aree formative entro le quali il medico può sviluppare le proprie competenze<sup>70</sup>. Questa suddivisione per aree costituisce uno dei primi tentativi volti ad individuare le competenze distintive da assegnare alla figura del medico coordinatore di RSA, all'interno di un contesto in cui tale professione non è ancora istituzionalizzata in un apposito profilo. Passando alla terza edizione del corso, possiamo dire che essa mantiene i tratti caratterizzanti delle prime due edizioni, sia in termini di argomenti trattati che in termini di modalità di apprendimento adottate, anche se dovremo aspettare ancora qualche mese per poter effettivamente valutare i risultati raggiunti, il grado di soddisfazione espresso dai partecipanti e il livello di apprendimento conseguito nel corso, dal momento che quest'ultimo si concluderà a breve.

Tramite questa sommaria rassegna formativa è stato possibile evidenziare l'importanza di progettare *iter* formativi specifici da destinare ai medici di RSA, nel tentativo di sviluppare le basi sia teoriche che esperienziali del loro bagaglio conoscitivo. Ciò è necessario per consentire loro di rivestire con successo una figura di questo calibro che è assolutamente fondamentale per garantire una buona qualità di vita e il benessere socio-assistenziale degli ospiti nelle strutture residenziali.

### *Conclusioni*

In questo capitolo abbiamo inizialmente messo in luce il ruolo, le funzioni e le responsabilità del medico che opera nelle RSA, un medico tradizionale e di formazione prettamente clinica. Il punto di svolta sta nel considerare la nuova figura professionale del medico coordinatore di RSA, che si distingue dalla figura clinica in quanto è dotata di un sapere geriatrico che si integra a pieno con quello di matrice manageriale. Questa nuova figura, che ambisce ad acquisire lo status formale di Dirigente sanitario, necessita di riconoscersi in un profilo condiviso e legittimato nel quale vengano accuratamente definite tutte le competenze di cui deve disporre, in riferimento anche alle altre figure operanti nel contesto della RSA. Per ora l'unico riferimento concreto su cui basarsi è quello di un elenco di funzioni assegnate al medico coordinatore, le quali sono state proposte nella delibera n. 3184 del 12 dicembre 2003 e sono, poi, state confermate e riportate tali e quali nella più recente delibera n. 2585 del 10 ottobre 2008. Ci è allora apparso necessario provare a ridefinire queste direttive nell'ottica di esplicitare meglio sia gli specifici ambiti di competenza da destinare alla figura del medico coordinatore, sia i rapporti professionali intessuti con le altre figure del personale. Questo

<sup>70</sup> Per consultare le aree formative si veda l'Allegato n. 7.

tentativo di ridefinizione sarà utile per limitare le possibili sovrapposizioni degli ambiti lavorativi tra le varie figure e le conseguenti tensioni derivanti dal mancato riconoscimento delle rispettive sfere di autonomia.

In termini di formalizzazione possiamo affermare che l'unico riconoscimento istituzionale del profilo del medico coordinatore è quello che deriva dal corso di formazione per medici di RSA, il quale stabilisce che la sua partecipazione costituisce il requisito essenziale per essere assunti da parte delle RSA in qualità di medico coordinatore. Allora, la disciplina dei rapporti con il personale, la definizione delle specifiche sfere di autonomia, l'esplicitazione delle funzioni di coordinamento in rapporto alle dirigenze amministrative sono degli elementi che devono essere assolutamente affrontati per poter procedere con il riconoscimento del profilo professionale del medico coordinatore di RSA, dandogli la possibilità di sviluppare una specifica identità professionale che non si esaurisca nella figura del medico, ma che abbracci anche la figura del *manager*. Preso atto di queste considerazioni, si tenterà nei prossimi capitoli di verificare le possibilità di introdurre un profilo unico e condiviso di medico coordinatore, in modo tale da distinguerlo dalla tradizionale figura di medico clinico alla quale spesso viene erroneamente associato. Le interviste effettuate ci daranno, quindi, la possibilità di delineare i problemi concreti che emergono nelle strutture residenziali, mostrandoci la direzione in cui il riconoscimento del profilo del medico coordinatore dovrà procedere.

# Capitolo 4

## Premesse e indagini antecedenti al lavoro di ricerca

### Introduzione

Il lavoro di ricerca oggetto di questa tesi assume come punto cardine di analisi la questione delle competenze necessarie a ricoprire il ruolo di medico coordinatore di RSA, un ruolo mai perfettamente formalizzato e spesso erroneamente confuso con quello del medico clinico di RSA. Infatti, in ciascuna RSA è prevista la presenza di un medico coordinatore e di almeno un medico clinico (dipendente o convenzionato) e, a causa della mancanza di una distinzione normativa tra queste due figure, spesso accade che le competenze dell'uno vengano associate alle competenze dell'altro<sup>1</sup>. Ciò è particolarmente problematico perché dà l'impressione di poter ridurre il ruolo del medico coordinatore a quello del medico clinico, mentre in realtà si tratta di due profili piuttosto diversi.

Mentre infatti il medico clinico è chiamato alle attività di cura e di diagnosi, il medico coordinatore svolge per l'appunto un'attività di coordinamento. Il medico coordinatore, oltre a possedere delle competenze geriatriche e gerontologiche che gli consentono di prendere in cura l'ospite anziano, dispone di un sapere centrato non solo su una generica capacità manageriale, ma anche su una specifica capacità gestionale della struttura residenziale nel suo complesso come, ad esempio, la capacità di condurre e coordinare l'équipe di lavoro, la capacità di predisporre le risorse umane in relazione ai bisogni assistenziali degli ospiti, la capacità di direzione del personale infermieristico e di riabilitazione, *etc.*

Non sembra discutibile il fatto che per un'efficiente organizzazione il processo di lavoro debba essere progettato sulla base delle esigenze di chi deve compierlo: questo risultato può però essere ottenuto solamente grazie ad un attento studio in grado di integrare il processo lavorativo con gli aspetti umani in esso implicati. In particolare ci si dovrebbe chiedere: che cosa si deve fare in termini di azioni, di processi cognitivi e di decisioni per raggiungere un determinato scopo? Quali conoscenze, abilità, caratteristiche personali sono richieste per svolgere con suc-

---

<sup>1</sup> Questa confusione può essere dovuta anche al fatto che nelle RSA più piccole è lo stesso medico coordinatore a rivestire anche il ruolo di medico clinico.

cesso un certo lavoro? Quale corrispondenza sussiste tra le competenze e il profilo professionale di un particolare ruolo professionale? Per provare a rispondere a questi interrogativi ci sembra opportuno sviluppare uno studio esplorativo volto ad individuare specifici profili professionali con relativi set di competenze assegnate. Il lavoro di ricerca qui realizzato si propone infatti di offrire una panoramica il più possibile ampia e completa sulla figura professionale del medico coordinatore di RSA, ponendosi come potenziale strumento di orientamento circa le competenze caratterizzanti il profilo in oggetto di studio.

Nel presente capitolo si cerca di inquadrare meglio il fenomeno in esame indicando gli obiettivi generali che sottendono a questo lavoro di tesi: l'impiego di un modello basato sulle competenze, utile per procedere al riconoscimento formale del profilo professionale del medico coordinatore, ha senso solamente se si prende atto della distinzione che vi è tra il medico coordinatore e il medico tradizionale, cioè il medico clinico. Dopo aver spiegato questa premessa di fondo, si propone una rassegna di due indagini antecedenti a questo lavoro di ricerca che sono molto rilevanti per i nostri obiettivi conoscitivi in quanto costituiscono un primo tentativo finalizzato a differenziare i due profili medici. Le due ricerche prese in considerazione sono, in primis, i risultati dei *focus group* condotti dalla Scuola di Formazione Specifica in Medicina Generale<sup>2</sup> in merito al ruolo del medico coordinatore e alle sue competenze esclusive e, poi, l'analisi di ruolo<sup>3</sup> realizzata in riferimento al profilo del medico clinico e del medico coordinatore.

Nel capitolo successivo la ricerca procederà poi in maniera autonoma presentando le interviste svolte in prima persona sia ai medici coordinatori già formati e già operanti nelle RSA, sia alle figure chiave come i Direttori o i responsabili dei vari servizi delle stesse strutture residenziali. Seguendo questo orientamento, il presente lavoro di ricerca acquista una veste sperimentale autonoma che, con spirito investigativo, intende valutare e verificare la situazione attuale del profilo professionale del medico nelle RSA. L'obiettivo cardine è allora quello di far emergere dei modelli di competenza volti a riconoscere l'esigenza impellente di una figura di questo calibro, legittimando così tale ruolo sia sul fronte clinico che su quello manageriale.

### *Premesse generali alla ricerca su campo*

Ciò che ci preme mettere in rilievo in questa sede è il punto di vista dei medici coordinatori che possono essere considerati come dei "testimoni privilegiati",

---

<sup>2</sup> I suddetti risultati possono essere consultati nel seguente documento: A.A.V.V. (2004) - *Formazione Coordinatori RSA*. Protocollo n. 103/E3/V/P, Provincia Autonoma di Trento.

<sup>3</sup> La ricerca condotta tramite l'analisi di ruolo, risalente al 2007, è stata effettuata dalla studentessa Erica Picone iscritta al Master di primo livello in Direzione del Personale presso la Facoltà di Economia dell'Università "Carlo Cattaneo" di Milano.

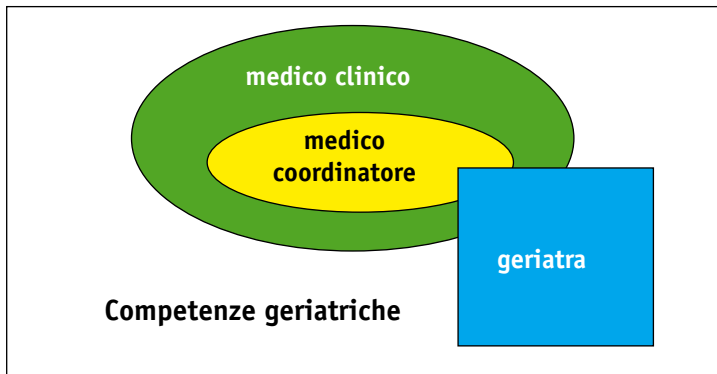
alla stregua di informatori chiave, delle loro esigenze professionali e formative. Essi sono i testimoni più vicini alla realtà degli eventi professionali di cui sono direttamente partecipi, cosicché i loro dialoghi, le discussioni, i temi ricorrenti, le preoccupazioni e i punti di orgoglio professionali possono fungere da rilevatori del loro "essere in situazione" e delle competenze che sono indispensabili a rivestire il suddetto ruolo professionale. Se consideriamo come punto di partenza le ricerche condotte precedentemente al presente lavoro di tesi, possiamo pensare di arricchirle con considerazioni e conclusioni ulteriori, in maniera tale da arrivare a sviluppare una sorta di "modello critico" sulla situazione professionale attuale dei medici coordinatori di RSA all'interno della Provincia Autonoma di Trento.

Uno tra gli interrogativi principali al quale si cercherà di dare risposta è quello che verte sull'individuazione delle competenze distintive del medico che lavora in RSA. Ci si chiede che cosa dovrebbe e vorrebbe sapere il medico che deve affrontare il binomio clinico e gestionale nella sua attività presso la struttura residenziale: è evidente come ad un nucleo di competenza clinica generica, sviluppata tramite il sapere appreso nell'iter universitario, si aggiunga una competenza distintiva di natura prettamente manageriale. Ed è proprio qui che emerge la necessità di distinguere la figura del medico operante nelle RSA in due profili: il profilo del medico clinico chiamato a svolgere l'attività appunto clinica di diagnosi e di cura dell'ospite e il profilo del medico coordinatore responsabile delle attività di stampo organizzativo-gestionale, seppur all'interno di un contesto clinico. Nel primo caso, cioè quello del medico clinico, ci si avvale di un medico che non è necessariamente un Geriatra, ma che dispone di un sapere gerontologico e geriatrico sufficientemente ampio per poter assistere e curare l'ospite anziano e malato con adeguate competenze e responsabilità consone al proprio ruolo<sup>4</sup>. Il medico coordinatore può così essere considerato una "sottospecie" di medico clinico in quanto in qualità di medico deve comunque garantire un'attività di cura, di diagnosi e di terapia, anche se è destinato a svolgere prevalentemente mansioni legate alla sfera organizzativa e gestionale. I rapporti tra medico clinico, medico coordinatore e Geriatra sono evidenziati e chiariti nella fig. 7.

---

<sup>4</sup> Mentre la gerontologia è la disciplina che studia i molteplici aspetti dell'invecchiamento, la geriatria è la disciplina specialistica che pone al centro del proprio operato la lotta alla disabilità nell'anziano con l'intento di prevenirla o di ridurne la gravità.

**Fig. 7.** Il medico clinico (Parisi, 2006)

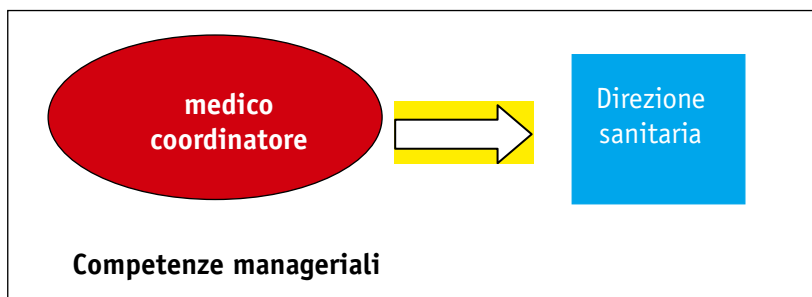


Nel secondo caso, cioè quello del medico coordinatore, ci si avvale di un professionista che dispone di un sapere basato non esclusivamente su una generica capacità clinica, ma centrato anche su una specifica capacità gestionale ed organizzativa necessaria a garantire l'ordine e la qualità nella struttura residenziale. Vengono allora richieste al medico coordinatore non solo delle capacità di lavorare armoniosamente in équipe, ma anche quelle di coordinare e di condurre efficientemente il lavoro di squadra; non solo delle capacità di relazionarsi positivamente ed in modo stimolante al paziente, ma anche quelle di interagire e comunicare situazioni a volte pure critiche ai familiari dell'ospite malato; non solo delle capacità di organizzazione, ma anche quelle di gestione delle risorse umane sulla base dei bisogni assistenziali individuati dai singoli ospiti residenti. A questa vasta gamma di competenze non si può certo dimenticare di aggiungere la capacità di gestione della struttura residenziale secondo le normative di igiene, di lavoro e di *risk management*<sup>5</sup>, le quali avvicinano la figura del medico coordinatore a quella di un membro della direzione sanitaria, come è visibile dalla fig. 8.

---

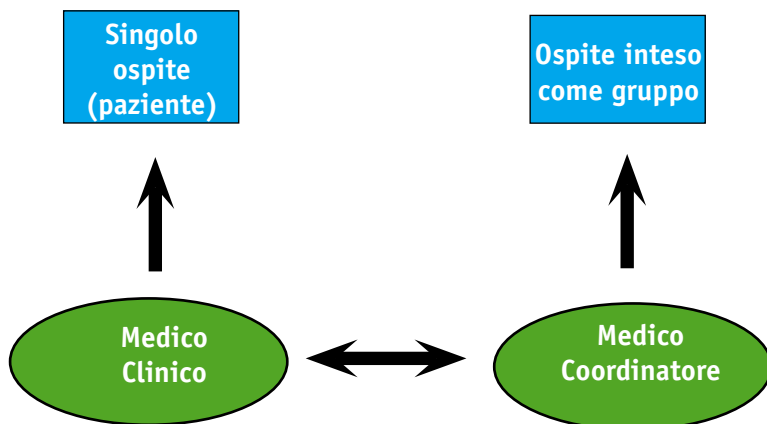
<sup>5</sup> Il *Risk Management*, letteralmente "gestione del rischio", costituisce l'insieme degli strumenti e dei metodi mediante i quali si misura il rischio e, successivamente, si sviluppano delle strategie volte a governarlo

**Fig. 8.** Il medico coordinatore (Parisi, 2006)



Queste considerazioni fanno un bel salto in avanti rispetto alle prime direttive in materia di organizzazione del personale nelle RSA, le quali stabilivano che la figura del medico dovesse rispondere a dei requisiti sia clinici che gestionali e non fosse, quindi, possibile identificare la figura del "medico coordinatore puro"<sup>6</sup> o quella del "medico clinico puro". Il medico veniva infatti considerato clinico nei confronti del singolo ospite malato (il paziente), mentre si considerava coordinatore nei confronti degli ospiti intesi come gruppo da prendere in cura ed assistere, come possiamo vedere esplicitato nella Fig. 9.

**Fig. 9.** Il medico clinico e il medico coordinatore (Parisi, 2006)



<sup>6</sup> Si vedano le direttive antecedenti alla delibera n. 3184 del 12/12/2003, la quale individua e distingue per la prima volta le attività di coordinamento da quelle di diagnosi e cura

Le direttive successive alla delibera della Giunta Provinciale n. 3184 del 12 dicembre 2003 costituiscono un punto di svolta perché cercano di identificare sommariamente i compiti e le attività che sono peculiari di un profilo piuttosto che dell'altro, lasciando comunque intendere la difficoltà nel separare nettamente i due ruoli in quanto il medico coordinatore si configura sia come un medico al quale vengono attribuite funzioni di diagnosi e di cura, sia come un coordinatore dotato di competenze tecnico-specialistiche di impronta manageriale. Un profilo, dunque, di natura ibrida che non si esaurisce né nella tradizionale figura del medico, né in quella del Dirigente di RSA. Il nostro lavoro di ricerca andrà proprio in questa direzione, prima, valutando le competenze più conformi rispetto ai due profili medici sopra individuati e, poi, mettendo in rilievo il problema legato al riconoscimento formale della figura del medico coordinatore nell'organizzazione sanitario-assistenziale della RSA. Anche se il profilo del medico coordinatore di RSA è tutto da costruire sulla base di ricerche e di studi incrementali, è importante che si realizzi una legittimazione di questo profilo, in maniera tale che se emergono dei conflitti e dei disaccordi nel personale operante nella RSA questi possano essere facilmente gestiti, senza ledere agli standard qualitativi di assistenza e di cura dei pazienti.

A seguito di queste premesse generali, si farà ora riferimento agli esiti di alcune indagini condotte in precedenza su richiesta dell'Ufficio Formazione e Sviluppo delle Risorse Umane della Provincia Autonoma di Trento<sup>7</sup>, nelle quali per la prima volta viene delineata la necessità di distinguere il profilo professionale del medico coordinatore da quello del medico clinico. Questa sistematizzazione dei precedenti risultati si è ritenuta indispensabile al fine di approdare ad un'interpretazione personale sul fenomeno esaminato che abbracci, quanto più possibile, la letteratura grigia che si raccolta come *frame* teorico per stilare questa tesi.

### *Distinguere il medico clinico dal medico coordinatore*

Questo paragrafo, volto a definire i confini tra il profilo professionale del medico clinico e quello del medico coordinatore, si basa sulla presentazione dei risultati emersi in due indagini precedenti al presente studio esplorativo: la prima riguarda una ricerca condotta tramite *focus group* presso la Scuola di Formazione Specifica in Medicina Generale di Trento e focalizzata sulle competenze distintive del medico coordinatore di RSA, mentre la seconda si basa su un'analisi di ruolo volta ad operare un'accurata differenziazione tra il profilo del medico clinico e il profilo del medico coordinatore. Ci appare necessario, oltre che assolutamente proficuo per i nostri fini conoscitivi, presentare una breve rassegna delle ricerche che sono state

---

<sup>7</sup> Si tratta dello stesso Ufficio che, a stage terminato, mi ha proposto di lavorare sul progetto inerente alla formalizzazione del profilo del medico coordinatore di RSA, poi, divenuto argomento della mia tesi



elaborate in questo campo, allo scopo di proporre una lettura critica del fenomeno, capace di abbracciare il maggior numero possibile di spunti di ricerca e di indizi precedentemente richiamati all'attenzione<sup>8</sup>.

Per quanto concerne la Scuola di Formazione Specifica in Medicina Generale possiamo dire che essa ha realizzato un'apposita giornata di consultazione<sup>9</sup> con alcuni medici coordinatori già formati per valutare i loro bisogni formativi e per far emergere dei suggerimenti riguardo all'organizzazione della futura edizione del corso. In questa giornata si sono realizzati due *focus group*<sup>10</sup> che sono stati sottoposti a due diversi mandati rispondenti rispettivamente a questi quesiti: "come vorresti che fosse un futuro medico coordinatore?" e "cosa vorresti che sapesse un futuro medico coordinatore?". I due gruppi di lavoro si sono impegnati a rispondere a questi interrogativi ottenendo i risultati che abbiamo riportato nelle pagine successive.

Al primo gruppo di lavoro è stato assegnato il compito di rispondere al seguente mandato: "come vorresti che fosse un futuro medico coordinatore?". Prima di elencare le caratteristiche e le competenze da attribuire al medico coordinatore, i partecipanti al *focus group* hanno cercato di definire i requisiti attraverso i quali si può effettivamente parlare della figura del medico coordinatore: *in primis* vi deve essere un ruolo ben definito del medico in termini di competenze e di responsabilità, poi deve essere presente un riconoscimento diffuso e condiviso del profilo del medico all'interno della struttura residenziale ed infine vi deve essere la possibilità da parte del medico di impostare un'attività di collaborazione con i vertici amministrativi, tutte questioni che verranno ampiamente trattate nel prossimo capitolo. Nella tabella seguente vengono brevemente riassunti i risultati suddivisi per relative aree di competenza.

---

<sup>8</sup> Così come diceva Bernardo di Chartres nel XII secolo "Siamo nani sulle spalle dei giganti: la nostra ragione potrà essere tanto più potente e lungimirante quanto più ci saremo impadroniti del pensiero dei "giganti": solo a partire dalle loro altezze, da quanto essi hanno conquistato con il loro ingegno, potremo lanciare uno sguardo su orizzonti più lontani".

<sup>9</sup> La giornata di consultazione è stata effettuata il 13 gennaio 2006, circa a metà della seconda edizione del corso di formazione per medici coordinatori di RSA.

<sup>10</sup> Il focus group è una tecnica di ricerca qualitativa nella quale un gruppo di persone viene interrogato riguardo al loro atteggiamento personale nei confronti di un prodotto, di un'idea o di un argomento di discussione.

**Tab. 7.** Competenze e caratteristiche ideali del medico coordinatore di Rsa (Parisi, 2006)

<b>Come vorresti che fosse un futuro medico coordinatore<sup>11</sup>?</b>	
<b>Caratteristiche generali</b>	Essere disponibile al confronto con le altre figure del personale.
	Essere in grado di operare delle scelte nei confronti del singolo ospite e dell'intera comunità professionale.
	Possedere un bagaglio culturale che gli consenta di adattarsi alle molteplici situazioni lavorative.
	Conoscere il contesto in cui l'anziano viene assistito dal punto di vista sociale, sanitario e culturale.
<b>Competenze sociali</b>	Conoscere l'ambiente socio-familiare dell'anziano.
	Essere capace di coinvolgere i familiari dell'ospite nelle fasi di cura e di assistenza.
	Essere in grado di interagire con l'anziano in modo tale da stimolarlo e motivarlo alla vita.
<b>Competenze sanitarie</b>	Conoscere le scale di valutazione e i criteri di giudizio del Piano di Assistenza Individualizzato (Pai).
	Conoscere le norme di sorveglianza igienico-sanitarie della RSA.
<b>Competenze culturali</b>	Saper valorizzare l'anziano malato.
	Essere in grado di creare un micro-ambiente accogliente e simile all'abitazione di origine dell'ospite anziano.
<b>Competenze organizzative</b>	Saper esprimere capacità progettuali e organizzative.
	Possedere delle competenze tecnico-specialistiche.
	Saper concertare.
	Saper verificare le procedure e i risultati ottenuti.
	Saper gestire la formazione teorica e sul campo attraverso la pianificazione dei bisogni di formazione.
	Saper stilare una relazione sanitaria annuale.

Se passiamo al secondo *focus group* possiamo mettere in rilievo che cosa rispondono i partecipanti al seguente mandato: "cosa vorresti che sapesse un futuro medico coordinatore?".

<sup>11</sup> Parisi Giuseppe (2006) - Report delle attività della formazione dei medici coordinatori Rsa 2004-2005. Protocollo n. 289/E3/V/V, Scuola di Formazione in Medicina Generale, Trento.

Le risposte possono essere riassunte nei punti successivi:

- ▶ avere delle competenze di base sulla diagnostica;
- ▶ possedere delle conoscenze specifiche sul trattamento dello scompenso cardiaco e delle piaghe da decubito, con relativi strumenti di riabilitazione;
- ▶ avere delle conoscenze specifiche sulla normativa igienistica, come il trattamento dei farmaci e la vigilanza su di essi;
- ▶ saper approntare una terapia per i problemi comportamentali e per le sindromi di tipo psichiatrico;
- ▶ saper gestire i problemi nutrizionali dell'ospite anziano e malato;
- ▶ saper scegliere la terapia antibiotica adeguata alle principali affezioni infettive;
- ▶ essere in grado di gestire la spesa sanitaria della RSA;
- ▶ saper gestire le risorse umane in relazione ai bisogni socio-assistenziali del momento<sup>12</sup>.

Al di là di una migliore preparazione da un punto di vista clinico, il medico coordinatore ambisce ad acquisire maggiori competenze nell'ambito della gestione della spesa sanitaria e del coordinamento delle attività sanitarie, dal momento che rappresenta la figura sanitaria di riferimento dell'intera struttura residenziale. Si tratta di due ambiti che, per la loro caratterizzazione marcatamente sanitaria, non possono essere delegati o attribuiti alla dirigenza amministrativa, anche se quest'ultima spesso si arroga il diritto di decidere in prima persona su queste questioni. Dopo aver discusso e confrontato i risultati ottenuti da parte di ciascun gruppo di lavoro, si passerà ad illustrare la fase conclusiva della giornata di consultazione in cui tutti i partecipanti hanno concorso alla definizione di un *set* di competenze, sia di tipo clinico che manageriale, che devono essere riconosciute come qualificanti per la professione del medico coordinatore di RSA. Nella pagina successiva presentiamo l'elenco di tali competenze suddivise nel campo clinico e in quello organizzativo-gestionale. È evidente l'emergere di un profilo professionale di natura ibrida, in parte medico e in parte Dirigente, che ambisce ad essere riconosciuto formalmente nella figura di Dirigente medico.

**Tab. 8.** Competenze cliniche e manageriali del medico coordinatore di Rsa (Parisi, 2006)

Competenze di natura clinica	Competenze di natura dirigenziale
saper valutare e gestire clinicamente il dolore del paziente;	saper gestire la comunicazione tra le figure professionali;
saper trattare il disturbo cognitivo e il disorientamento dell'anziano malato;	saper gestire e organizzare il lavoro di équipe;

<sup>12</sup> Ibidem

Competenze di natura clinica	Competenze di natura dirigenziale
saper affrontare clinicamente lo scompenso cardiaco;	saper gestire l'accogliamento dell'ospite nella struttura residenziale;
saper gestire il diabete;	saper organizzare gli aspetti igienici ed alimentari della struttura residenziale;
saper mettere in pratica le attività di chirurgia ambulatoriale;	saper operare una valutazione multi-dimensionale dello stato del paziente;
saper gestire gli ospiti affetti da demenza senile;	saper attuare un controllo della qualità di vita nella RSA.
saper valutare l'uso corretto degli psico-farmaci nell'anziano.	

La seconda ricerca che richiamiamo all'attenzione è stata condotta nel 2007 su iniziativa dell'Ufficio Formazione e Sviluppo delle Risorse Umane della Provincia Autonoma di Trento<sup>13</sup>. La distinzione delle competenze necessarie a ricoprire i ruoli di medico coordinatore e di medico clinico nell'ambito della RSA costituisce un buon punto di partenza per il nostro studio, che verrà poi integrato ed approfondito in molti degli argomenti qui inizialmente presentati. L'analisi di ruolo dei due profili professionali è stata effettuata tramite il metodo Hay che si configura come una metodologia di valutazione dei ruoli organizzativi centrata sull'indagine dei contenuti dell'attività lavorativa e del loro impatto sulla progettazione organizzativa<sup>14</sup>. Il metodo Hay parte dal presupposto per cui i ruoli organizzativi, seppur differenziati, possano essere confrontati sulla base di tre fattori: le finalità, il *problem solving* e le competenze. Di fatto il ruolo organizzativo esiste in quanto produce dei risultati, prima affrontando i problemi che via via emergono e poi utilizzando le conoscenze, le esperienze e le capacità unificate nel bagaglio di competenze del soggetto che riveste il ruolo organizzativo in questione. Senza dilungarci troppo su questo metodo, ne presentiamo un quadro riassuntivo che evidenzia i fattori sopra riportati con i relativi elementi di analisi<sup>15</sup>.

<sup>13</sup> Il riferimento a questa ricerca è l'elaborato di Erica Picone, una studentessa iscritta al Master di primo livello in Direzione del Personale presso la Facoltà di Economia dell'Università "Carlo Cattaneo" di Milano. I suoi traccati di intervista e le informazioni raccolte sono stati ri-organizzati ed opportunamente integrati secondo gli obiettivi conoscitivi del nostro studio esplorativo.

<sup>14</sup> Si tratta di un metodo empirico che si è sviluppato a partire dagli anni '50 negli Stati Uniti su iniziativa di Edward Hay e sulla scia delle nuove esigenze di *management* improntate su una gestione innovativa delle risorse umane.

<sup>15</sup> Costa Giovanni (1992) - *Manuale di gestione del personale*, 2 ed. Torino: Utet, pp. 432-435.

**Tab. 9.** Le tre dimensioni del metodo Hay (Hay, 1952)

Fattori	Sub-Fattori	Driver	Elementi di Analisi
<b>Know-how</b>	Know-how Tecnico	Preparazione Esperienza	Ampiezza e complessità di Discipline/Tecnologie e Sistemi associati ai Prodotti/Mercati/Processi
	Know-how Manageriale	Diversificazione Influenza strategica Classe dimensionale	Diversificazione di Business e/o Funzionale Processi Direzionali Assets/Risorse
	Capacità nelle Relazioni Umane	Rapporti interni ed esterni	Tipologia interlocutori Livello negoziale/ di influenza
<b>Problem Solving</b>	Contesto del Pensiero	Vincoli di business, operativi ed organizzativi	Strategie/Piani/Politiche Regolamentazioni di Settore e controllo dell'Authority
	Difficoltà del Processo Mentale	Grado di Innovazione/variabilità problemi	Evoluzione del Business (prodotti, tecnologie, mercati) Posizionamento, obiettivi e azioni strategiche Progetti/Processi di cambiamento
<b>Accountability</b>	Discrezionalità	Autonomia decisionale (Correlata al contesto del pensiero)	Grado di controllo dell'azionista o della Corporate Livello di delega (procure/poteri) Livello organizzativo
	Dimensione Influenzata	Classe di dimensione economica	Ricavi di Business Costi/Investimenti
	Grado di Influenza	Staff - indiretta Line -diretta	Livello di condivisione/contribuzione con posizioni collaterali nell'ambito dei processi che influenzano direttamente la dimensione esaminata

Nell'applicare l'analisi di ruolo al contesto delle RSA sono state utilizzate alcune dimensioni costitutive del Metodo Hay che si identificano nei seguenti fattori: lo scopo del ruolo, l'organigramma, il contesto del ruolo, le attività fondamentali del ruolo e le finalità del ruolo. Volendo dare ad ogni voce una maggiore chiarificazione possiamo dire che per *scopo del ruolo* intendiamo la motivazione per cui il ruolo in questione esiste all'interno di una data organizzazione; con la voce *organigramma* intendiamo chiarire la collocazione gerarchica del ruolo nelle varie posizioni organizzative; per contesto di ruolo ci riferiamo a quella parte di analisi che ci permette di comprendere la necessità del ruolo in termini di competenze e di responsabilità; con l'espressione *attività fondamentali del ruolo* intendiamo tutte quelle attività che ci consentono di delineare la natura e la tipologia del ruolo; ed infine con la voce *finalità del ruolo* ci si riferisce al contributo che ciascun ruolo fornisce nel raggiungimento degli obiettivi aziendali<sup>16</sup>.

<sup>16</sup> D'Anna Roberto (2007) - La gestione programmata delle risorse umane: valutazioni, analisi, politiche di intervento, Torino: Giappichelli, pp. 84-85.

Il metodo Hay ci suggerisce che, per ottenere tutte le informazioni che occorrono alla descrizione del ruolo organizzativo, è necessario intervistare direttamente il titolare del ruolo stesso in riferimento ai fattori sopra riportati. Si è così proceduto ad intervistare sette medici coordinatori di RSA e sette medici clinici di RSA, portando alla luce le loro differenze in termini di scopo del ruolo, collocazione nell'organigramma e attività fondamentali che concorrono al raggiungimento degli obiettivi. Ci è sembrato utile presentare i risultati di queste interviste perché ci consentono di distinguere, in termini di competenze e di attività svolte, il profilo del medico coordinatore da quello del medico clinico. La ricostruzione dei profili è stata sviluppata attraverso tre fasi:

- a. la prima è la fase in cui vengono presentati i dati e le informazioni che derivano dalla consultazione del materiale cartaceo e telematico sotto forma di analisi della posizione lavorativa, scopo del ruolo e relative finalità;
- b. la seconda fase elenca i risultati prodotti dalle interviste di ruolo;
- c. la terza e ultima fase individua le competenze che sono caratterizzanti per ciascuno dei due profili.

Nel prossimo paragrafo cercheremo di riassumere queste tre fasi di ricerca in relazione ai due profili professionali oggetto di indagine, partendo dal presupposto per cui l'individuazione delle loro competenze distintive possa costituire un primo tentativo di riconoscimento dello status formale del medico coordinatore di RSA. Un riconoscimento che può avvenire solamente se si prende atto del *surplus* di competenze che qualificano il medico coordinatore rispetto al medico clinico, ovvero di quelle competenze peculiari nella sfera della gestione sanitaria e del coordinamento sanitario che avvicinano la figura del medico coordinatore a quella di un Dirigente, un Dirigente medico chiaramente<sup>17</sup>.

## Due profili professionali diversi

### *Il medico clinico: prima fase*

#### *Analisi della posizione*

Alla figura del medico clinico vengono assegnati i seguenti compiti e responsabilità:

- ▶ attività di assistenza diretta e di stimolo agli ospiti, promuovendone il mantenimento e il recupero delle capacità residue;
- ▶ responsabilità complessiva della salute degli ospiti che si esplicita in compiti preventivi, diagnostici, terapeutici, riabilitativi e di educazione sanitaria<sup>18</sup>;

---

<sup>17</sup> La figura del medico coordinatore assume un'identità ambigua, nel senso che se da una parte possiede tutte quelle competenze cliniche necessarie ad identificarlo in una vera e propria figura medica, dall'altra si configura come una sorta di nuovo Dirigente sanitario responsabile dell'organizzazione e del coordinamento della struttura residenziale da un punto di vista prettamente sanitario.

<sup>18</sup> Kane Robert (2000) - *Geriatrica clinica*, Milano: McGraw Hill Libri Italia, pp. 34-35.

- ▶ partecipazione agli incontri con gli altri operatori della struttura residenziale al fine di assicurare la valutazione multidimensionale dell'ospite ed attuare i piani individuali di assistenza;
- ▶ partecipazione alle iniziative di aggiornamento specifico (su temi concernenti l'assistenza agli ospiti) e alle attività di consulenza nei confronti dei familiari;
- ▶ partecipazione agli incontri periodici per la verifica dei progetti assistenziali e delle attività dell'intera struttura residenziale<sup>19</sup>.

### *Scopo del ruolo*

Il medico clinico si impegna a realizzare un sistema di cura integrato in grado di assicurare dei servizi finalizzati al rafforzamento dell'autonomia individuale, garantendo così un'assistenza qualificata a livello residenziale. Il medico clinico prende anche in carico i bisogni della persona anziana e, valutando attentamente le varie patologie legate all'invecchiamento, prescrive la terapia adeguata in collaborazione con le altre figure professionali coinvolte nel processo assistenziale (infermieri, fisioterapisti, operatori socio-sanitari). Più nello specifico, questo profilo professionale esiste per assicurare assistenza 24 ore al giorno, fornendo ai pazienti gli aiuti sanitari di cui necessitano ed affrontando le molteplici problematiche cliniche di cui sono affetti. Il medico clinico pone particolare attenzione sul senso che l'azione medica riveste per il singolo ospite che è portatore di bisogni peculiari, di aspettative per il futuro e di paure legate al venir meno della condizione di autosufficienza<sup>20</sup>.

### *Finalità del ruolo*

Fondamentalmente il medico clinico mette a disposizione la propria professionalità e il proprio bagaglio di competenze per realizzare le attività di cura e di diagnosi nei confronti degli ospiti residenti. Ma bisogna ricordare che il successo dell'attività socio-sanitaria deriva anche dalla capacità di garantire migliori *standard* di assistenza a tutti i livelli, integrando le competenze specialistiche del medico con quelle degli altri membri dell'èquipe di lavoro<sup>21</sup>.

### *Il medico clinico: seconda fase*

La figura del medico clinico all'interno delle Residenze Sanitarie Assistenziali riveste una fondamentale importanza in quanto è la figura centrale attorno alla quale

<sup>19</sup> La presente lista di attività è stata integrata con le funzioni attribuite al medico clinico nella delibera n. 2585 del 10 ottobre 2008 emessa dalla Giunta Provinciale.

<sup>20</sup> Parisi Giuseppe e Valcanover Fabrizio (1995) - *L'organizzazione in Medicina generale*. In: Sviluppo & Organizzazione, n. 2, pp. 87-107

<sup>21</sup> Ibidem

ruota l'attività di cura e di assistenza all'ospite. Questa consapevolezza non fa che alimentare la necessità di una maggiore chiarificazione circa le competenze necessarie a rivestire tale ruolo e, proprio sulla base delle finalità principali che spiegano la sua ragione di esistere, cercheremo di elencare le funzioni che il campione di intervistati ha indicato come maggiormente rilevanti per la propria professione:

- ▶ Le funzioni di diagnosi e di cura. Per funzione di cura si intende il vero e proprio "prendersi cura" delle persone affette da malattie cronico-degenerative, da patologie che necessitano di un'intensità terapeutica elevata oppure da malattie di lunga durata aventi un rapido decorso. Il medico clinico è allora investito della responsabilità di diagnosi e di cura delle persone che via via diventano sempre meno autosufficienti.
- ▶ La funzione geriatrica. Dal momento che l'anziano percepisce il ricovero in RSA non come un continuum ma come un punto di approdo della sua esistenza, il medico clinico è chiamato ad acquisire quella mentalità da Geriatra che risulta essere indispensabile per la gestione clinica globale del paziente. Il medico clinico assume allora il compito di motivare e stimolare l'ospite insegnandogli a percepire il ricovero in RSA non come un porto in cui stazionare, ma come un privilegio concessogli dalla vita in quanto non a tutti è dato di arrivarci<sup>22</sup>.

Oltre a queste funzioni che sono state valutate come di primaria importanza, si sono individuate anche altre attività caratterizzanti il profilo del medico clinico che riassumiamo brevemente qui di seguito. Per riuscire efficacemente nel suo lavoro, il medico clinico è chiamato ad interiorizzare il decesso del paziente: questo significa che deve imparare a considerare la morte non in termini di una sconfitta, ma come un normale ed obbligato momento di passaggio del paziente che è "giunto al traguardo" della propria esistenza<sup>23</sup>. Il medico clinico partecipa poi alla definizione del Pai, cioè il piano di assistenza individualizzata, e ciò fa sì che il suo rapporto con il paziente sia intenso, diretto, attento e fortemente proiettato a rendere la permanenza nella struttura residenziale il più gradevole possibile. Ma anche il rapporto con gli altri membri del personale deve essere altrettanto positivo e costruttivo in quanto il Pai si configura come uno strumento assistenziale elaborato a più mani all'interno dell'èquipe di lavoro. Ciò significa che il processo di valutazione dell'ospite deriva dall'intersezione degli aspetti clinico-sanitari di competenza medica, degli aspetti assistenziali di competenza dell'infermiere professionale, degli aspetti di riattivazione fisioterapica di competenza del fisioterapista e infine degli aspetti relazionali di competenza dell'operatore sociale<sup>24</sup>.

<sup>22</sup> Cucinotta Domenico (1992) - *Curare l'anziano: principi di gerontologia e geriatria*, Milano: Sorbona, pp. 84-87.

<sup>23</sup> Senin Umberto (2006) - *Paziente anziano, paziente geriatrico, medicina della complessità: fondamenti di gerontologia e geriatria*, 2. Ed. Napoli: SES, pp. 40-42.

<sup>24</sup> Quando un nuovo ospite accede in Rsa l'èquipe multidisciplinare, composta da operatori provenienti dai vari servizi sanitari (medico, infermieristico, assistenziale, fisioterapico e di animazione), si riunisce per analizzare la situazione clinica del paziente e per programmare la tipologia di intervento adeguata. Quest'ultima viene enucleata nel Piano di Assistenza Individualizzata (Pai).



Relativamente ai rapporti professionali, possiamo dire che il medico clinico partecipa complessivamente ad almeno due riunioni settimanali con gli altri colleghi medici, mentre effettua quotidianamente il cosiddetto “giro di visite” che è finalizzato ad instaurare una relazione costante ed affiatata con ogni singolo ospite, grazie alla quale possono essergli trasmessi sostegno e motivazione. Se prendiamo in considerazione l’organigramma di una qualsiasi RSA<sup>25</sup>, possiamo notare che tra medico clinico e medico coordinatore non vi sono dei precisi rapporti gerarchici, anche se si può affermare che quest’ultimo costituisce il punto di riferimento principale sia per il medico clinico che per il resto dell’èquipe. È doveroso però ricordare che a livello consulenziale sia i pazienti che i colleghi fanno ancora riferimento alla figura del medico clinico, anche perché nei casi di assenza del medico coordinatore la responsabilità viene automaticamente assorbita dal medico clinico. Ciò dimostra che i rapporti professionali risultano essere piuttosto elastici e flessibili, ragion per cui non esiste ancora una netta e rigida separazione tra i due ruoli professionali.

L’elemento che appare, dunque, di maggior rilievo è l’assenza di un’effettiva formalizzazione di ambedue le figure mediche e questo ha condotto a rilevare un’informazione ulteriore che è relativa alle aspettative e ai bisogni avvertiti dai medici clinici intervistati. In riferimento a questo argomento il campione di medici clinici ha portato all’attenzione, in primis, la necessità di avere a disposizione tempi maggiori in modo tale da gestire più efficacemente la mole degli incarichi assegnati; in seconda istanza, la necessità di un quadro normativo più chiaro relativamente alla definizione delle attività confacenti al loro ruolo; ed infine, la necessità di disporre di un sistema informativo in grado di facilitare il reperimento tempestivo delle informazioni diagnostiche e terapeutiche.

### *Il medico clinico: terza fase*

L’ultima fase propone un elenco delle competenze che si ritengono qualificanti e distintive per rivestire il ruolo di medico clinico. Esse sono:

- ▶ competenze di natura geriatrica apprese sul campo o tramite la formazione universitaria;
- ▶ capacità di valutazione del problema;
- ▶ capacità di garantire assistenza personalizzata all’ospite;
- ▶ capacità di mediazione tra l’ospite e i familiari dello stesso;
- ▶ attenzione clinica ed attenzione emotiva;
- ▶ capacità di lavorare in èquipe<sup>26</sup>.

---

<sup>25</sup> Chiaramente di una RSA nella quale sono presenti sia la figura del medico coordinatore che quella del medico clinico.

<sup>26</sup> L’elenco di queste competenze deriva dall’indagine condotta tramite le interviste di ruolo.

## *Il medico coordinatore: prima fase*

### *Analisi della posizione*

Alla figura del medico coordinatore vengono assegnati i seguenti compiti e responsabilità:

- ▶ collaborazione nelle attività di accoglimento degli ospiti;
- ▶ coordinamento dei piani di intervento individuali;
- ▶ organizzazione di incontri periodici con i medici che svolgono funzioni di diagnosi e di cura all'interno della struttura residenziale;
- ▶ attività di *management* e di pianificazione strategica delle attività, a fianco della definizione degli obiettivi e dei piani di azione delle stesse;
- ▶ attività di direzione e di supervisione della struttura residenziale e del personale ivi impiegato;
- ▶ attività di supervisione nella valutazione dei risultati, nella revisione dei piani e nell'aggiornamento delle strategie;
- ▶ responsabilità nella formazione continua degli operatori al fine di far apprendere strumenti, metodi e linguaggi comuni;
- ▶ verifica costante della qualità dell'assistenza sanitaria complessivamente erogata;
- ▶ approvvigionamento dei farmaci e vigilanza sul loro utilizzo;
- ▶ responsabilità verso l'erogazione di dispositivi e di materiali necessari alla somministrazione dei medicinali (garze, ausili,..);
- ▶ adozione, controllo e vigilanza delle norme igienico sanitarie e di sicurezza<sup>27</sup>.

### *Scopo del ruolo*

Il medico coordinatore si impegna nell'ottimizzazione delle risorse umane e materiali, nella qualificazione dell'immagine della struttura residenziale in cui opera e nel soddisfacimento dei bisogni assistenziali dell'ospite. Il tutto per favorire il mantenimento dello stato di salute e del livello di autonomia della persona presa in carico, nel più stretto raccordo possibile con gli altri servizi socio-sanitari e con gli stessi familiari. Il medico coordinatore si preoccupa allora di garantire un servizio sempre efficace ed efficiente, ponendosi degli obiettivi sempre più ambiziosi al fine di ottenere il miglioramento progressivo del livello della qualità socio-assistenziale. Oltre a queste funzioni di stampo prevalentemente manageriale ed organizzativo, il medico coordinatore si prefigge anche dei compiti formativi e cioè si configura come il principale responsabile dello sviluppo delle competenze

---

<sup>27</sup> La presente lista di attività è stata integrata con le funzioni attribuite al medico coordinatore nella delibera n. 3184 del 12 dicembre 2003 emessa della Giunta Provinciale.

degli operatori, sostenendone costantemente la motivazione personale e orientandone la crescita professionale<sup>28</sup>.

### *Finalità del ruolo*

Fondamentalmente il medico coordinatore è la persona alla quale viene attribuita l'attività di gestione sanitaria della struttura residenziale con particolare accento sulle funzioni di coordinamento e sugli aspetti igienico-sanitari, quali l'approvvigionamento dei farmaci, la vigilanza sul loro utilizzo e l'adozione di norme sanitarie e di sicurezza<sup>29</sup>. Il medico coordinatore mette la propria professionalità e competenza al servizio del raggiungimento degli obiettivi di lungo termine dell'organizzazione e ciò implica la volontà di lavorare in collaborazione con gli altri colleghi e subordinati, riconoscendosi in un'equipe di lavoro seria e preparata<sup>30</sup>.

### *Il medico coordinatore: seconda fase*

La figura del medico coordinatore riveste una particolare importanza all'interno della RSA in quanto collabora con le figure amministrative per quanto concerne le varie attività di organizzazione, di gestione e di coordinamento della struttura residenziale da un punto di vista prettamente sanitario. Oltre a ciò, è anche responsabile della somministrazione dei farmaci, dell'acquisizione delle apparecchiature di cura e della dieta alimentare dell'ospite. Il medico coordinatore assume poi il compito di gestire sia l'istituzionalizzazione che la de-istituzionalizzazione dell'ospite, in un quadro in cui le sue attività quotidiane possono integrarsi con quelle del medico clinico specialmente nei casi in cui non esiste una chiara suddivisione dei compiti<sup>31</sup>.

Se consideriamo la sua posizione nell'organigramma, il medico coordinatore risponde gerarchicamente al Direttore generale e al Consiglio di Amministrazione che, a loro volta, si occupano di organizzare e di gestire la parte progettuale della RSA. Questa figura professionale, nonostante gli incarichi di notevole responsabilità

---

<sup>28</sup> Per un'analisi più approfondita sul ruolo formativo assunto dal medico coordinatore in Rsa si rimanda al manuale di Trabucchi Marco (2002) - *Residenze sanitarie per anziani*, Bologna: il Mulino, pp. 480-485.

<sup>29</sup> In realtà non è del tutto corretto parlare di "adozione" delle norme sanitarie e di sicurezza, essendo questo un compito prevalentemente di competenza del Direttore Amministrativo della Rsa. Il medico svolge più che altro una funzione di proposta di queste norme, collaborando con il Direttore nello stabilire le norme che sono più adeguate e conformi al mantenimento della qualità dell'assistenza erogata.

<sup>30</sup> Il lavoro di équipe fa riferimento al fatto che l'attività di cura e di diagnosi viene effettuata da un gruppo "integrato" di persone. Esse lavorano in modo armonico tra loro e condizionano vicendevolmente il proprio operato attraverso un rapporto reciproco fatto di interscambi, di confronti, di contributi, di suggerimenti e di pareri.

<sup>31</sup> L'assenza di una distinzione delle competenze e delle funzioni da attribuire a ciascuno di questi due profili medici è il filo rosso dell'argomentazione di questo lavoro di ricerca.

che gli vengono attribuiti, sembra non avere ancora un'identità ben definita e, pur ritrovando elencate le sue funzioni all'interno di un apposita delibera provinciale, continua a basarsi su una definizione solo approssimativa del set di competenze riconosciutegli. Relativamente alle aspettative e ai bisogni dei medici coordinatori, il risultato che emerge è quello secondo il quale, per realizzare un profilo professionale effettivamente formalizzato, si dovrebbe garantire una presenza più articolata del medico coordinatore nelle RSA.

### *Il medico coordinatore: terza fase*

L'ultima fase propone un elenco delle competenze che sono valutate come qualificanti e distintive per rivestire il ruolo di medico coordinatore nella RSA. Le riportiamo qui di seguito suddivise per specifici ambiti di competenza che abbiamo aggregato in queste sfere: sfera organizzativo-manageriale, sfera della gestione delle risorse umane, sfera tecnico- professionale e sfera generale<sup>32</sup>.

#### *a) Competenze organizzativo-manageriali:*

- ▶ capacità di pianificazione strategica;
- ▶ attitudine al *problem solving*;
- ▶ capacità di valutare le pratiche socio-assistenziali;
- ▶ capacità di fissare gli obiettivi assistenziali e di misurare i relativi risultati;
- ▶ capacità di proporre linee guida destinate alla struttura residenziale;
- ▶ capacità di sviluppare piani annuali di sviluppo;
- ▶ capacità di avviare raccordi con le altre RSA;
- ▶ capacità di svolgere azioni di monitoraggio.

#### *b) capacità di motivazione del personale;*

- ▶ capacità di garantire la formazione continua ai vari operatori;
- ▶ conoscenza dei sistemi di gestione del personale;
- ▶ capacità di trasmettere al personale strumenti, metodi e linguaggi comuni.

#### *c) Competenze tecnico-professionali:*

- ▶ conoscenze mediche tecnico-specialistiche;
- ▶ conoscenza approfondita dell'atto costitutivo della RSA;
- ▶ attitudine allo svolgimento delle attività cliniche.

#### *d) Altre caratteristiche:*

- ▶ mentalità pratica;

<sup>32</sup> L'elenco delle competenze deriva dalle interviste di ruolo, mentre la suddivisione per aree è un tentativo di sistematizzarle e ordinarle per materie similari.

- ▶ *leadership* di gruppo;
- ▶ versatilità multi-settoriale;
- ▶ adattabilità;
- ▶ elasticità mentale e comportamentale.

Se proviamo brevemente a confrontare i risultati ottenuti in relazione ai due profili professionali, emerge nettamente che il medico clinico rappresenta la figura tradizionale di medico di RSA deputato alle funzioni di diagnosi, cura e assistenza dell'ospite anziano sulla base di un set di competenze che si collocano prevalentemente nell'area clinica, mentre il medico coordinatore costituisce la figura che ingloba e, allo stesso tempo, supera quella del medico clinico. Questo avviene perché alle classiche funzioni cliniche gli vengono ulteriormente attribuite delle responsabilità gestionali e dei compiti attinenti alla sfera manageriale, avvicinando in un certo senso il medico coordinatore ad un profilo di tipo dirigenziale. Chiaramente si tratterebbe di un Dirigente di tipo sanitario e non amministrativo: due ambiti, quello sanitario e quello amministrativo, che dobbiamo assolutamente tenere distinti. Il problema di fondo nasce proprio sulla base di queste ultime considerazioni, per cui il medico coordinatore non si qualifica propriamente né come medico, né come Dirigente: non è un medico tradizionale perché è dotato di un surplus di competenze organizzativo-manageriali e, altresì, non è un Dirigente perché non è riconosciuto formalmente ed istituzionalmente come tale. Questa sua natura ibrida verrà approfondita ed opportunamente indagata nell'ultimo capitolo di questo lavoro di ricerca per provare a suggerire delle proposte in termini di riconoscimento formale del profilo professionale del medico coordinatore.

### *Conclusioni*

A conclusione della presentazione dei risultati di queste due ricerche possiamo trarre alcune considerazioni. Nonostante siano presenti due apposite delibere che qualificano entrambi i profili indagati non risulta chiara la motivazione circa l'assenza di corrispondenza tra i contenuti delle direttive e l'effettiva realtà sul campo. Ciò che invece risulta lampante è il fatto che coloro che ricoprono questi due profili professionali nutrono delle forti aspettative verso un miglioramento che consenta loro di riconoscersi in una specifica identità professionale. Più in generale, possiamo affermare che ciascuna RSA si propone di adottare tutti gli strumenti possibili per garantire la massima integrazione tra l'attività medica di diagnosi e cura, propria del medico clinico, e il coordinamento delle varie attività sanitarie in seno al medico coordinatore. Se il medico clinico si configura come il classico professionista della salute chiamato a relazionarsi costantemente con il paziente per approntare diagnosi e terapie grazie al suo bagaglio di conoscenze di natura geriatrica, il medico coordinatore si presenta come quel professionista che, oltre a possedere delle competenze specialistiche nell'area clinica, è dotato anche di capacità manageriali

e di gestione della struttura residenziale da un punto di vista sanitario.

Le due indagini delineate in questo capitolo ci hanno consentito di abbozzare un certo numero di competenze da assegnare ai due profili, il che costituisce un buon punto di partenza per chi intende esplorare ulteriormente questo argomento integrandolo con altre interviste alle figure chiave dei contesti residenziali o ampliandolo in altre direzioni. E questo è proprio l'obiettivo che intendiamo perseguire nel nostro studio esplorativo a cui dedicheremo interamente il prossimo capitolo

## Capitolo 5

# Il profilo del medico coordinatore tra ambiti di competenza e sfere di autonomia professionale

### Introduzione

Questo capitolo si concentra su una ricerca finalizzata a far emergere il profilo del medico coordinatore nelle RSA, presentando sia le scelte metodologiche effettuate che i risultati delle interviste condotte ai soggetti chiave delle RSA, intesi come i testimoni privilegiati della realtà oggetto di analisi. In questo lavoro di ricerca sul campo sono state intervistate dodici persone tra cui tre medici coordinatori, un medico clinico, tre collaboratori del medico coordinatore (il Responsabile di Struttura, il Responsabile degli infermieri e il Coordinatore dei Servizi Sociali), quattro figure amministrative e un medico Primario di Geriatria, il tutto per dare una visione d'insieme del contesto operativo della RSA. Solamente partendo da un'indagine in cui vengono accuratamente vagliati i vari pareri delle figure del personale e le percezioni che hanno l'un l'altro rispetto ai vari ruoli ed, in particolare, rispetto al ruolo del medico coordinatore, è possibile comprendere le problematiche che via via vengono sollevate e alle quali si suggeriscono delle possibili soluzioni.

L'attenzione di ricerca si è *in primis* concentrata sul caso della Civica di Trento che costituisce un esempio di RSA molto articolata e diffusa sul territorio provinciale con le sue tre sedi dislocate nel Comune di Trento (in Via San Giovanni Bosco, a Gardolo e a Gabbiolo). Dopo aver evidenziato le problematiche di fondo e aver passato in rassegna le diverse posizioni che i soggetti intervistati hanno riportato, si è pensato di scegliere come "gruppo di controllo" una realtà organizzativa piuttosto singolare per vari aspetti: la Cooperativa Spes di Trento, la quale si configura come una piccola struttura gestita privatamente e non come un Ente locale come accade nel caso della Civica. Solo per realizzare un rapido confronto tra la situazione del medico coordinatore nella Civica e in un'altra struttura residenziale di dimensioni considerevoli, si è deciso di sottoporre ad intervista anche il medico coordinatore della RSA Margherita Grazioli di Povo<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> In realtà, per utilizzare una terminologia più corretta, si dovrebbe parlare di Aziende Pubbliche di Servizi alla Persona piuttosto che di Residenze Sanitarie Assistenziali, mettendo così in luce i recenti cambiamenti organizzativi a cui tali strutture sono state soggette in questi ultimi anni

Le interviste effettuate hanno cercato, in particolare, di far emergere la percezione relativa alla posizione del medico coordinatore nell'organigramma, la congruenza (o meno) tra le attività svolte dal medico coordinatore e le attività specificatamente attribuitegli nelle direttive provinciali, il grado e il tipo delle competenze acquisite, i rapporti professionali con gli altri membri del personale (medici clinici, infermieri, operatori socio-sanitari e fisioterapisti), i rapporti intessuti con le figure amministrative ed infine gli interventi da attuare nel futuro. Chiaramente questi interrogativi sono stati adattati in relazione alle singole figure, variando appositamente la tipologia delle domande, in modo tale da trarre da ciascuna di queste figure delle informazioni utili per avanzare delle proposte costruttive e altresì praticabili.

Le problematiche maggiormente sentite sono state non tanto, come si ipotizzava inizialmente, quelle della sovrapposizione degli ambiti di competenza tra colleghi o subordinati, ma piuttosto quelle dei contrasti avvertiti tra le figure dei medici coordinatori e i Direttori di RSA: fatto alquanto singolare in quanto i medici coordinatori sono incaricati di occuparsi della gestione dei problemi sanitari, mentre ai Direttori Amministrativi sono attribuite delle funzioni nella gestione dei problemi di carattere prettamente economico-amministrativo. E questa situazione di continua interferenza tra medici e Direttori, anche se dai vari soggetti intervistati viene considerata come un tratto pressoché culturale per cui i Direttori sono soliti invadere l'ambito di competenza dei loro più immediati sottoposti, a nostro avviso, potrebbe essere parzialmente risolta tramite la formalizzazione del profilo del medico coordinatore. Si potrebbe, così, fare riferimento ad una chiara figura professionale alla quale verrebbero riconosciuti precisi ambiti di competenza e specifici rapporti di lavoro, rendendo possibile la legittimazione della posizione del medico coordinatore nell'organigramma.

Tutte queste considerazioni verranno prese in esame approfonditamente nel corso di questo capitolo in cui, dopo aver indicato le scelte metodologiche effettuate, si presenteranno i contesti organizzativi delle strutture residenziali della Civica e del Gruppo Spes. Si passerà poi alla precisazione delle problematiche emerse in sede di intervista come le tipologie di attività messe effettivamente in pratica dai medici, i set di competenze necessari a rivestire il ruolo di medico coordinatore, i rapporti lavorativi con il personale sanitario-assistenziale ed infine gli episodi di interferenza con le figure amministrative. In questo quadro critico e piuttosto complesso, si avvanzeranno delle proposte risolutive in termini sia di ridefinizione delle direttive provinciali, nell'ottica di un riconoscimento formale e contrattuale della figura del medico coordinatore, sia di promozione di un corso di formazione incentrato sul *management* sanitario.



## Scelte metodologiche

Questo paragrafo mette in luce le ragioni della scelta dell'impianto metodologico impiegato come quadro di riferimento per la fase di ricerca, ponendo particolare attenzione sugli strumenti di rilevazione adottati: le interviste semi-strutturate applicate ad un campione di osservatori privilegiati. Ma presentiamo il discorso con ordine. *In primis* è opportuno dire che ci si è avvalsi di un'impostazione metodologica di natura qualitativa in quanto ci permette di raccogliere impressioni e rappresentazioni individuali (o collettive) di specifici fatti o esperienze, al fine di evidenziare tutto ciò che non è immediatamente percepibile. La ricerca qualitativa si presta ad essere applicata maggiormente alle situazioni micro-relazionali che sono osservabili e affrontabili solamente in prima persona. In tutte queste situazioni il ricercatore deve immergersi nella realtà da analizzare e, lungi dall'essere uno spettatore impassibile, deve essere consapevole che la sua soggettività andrà ad influire sulla rilevazione dei dati che sta raccogliendo. E questo fatto non deve essere avvertito come una fonte inquinante, ma piuttosto come una risorsa in grado di rivelare la presenza di elementi che sfuggono ad ogni determinazione di tipo oggettivistico<sup>2</sup>.

Se ci riferiamo agli strumenti utilizzati, la scelta iniziale è stata quella di adottare una tecnica di rilevazione di stampo qualitativo (l'intervista) a fianco di una tecnica tipicamente quantitativa (il questionario). Si pensava infatti di utilizzare le interviste per cogliere il punto di vista dei medici coordinatori, mentre il questionario poteva essere impiegato come utile strumento di rilevazione per carpire il punto di vista delle RSA. Tuttavia, valutata la numerosità delle RSA ai quali i questionari sarebbero stati inviati per garantirne la rappresentatività dei risultati e valutate le tempistiche di attesa piuttosto lunghe, oltre alla probabile scarsa veridicità dei risultati<sup>3</sup>, ci si è orientati verso la tecnica di rilevazione dell'intervista<sup>4</sup>. L'intervista di stampo qualitativo può essere brevemente definita come quella conversazione che è guidata direttamente dall'intervistatore e che è rivolta a dei soggetti scelti sulla base di un piano di rilevazione condiviso. Essa si articola essenzialmente in uno schema flessibile e non standardizzato di domande. Il suo obiettivo di fondo consiste nell'accedere alla prospettiva del soggetto indagato, cogliendone le sue categorie mentali, le sue interpretazioni, le sue percezioni e le ragioni delle sue azioni. L'intervista qualitativa assume un pregio considerevole perché, anche quando si verifica una certa sistematicità nell'individuare le persone da intervistare, mira

---

<sup>2</sup> Strati Antonio (2004) - *L'analisi organizzativa. Paradigmi e metodi*, Roma: Carrocci, pp. 78-79.

<sup>3</sup> Spesso le rilevazioni condotte tramite questionario presentano lo svantaggio di una bassa percentuale di risposte oppure la qualità stessa delle risposte fornite è frettolosa, incompleta e dunque poco attendibile ai fini della ricerca.

<sup>4</sup> Corbetta Piergiorgio (1999) - *Metodologia e tecniche della ricerca sociale*, Bologna: il Mulino, pp. 405-406.

all'esigenza di coprire la varietà delle situazioni sociali piuttosto che a quella di riprodurre su scala ridotta le caratteristiche della popolazione. Il ricercatore qualitativo segue allora un criterio di rappresentatività sostantiva piuttosto che di rappresentatività statistica, che è proprio il criterio di rappresentatività che abbiamo scelto nel nostro lavoro di ricerca<sup>5</sup>.

Le interviste qualitative non sono comunque tutte uguali in quanto si differenziano per il livello di flessibilità e cioè per il diverso grado di libertà che viene concesso all'intervistato. Si possono così distinguere tre tipi di intervista che sono l'intervista strutturata, l'intervista semi-strutturata e l'intervista in profondità. Senza dilungarci troppo sul delineare i tratti e le caratteristiche di questi tre esempi di intervista, ci concentreremo direttamente sul presentare l'opzione scelta: quella dell'intervista semi-strutturata. Essa si basa su una traccia che riporta tutti gli argomenti che necessariamente devono essere affrontati nel corso dell'intervista. L'ordine con il quale i vari temi sono affrontati e il modo di formulare le domande vengono, comunque, lasciati alla libertà di scelta dell'intervistatore. Nonostante sia presente una traccia fissa e comune per tutti, la conduzione dell'intervista può variare sia sulla base delle risposte fornite dall'intervistato che sulla base delle singole situazioni. L'intervistatore non può affrontare tematiche non previste dalla traccia ma, a differenza di quanto accade nell'intervista strutturata, può sviluppare alcuni argomenti che nascono spontaneamente nel corso dell'intervista, qualora ritenga che essi siano utili alla comprensione del fenomeno in esame. In pratica, la traccia stabilisce il perimetro entro il quale l'intervistato e l'intervistatore possono liberamente interagire, consentendo così al ricercatore di trattare tutti gli argomenti necessari ai suoi fini conoscitivi<sup>6</sup>.

La scelta che è stata effettuata si è orientata verso l'intervista semi-strutturata per due ragioni di fondo: da un lato la garanzia ad una maggiore flessibilità nel presentare gli argomenti di discussione e dall'altro la possibilità di cogliere approfonditamente le specificità di ogni singolo intervistato. Nella nostra analisi si è inoltre deciso di applicare l'intervista semi-strutturata ad un gruppo di osservatori cosiddetti "privilegiati"<sup>7</sup>. Ciò significa che si è selezionato un numero contenuto di persone da sottoporre ad intervista, sulla base del fatto che sono ritenuti dei conoscitori esperti del fenomeno in esame. Essi dispongono infatti di una visione diretta e profonda del fenomeno in virtù della loro posizione privilegiata di osservazione. Si tratta, ad esempio, del caso dei Direttori delle RSA che si presentano come gli interlocutori chiave dell'assetto organizzativo e processuale tipico delle

---

<sup>5</sup> Vargiu Andrea (2007) - *Metodologia e tecniche per la ricerca sociale. Concetti e strumenti di base*, Milano: Franco Angeli, pp. 245-249.

<sup>6</sup> Per maggiori approfondimenti sui tipi di intervista (strutturata, semi-strutturata e non strutturata) si veda il manuale di Corbetta Piergiorgio (1999) - *Metodologia e tecniche della ricerca sociale*, Bologna: il Mulino, pp. 411-419.

<sup>7</sup> Gli "osservatori privilegiati" sono anche detti "key informants".

Residenze sanitarie assistenziali oppure del caso dei Referenti dei vari servizi socio-assistenziali che si configurano come le persone più esperte del settore in cui sono inserite. Anche per i medici coordinatori si è applicato lo stesso procedimento, ovvero sono stati selezionati quei medici che si sono ritenuti maggiormente “vivaci” in materia o che sono apparsi più motivati a rispondere ai nostri quesiti.

Nei paragrafi successivi si presenteranno alcune considerazioni sulle modalità di strutturazione dell’intervista. Nello scegliere le domande, si sono individuati tre gruppi di intervistati: il gruppo dei medici coordinatori, il gruppo degli amministratori ed infine il gruppo dei collaboratori del medico coordinatore. Le domande sono state adattate a ciascuno di questi gruppi, pur cercando di verificare in ciascuno di essi la questione delle competenze e quella dei rapporti professionali, sempre in riferimento alla figura del medico coordinatore. Ma vediamo di tracciare le due questioni con ordine.

L’individuazione delle attività connesse al ruolo di medico coordinatore ha rappresentato il momento centrale della fase di rilevazione delle competenze. Le ipotesi di attività, una volta definite sulla base della *job description* e dell’analisi di tutta la documentazione disponibile (organigrammi, normative, etc), sono state convalidate ed integrate attraverso lo strumento dell’intervista che ci ha permesso di raccogliere le informazioni relative alle attività realmente svolte dall’intervistato, alle conoscenze professionali possedute (o da acquisire) e alle esperienze necessarie per svolgere al meglio tali attività. Questo processo di rilevazione delle attività ci ha consentito di individuare i comportamenti attivati nel ruolo professionale del medico che, a sua volta, ha rappresentato la base informativa per definire le capacità necessarie a ricoprirlo. Sostanzialmente il percorso di intervista, inerente alla questione delle competenze, si è articolato nei seguenti punti. Una tra le prime domande ha richiesto una descrizione in termini generali delle attività svolte dall’interlocutore. Ciò è stato utile per inquadrare il ruolo e per identificare le varie tipologie di attività che, in un secondo momento, sono state analizzate più approfonditamente. L’intervistato non è stato quasi mai interrotto ad eccezione di brevi interventi che hanno potuto stimolarne il flusso di idee, lasciandolo grossomodo libero di esprimersi. Dopo aver chiarito il ruolo generale, le attività sono state riprese una alla volta, con l’obiettivo di comprendere cosa fa il medico coordinatore quotidianamente. Per ottenere questo risultato è stato necessario scavare il più possibile dentro le sue parole, cercando di tradurre in termini concreti quanto dichiarato. Tra tutte le attività rilevate si sono, infine, selezionate quelle più frequenti in modo tale che l’intervista è stata prevalentemente orientata su quelle attività caratterizzate da una certa dose di ripetitività e quotidianità. Per quanto riguarda le attività di carattere eccezionale, si è cercato di comprendere quanto queste attività, per quanto rare, possano dirsi strategiche per quel ruolo oppure possano derivare dalla casualità.

Rispetto alla questione dei rapporti professionali, si sono intervistate alcune figure gerarchicamente sovraordinate, ma anche subordinate a quella del medico

coordinatore. Si è cercato di valutare in quale grado e in quali attività la figura del medico coordinatore fosse sostituibile e quanto tale figura potesse effettivamente integrarsi nell'ambito di competenza degli altri soggetti. Verificando queste possibilità di sostituzione e di integrazione, è stato possibile ricavare la percezione dell'indispensabilità della figura del medico coordinatore avvertita dagli altri membri del personale. Inoltre, si è cercato di evitare il rischio di distorsione che è spesso presente quando le informazioni vengono ricavate da un'unica fonte, oltre i possibili elementi inquinanti dovuti alle proiezioni e alle interpretazioni soggettive del proprio ruolo da parte dei medici intervistati.

A seguito di queste considerazioni metodologiche, che pongono le premesse generali al presente studio esplorativo, tenteremo di fornire una panoramica sommaria di quelli che sono i due contesti organizzativi presi in causa: la Civica di Trento e il Gruppo Spes di Trento. Infine, passeremo alla vera e propria fase di ricerca su campo, nella quale verranno presentati i risultati delle interviste raggruppati per gruppi tematici affini.

### *I contesti di analisi: la Civica di Trento e il Gruppo Spes*

In questo paragrafo si cercheranno di evidenziare i tratti organizzativi che distinguono l'Apsp<sup>8</sup> Civica di Trento dal Gruppo Spes, in maniera tale da mettere a fuoco il fatto che a differenti scelte organizzative corrispondono diverse modalità tramite cui affrontare i problemi emergenti. Se il caso della Civica appare come un caso problematico in cui la mancata formalizzazione del profilo del medico coordinatore dà adito a vari episodi di interferenza e di sovrapposizione delle sue specifiche aree di competenza, nel Gruppo Spes queste difficoltà critiche sembrano attenuarsi. Diciamo "sembrano attenuarsi" perché, anche se l'adozione di una struttura organizzativa più piatta può favorire la risoluzione dei conflitti tra medici coordinatori e Dirigenti Amministrativi, ciò non risolve la questione di fondo: quella del mancato riconoscimento formale, giuridico e normativo del profilo professionale del medico coordinatore di RSA o, per meglio dire, di Apsp.

Si tenterà inizialmente di descrivere gli assetti organizzativi con i relativi organigrammi delle due strutture residenziali prese in esame, cercando di approfondire anche la distribuzione delle attività tra i vari membri del personale, con particolare accento sulla tipologia di mansioni assegnata alla figura del medico coordinatore. Tutte queste informazioni, derivanti dalla consultazione delle rispettive Carte dei Servizi<sup>9</sup>, verranno esaminate ed integrate nella pratica grazie ai risultati pervenuti

---

<sup>8</sup> Apsp è l'acronimo di Aziende pubbliche di servizi alla persona.

<sup>9</sup> La Carta dei Servizi non si esaurisce in un semplice opuscolo informativo. Essa, oltre a fornire un'informazione puntuale sull'assetto organizzativo della Rsa e sui servizi offerti sia alla persona ospitata che alla famiglia, indica anche gli standard assistenziali che l'Ente si impegna a rispettare come garante di una qualità verificabile del servizio.

dalle interviste condotte alle figure chiave delle RSA. Inizieremo con il presentare il caso della Civica per poi vedere come i problemi riscontrati in questo contesto organizzativo siano stati trattati ed affrontati da parte della struttura residenziale del Gruppo Spes. Solamente per verificare se la situazione riscontrata nella Civica sia estendibile anche ad altre realtà, si è scelto come termine di paragone l'Apsp Margherita Grazioli di Povo che è simile, sia per scelte organizzative che per dimensioni, alla Civica. Pertanto, non si specificheranno né i particolari, né l'organigramma dell'Apsp di Povo in quanto, per molte delle sue caratteristiche strutturali ed organizzative, può essere assimilata al caso della Civica, dal quale partiamo con la nostra argomentazione.

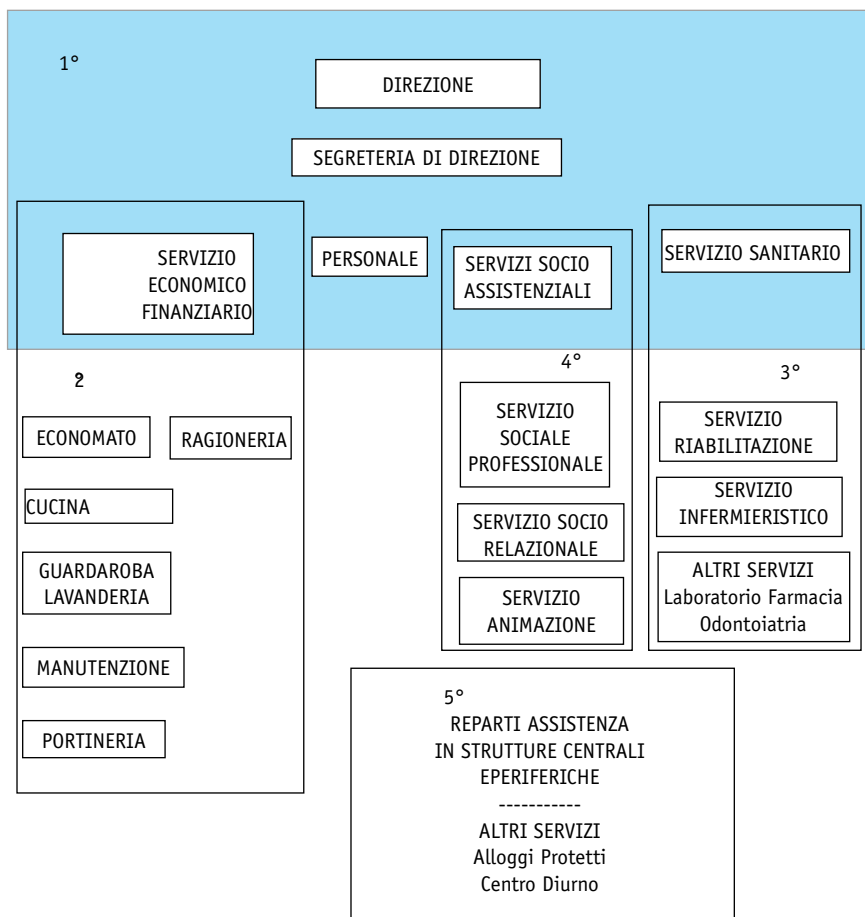
La RSA Civica di Trento, nonostante la sua recente trasformazione in Azienda Pubblica di Servizi alla Persona (Apsp), rimane inserita nella rete dei servizi pubblici, ragion per cui è chiamata al rispetto dei livelli di assistenza che la Provincia Autonoma di Trento, in quanto Ente titolare della competenza sanitaria ed assistenziale, stabilisce per ogni cittadino. In quest'ottica, la Civica si pone come un servizio aperto che dialoga continuamente con il territorio e che favorisce un reciproco scambio di idee, di servizi e di prestazioni, evitando così di divenire un'istituzione poco ricettiva alle dinamiche socio-culturali provenienti dall'esterno. La Civica è composta da tre strutture residenziali che hanno sede a Trento in via San Giovanni Bosco, a Gardolo e a Gabbio di Povo e che possono ospitare rispettivamente 228, 70 e 56 persone. A queste tre strutture si aggiungono il Centro Diurno Alzheimer e gli Alloggi Protetti in Via Molini a Trento. Se il Centro Diurno può essere definito come un servizio con finalità prevalentemente a carattere socio-assistenziale e destinato a persone affette dalla malattia di Alzheimer o dalla demenza senile in forma lieve (o moderata), gli Alloggi Protetti si configurano come dei servizi di assistenza continua di stampo sanitario, sociale e domestico rivolti a coppie di anziani in condizioni di limitata autonomia e socialmente deboli nella prospettiva di salvaguardare la coppia dall'isolamento, favorendone così il reciproco aiuto e la possibilità di restare nel proprio ambiente culturale.

Se diamo uno sguardo all'organigramma riportato qui di seguito possiamo comprendere l'articolazione e la collocazione dei vari servizi socio-sanitari, assistenziali ed amministrativi garantiti dalla struttura della Civica nel suo complesso. Nei paragrafi successivi ci concentreremo, in particolare, sul delineare le principali funzioni e compiti che vengono attribuiti ai responsabili dei settori amministrativo, sanitario e sociale, in maniera tale da individuare i rapporti professionali che legano tra loro tali figure chiave dei tre settori indicati<sup>10</sup>.

---

<sup>10</sup> A.A.V.V. (2007) - *Carta dei Servizi. Civica Casa di Riposo*, 2. ed. Trento: Nuove Arti Grafiche Artigianelli, pag. 71.

**Fig. 10.** Organigramma dell'Apss "Civica" di Trento (Giancarlo Fumanelli, 2007)



L'Apss Civica di Trento è retta da un Consiglio di Amministrazione che è l'organo deliberante della struttura e che esercita le funzioni di indirizzo, di definizione degli obiettivi generali e di verifica della congruenza tra l'attività amministrativa e la gestione degli indirizzi impartiti<sup>11</sup>. Relativamente alla direzione dell'Ente, possiamo menzionare le tre figure professionali a cui spettano le maggiori responsabilità dirigenziali nel settore di appartenenza: il Direttore Amministrativo per quanto riguarda il settore amministrativo, il Coordinatore Sanitario (o medico coordinatore) per quanto concerne il settore sanitario e il Coordinatore dei Servizi

<sup>11</sup> Cfr. art. n. 6 della Legge Regionale n. 3/96.

Sociali per quanto attiene al settore sociale. Vediamo di trattare queste tre figure nello specifico.

Il Direttore Amministrativo (o Generale) rappresenta il principale responsabile dei risultati globali della RSA ed assume così nella sua figura tutte le responsabilità gestionali dell'Asp, fatta eccezione per quelle sanitarie che sono riconducibili, per legge, ai ruoli tecnici previsti<sup>12</sup>. I compiti del Direttore Amministrativo possono essere sintetizzati in questi punti:

1. funzioni di Segretario del Consiglio di Amministrazione;
2. tutela della legalità degli atti dell'Ente;
3. coordinamento generale dell'attività finanziaria, tecnica ed amministrativa, per il raggiungimento degli obiettivi e dei programmi deliberati dal Consiglio di Amministrazione;
4. relazioni con le altre istituzioni, ad eccezione delle competenze proprie del Presidente del Consiglio di Amministrazione;
5. indirizzo e supervisione del pool di direzione e dei servizi istituzionali;
6. indirizzo e coordinamento nella gestione delle risorse umane<sup>13</sup> ;
7. attività di ricerca, pianificazione e controllo dei risultati volti a migliorare la qualità, l'efficienza e l'efficacia dell'Ente<sup>14</sup>.

Per quanto concerne il Coordinatore Sanitario (o medico coordinatore), tra le sue principali responsabilità vi sono: la collaborazione nelle attività di organizzazione della vita comunitaria come l'ammissione e l'inserimento degli ospiti; il coordinamento dei piani di assistenza individuali; il controllo di qualità della cura e dell'assistenza in generale; l'adozione e la vigilanza delle norme igienico-sanitarie e di sicurezza; l'approvvigionamento dei farmaci forniti dalle farmacie e dall'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari<sup>15</sup>; l'organizzazione di incontri periodici con il personale che svolge funzioni di assistenza socio-sanitaria e socio-assistenziale all'interno della struttura residenziale ed infine la direzione delle attività del personale infermieristico e di riabilitazione<sup>16</sup>. Queste attività ricalcano in toto la direttiva provinciale n. 2585 del 10 ottobre 2008 in materia di coordinamento

---

<sup>12</sup> La responsabilità gestionale dell'Asp dal punto di vista sanitario è attribuita, per legge, alla figura del medico coordinatore. In sede di intervista abbiamo comunque rilevato delle contese tra Direttori e medici in merito alla distribuzione di queste funzioni di gestione.

<sup>13</sup> Quella della gestione delle risorse umane è una questione molto controversa che dà adito a nette contrapposizioni con la figura del medico coordinatore.

<sup>14</sup> A.A.V.V. (2007) - *Carta dei Servizi. Civica Casa di Riposo*, 2. ed. Trento: Nuove Arti Grafiche Artigianelli, pp. 72-73.

<sup>15</sup> L'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari è un Ente della Provincia Autonoma di Trento che ha il compito di gestire i servizi e le attività sanitarie pubbliche per l'intero territorio provinciale, secondo quanto previsto dal Piano Sanitario Provinciale e dalle direttive della Giunta Provinciale.

<sup>16</sup> A.A.V.V. (2007) - *Carta dei Servizi. Civica Casa di Riposo*, 2. ed. Trento: Nuove Arti Grafiche Artigianelli, pp. 42-43.

sanitario e ciò dimostra come tale direttiva sia stata pienamente recepita dalla struttura. Il problema della direttiva è che attribuisce al medico coordinatore una funzione, quella di direzione delle attività del personale infermieristico e di riabilitazione, che è anche di competenza del Direttore Amministrativo nella sua funzione di “indirizzo e coordinamento nella gestione delle risorse umane”. E questa sovrapposizione degli ambiti di competenza può provocare delle rivendicazioni da parte di ciascuna di queste due figure, con delle forti ripercussioni sulla gestione del personale operante in Apsp, come vedremo più specificatamente in seguito.

*Last, but not least* vi è la figura del Coordinatore dei Servizi Sociali che svolge delle importanti funzioni nell’indirizzo delle attività del servizio sociale, socio-relazionale e di animazione; nella programmazione dell’assistenza individualizzata in collaborazione con il servizio sanitario; nel coordinamento generale del sistema informativo del servizio assistenziale; nell’analisi organizzativa della qualità socio-assistenziale ed infine nella rappresentanza per l’utenza e per gli Enti esterni.

Ma le attività di direzione non si esauriscono in queste tre figure, in quanto la complessità sia nella gestione che nell’articolazione dei servizi ha reso opportuno la creazione di un’*équipe* denominata “*pool* di direzione”, la quale è prettamente indirizzata alla gestione delle diverse attività dell’Ente. Essa si configura come un gruppo multi-professionale attivo nello sviluppo dei servizi, dell’innovazione tecnologica, degli assetti organizzativi, dei progetti e delle azioni integrate. Inoltre, assume anche delle funzioni consultive nei confronti della direzione generale in materie come la verifica delle tecniche di sviluppo dei modelli di servizio alla persona oppure come la programmazione dei servizi dell’intero Ente<sup>17</sup>.

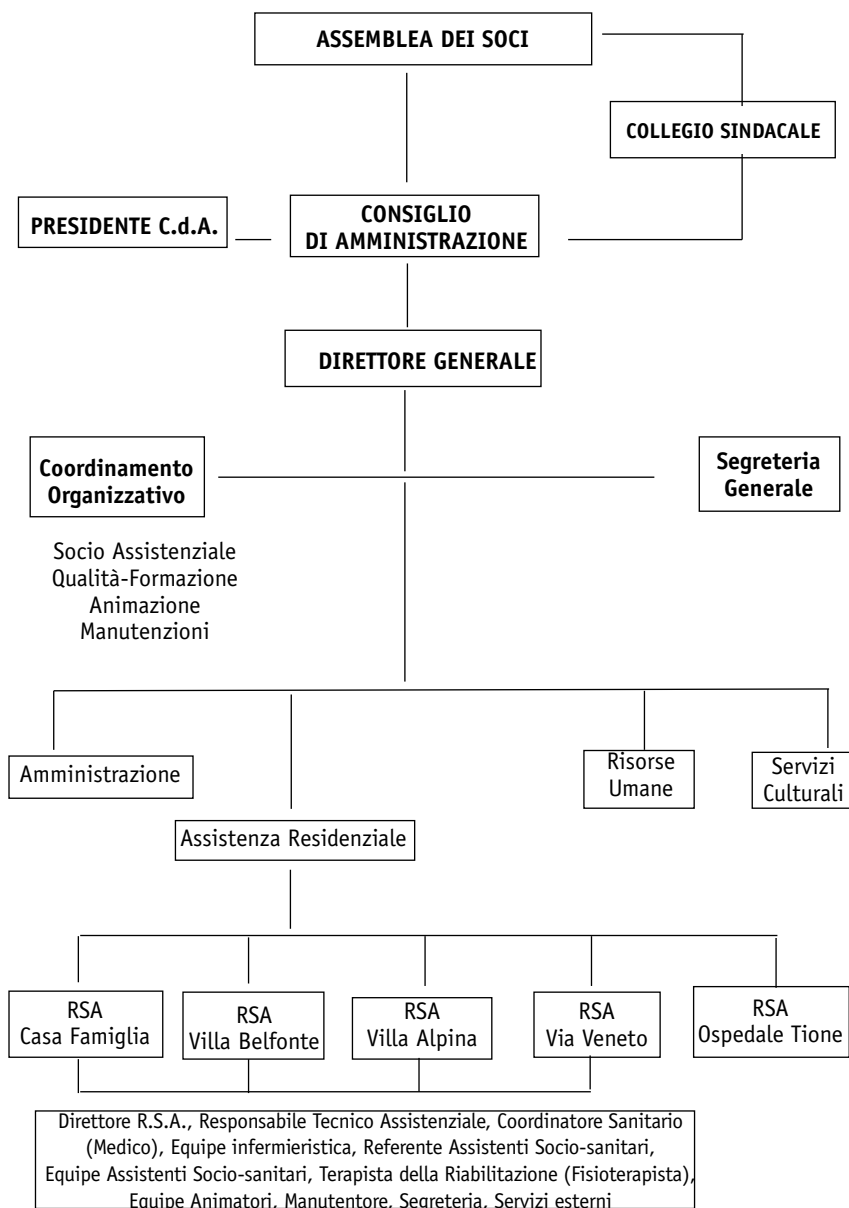
Prima di passare a verificare come questa suddivisione delle sfere di competenza avvenga realmente nella pratica, è bene presentare anche l’assetto organizzativo del Gruppo Spes di Trento, in maniera tale da avere un termine di confronto e poter così avviare delle comparazioni sulle forme organizzative e sui vantaggi che esse possono comportare. Nell’organigramma che segue possiamo notare come avviene l’articolazione dei servizi all’interno del Gruppo Spes.

---

<sup>17</sup> *Ivi*, pp. 73-74.



**Fig. 11.** Organigramma “Gruppo Spes-Trento” (Valentina Visioli, 2007)



Il Gruppo Spes<sup>18</sup> di Trento assume una dimensione di impresa sociale che comprende principalmente due aree di attività: *in primis*, la gestione di quattro RSA

<sup>18</sup> Spes è l'acronimo di Servizi Pastorali Educativi e Sociali.

destinate alle persone non autosufficienti<sup>19</sup> e, poi, la gestione dei servizi culturali, educativi e formativi a supporto dell’Azione Cattolica Diocesana di Trento. La forma giuridica del Gruppo Spes è quella della Cooperativa Sociale, la quale rappresenta l’unica forma di impresa sociale privata ammessa dal Codice Civile ed, assieme alle fondazioni e alle associazioni, costituisce di diritto un’Organizzazione Non Lucrativa di Utilità Sociale (Onlus). Lo scopo di questa Cooperativa Sociale è quello di perseguire l’interesse generale della comunità, offrendo dei servizi socio-sanitari ed educativi, oltre a delle occasioni di inserimento lavorativo per le persone svantaggiate<sup>20</sup>. Già da queste premesse si nota la profonda differenza con il contesto della Civica, differenze che si ripercuotono sulla gestione del personale in esse operante come vedremo in sede di intervista. Per ora ci concentreremo tuttavia sull’organigramma della Spes, nel quale si possono individuare tre livelli organizzativi quali gli Organi Sociali, la Struttura Centrale e le Unità Operative che illustreremo nelle loro attività complessive.

Gli Organi Sociali sono costituiti dall’Assemblea dei Soci della Cooperativa, dal Consiglio di Amministrazione e dal Collegio Sindacale. Tali Organi hanno la responsabilità di definire le linee e gli obiettivi strategici della Cooperativa, promuovendone l’attuazione da parte delle strutture operative e verificandone il raggiungimento dei risultati. Al Presidente del Consiglio di Amministrazione spetta il compito di rappresentare la “Spes Trento” nelle sedi istituzionali e politiche. Alla Struttura Centrale viene invece conferita la responsabilità di tradurre in piani e azioni concrete le linee strategiche e gli obiettivi definiti dagli Organi Sociali, anche attraverso il costante coordinamento delle Unità Operative.

In particolare, al Direttore Generale viene attribuita la massima libertà nella gestione del conseguimento degli obiettivi stabiliti. Per l’espletamento di questa funzione, il Direttore Generale si avvale, a livello centrale, della collaborazione di settori specialistici (la Direzione Amministrativa, la Direzione delle Risorse Umane e il Settore dei Servizi Culturali), di settori di coordinamento (l’Ufficio di Coordinamento Organizzativo) e di settori di supporto (la Segreteria Generale). Le Unità Operative corrispondono alle singole RSA, nell’ambito delle quali vengono erogati i servizi socio-assistenziali, secondo le indicazioni fornite dalla Struttura Centrale. La responsabilità primaria nella gestione dell’Unità Operativa è affidata al Direttore della stessa, il quale si avvale della collaborazione di tutte le figure professionali e tecniche presenti nella struttura tra cui il Responsabile tecnico assistenziale (Rta), il medico coordinatore, il fisioterapista, l’infermiere, l’animatore e l’operatore di assistenza.

---

<sup>19</sup> Si tratta della Casa Famiglia di Trento, della Villa Belfonte di Villazzano, della Villa Alpina di Montagnaga di Pinè e della Residenza in Via Veneto a Trento.

<sup>20</sup> Lo status giuridico e normativo della Cooperativa sociale viene definito dalla legge nazionale 381/91.

Così come è stato fatto per la Civica, ci concentreremo sulle figure collocate ai vertici dirigenziali come il Direttore Amministrativo, il Medico Coordinatore e il Responsabile Tecnico Assistenziale, tralasciando il ruolo del Consiglio di Amministrazione già descritto sopra. Per ciascuna di queste figure professionali si espliciteranno le aree di responsabilità e gli ambiti di competenza in cui sono proprie operare.

Il Direttore della RSA, denominato anche Direttore dell'Unità Operativa, ha il compito di organizzare tutte le attività della Residenza sanitaria assistenziale. Egli opera in stretto raccordo con il Direttore Generale e con gli Uffici Centrali della Spes Trento<sup>21</sup> ed è direttamente responsabile per:

- ▶ la gestione dei servizi socio-assistenziali;
- ▶ la definizione e l'approvazione, in accordo con la Direzione Generale, dei programmi di miglioramento della qualità dei servizi socio-assistenziali;
- ▶ il grado di soddisfazione degli ospiti e dei familiari;
- ▶ la gestione del personale;
- ▶ la formazione della professionalità degli addetti ai servizi erogati nella RSA;
- ▶ l'elaborazione del preventivo di spesa annuale per il settore sanitario-assistenziale<sup>22</sup>.

Queste funzioni ricalcano grosso modo quelle attribuite al Direttore Amministrativo della Civica, specialmente nel campo della gestione delle risorse umane e nella garanzia degli standard di qualità socio-assistenziali.

Il coordinamento sanitario della struttura residenziale è affidato ad un medico iscritto all'Albo professionale, preferibilmente in possesso di una specializzazione in Geriatria o di una comprovata esperienza nel settore delle RSA e dei servizi agli anziani. Il medico coordinatore è il principale responsabile dell'assistenza sanitaria degli ospiti e, per quanto concerne l'area clinica, svolge le seguenti funzioni:

- ▶ effettua attività di diagnosi, di cura e di mantenimento della persona;
- ▶ prescrive i farmaci e richiede le visite specialistiche;
- ▶ rilascia i certificati medici;
- ▶ si occupa della fornitura dei farmaci, dei parafarmaci e degli ausili per gli incontinenti.

Da un punto di vista prettamente organizzativo, il medico coordinatore esercita invece le seguenti attività:

- ▶ definisce le terapie e coordina il personale infermieristico e riabilitativo circa gli aspetti sanitari e le cure necessarie agli ospiti;
- ▶ informa il personale circa le problematiche sanitarie della RSA;

---

<sup>21</sup> Differentemente da quanto accade nella Civica in cui vi è un unico Direttore nella sede centrale, nella Spes vi è un duplice livello dirigenziale per cui mentre un livello è centralizzato, l'altro è decentrato sulle singole strutture residenziali.

<sup>22</sup> A.A.V.V. (2007) - *Carta dei Servizi. Spes Trento*, Trento: Stampalith, pag. 30.

- ▶ fornisce agli ospiti e ai familiari le idonee informazioni sulle proposte diagnostico-terapeutiche;
- ▶ redige e mantiene aggiornata la cartella clinica di ciascun ospite;
- ▶ partecipa all'èquipe di lavoro contribuendo, in collaborazione con le altre figure professionali, alla valutazione multidimensionale del paziente e alla stesura del Piano di Assistenza Individualizzato<sup>23</sup>.

Differentemente dalla Civica, il Gruppo Spes non si limita a riproporre la lista delle funzioni previste per il ruolo del medico coordinatore definite nella direttiva provinciale ma, pur nel rispetto di essa, si impegna nell'individuare le sue specifiche aree di intervento: quella clinica e quella organizzativa. E questo può essere un punto di forza in quanto segnala la piena consapevolezza di una dotazione di competenze specialistiche nell'ambito organizzativo-manageriale in seno al medico coordinatore. L'elemento di debolezza che permane è comunque quello, evidenziato anche nel caso della Civica, della sovrapposizione delle sfere di azione tra i Direttori di RSA e i medici coordinatori in riferimento alla gestione delle risorse umane. Se al Direttore viene affidata la gestione del personale, allo stesso modo, al medico coordinatore viene attribuito il compito di gestire e coordinare le attività del personale infermieristico e riabilitativo, anche se in questo caso viene chiaramente detto che il coordinamento avverrà in relazione agli aspetti sanitari che rappresentano un ambito di competenza peculiare del medico coordinatore. Possiamo allora dire che la stesura di questa lista di attività è più precisa e più attenta rispetto a quella della Civica e ciò è, forse, dovuto ad una questione di maggiore libertà di azione e di scelte organizzative da parte della Spes. Il Gruppo Spes si configura infatti come una struttura privata e, in un certo senso, risulta essere maggiormente svincolata dalle direttive provinciali alle quali deve comunque far riferimento.

Se nella Civica è presente la figura del Coordinatore dei Servizi Sociali come collaboratore del medico coordinatore nella parte socio-assistenziale, nella Spes il suo collaboratore più vicino è il Responsabile Tecnico Assistenziale (Rta). Ciò non toglie che vi sia comunque una figura di riferimento per i servizi socio-assistenziali, la quale si identifica nel Referente degli assistenti socio-sanitari e svolge delle funzioni del tutto simili a quelle del Coordinatore dei Servizi Sociali. La figura professionale dell'Rta è, invece, una figura nuova che può essere definita come una sorta di "braccio destro" del medico coordinatore in quanto lo coadiuva nelle attività di coordinamento sanitario. In particolare, al Responsabile Tecnico Assistenziale vengono affidati i seguenti compiti:

- ▶ l'ammissione dell'ospite nella struttura residenziale e la gestione delle informazioni necessarie all'organizzazione dei servizi socio-sanitari;

---

<sup>23</sup> *Ivi*, pag.17

- ▶ la stesura dei protocolli operativi e la loro applicazione nel rispetto dei bisogni individuati dall'ospite;
- ▶ la predisposizione, in collaborazione con le altre figure interessate, di nuovi piani organizzativi in base alle mutate esigenze sia della struttura che degli ospiti;
- ▶ la gestione dei rapporti e le relative comunicazioni con le famiglie;
- ▶ il coordinamento con le strutture e i servizi esterni (Ospedale, farmacia,...)<sup>24</sup>.

La scelta di adottare una figura di questo tipo è abbastanza singolare ed è limitata al caso del Gruppo Spes. In questa struttura si è infatti preferito assumere un solo medico, che è appunto il medico coordinatore, deputato a svolgere anche tutta l'attività clinica che nelle altre RSA è affidata ad un apposito medico clinico. Chiaramente il carico di lavoro nell'area clinica è piuttosto considerevole e quindi si è scelto di affiancare al medico un'altra figura, quella dell'Rta, preparata sul versante organizzativo in modo tale da poter gestire adeguatamente il lavoro nell'ambito del coordinamento sanitario. Questa rappresenta una scelta discutibile in quanto, forse, sarebbe stato più appropriato assumere due medici: uno che svolge interamente attività di diagnosi e di cura e l'altro che svolge invece attività cliniche con maggiore accento sulla parte organizzativo-manageriale. L'organizzazione della Spes sembra essere più funzionale e meno problematica rispetto a quella della Civica proprio in virtù di una differente suddivisione degli ambiti di competenza, unita ad una collaborazione più pacifica tra i Direttori di struttura e i medici stessi.

Per comprendere come queste problematiche vengano effettivamente affrontate nella pratica, dobbiamo entrare nella realtà delle strutture residenziali cercando di fare un confronto tra quello che è scritto nella Carta dei Servizi e ciò che invece emerge dai contesti organizzativi che promuovono e garantiscono tali servizi residenziali. Per realizzare questo obiettivo si è deciso di svolgere una ricerca sul campo, intervistando gli attori chiave di queste RSA al fine di elaborare una personale opinione in merito all'andamento dei fatti. Il prossimo paragrafo sarà pertanto dedicato alla presentazione dei risultati delle interviste effettuate, nel tentativo di mettere in rilievo gli elementi di criticità a cui si è pervenuti, avanzando così delle proposte utili ed attuabili dal punto di vista pratico.

### *Le problematiche emerse in sede di intervista*

Le interviste effettuate sono state condotte su un campione di soggetti suddiviso in tre gruppi affini: il gruppo dei medici coordinatori, il gruppo dei collaboratori e/o soggetti subordinati al medico coordinatore e infine il gruppo dei Direttori (o

---

<sup>24</sup> *Ivi*, pp. 30-31

responsabili) amministrativi. Per ciascuno di questi gruppi sono state elaborate tre specifiche tracce di intervista dai confini comunque mai rigidi, in quanto la modalità scelta è stata quella dell'intervista semi-strutturata per garantire, appunto, flessibilità ed elasticità nella rilevazione delle opinioni dei soggetti intervistati<sup>25</sup>. Tutte e tre le tracce si sono comunque focalizzate su degli argomenti comuni: la percezione della posizione del medico coordinatore nell'organigramma, i rapporti professionali tra il medico coordinatore e i suoi collaboratori e/o subalterni, le possibili interferenze tra il medico coordinatore e le figure amministrative, la congruenza (o meno) tra le attività svolte dal medico coordinatore e le attività esplicitate nelle direttive provinciali, le competenze necessarie a rivestire il ruolo di medico coordinatore e infine gli interventi da attivare per il futuro. Nostro compito sarà quello di presentare ciascuna di queste problematiche per fornire un quadro d'insieme nel quale si daranno delle interpretazioni personali alla luce anche delle varie posizioni e dei risultati rilevati.

### *La collocazione del medico coordinatore nell'organigramma*

La percezione del medico coordinatore nell'organigramma è stata posta come prima domanda a tutti i soggetti intervistati in quanto ci permette di comprendere sia come il medico coordinatore venga collocato all'interno dell'organigramma, sia in quali rapporti gerarchici venga inserito. Senza nessuna eccezione o titubanza, il Consiglio di Amministrazione e il Direttore Amministrativo (o Generale) sono stati intesi, in tutte le interviste condotte, come delle figure gerarchicamente sovraordinate al medico coordinatore. Nel caso della Civica il medico coordinatore dipende da un lato dal Direttore Generale chiamato a svolgere le attività di coordinamento generale dell'Ente e dall'altro dal Consiglio di Amministrazione il quale ha il potere di nominarlo, di affidargli obiettivi e di valutarne i risultati. Nel Gruppo Spes il medico coordinatore deve rispondere anche al Direttore di Struttura che costituisce il termine mediano tra la dirigenza amministrativa e il servizio medico.

I medici coordinatori si percepiscono in un ruolo dirigenziale che non gli è riconosciuto in un apposito profilo di Dirigente medico, ma solo in termini di inquadramento di assunzione: il loro rapporto di lavoro è infatti tipico dell'ambito dirigenziale perché è rinnovabile ogni cinque anni ed è dunque a tempo determinato. Il medico coordinatore è allora inquadrato contrattualmente come Dirigente medico e, di fatto, viene chiamato medico coordinatore perché è il coordinatore delle attività sanitarie. Da un punto di vista normativamente inteso il medico coordinatore deve rispondere al Direttore Amministrativo per quanto riguarda l'ambito delle competenze organizzative, mentre per quelle sanitarie è il diretto responsabile della cura e del mantenimento della salute degli ospiti. Essendo il

---

<sup>25</sup> Le tre tracce di intervista sono riportate interamente nell'Allegato n. 8 dell'Appendice

Direttore Generale la figura amministrativa di riferimento per l'intera struttura residenziale, gli competono le attività di coordinamento in generale, permettendo così ai medici coordinatori di ritagliarsi uno spazio di autonomia in riferimento al coordinamento delle attività sanitarie, anche se non sempre tale suddivisione delle sfere di competenza avviene in modo così lineare. Pertanto cercheremo di specificare un po' meglio il ruolo delle figure amministrative all'interno di questo contesto di analisi.

I Direttori Amministrativi delle RSA sono le figure apicali della struttura organizzativa e si identificano nei principali responsabili della gestione amministrativa, tecnica, economica e finanziaria della RSA. Con i recenti processi di aziendalizzazione, le figure dirigenziali non vengono più assunte per concorso, ma per incarico a tempo determinato che solitamente dura cinque anni: si tratta della stessa tipologia di contratto che abbiamo visto essere adottata per il medico coordinatore, pur non essendo quest'ultimo inquadrato professionalmente come Dirigente medico. Il mandato del Direttore Amministrativo ha la stessa lunghezza del mandato del Consiglio di Amministrazione. Quest'ultimo è composto da quattro persone che sono nominate dal Sindaco della Provincia Autonoma di Trento e da una persona che è nominata dalla Giunta Provinciale: emergono, in questo senso, svariati interessi di natura politica che influiscono sulla composizione della dirigenza amministrativa. Se l'aver un contratto quinquennale può costituire un problema per il medico coordinatore in quanto dopo i cinque anni è ricattabile e licenziabile, lo stesso avviene per i Direttori Amministrativi, rendendo così il loro operato costantemente soggetto a controlli e a verifiche periodiche.

Il gruppo dei collaboratori e/o soggetti subordinati ci ha permesso di individuare, nello specifico, come viene percepito il medico coordinatore nei suoi rapporti professionali alla base. Il termine "rapporti gerarchici" è stato sottoposto a critica in quanto è apparso assumere una connotazione eccessivamente marcata, preferibilmente applicabile all'ambito ospedaliero piuttosto che a quello della RSA. Il medico coordinatore è stato individuato come la figura di riferimento per tutto il comparto sanitario che comprende i medici clinici, gli infermieri professionali e i fisioterapisti. Da notare che il medico clinico si percepisce alle dipendenze del medico coordinatore, che altri non è che un medico clinico potenziato di competenze inerenti alla sfera del coordinamento sanitario. Tuttavia, nelle RSA più piccole questo rapporto di dipendenza non ha luogo in quanto è lo stesso medico coordinatore a rivestire anche il ruolo di medico clinico: questo è il caso del Gruppo Spes.

È molto importante sottolineare questo rapporto di dipendenza del medico clinico dal medico coordinatore in quanto questa consapevolezza può limitare la confusione tra le due figure, una confusione che però si è rilevata maggiore per gli esterni rispetto alle figure professionali che lavorano in RSA. Ciò probabilmente accade perché gli utenti esterni e, ancor di più i familiari degli ospiti, fanno riferimento al medico tradizionalmente inteso, cioè quello con funzioni di diagnosi

e cura, piuttosto che alla figura del medico a cui sono attribuite anche delle funzioni organizzative. Quello che importa è che sia un medico capace di curare e assistere l'ospite, mentre di poco conto è che si tratti di un medico tradizionale o di un medico coordinatore. Tale confusione tra i due ruoli professionali può essere amplificata dal fatto che nelle RSA più piccole, come il caso della Spes, non esiste un medico tradizionale e un medico coordinatore, ma solamente la figura del medico coordinatore che è investito di ambedue le attività. In ogni caso, è bene tenere presente che il medico coordinatore e il medico clinico si differenziano, oltre che per il *surplus* di competenze affidato al primo, anche per una questione contrattuale: mentre il medico coordinatore ha un contratto di tipo dirigenziale con rinnovo quinquennale, il medico clinico ha un contratto di libero professionista e cioè viene pagato ad ore.

Ci siamo chiesti se anche la figura dell'operatore socio-sanitario fosse direttamente subordinata a quella del medico coordinatore, ma abbiamo compreso che l'Oss opera sulla base delle direttive assegnate dalla figura Responsabile del servizio infermieristico, alla quale viene attribuita la facoltà di coordinare tutto il personale degli operatori socio-sanitari. Possiamo così affermare che il medico coordinatore è direttamente responsabile del servizio infermieristico, del servizio di diagnosi e cura e del servizio fisioterapico. Rispetto invece alla figura del Coordinatore dei Servizi Sociali, presente nella Civica, il medico coordinatore assume dei rapporti limitati. Infatti, il Coordinatore dei Servizi Sociali risponde direttamente al Direttore Amministrativo, occupandosi prevalentemente di coordinare gli assistenti sociali, gli educatori e gli animatori. Quelle del coordinamento sanitario e del coordinamento dei servizi sociali sono due attività che procedono su due binari diversi e che difficilmente interferiscono tra di loro perché, di fatto, fanno capo a servizi differenti: il servizio socio-relazionale e il servizio sanitario<sup>26</sup>.

Nella Spes abbiamo notato come i rapporti di subordinazione siano gli stessi sia con gli infermieri che con i fisioterapisti, mentre non ci possono essere dei rapporti di dipendenza tra il medico coordinatore e il medico clinico in quanto il medico coordinatore figura come il medico unico. Egli è cioè l'unica figura medica presente in struttura e, pertanto, ingloba tutte le funzioni di diagnosi e cura nella sua persona. Le scelte organizzative del Gruppo Spes sono molto differenti da quelle della Civica, in quanto si cerca non tanto di accentrare le funzioni del coordinamento sanitario nella figura del medico coordinatore, ma piuttosto di distribuirle tra più figure che sono il Direttore di Struttura e l'Rta, oltre ovviamente al medico coordinatore. In questo contesto, il Direttore di Struttura non assume solo un ruolo prettamente amministrativo, ma anche di organizzazione delle varie attività sanitarie andando, in un certo senso, ad intaccare la sfera di autonomia

---

<sup>26</sup> Uno tra i pochi ambiti di interferenza tra il coordinamento sanitario e il coordinamento dei servizi sociali è quello che riguarda le pratiche di accoglimento degli ospiti.



del medico coordinatore. Accanto alla figura del Direttore di Struttura, vi è quella del Coordinatore dei Servizi che, più precisamente, viene definito Responsabile Tecnico Assistenziale e che si occupa di tutta la parte di integrazione dei servizi. Possiamo allora notare che rispetto alla Civica le funzioni di coordinamento sanitario sono più diffuse e distribuite su varie figure, in maniera tale da alleggerire il peso delle attività organizzative da parte del medico coordinatore. Ma visto che il medico coordinatore si qualifica come tale proprio per il suo *surplus* di competenze organizzativo-manageriali, che senso ha indebolirlo di queste sue competenze specifiche? Sicuramente il motivo risiede in una diversa suddivisione delle funzioni e delle attività a monte, ma forse sarebbe valsa la pena di conservare la figura del medico clinico al posto di quella dell'Rta: in questo modo il carico clinico del medico coordinatore si potrebbe alleggerire, consentendogli di dedicarsi anche alle attività di coordinamento delle attività sanitarie senza doverle delegare, per mancanza di tempo, all'Rta.

In definitiva possiamo dire che la collocazione del medico coordinatore nell'organigramma dipende da come sono strutturate le RSA. Se il contratto del medico coordinatore è un contratto di convenzione (e ciò accade solo in casi limitatissimi), in linea di massima, gli viene attribuito un ruolo anche se non viene collocato come vera e propria figura nell'organigramma. Se, invece, il medico coordinatore ha un contratto di dipendenza, la sua posizione viene riconosciuta specificatamente nell'organigramma nei termini sopra descritti. Il medico coordinatore, per quanto riguarda la parte sanitaria, dovrebbe avere piena libertà di gestione e di decisione, ma se le sue decisioni comportano degli sconvolgimenti generali di tipo organizzativo si deve necessariamente confrontare con il Direttore Amministrativo. Ricordiamo che la RSA è una struttura organizzativa molto distante dall'ambito ospedaliero, in cui vi è il Primario che ha il monopolio esclusivo del potere decisionale e che, al massimo, fa riferimento alle strategie generali concordate con il Direttore Generale. La RSA è, infatti, una struttura socio-assistenziale in cui si cerca di lavorare e di programmare le attività in coordinazione con il Direttore Amministrativo. Un clima di collaborazione e di condivisione si può allora instaurare anche se le attività di coordinamento sanitario sono pressoché incentrate sulla figura del medico coordinatore, occorre solamente che vengano definiti chiaramente i rispettivi ambiti di autonomia e che ci si impegni nel rispettarli.

### *La terminologia: medico coordinatore o Dirigente medico?*

Se passiamo a delineare un'altra questione controversa, possiamo segnalare quella inerente alla terminologia con cui ci si riferisce al medico coordinatore. Nelle varie interviste effettuate si è notato come la figura del medico coordinatore non assuma una denominazione univoca, ma piuttosto venga identificata con dei termini interscambiabili che, a nostro avviso, non sono del tutto corretti. Preso atto della situazione attuale, in cui manca il riconoscimento formale del suo profilo, si ritiene

che il termine più corretto da utilizzare sia proprio quello di medico coordinatore. Altre espressioni impiegate per definirlo sono quelle del “coordinatore sanitario” e del “Dirigente sanitario” che, in una prospettiva futura sono assolutamente adatte, ma non lo sono rispetto alle problematiche del momento. Diciamo che parlare in termini di medico coordinatore ci permette di considerare la sua duplice natura: quella di medico da un lato e quella di coordinatore organizzativo dall’altro. Se invece si impiega l’appellativo di “coordinatore sanitario” sembra quasi di ridurlo ad un ruolo tecnico-amministrativo, con la conseguenza di perdere l’accento sulla parte clinica. D’altro canto utilizzare il termine “Dirigente sanitario” è opinabile in due sensi: da un lato, per la ragione detta sopra per cui tacendo l’etichetta di medico si viene a ridurre il suo ruolo clinico e, dall’altro, per una ragione giuridico-istituzionale per cui il medico coordinatore assume solo l’inquadramento contrattuale di Dirigente, mentre nei fatti non gli è riconosciuta legalmente questa posizione. Se fosse realmente un Dirigente si presenterebbe come il braccio destro del Direttore Amministrativo e godrebbe di quell’autonomia nelle decisioni sanitarie e nell’organizzazione delle attività sanitarie che gli è attualmente contestata<sup>27</sup>. Alla luce di queste osservazioni, si propone di utilizzare la terminologia di “medico coordinatore” fino a quando il riconoscimento ufficiale del profilo in questione non si realizza. Nel momento in cui la situazione si sblocca, si suggerisce di impiegare l’etichetta di “Dirigente medico” per non perdere di vista nessuna delle sue sfere di competenza: quella del coordinamento sanitario e quella clinica.

La categoria dei medici coordinatori si percepisce come una categoria ibrida e questa sua collocazione ambigua costituisce un punto da cui partire per promuovere il riconoscimento ufficiale della figura del medico coordinatore. Il fatto di sentirsi riconosciuti in una categoria, per così dire, ibrida può essere inteso in due modi: il medico coordinatore ibrido tra la figura del medico clinico e la figura del Dirigente sanitario e, allo stesso tempo, il medico coordinatore ibrido tra la figura del Primario ospedaliero e la figura del Dirigente sanitario. Vediamo di spiegare meglio le due questioni. In un primo senso, la figura del medico coordinatore può essere confusa sia con quella del medico clinico, se non gli viene riconosciuto quel bagaglio di competenze organizzativo-gestionali che lo rendono un coordinatore a tutti gli effetti, sia con quella del Dirigente sanitario, se non si è consapevoli del suo mancato riconoscimento formale e professionale in termini dirigenziali. In un secondo senso, il medico coordinatore si colloca a metà tra la figura del Primario ospedaliero e quella del Dirigente sanitario. Egli può essere confuso con il Primario (anche se il paragone con l’ambito ospedaliero non è propriamente corretto) in quanto come il medico Primario si occupa di coordinare tutta l’unità operativa e cioè il personale medico sottostante, il personale infermieristico e il personale riabilitativo, al fine di stabilire un *modus operandi* uguale per tutti. Il

---

<sup>27</sup> La questione del conflitto tra le figure amministrative e le figure mediche si tratterà più avanti.

medico coordinatore può essere poi confuso anche con il Dirigente sanitario perché si occupa non solo delle attività inerenti alla sfera clinica, ma anche di quelle legate al coordinamento delle attività sanitarie. Si ribadisce che, pur avendo tutte le caratteristiche per essere riconosciuto come Dirigente sanitario o, più correttamente, come “Dirigente medico”, tale formalizzazione del suo profilo professionale non è ancora avvenuta.

Questa ambiguità sul ruolo del medico coordinatore nasce dal fatto che quest'ultimo è legato ad una struttura relativamente giovane che, nel tempo, è stata soggetta a svariate trasformazioni: da Ospizio è divenuta Ricovero, da Ricovero è diventata Casa di Riposo, da Casa di Riposo è divenuta RSA e infine da RSA si è tramutata in Apsp<sup>28</sup>. Se la confusione tra medico clinico e medico coordinatore è maggiore per le persone esterne alla struttura in quanto all'interno dell'èquipe di lavoro i ruoli appaiono distinti e ben definiti, il parlare di Dirigente sanitario al posto di medico coordinatore sembra tradursi in una semplice questione culturale. Di fatto, così come il medico, anche il Dirigente sanitario fa il giro di visite quotidiano agli ospiti, prescrive le ricette, partecipa alle riunioni, collabora alla stesura del Pai e svolge le attività di coordinamento sanitario. Diciamo che attualmente il medico coordinatore di RSA figura come un medico che ha le responsabilità di un Dirigente sanitario, ma che nella pratica si comporta da medico. A livello di cura e di assistenza, comunque, non importa come venga chiamato il medico coordinatore: ciò che conta è che venga garantita la qualità di assistenza all'ospite.

Per risolvere questa spinosa questione bisogna agire nella prospettiva di riconoscere la figura del medico coordinatore in un apposito profilo di “Dirigente medico”. Le competenze per rivestire questo incarico sono state progressivamente acquisite dai medici coordinatori nel loro iter esperienziale e formativo e, se non sono sufficientemente adeguate, possono essere potenziate tramite opportuni corsi di formazione. Anche sul versante contrattuale si è già a buon punto in quanto il contratto del medico coordinatore è un contratto, appunto, dirigenziale che prevede un rapporto di lavoro con rinnovo quinquennale. Ora, il passo successivo da compiere è quello in cui la Provincia si veda impegnata nel riconoscere formalmente ed istituzionalmente il profilo del medico coordinatore, inteso come un vero e proprio Dirigente medico, specificandone i rapporti professionali e gli ambiti di competenza e di autonomia. Questo tentativo di riconoscimento formale è stato timidamente realizzato, anche se solo parzialmente, con il corso di formazione per medici coordinatori di RSA, promosso dalla Scuola di Formazione Specifica in Medicina Generale su iniziativa della Provincia Autonoma di Trento. Quest'ultima ha posto come requisito di base per essere assunti dalle RSA, in qualità di medico coordinatore, la frequentazione del corso e il suo successivo superamento tramite un

---

<sup>28</sup> Per un'analisi più approfondita delle trasformazioni a cui sono state soggette le strutture residenziali si consulti la prima parte del secondo capitolo.

esame finale. Si tratta di un passo in avanti, anche se il riconoscimento completo della figura del medico coordinatore necessita ancora di ulteriori tappe.

### *L'ingresso del medico coordinatore in RSA*

La necessità di inserire una figura di questo calibro nell'organico è emersa nella trasformazione dalle Case di Riposo alle RSA, dove la stessa terminologia di Residenza "sanitaria" assistenziale è incentrata sulla presenza di una figura sanitaria forte nella struttura. Nelle ex-Case di Riposo non esisteva la figura del medico coordinatore e, in realtà, nemmeno quella del medico clinico in quanto le attività sanitarie erano gestite dai medici di base (o medici di famiglia) che venivano contattati dagli infermieri nel caso di urgenze o per fissare gli appuntamenti per le visite agli ospiti. Non esisteva ancora nessuna forma di coordinamento tra i medici: basti pensare alla confusione dovuta alla presenza di numerosi medici di base, ognuno dei quali manteneva i rapporti con i propri pazienti nelle attività di diagnosi e cura. Allora, le attività di coordinamento sanitario non esistevano proprio in quanto i medici non erano fisicamente presenti in struttura e non era di loro interesse promuovere il coordinamento delle attività sanitarie. D'altro canto nemmeno le figure amministrative si occupavano del coordinamento sanitario, dato che si concentravano essenzialmente sulla gestione dei bilanci e del personale. Nel passaggio dalle Case di Riposo alle RSA vi è però stato un miglioramento qualitativo considerevole, imposto dalle necessità organizzative, soprattutto per quanto riguarda le attività di coordinamento sanitario, la gestione delle figure sanitarie, la definizione dei criteri organizzativi e la verifica delle procedure generali. Ma analizziamo questi processi di cambiamento più nello specifico.

Nella fase iniziale di trasformazione delle RSA, l'unica figura medica presente era quella del medico clinico e solo successivamente, con l'aumento del carico delle attività inerenti al coordinamento sanitario, si è iniziato a parlare della figura del medico coordinatore. Questo carico di responsabilità è aumentato nel tempo, decretando la necessità di istituire un profilo specifico per le mansioni di coordinamento nelle attività sanitarie. La figura del medico coordinatore è rimasta, tuttavia, sempre un po' sfumata per quanto riguarda le sue specifiche aree di competenza e i suoi rapporti professionali con gli altri membri del personale, con l'unico riferimento normativo nelle direttive provinciali che disciplinano le sue attività. Nel recente passaggio dalle Residenze sanitarie assistenziali alle Aziende Pubbliche di Servizi alla Persona, il medico coordinatore ha intensificato le sue competenze nello spettro organizzativo-manageriale diventando una sorta di Dirigente medico, pur senza essere riconosciuto come tale. Una possibile interpretazione di questo progressivo inserimento del medico coordinatore nelle strutture residenziali è quella che considera la sua figura come un escamotage adottato da parte degli Enti locali per evitare di assumere due figure, una che si occupa della parte clinica e l'altra impegnata nel coordinamento sanitario. Il medico coordinatore, nella sua duplice

funzione di cura e di coordinamento sanitario, costituisce allora la soluzione ottimale per tutte quelle RSA di piccole dimensioni e dotate di budget limitati che non possono permettersi di assumere due figure mediche professionali, quella del medico clinico e quella del medico coordinatore.

L'inserimento della figura del medico coordinatore nell'organico ha inciso anche sulle mansioni svolte dalle figure amministrative. Se prima dell'ingresso del medico coordinatore l'attività clinica veniva svolta dal medico di base chiamato su richiesta e successivamente dal medico clinico, le attività di tipo organizzativo (e non strettamente di coordinamento sanitario che abbiamo visto essere limitate) erano di competenza del Direttore Amministrativo. Dal momento in cui la figura del medico coordinatore è stata introdotta nelle RSA, i Direttori Amministrativi hanno iniziato a delegare parte delle loro mansioni di carattere organizzativo a questa nuova figura medica, anche se ciò è avvenuto con modalità e con entità diverse nelle varie RSA. In ogni caso, così come la figura del medico coordinatore è stata modificata dalla recente trasformazione dalle RSA alle Apsp, anche quella del Direttore Amministrativo ha subito dei cambiamenti. Quest'ultimo è infatti diventato una figura più attiva che da semplice Segretario del Consiglio di Amministrazione è passato ad assumere il ruolo di Dirigente dell'Organo amministrativo, dando così voce all'amministrazione complessiva per quanto riguarda gli atti gestionali. Possiamo quindi affermare che entrambe le figure hanno subito un rapido accrescimento delle loro competenze e ciò sta all'origine delle contese che fanno cozzare l'ambito di autonomia dell'uno rispetto a quello dell'altro.

### *Attività e competenze distintive del medico coordinatore*

Per quanto riguarda le funzioni riconosciute al medico coordinatore, si è registrato solo un parziale riscontro tra quelle che sono le attività previste dalle direttive provinciali e le attività effettivamente svolte. Al di là di una generale richiesta di potenziamento delle competenze organizzativo-gestionali, si è evidenziata la dotazione di competenze cliniche come prerogativa indispensabile per gestire al meglio le varie attività, nel senso che si può fare il medico coordinatore solo se tramite l'attività clinica si vengono a conoscere direttamente le problematiche dei degenti e dei loro familiari. Questa padronanza nel campo clinico permette ai medici coordinatori di facilitare le successive attività di coordinamento sanitario e di migliorarle grazie a quello che hanno visto con i propri occhi e con la loro *expertise* professionale<sup>29</sup>. Impensabile è che il medico coordinatore possa perdere tutta la parte clinica per relegarsi esclusivamente alle mere attività di ufficio, all'ombra del fare clinico quotidiano. Nel caso della Civica si è riscontrata la possibilità da parte dei vertici amministrativi di destinare al medico coordinatore l'esclusiva

---

<sup>29</sup> Si tratta di un sapere specialistico acquisito nella pratica

attività di coordinamento sanitario, in modo tale da poterlo controllare al meglio sul versante organizzativo. Ma se questo fatto fosse vero sarebbe gravissimo perché ridurrebbe la figura del medico a quella di una classica figura amministrativa, con la conseguente perdita di tutte le competenze sanitarie e cliniche, oltre al ridimensionamento della propria autonomia decisionale. Questa possibilità è stata smentita di netto dal Direttore Amministrativo della Civica probabilmente perché, se realmente è stata proposta, si è subito deciso di fare marcia indietro per non cadere in un progetto assolutamente inadeguato e anche controproducente per la qualità assistenziale nel suo complesso.

Se nel prossimo paragrafo ci concentreremo sul proporre una revisione costruttiva delle direttive provinciali sulla base dei risultati e delle considerazioni ottenute nel ciclo di interviste effettuate, per ora ci soffermeremo sul delineare sommariamente le attività svolte dal medico coordinatore, sia dal punto di vista clinico che da quello organizzativo, mettendo in luce l'entità delle competenze necessarie a svolgere entrambe queste attività. Si ribadisce, ancora una volta, che difficilmente l'attività di coordinamento sanitario può essere svolta senza la parallela attività di diagnosi e cura: infatti solo attraverso il giro di visite svolto quotidianamente ai piani è possibile venire a conoscenza delle necessità degli ospiti dal punto di vista sanitario, assistenziale, alimentare ed organizzativo, delle problematiche degli operatori (numero di operatori in servizio, problemi di rapporto all'interno del gruppo, disponibilità e capacità professionali degli stessi) e del grado di soddisfazione del servizio. Le numerose attività svolte dal medico coordinatore, che sono state condivise da tutti i medici intervistati con eventuale accento su una funzione piuttosto che sull'altra, sono riassumibili nei seguenti punti che abbiamo riportato in tabella e che abbiamo suddiviso per relativo ambito di competenza.

**Tab. 10.** Attività cliniche e dirigenziali effettuate dai medici intervistati

Ambito di competenza clinica	Ambito di competenza dirigenziale
▶ accoglienza dei nuovi ospiti all'interno della struttura residenziale, con visita medica effettuata entro le prime ventiquattro ore dall'inserimento;	▶ coordinamento, in collaborazione con la Referente infermieristica e con il Responsabile di Struttura, degli indirizzi dell'attività infermieristica e di riabilitazione secondo le impostazioni maturate nel tempo;
▶ attenta osservazione dell'ospite nel primo mese di permanenza ed elaborazione del Piano di Assistenza Individualizzata;	▶ partecipazione alle riunioni (almeno due volte l'anno) per l'osservanza della legge 626, con i tecnici responsabili e con il medico competente dell'Azienda;

Ambito di competenza clinica	Ambito di competenza dirigenziale
▶ predisposizione, verifica e vigilanza sui mezzi di contenzione applicati per evitare le cadute;	1. coordinamento delle attività del servizio medico notturno;
▶ vigilanza quotidiana sul deposito dei farmaci e sull'appropriatezza della richiesta sia dei farmaci che dei presidi;	▶ partecipazione alle riunioni di verifica igienico-sanitaria;
▶ contatto personale dei vari specialisti (fisiatra, dermatologo,..);	▶ predisposizione di attività di formazione per il personale dipendente;
▶ quotidiano passaggio di consegne con il medico collaboratore tramite eventuali contatti telefonici per varie necessità (prescrizione di farmaci particolari, rapporti critici con i parenti, rapporti con gli specialisti interni).	▶ verifica e controllo nell'applicazione delle procedure sanitarie dell'Ente;
	▶ elaborazione della relazione annuale sull'andamento dell'organizzazione sanitaria della RSA.

Se consultiamo la normativa della direttiva provinciale n. 2585 del 10 ottobre 2008, possiamo comprendere come vi sia un certo grado di congruenza tra ciò che è scritto e ciò che viene effettivamente svolto: la collaborazione nell'organizzazione della vita comunitaria si attua tramite l'accoglienza degli ospiti nella struttura, la direzione delle attività del personale infermieristico e di riabilitazione avviene tramite il coordinamento di queste figure<sup>30</sup>, l'adozione e il controllo delle norme igienico-sanitarie viene effettuata tramite il controllo quotidiano dei farmaci, il confronto con i medici collaboratori avviene grazie al continuo scambio di informazioni, il raccordo con l'Azienda e con i medici specialisti viene effettuato contattando personalmente i vari specialisti, ogni altro adempimento connesso alla gestione sanitaria della struttura avviene, ad esempio, tramite la stesura della relazione di fine anno<sup>31</sup>. In particolare, tra le attività chiave senza le quali l'efficienza e gli standard di qualità della RSA verrebbero meno si annoverano: il

<sup>30</sup> Questione molto più controversa a cui dedicheremo un'adeguata spiegazione nella parte relativa ai contrasti tra medici coordinatori e dirigenza amministrativa.

<sup>31</sup> Si veda il testo completo della direttiva provinciale n. 2585 del 10/10/2008.

controllo e la prevenzione della salute per mantenere una buona qualità di vita dell'ospite, il rapporto con i familiari per concordare le scelte diagnostico-terapeutiche ed infine il lavoro di équipe che è essenziale per garantire l'assistenza adeguata e continuativa a tutti gli ospiti. Le direttive elaborate dalla Giunta Provinciale sono però abbastanza generiche e non riescono a dare il giusto spazio per includere tutte quelle competenze organizzativo-gestionali tramite le quali si svolge l'operato dei medici coordinatori.

Il discorso delle competenze è strettamente legato a quello delle attività svolte dal medico coordinatore. Infatti, solamente agendo nella pratica è possibile comprendere se il bagaglio di competenze di cui si dispone è sufficientemente completo o meno. Tutti i medici coordinatori intervistati hanno affermato di aver raggiunto un buon livello di competenza nella parte clinica, mentre meno nella parte del coordinamento sanitario. La stessa percezione della preparazione dei medici coordinatori è stata avvertita anche dai Direttori Amministrativi che, in un certo senso, traggono vantaggio da questa debolezza di competenze a livello organizzativo, conservando così nella loro figura le competenze generali del coordinamento. I medici collaboratori e le figure subordinate, come gli infermieri e i fisioterapisti, non avvertono invece questa debolezza di competenze nella sfera organizzativo-manageriale ed, anzi, esprimono una soddisfazione generale sia sul grado di uniformità di azione raggiunto dai membri del personale, sia sulla risoluzione di eventuali conflitti nel personale coadiuvato dal medico coordinatore. Al fine di arginare queste presunte lacune nel campo della preparazione organizzativo-manageriale, è stato realizzato uno specifico corso di formazione destinato ai medici coordinatori di RSA che, oltre a sviluppare un sapere di natura clinica, cerca anche di formare i medici da un punto di vista del sapere manageriale<sup>32</sup>.

Il fatto di disporre di maggiori competenze cliniche, a scapito di quelle manageriali, può forse dipendere dal fatto che, nella pratica, le attività di tipo clinico investono il 60% del carico di lavoro del medico coordinatore, mentre il restante 40% è dedicato alle attività di coordinamento sanitario. Questa percentuale media varia a seconda di dove vengono collocate le attività relative ai rapporti con i familiari che, in un certo senso, costituiscono la variabile che fa da ago della bilancia nel decretare le singole percentuali. Se chiediamo ai medici coordinatori di indicarci quali sono le competenze peculiari e non interscambiabili con le altre figure professionali emergono le seguenti competenze di natura pressoché organizzativa: le competenze di tipo igienico-sanitario, le competenze di gestione dei farmaci e dei presidi, le competenze di coordinamento delle figure sanitarie, le competenze di programmazione e di innovazione e poi le competenze di gestione economica della struttura residenziale dal punto di vista sanitario. Tra le competenze cliniche

---

<sup>32</sup> Per approfondire i contenuti e le modalità di insegnamento del corso di formazione per medici coordinatori di Rsa si rimanda all'ultima parte del terzo capitolo.



vengono invece sostanzialmente elencate le stesse competenze che qualificano il medico clinico come il principale responsabile della cura e dell'assistenza all'ospite e che non staremo, quindi, qui a riproporre.

Il corso di formazione per medici coordinatori di RSA, attivo dal 2004, è risultato molto utile per quanto riguarda la parte clinica, mentre un po' meno per la parte manageriale. Questo perché è sembrato essere focalizzato più sulle questioni di carattere clinico, sulle quali bene o male i medici coordinatori sono già formati grazie alla preparazione universitaria, piuttosto che su quelle relative al coordinamento sanitario. In particolare, è risultata essere carente l'offerta formativa del corso in termini di management sanitario, un argomento sul quale il campione di medici intervistati è apparso particolarmente interessato specialmente per acquisire quel *surplus* di competenze e di conoscenze manageriali che gli permetterebbe di confrontarsi su un piano paritetico con la dirigenza amministrativa. Al di là di questo suggerimento che si reputa necessario per perfezionare il corso di formazione per medici coordinatori, in generale, si è riscontrato un buon grado di soddisfazione rispetto a questa possibilità formativa e ciò è dovuto a varie ragioni: in primis il corso consente di riconoscere ufficialmente il profilo del medico coordinatore, definendo il suo superamento come il requisito essenziale per essere assunti in qualità di medico coordinatore da parte della RSA; poi, permette di stilare un Albo dei medici coordinatori a cui le varie RSA possono attingere nel momento in cui decidono di inserire una figura professionale di questo calibro nel loro organico ed, infine, dà la possibilità ai medici coordinatori di sviluppare un senso di appartenenza alla comunità professionale medica di riferimento.

Questo corso di formazione costituisce il primo passo per procedere al riconoscimento formale ed istituzionale del profilo professionale del medico coordinatore, che deve avvenire in concomitanza con la specificazione degli ambiti di competenza in relazione anche alle altre figure del personale. Possiamo allora dire che il nostro tentativo di selezionare un set di competenze distintive da assegnare al medico coordinatore, in modo tale da poterlo distinguere dal medico clinico e permettergli così di raggiungere la posizione di Dirigente medico, è assai utile come punto di partenza da cui poi procedere per legittimare il suo profilo professionale. E tra i medici intervistati si è riscontrata una generale condivisione del fatto che se si potesse disporre di una serie di competenze peculiari, in grado di qualificare univocamente il profilo del medico coordinatore, si potrebbe limitare il problema della sovrapposizione delle sfere di competenza specialmente con le figure amministrative. Ma per spiegare meglio questa tendenza alla sovrapposizione degli ambiti di competenza, piuttosto che alla loro integrazione, è bene entrare nel merito del discorso dei rapporti professionali.

## *I rapporti professionali del medico coordinatore tra sovrapposizioni e integrazioni*

Per quanto concerne la questione inerente ai rapporti professionali intessuti dal medico coordinatore, si sono individuati degli episodi di conflitto non tanto tra i suoi collaboratori o subordinati, ma piuttosto con le figure amministrative. L'ipotesi di partenza era quella in cui si prospettavano delle invasioni tra gli ambiti di competenza del medico coordinatore e del medico clinico, visto che entrambi svolgono delle attività comuni di diagnosi e cura. Questa ipotesi è stata però, in parte, smontata dal fatto che non tutte le RSA assumono un medico coordinatore e un medico clinico, dato che nelle RSA più piccole il medico coordinatore è l'unica figura medica presente che viene incaricata di svolgere anche tutte le funzioni tradizionalmente assegnate al medico clinico. Può comunque capitare che tra medico coordinatore e medico clinico si verifichino delle contrapposizioni che sono tendenzialmente dovute alle diverse visioni di uno stesso problema: ad esempio, può accadere che l'uno condivida una posizione più interventista che porta all'accanimento terapeutico, mentre l'altro assuma invece una posizione meno interventista finalizzata all'accompagnamento terapeutico dell'ospite. Queste differenti impostazioni sono il risultato della formazione che il medico ha ricevuto nella sua preparazione universitaria e anche se vi fosse il riconoscimento del profilo del medico coordinatore sarebbe comunque difficile trovare un accordo su di esse. Può così accadere che i medici assumano delle impostazioni terapeutico-diagnostiche divergenti anche se, nella maggior parte dei casi, la gestione della cura dell'ospite viene condivisa.

Nei casi dell'Apsp Civica di Trento e dell'Apsp Margherita Grazioli di Povo, entrambe dotate sia del medico coordinatore che del medico clinico, non si sono riscontrate delle sovrapposizioni o degli acuti conflitti tra queste due figure, ma piuttosto si è menzionato il clima di serena suddivisione dei compiti e di integrazione tra i vari ambiti di attività. Quello che si è verificato è la situazione in cui il medico clinico cerca di svolgere al meglio i suoi compiti di diagnosi e cura, permettendo così al medico coordinatore di dedicare più tempo al coordinamento delle attività sanitarie<sup>33</sup>. Nei momenti di cambio turno, il medico clinico si confronta costantemente con il medico coordinatore nei casi in cui si trova in difficoltà nell'affrontare determinate situazioni. Dalle interviste effettuate al campione di medici, è emerso un sostanziale rispetto delle sfere di autonomia di queste due figure, in quanto il medico clinico appare occuparsi espressamente della parte clinica e non fa più di quello che gli compete salvo in caso di emergenze. Il medico coordinatore, oltre alle attività cliniche, svolge dei compiti di coordinamento organizzativo nelle attività sanitarie, per cui l'effettuare il giro di visite agli ospiti, analizzandone

---

<sup>33</sup> Un discorso analogo non è fattibile per il Gruppo Spes in quanto, in questa struttura, vi è un medico unico che fa sia da coordinatore sanitario che da medico clinico.

quotidianamente l'andamento, costituisce un punto ineludibile grazie al quale può fornire migliori indicazioni agli altri medici riguardo alla cura dell'ospite. Si stabilisce così una visibile distinzione tra quello che fa il medico clinico e quello che invece fa il medico coordinatore e ciò è assolutamente evidente visto che queste due figure assumono mandati diversi.

L'unico soggetto intervistato che ha evidenziato una possibilità di contrasto tra i medici coordinatori e i medici clinici è stato il Direttore Amministrativo della Civica. Senza una specificazione delle direttive provinciali sull'ambito in cui il medico coordinatore può spingersi senza interferire nell'operato del suo collega, il problema delle contese tra medici può, di fatto, presentarsi. Se, infatti, queste due figure mediche non riescono ad instaurare un rapporto di serena collaborazione tra loro, come si può intervenire per disciplinare i loro rapporti di lavoro, in mancanza di adeguate direttive che specifichino la sfera di azione dell'uno rispetto a quella dell'altro? È vero che il medico coordinatore è percepito come sovra-ordinato rispetto al medico clinico, ma normativamente non è definita nessuna clausola che stabilisca che le attività di direzione del medico coordinatore siano destinate anche al suo più stretto collaboratore, cioè il medico clinico. Metaforicamente, se non avviene un confronto attivo e costruttivo tra queste due figure mediche e se non si perfezionano le direttive provinciali in termini specifici, si può pensare di trovarsi nella situazione in cui si hanno "due galli in un pollaio".

Solitamente medico coordinatore e medico clinico, anche se ciò dipende dall'organizzazione specifica di ciascuna RSA, sono presenti nella struttura residenziale in tempi alterni e quindi può accadere che, in caso di emergenza, il medico clinico debba temporaneamente sostituirsi al medico coordinatore. Questa sostituzione può essere un problema perché il medico clinico non è formato così come il medico coordinatore per quanto riguarda gli aspetti organizzativo-gestionali. Ma questa carenza di competenze, da parte del medico clinico, può essere risolta in tre modi: se l'urgenza non è grave si aspetta il rientro del medico coordinatore, se l'urgenza è grave e non si è in grado di risolvere autonomamente il problema si contatta telefonicamente il medico coordinatore (il quale deve essere sempre reperibile) ed infine se il problema non è rinviabile e non si riesce ad entrare in contatto con il medico coordinatore si consultano i suoi collaboratori più vicini per giungere ad una visione globale e risolutiva del problema. Quest'ultima soluzione è stata adottata sia dalla Civica tramite l'ausilio del Coordinatore degli Infermieri Professionali e del Responsabile di Struttura, sia dal Gruppo Spes tramite il Responsabile Tecnico Assistenziale ed, in tutti questi casi, l'esito è stato positivo. Con ciò non vogliamo dire che si può anche fare a meno del medico coordinatore, ma semplicemente che se si condividono adeguatamente le informazioni tra più figure professionali è possibile gestire i momenti di *break-down*<sup>34</sup> in maniera soddisfacente.

---

<sup>34</sup> Momenti di crisi o di rottura del sistema

Per comprendere come la collaborazione con il medico coordinatore avvenga nella pratica, sono state intervistate tre figure professionali (relativamente al caso della Civica), valutandone anche il grado di indispensabilità avvertito nei confronti dello stesso medico coordinatore. Dai risultati delle interviste effettuate al Coordinatore dei Servizi Sociali, alla Coordinatrice degli Infermieri Professionali e al Responsabile di Struttura è emerso che la figura del medico coordinatore è difficilmente sostituibile nella totalità delle sue funzioni, ragion per cui viene valutata come indispensabile a tutti gli effetti. Le tre figure professionali hanno inoltre dichiarato di non potersi sostituire né facilmente, né difficilmente al medico coordinatore, dato che entrano in gioco gli atti medici che sono esclusivi della figura medica come, ad esempio, le attività di diagnosi, di cura e di coordinamento sanitario. Ma presentiamo i risultati più approfonditamente.

La figura del Coordinatore dei Servizi Sociali viene disciplinata dal medico coordinatore, pur svolgendo le sue attività in condizioni di reale autonomia. Egli non può sostituirsi in nessun modo al medico coordinatore perché si occupa prevalentemente della parte socio-assistenziale e non di quella sanitaria. Se si vogliono dare degli indirizzi al servizio sanitario bisogna essere una persona dotata di competenze a tutto campo, sia nell'area clinica che in quella del coordinamento sanitario, motivo per cui il responsabile del servizio sanitario può essere solamente un medico. Da un punto di vista meramente organizzativo, la soluzione ideale per il futuro sarebbe quella per cui, oltre al Direttore Amministrativo, fossero presenti altre due figure dirigenziali che operano l'una nel campo sanitario (il medico coordinatore) e l'altra nel campo socio-assistenziale (il Coordinatore dei Servizi Sociali).

Il Responsabile di Struttura, assimilabile al Responsabile Tecnico Assistenziale del Gruppo Spes, si occupa della gestione del lavoro degli operatori socio-sanitari ed è una figura tecnico-amministrativa piuttosto che clinica. Il Responsabile di Struttura, pur essendo subordinato al medico coordinatore, è direttamente dipendente dal Direttore Amministrativo. Le occasioni di confronto tra il medico coordinatore e il Responsabile di Struttura sono limitate alle riunioni del Pai e alla stesura dei report generali sui dati socio-sanitari della RSA. La figura del medico coordinatore viene, comunque, percepita dal Responsabile di Struttura come un punto di riferimento fondamentale per garantire l'omogeneità di azione del personale subordinato e per gestire le problematiche del lavoro. In realtà, anche il profilo professionale del Responsabile di Struttura non è ancora stato tracciato con chiarezza e quindi i suoi rapporti professionali risultano spesso poco definiti. In ogni caso, egli non ha mai avuto modo di sostituirsi alla figura del medico coordinatore in quanto è la Referente degli Infermieri Professionali ad essere la sua figura più vicina, coadiuvandolo nei problemi organizzativi riferiti alla parte clinica.

La Referente degli Infermieri Professionali è una figura pressoché nuova che è stata introdotta, nel contesto della Civica, nel febbraio del 2006. Le sue specifiche competenze comprendono la supervisione di tutte le attività infermieristiche (secondo le indicazioni fornite dal medico coordinatore), l'elaborazione e l'applicazione

dei protocolli infermieristici e sanitari, l'essere la portavoce dei progetti innovativi nell'ambito socio-assistenziale e sanitario ed infine il controllo del servizio farmaceutico dell'Ente. Si tratta di una figura che non può sostituirsi al medico coordinatore in quanto, in qualità di infermiera, costituisce il punto di riferimento per l'area infermieristica quando il medico coordinatore è assente. Normativamente non sono ben definiti i rapporti professionali della Referente degli infermieri con il medico coordinatore, per cui il coordinamento di queste due figure avviene sulla base di un set di competenze che sono state condivise con la precedente amministrazione. A partire dal 2007 i vertici amministrativi sono però cambiati e, quindi, tali rapporti professionali possono venire modificati, anche limitando la sfera di autonomia di ambedue le figure. Ciò significa che se l'amministrazione lo volesse potrebbe ridurre le mansioni nello svolgimento delle attività organizzative sia nel servizio sanitario che in quello infermieristico, con delle evidenti ripercussioni sulla qualità delle prestazioni sanitarie erogate.

Il medico coordinatore viene valutato dalla Referente degli Infermieri come una delle figure più importanti all'interno della RSA in quanto risponde a tutti i problemi sanitari, sia dei pazienti che dei familiari, oltre ai problemi organizzativi del personale come gli infermieri e i fisioterapisti. Si tratta di una figura trasversale che costituisce il punto di riferimento per la parte sanitaria dell'intera struttura residenziale, collaborando con le figure apicali di ogni settore. Tra il gruppo degli infermieri professionali e il medico coordinatore si è riscontrato un generale rispetto delle relative aree di competenza che ha permesso di instaurare un clima di serena collaborazione e di aperta discussione, in cui il medico appoggia gli infermieri dando delle opportune spiegazioni in caso di eventuali controversie.

Nel contesto del Gruppo Spes sono stati invece valutati i rapporti professionali tra il medico coordinatore e il Responsabile Tecnico Assistenziale, in quanto né con il gruppo degli infermieri, né con quello dei fisioterapisti si sono verificate delle invasioni dei rispettivi ambiti professionali. Come primo interrogativo ci si è chiesti se la figura dell'Rta, investita di compiti di tipo organizzativo, potesse andare ad invadere le funzioni di coordinamento organizzativo attribuite al medico coordinatore. Quello che, invece, si è riscontrato è stata una distinzione delle sfere di azione tra il medico coordinatore e l'Rta, in quanto il primo si occupa di garantire il coordinamento di tipo sanitario fornendo delle specifiche indicazioni sanitarie in merito, mentre il secondo si impegna nell'organizzare queste indicazioni sanitarie nella pratica. Se nella Civica il medico coordinatore definisce le indicazioni sanitarie e, in prima persona, si occupa di implementarle e di tradurle in pratiche sanitarie, nel Gruppo Spes il medico coordinatore rappresenta la "mente pensante", mentre l'Rta funge da "braccio esecutivo". Questa soluzione è stata adottata dalla Spes probabilmente perché, avendo deciso di assumere un medico unico responsabile sia delle attività cliniche che di quelle organizzative, ci si è resi poi conto che questo carico di lavoro risultava eccessivo per una singola persona. Pertanto, ci si è orientati nell'assumere una figura tecnico-organizzativa, quella appunto dell'Rta,

in grado di porsi come il braccio destro del medico coordinatore nelle sue attività di coordinamento organizzativo. A mio avviso, questa soluzione non rappresenta la scelta migliore che si potesse fare: pensiamo al caso di un'emergenza in cui il medico coordinatore non è presente in struttura e non è reperibile a breve termine. Se vi fosse un altro collaboratore medico lo si potrebbe temporaneamente sostituire per tamponare l'improvvisa emergenza, ma se è presente solo la figura del Responsabile Tecnico Assistenziale come può essere gestito il problema? Poco importa che vi sia una preparatissima figura tecnico-organizzativa, se poi non è in grado di risolvere l'emergenza sanitaria. L'unica cosa che l'Rta può fare (e che è legittimato a fare) è quella di contattare la guardia medica, affidandosi ad essa per la gestione complessiva del problema. Anche nella Civica si può ricorrere a questo *escamotage* della guardia medica, ma è proprio l'ultima possibilità vagliata dopo la consultazione dei medici clinici presenti in struttura.

Il punto maggiormente controverso rilevato nei rapporti professionali è quello che si instaura tra i medici coordinatori e le figure amministrative. Inizialmente questa possibilità di scontro non si era considerata, forse, proprio perché non si era compresa la caratterizzazione dirigenziale del medico coordinatore e si era limitato il problema al conflitto degli ambiti di autonomia professionale tra il medico coordinatore e quello clinico. È vero che il medico coordinatore esercita una funzione di sovrintendenza e di indirizzo sui medici clinici, ma ciò avviene in un quadro di rapporti di fiducia tra colleghi medici anziché in un quadro di rapporti gerarchici tra medici coordinatori e medici subordinati. Cerchiamo di spiegare meglio la questione. Sebbene non esista alcuna normativa che stabilisca che il medico coordinatore sia gerarchicamente sovraordinato al medico clinico, suo collega, in ciascuna RSA il medico coordinatore viene comunque percepito come un qualcosa di più rispetto al medico tradizionale: come una figura semi-dirigenziale insomma. I medici collaboratori si sentono allora dipendenti dalla figura del medico coordinatore proprio in virtù delle sue peculiari competenze rivestite nel campo del coordinamento delle attività sanitarie. Se la possibile conflittualità tra medici coordinatori e medici clinici viene risolta in questa maniera, ci concentreremo ora sull'analisi dei contrasti che avvengono tra i medici coordinatori e la dirigenza amministrativa.

### *Le ragioni del contrasto tra medici coordinatori e dirigenza amministrativa*

Alla luce delle considerazioni rinvenute finora in relazione ai rapporti professionali, possiamo affermare che le maggiori divergenze scaturiscono tra i medici coordinatori e le figure che occupano posizioni di responsabilità amministrativa. Tutti i medici, con i relativi collaboratori e/o subordinati, hanno individuato questo clima di scontro e di tensione tra medici coordinatori ed amministrativi, ad eccezione di un conflitto molto più sfumato nel Gruppo Spes per ragioni propriamente organizzative. Da parte dei Direttori Amministrativi e delle figure affini si è invece riscontrata una

certa volontà di celare e di velare questi conflitti anche se, alla fine, qualcosa in questo senso è comunque emerso. Preso atto del fatto che le divergenze possono essere dovute, nella maggior parte dei casi, ad un'approssimativa suddivisione degli ambiti di competenza, alcune delle principali motivazioni del contrasto possono essere spiegate nei punti seguenti:

- ▶ L'ambito sanitario e l'ambito amministrativo assumono due punti di vista diversi (come è poi logico che sia) rispetto sia all'organizzazione della RSA, sia alla gestione delle problematiche degli ospiti. Si hanno due punti di vista completamente differenti proprio perché i due ambiti si pongono degli obiettivi diversi: mentre la parte amministrativa segue dei criteri di razionalità prettamente economica ed organizzativa, la parte sanitaria si pone invece degli obiettivi di cura e di assistenza alla persona. Questi due mondi possono entrare in conflitto in quanto ciò che un medico ritiene necessario ed opportuno per un ospite può divergere dai criteri di tipo economico e viceversa. Al di là di queste contese, bisognerebbe che queste due visioni si integrassero sinergicamente in maniera costruttiva.
- ▶ Una seconda tipologia di contrasto riguarda il modo differente di intendere la persona intesa come ospite nella struttura. La parte sanitaria percepisce l'ospite come una persona affetta da varie patologie e dalla cui cura deriva l'indice della qualità di vita. La parte amministrativa percepisce, invece, l'ospite come un utente al quale bisogna garantire un network di relazioni sociali, un gruppo di volontariato attivo che lo sostiene, etc. Perciò se l'amministrazione predilige in maniera eccessiva un certo punto di vista, l'altro può risentirne vistosamente.
- ▶ Un terzo motivo di contrapposizione, che forse è quello più acuto, concerne le aspettative che l'amministrazione assume nei confronti del medico. L'amministrazione si aspetta che il medico coordinatore agisca e prenda delle decisioni in un certo modo, anche quando queste scelte sono contrarie ai criteri di tipo sanitario. Ma non è sempre così, visto che nella maggior parte dei casi i medici coordinatori agiscono sulla base dei criteri sanitari, anche a scapito delle decisioni prese dall'amministrazione. Le divergenze possono allora subentrare nel momento in cui le aspettative dell'amministrazione non sono congruenti ai comportamenti attesi dai medici.
- ▶ Un'ultima ragione di conflitto risiede nella rivalità dei Direttori Amministrativi nei confronti dei medici, in quanto lo status della formazione del medico è molto più consolidato rispetto allo status della formazione del Direttore. Per diventare medici ci vogliono infatti sei anni di formazione universitaria ed in più una specializzazione di tre anni, mentre per diventare Direttori è sufficiente una laurea di cinque anni. Questo diverso peso del bagaglio formativo è un qualcosa che infastidisce i Direttori Amministrativi visto che, in questo senso, il medico può far ombra al Direttore.

Nel caso della Civica questi contrasti sono molto sentiti. In essa, il medico

coordinatore si sente schiacciato nella sua autonomia professionale e, proprio per la mancanza di un rapporto professionale riconosciuto formalmente, appare costantemente in balia della variabilità dei cicli di amministrazione. Se, ad esempio, il Consiglio di Amministrazione approva un nuovo indirizzo che punta più sull'aspetto sociale rispetto a quello sanitario, la figura del medico coordinatore viene ridimensionata senza avere la possibilità di presentare le sue proposte di indirizzo sanitario. Il caso della Civica non rappresenta comunque l'unica arena di queste tensioni, in quanto si è riscontrata una tendenza comune di questa conflittualità nella gran parte delle RSA della Provincia Autonoma di Trento, seppur con diverse entità. Questi continui episodi di interferenza dei Direttori Amministrativi nello spettro di competenze dei medici coordinatori sono stati valutati come un tratto "culturale" per cui, se è vero che in Trentino è molto sentita l'idea di comunità, ciò fa sì che le RSA si configurino come delle strutture dirette da qualcuno che fa parte della stessa comunità. E a questo qualcuno viene conferito il potere di mantenere un po' tutto sotto controllo. Il Direttore Amministrativo è così portato culturalmente a "mettere il becco" in cose che non gli competono, quando invece dovrebbe occuparsi esclusivamente della parte amministrativa senza intaccare la sfera sanitaria sulla quale non è adeguatamente formato.

Un chiaro esempio di come il mantenimento del potere possa essere esplicitato dal responsabile amministrativo nei confronti del medico coordinatore, fa appello alla tipologia di contratto di quest'ultimo. Siccome il contratto ha una durata quinquennale può benissimo accadere che il medico coordinatore, se visto come fonte di disturbo e di eccessive polemiche nei confronti dell'amministrazione, possa essere licenziato. Si avverte una certa dose di paura da parte delle amministrazioni nel stipulare dei contratti a lungo termine con i medici: questo è dovuto al fatto che la figura del medico è comunque una figura forte nella RSA e in alcuni casi può davvero arrecare disturbo alle amministrazioni. Queste ultime vi reagiscono tenendo il medico coordinatore in una posizione contrattuale a termine, in modo tale da poterlo ricattare e sottoporre a costante giudizio. Questa possibilità di ricatto viene taciuta dai Dirigenti Amministrativi che preferiscono affermare che i rapporti di lavoro con il medico coordinatore vadano a gonfie vele, quando invece le contrapposizioni e i dissapori aleggiano nell'aria. Si è inoltre visto che il problema tende ad essere ribaltato e cioè i Direttori Amministrativi affermano che, in alcuni casi e specialmente in quelli riferiti alla scelta del modello assistenziale, i medici coordinatori rivendicano un'autonomia esclusiva nelle loro decisioni. Fatto alquanto discutibile visto che tutti i piani di assistenza vengono gestiti e sviluppati all'interno dell'equipe di lavoro, alla quale prendono parte tutti i rappresentanti dei vari settori in modo paritetico.

Diversamente da quanto sostengono alcuni Dirigenti Amministrativi, il medico non si "dovrebbe abituare" a lavorare in una prospettiva di integrazione con le altre figure professionali, in quanto è già abituato a farlo in vista del miglioramento della salute dell'ospite. Parlare di "potere debordante" nelle mani dei medici cre-



do sia un'affermazione veramente troppo azzardata perché si tratta di un potere legittimo: chi se non un medico può porsi come il coordinatore delle attività sanitarie, come il garante dell'adeguatezza delle cure, come il responsabile della prescrizione delle terapie, come il supervisore degli aspetti igienico-sanitari, etc? Molto difficilmente una figura amministrativa può dirsi ed essere effettivamente competente in queste attività.

Si è abbracciata in modo nettamente visibile la posizione dei medici coordinatori essenzialmente per due ragioni di fondo: in prima istanza, perché i medici coordinatori non possono contare su un profilo professionale riconosciuto istituzionalmente ed, in seconda istanza, perché mentre ha senso che i medici si attivino nel riconoscimento della propria sfera di autonomia a livello di coordinamento sanitario, meno senso ha che i Dirigenti Amministrativi mantengano il controllo diretto sul coordinamento delle attività sanitarie. Quest'ultimo è infatti un ambito molto distante rispetto alle loro competenze peculiari: è un po' come se i medici andassero a rivendicare il controllo delle funzioni tecniche ed amministrative, relegandosi in ufficio per svolgere delle mansioni essenzialmente burocratiche. E ciò è l'opposto delle reali intenzioni dei medici che considerano imprescindibile conservare le loro funzioni di diagnosi e cura per non perdere la loro connotazione esplicitamente sanitaria. In definitiva, la soluzione ottimale è quella per cui l'amministratore svolga delle funzioni di coordinamento organizzativo a livello generale, delegando il coordinamento delle attività sanitarie alla figura del medico coordinatore che, proprio per la sua formazione clinica e per la sua esperienza sul campo, può gestirle al meglio.

In riferimento a questo argomento, cercheremo di riassumere brevemente l'opinione dei collaboratori del medico coordinatore nel contesto della Civica, un'opinione che è concorde in tutte le tre figure intervistate: il Coordinatore dei Servizi Sociali, la Referente degli infermieri professionali e il Responsabile di Struttura. In tutti e tre i casi si è avvertita la pretesa da parte del Direttore Amministrativo di dare delle indicazioni sanitarie, anche se ciò esula dal suo specifico ambito di competenza. Egli, infatti, non conosce gli operatori che lavorano in struttura, non conosce gli ospiti residenti e non conosce i reali problemi assistenziali che emergono quotidianamente ai piani, motivo per cui non rappresenta la persona più adeguata nel fornire le indicazioni di tipo sanitario.

Quello che accade frequentemente è che gli amministratori impongono delle decisioni a tutto il comparto sanitario, senza consultare il medico coordinatore che è il garante di tali problematiche. Questo è un esempio di invasione della sfera di autonomia professionale del medico coordinatore e, in una situazione come questa, il suo potere decisionale e il suo essere portavoce del gruppo sanitario viene ridotto di molto. Allo stesso modo, vengono ridimensionate anche le aree di competenza delle figure responsabili degli altri settori, come ad esempio il Coordinatore dei Servizi Sociali o il Responsabile di Struttura, alle quali vengono assegnate delle funzioni esecutive piuttosto che vedere loro riconosciuta la

possibilità di condividere le proposte con il Direttore Amministrativo. Su questo ridimensionamento delle sfere di competenza ha inciso, oltre all'invasività delle figure amministrative, anche la recente trasformazione delle RSA in Apsp, per cui in questa fase di transizione può accadere che alcune figure non vengano coinvolte nel modo giusto o non vengano ascoltate nella maniera più appropriata. Le divergenze vengono, quindi, amplificate dal fatto che le figure professionali stanno velocemente cambiando, si stanno rivedendo i loro mansionari e si stanno programmando dei concorsi per formalizzarle<sup>35</sup>. E con questi presupposti i conflitti non possono che intensificarsi.

Ma qual è la radice della conflittualità tra le figure amministrative e i medici coordinatori? A nostro avviso il problema nasce sul versante delle attività organizzativo-manageriali, ma cerchiamo di spiegare meglio il perché di questa affermazione. Nelle funzioni di diagnosi e cura i medici coordinatori non lamentano di subire dei ridimensionamenti di competenza, in primis, perché sembra svilupparsi un clima di serena collaborazione con i medici clinici e, poi, perché le figure amministrative non vogliono assumersi la responsabilità di cura e di assistenza degli ospiti (e nemmeno hanno le competenze per farlo). Il medico coordinatore riconosce, pertanto, la sua sfera di autonomia nella parte sanitaria di diagnosi e cura, mentre dal punto di vista del coordinamento sanitario lamenta di non avere una sufficiente autonomia organizzativa, a vantaggio delle figure amministrative. Facciamo un esempio: un punto critico che può rappresentare un'arena di contesa tra la parte amministrativa e la parte medica è quello che attiene alla gestione del personale. La direttiva provinciale n. 2585 del 10 ottobre 2008, inerente alla disciplina delle attività del medico coordinatore, stabilisce che egli è il responsabile della "direzione delle attività del personale infermieristico e di riabilitazione" e, allo stesso modo, la legge regionale n. 7 del 21 settembre 2005 stabilisce, all'articolo 32, che ai Dirigenti spetta la "gestione finanziaria, tecnica e amministrativa della struttura, mediante l'organizzazione delle risorse umane, finanziarie e strumentali a disposizione". Entrambe queste fonti giuridiche dichiarano che sia i medici coordinatori che i Direttori Amministrativi possano svolgere delle attività nella direzione e nel coordinamento del personale infermieristico e riabilitativo, creando così una sovrapposizione delle aree di competenza tra le due figure che è difficilmente risolvibile. Il risultato di questa svista normativa non può che portare ad innescare una bomba esplosiva, quella appunto dell'aspro contrasto che si viene a creare tra medici ed amministratori<sup>36</sup>.

Rispetto alla Civica, nell'Apsp Margherita Grazioli di Povo il conflitto tra medico coordinatore e Direttore Amministrativo è risultato essere più soffuso nel senso che, almeno a livello di indicazioni sanitarie, non pare esserci un'interferenza

---

<sup>35</sup> Questo non è il caso del medico coordinatore. Per questa figura si sta, infatti, istituendo un Albo professionale e non un concorso.

<sup>36</sup> Nel prossimo paragrafo si proporrà un'ipotesi di revisione di questa imprecisione normativa

nell'ambito medico. Nel coordinamento organizzativo si possono, invece, verificare delle contese probabilmente dovute al fatto che i Dirigenti Amministrativi tendono ad accentrare le competenze di gestione sanitaria nella propria figura, data la mancanza a livello locale di corsi di specializzazione per medici nell'area del management sanitario. Anche se questa osservazione è purtroppo veritiera, è facile che si tratti di una scusante adottata dai vertici dirigenziali per mantenere il potere nelle proprie mani e, se così non fosse, essa costituisce un buon elemento su cui riflettere. Il medico coordinatore presente nella struttura di Povo non ha un contratto di dipendenza, come nel caso della Civica, ma è un medico convenzionato e cioè ha un contratto di libero professionista: ciò è ancora peggio di quanto si verifichi nel caso precedente perché, oltre ad essere comunque ricattabile, non è nemmeno inserito nell'organigramma in una posizione ben precisa. In sostanza, non è proprio riconosciuto il ruolo del medico coordinatore come parte dell'organico della struttura residenziale, un fatto da risolvere per promuovere il riconoscimento formale di questo profilo professionale.

Nel contesto della Spes queste situazioni conflittuali non sembrano essere presenti e, addirittura, il medico coordinatore assicura di avere un rapporto pienamente collaborativo e di ascolto reciproco con il suo Direttore Amministrativo. L'attenuazione dei conflitti è, in prima istanza, dovuta al fatto che il medico coordinatore non è ricattabile perché ha un contratto a tempo indeterminato e può quindi assumere un atteggiamento anche polemico e invasivo senza rischiare di essere licenziato. Come abbiamo già detto, quello della Spes è uno tra i pochi casi privilegiati in cui è stato stilato un contratto a tempo indeterminato. Un'altra ragione che ha fatto pensare ad una minore entità delle divergenze è quella di un modo diverso di intendere il lavoro di équipe: nel caso della Spes, la distribuzione delle competenze è maggiormente diffusa tra le varie figure e già con il Responsabile Tecnico Assistenziale il medico coordinatore ha imparato a suddividere parte delle sue competenze organizzative. Inoltre, nel Gruppo Spes, oltre al Direttore Amministrativo, è presente anche il Direttore di Struttura che è una figura mediana tra il medico coordinatore e il Direttore Amministrativo, la quale permette di sedare e di risolvere eventuali dissapori, facendo da filtro e portandoli all'attenzione del Direttore Generale solamente nei casi più gravi, che finora sembrano essere stati limitati.

Dal confronto tra le due strutture organizzative, quella della Civica e quella del Gruppo Spes, è emerso che i contesti in cui si attivano dei compartimenti stagni, nei quali a piramide si controlla tutto, sono quelli maggiormente soggetti ai contrasti sopra delineati, anche se questa organizzazione gerarchica e verticistica è riconducibile solo in parte al caso della Civica. Questo perché il lavoro di équipe è diffuso anche nella Civica, così come nella maggior parte delle altre RSA della Provincia Autonoma di Trento, anche se chiaramente vi sono delle strutture più avanzate su questa tipologia di lavoro. Difficilmente una persona decide unilateralmente per tutti in quanto, ad eccezione dei momenti di emergenza, ci si riunisce

in équipe, si decide congiuntamente cosa fare e si cerca di coinvolgere anche i familiari in queste decisioni. Quindi, probabilmente le ragioni del conflitto non sono imputabili ad una differente struttura organizzativa, ma piuttosto ai rapporti di potere che si instaurano a livello dirigenziale. Si è anche ipotizzato che questi contrasti potessero derivare dalla personalità, magari autoritaria o poco aperta, della persona che va a rivestire il ruolo di Dirigente Amministrativo. Inutile dire che una persona può essere inadeguata per assumere un determinato ruolo non solo di tipo amministrativo, ma anche di tipo medico, motivo per cui è necessario adottare un atteggiamento responsabile e maturo da entrambe le parti per non ledere alla qualità dell'assistenza erogata. Comunque, il fatto di legare gli episodi conflittuali alla personalità non adeguata di una persona non è propriamente corretto perché significherebbe, vista la diffusione del fenomeno, che tutte le RSA hanno collocato al proprio vertice una persona inadatta: ciò è alquanto improbabile. Pertanto, né ragioni di tipo organizzativo, né ragioni di personalità possono spiegare la natura di questi contrasti che sono da considerarsi come il risultato di una definizione approssimativa degli ambiti di competenza assegnati sia al Direttore Amministrativo che al medico coordinatore. Una revisione delle direttive provinciali in questo senso appare allora assolutamente necessaria.

### *Le aspettative di riconoscimento del profilo professionale del medico coordinatore*

Cercando di tirare le fila della nostra argomentazione, si è cercato di raggruppare le aspettative e le proposte che sono state avanzate dai soggetti intervistati in merito alla questione della formalizzazione del profilo del medico coordinatore, individuando anche le ripercussioni sulla struttura organizzativa ed assistenziale della RSA. Le idee raccolte sono state riassunte qui di seguito.

Una questione molto dibattuta è quella contrattuale. Attualmente, da un punto di vista contrattuale il medico coordinatore di RSA è inquadrato come un Dirigente di Ente locale. In questa tipologia di contratto marcatamente amministrativa, piuttosto che sanitaria, non vengono contemplate alcune delle sue competenze peculiari o, viceversa, gli vengono attribuite delle competenze che magari non sono direttamente riconducibili al suo profilo. Si tratta, cioè, di un contratto eccessivamente generico, per cui sarebbe opportuno stilare un contratto più specifico al fine di avere un riconoscimento non solo economico, ma anche professionale del medico coordinatore, indicando con precisione cosa è di sua competenza e cosa invece non lo è. Se nel contratto non viene contemplato l'aspetto sanitario, viene invece considerato l'aspetto del licenziamento che può avvenire a scadenza del contratto o in caso di mancato rinnovo dello stesso. Nel Gruppo Spes è stato siglato un contratto a tempo indeterminato per cui, di fatto, il medico coordinatore non è né licenziabile, né ricattabile. Questo è, tuttavia, l'unico episodio riscontrato e possiamo definirlo come un caso assolutamente privilegiato. Probabilmente questa scelta fortunata è dovuta al fatto che la Spes è una struttura privata, la quale ha

maggiore libertà di azione amministrativa rispetto a tutte le altre RSA pubbliche che, in qualità di Enti locali, devono fare riferimento ai contratti nazionali.

Alla luce di queste premesse, appare necessario agire nella prospettiva di specificare il contratto del medico coordinatore, in maniera tale da identificarlo in un profilo di Dirigente medico e dargli così una garanzia di sicurezza lavorativa. In concreto, bisognerebbe stipulare un contratto regolare che riconosca ai medici coordinatori un quantitativo di ore settimanali sufficiente a farlo diventare una vera e propria professione e non solo un'opportunità di lavoro integrativa. Se, infatti, venisse riconosciuto un contratto regolare, sarebbe possibile ovviare al problema del doppio lavoro dei medici di RSA. Quello che molto spesso accade è che il fare professionale del medico di RSA è maggiormente legato al fare la guardia medica, al lavorare al 118 oppure al fare il medico di Medicina Generale piuttosto che all'assumere esclusivamente il ruolo di medico nella RSA. Questa tendenza a considerare il lavoro in RSA come un lavoro di "serie B" è dovuta essenzialmente a due ragioni: in prima istanza, il lavorare in RSA ha un impatto iniziale sconvolgente per cui ci si vede proiettati nel futuro nelle vesti degli ospiti che si curano ed, in seconda istanza, il lavorare in RSA spesso non dà delle garanzie contrattuali in termini sia di sicurezza che di orari tale da permettere di farne un mestiere vero e proprio. Ciò è più marcato nelle piccole RSA in cui il medico coordinatore viene assunto magari per poche ore e, per arrotondare lo stipendio, è costretto a dedicarsi ad altre attività mediche. La proposta è quella di favorire l'impegno esclusivo dei medici nelle RSA e, per realizzare questo obiettivo, è necessario riconoscere un contratto specifico ai medici che garantisca loro un quantitativo di ore, nell'ambito delle RSA, confacente alle proprie responsabilità e degno di renderlo una fonte esclusiva di introito economico.

Altri investimenti devono essere indirizzati alla formazione del medico coordinatore, così come è già stato fatto con le tre edizioni del corso per medici di RSA. È indispensabile, però, specificare che la *conditio sine qua non* per accedere al lavoro in RSA è quella di aver partecipato al corso di formazione e di averlo superato. Questo requisito di assunzione deve essere esplicitato come clausola per accedere al lavoro in RSA, informando tutti i Direttori Amministrativi di valutare questo requisito fondamentale nei vari colloqui. Se non vengono fissati questi "paletti" specifici può benissimo accadere che un medico ospedaliero, ancor più se Geriatra, venga assunto in RSA sottraendo opportunità di lavoro agli stessi medici coordinatori che sono stati specificatamente formati al riguardo. Importantissimo è quindi realizzare, come si sta già facendo, l'Albo dei medici coordinatori allo scopo di facilitare le assunzioni da parte delle singole RSA. Si è anche avanzata la proposta di chiudere la graduatoria (o Albo) dei medici coordinatori, in quanto le RSA in Trentino ammontano a 54 strutture e quindi formare un numero eccessivo di medici coordinatori sarebbe problematico in vista delle loro reali possibilità occupazionali. Si è, pertanto, consigliato di organizzare al massimo un'ultima edizione del corso di formazione, per evitare di formare un numero troppo elevato di medici

coordinatori che poi non possono essere inseriti nell'organico delle varie RSA.

Sempre rispetto al discorso della formazione, si può ribadire che è appropriato sviluppare un corso incentrato sulla parte clinica, seppur il medico abbia già altre possibilità formative a cui attingere in quest'area, ma bisogna anche integrare l'attuale corso di formazione con una parte mirata alla gestione manageriale della struttura residenziale da un punto di vista strettamente sanitario. In questo modo, si fornirebbero ai medici delle competenze più corpose sul versante manageriale, rendendo così il loro contributo più proficuo e più concorrenziale per la stessa RSA. L'opzione ottimale è quella di lasciare pressoché invariato il corso di formazione attualmente proposto, in quanto conferisce una conoscenza della parte clinica fondamentale per la preparazione specialistica del medico che intende lavorare in RSA, per poi creare *ex-novo* un corso parallelo focalizzato interamente sul management sanitario. Preso atto di quest'ultima proposta formativa, si potrebbe realmente istaurare una collaborazione attiva tra medici coordinatori e Direttori Amministrativi, entrambi dotati di competenze specialistiche manageriali necessarie per affrontare certi argomenti come, ad esempio, la spesa sanitaria e i *budget* economici.

Un'altra aspettativa che, più volte, è stata sottolineata è quella di eleggere un Rappresentante del gruppo dei medici coordinatori e di farlo partecipare alle riunioni della Provincia Autonoma di Trento e dell'Azienda Provinciale dei Servizi Sanitari, relativamente a tutte quelle decisioni sanitarie strettamente connesse alle RSA. I medici coordinatori lamentano molto il fatto di non essere sufficientemente interpellati a riguardo di queste decisioni, differentemente dai Direttori Amministrativi che invece vengono largamente sentiti ed ascoltati. Questo è effettivamente un grosso limite perché, se a decidere sono solo le figure amministrative, può accadere che gli specifici problemi sanitari e i *budget* da destinarvi siano affrontati e stanziati in maniera poco adeguata e completa. Chi si trova a prendere queste decisioni probabilmente non ha una conoscenza sufficiente di quello che effettivamente comporta il carico di lavoro di un ospite con varie patologie, definendo così dei parametri e dei numeri del personale al di sotto delle reali necessità assistenziali e sanitarie. Chiaramente queste scelte vengono prese non per diminuire gli standard di erogazione della qualità assistenziale, ma perché manca una figura sanitaria competente a tutto campo in materia che possa far sentire la propria voce e che possa presentare le reali esigenze, in termini sia di parametri che di personale, necessarie al buon funzionamento delle strutture residenziali.

Altro elemento su cui è necessario insistere, per promuovere il riconoscimento formale del profilo professionale del medico coordinatore, è quello che riguarda l'attivazione di momenti di confronto tra gli stessi medici coordinatori di RSA. Se diamo uno sguardo alla direttiva provinciale<sup>37</sup> concernente il coordinamento sanita-

---

<sup>37</sup> Si tratta della direttiva n. 2585 del 10 ottobre 2008

rio, possiamo notare che uno dei compiti assegnati al medico coordinatore riguarda l'organizzazione di incontri periodici con i medici clinici e con gli altri medici coordinatori. Queste occasioni di confronto sembrano, comunque, essere limitate solo alla frequentazione del corso di formazione e, anche se è vero che i diretti interessati potrebbero organizzare in prima persona delle riunioni di confronto, si reputa indispensabile un minimo di coordinamento alla base. La proposta è quella di far sì che, una volta superato il corso di formazione, sia possibile mantenere i contatti tra i medici grazie ad una serie di incontri e di riunioni periodiche in cui gli stessi medici possano acquisire quel senso di identità professionale e di comunità professionale che tanto desiderano.

Se si vogliono realizzare queste proposte, bisogna partire dal presupposto che sia presente la volontà di riconoscere formalmente e professionalmente il profilo del medico coordinatore di RSA. Si cerca, allora, di agire in una prospettiva volta a riconoscere i medici coordinatori in una categoria specifica, in quanto attualmente sono circa quaranta figure che sono formate e sono adeguatamente preparate per lavorare in RSA e che, per queste ragioni, necessitano di acquisire una dignità sia di ruolo che di associazione. Pertanto, riteniamo fondamentale partire da una revisione dell'ultima direttiva provinciale sul coordinamento sanitario che, come unica fonte giuridica, disciplina il ruolo e le funzioni del medico coordinatore. Tale revisione può avvenire seguendo una serie di suggerimenti che riportiamo nel paragrafo successivo e che rappresentano il risultato delle considerazioni raccolte finora.

### *Una proposta di revisione delle direttive provinciali*

Già nel paragrafo precedente abbiamo evidenziato che l'unico riferimento normativo, volto a disciplinare la figura del medico coordinatore di RSA, è la direttiva provinciale n. 2585 del 10 ottobre 2008. Quella del medico coordinatore è comunque una figura recente che per la prima volta è stata riconosciuta, sul versante delle attività svolte, nella direttiva provinciale n. 3184 del 12 dicembre 2003, la quale non ha subito particolari modifiche o variazioni rispetto a quella attuale. Per una semplice questione di aggiornamento si preferirà fare riferimento all'ultima direttiva emanata, quella appunto dell'ottobre 2008. La suddetta direttiva presenta, a nostro avviso, degli elementi di ambiguità e delle imprecisioni che dovrebbero essere sistemati per facilitare l'individuazione degli ambiti peculiari di competenza del medico coordinatore. Dato che l'unico riferimento giuridico del medico coordinatore è quello delle attività precisate in questa direttiva, si suggeriscono, a tal proposito, delle indicazioni per perfezionarla e per ridurre la sua generalità di fondo che altrimenti può portare a dei fenomeni di contrasto tra le varie figure del personale. Ovviamente, non si vogliono dare dei giudizi di valore sul lavoro che è stato svolto fino ad oggi per stilare questo elenco di attività, ma con il presente lavoro di ricerca si tenta di portare alla luce i problemi che sorgono nelle RSA,

a conseguenza del mancato riconoscimento del profilo professionale del medico coordinatore.

In riferimento a ciascuna voce della direttiva si sono riportate le problematiche riscontrate, con i relativi suggerimenti ipotizzati. Tutti i soggetti intervistati hanno sollevato la necessità di rivedere le direttive provinciali in un'ottica di maggiore specificazione delle aree di competenza del medico coordinatore. L'errore sembra essere quello di aver pensato di poter racchiudere le attività del medico coordinatore in un elenco generico di voci che non disciplina a sufficienza i rapporti di lavoro con le altre figure professionali, dando così origine a dei problemi nella suddivisione degli ambiti di competenza. Ovviamente il buon senso ha permesso ai soggetti operanti nelle RSA di limitare tali problemi, anche se questi vizi normativi possono portare a delle contese piuttosto diffuse, come abbiamo visto nel caso delle contrapposizioni tra medici coordinatori e Direttori Amministrativi. È allora opportuno ripensare queste direttive collocando la figura del medico coordinatore nella rete dei rapporti professionali formata dagli infermieri, dai fisioterapisti, dai medici clinici e dalle figure amministrative, in modo tale da delineare al meglio e nella maniera più completa possibile i suoi specifici campi di azione. Iniziamo ora con il presentare punto per punto i suggerimenti che intendiamo apportare alle direttive, per poi passare a definire alcuni spunti di carattere integrativo.

- ▶ *“Collaborazione nelle attività di organizzazione della vita comunitaria e nell'accogliimento degli ospiti”.* Questa prima voce individua sicuramente una competenza propria del medico coordinatore e l'unica obiezione che si può fare è il fatto di non aver specificato che questa attività si realizza a stretto contatto con la figura del Coordinatore dei Servizi Sociali. Quest'ultimo svolge, infatti, delle importanti funzioni riguardanti sia l'inserimento degli utenti nelle RSA, sia l'organizzazione della loro giornata in struttura. Si propone, pertanto, di esplicitare l'integrazione dei compiti tra queste due figure professionali, completando la frase con la seguente aggiunta *“in stretta collaborazione con il Coordinatore dei Servizi Sociali”.*
- ▶ *“Coordinamento dei piani di intervento individuali e controllo di qualità dell'assistenza in generale”.* Per questa voce si può fare un discorso analogo al precedente. Infatti è meglio specificare che il coordinamento dei piani di assistenza individuali viene realizzato congiuntamente agli altri membri dell'èquipe di lavoro, mettendo bene in luce che il compito di supervisione del medico coordinatore avviene in maniera collaborativa e non impositiva. Per quanto riguarda l'attività di controllo della qualità dell'assistenza, non si lamentano particolari problemi e, quindi, si propone di lasciare invariata quest'ultima parte visto che inquadra una funzione propria ed esclusiva del medico coordinatore. Il suggerimento che si dà sta nell'inserire la specificazione di *“in collaborazione con l'èquipe di lavoro”* dopo la prima attività.
- ▶ *“Direzione dell'attività del personale infermieristico e di riabilitazione, anche sulla base delle indicazioni del medico specialista e del coordinatore dei servi-*



zi". In questo caso i suggerimenti sopra proposti sono già stati applicati ma, nonostante ciò, questa voce rimane comunque molto problematica. Questo perché viene attribuita al medico coordinatore la funzione di direzione del personale infermieristico e riabilitativo, non considerando il fatto che la stessa e medesima funzione viene assegnata anche al Dirigente Amministrativo. Se, infatti, consultiamo gli articoli n. 9 e n. 32 della Legge Regionale n. 7 del 21 settembre 2005, riguardanti gli incarichi professionali della figura del responsabile amministrativo, possiamo facilmente constatare che a quest'ultimo compete la funzione di gestione, di organizzazione e di direzione delle risorse umane. Nelle interviste effettuate si è però riscontrato che, in più casi, i medici coordinatori si sono occupati di organizzare la turnistica dei propri collaboratori programmando anche le ferie del personale, visto che questa è una competenza legittimata dalla fonte giuridica della direttiva provinciale. La conseguenza è stata quella di andare a sovrapporsi alle mansioni riconosciute al Direttore Amministrativo, in virtù della legge regionale sopra riportata. Si ritiene che al medico coordinatore non debba essere assegnata la competenza nella gestione generale delle risorse umane, a meno che non venga riconosciuto come Dirigente e che venga ritagliata una precisa area in cui poter coordinare tutto il personale subordinato alla sua figura di Dirigente medico. E, preso atto della situazione attuale, si reputa che la funzione di gestione delle risorse umane debba rimanere un'area di competenza del Dirigente Amministrativo o della figura gerarchica investita del potere di gestione del personale. Si propone, pertanto, di modificare la voce in questo senso: "Supervisione (o indirizzo) funzionale del personale infermieristico e riabilitativo, anche sulla base delle indicazioni del medico specialista e del coordinatore dei servizi".

- ▶ *"Adozione, controllo e vigilanza delle norme igienico-sanitarie e di sicurezza secondo le norme vigenti"*. Anche in questo caso si verifica una sovrapposizione con le aree di competenza del Direttore Amministrativo che figura come il principale responsabile dell'adozione delle norme sanitarie e di sicurezza nella struttura residenziale. Il medico coordinatore non si occupa, infatti, di adottare tali norme sanitarie e di sicurezza, ma piuttosto suggerisce quelle norme che sono applicabili nella struttura con maggiori garanzie di qualità, impegnandosi a controllare se vengono rispettate ed effettivamente implementate nella pratica. Il suggerimento è quello di rivedere la voce nei seguenti termini: "Proposta, controllo e vigilanza delle norme igienico-sanitarie e di sicurezza, secondo le norme vigenti e secondo le decisioni del Dirigente Amministrativo".
- ▶ *"Predisposizione ed attuazione delle misure di prevenzione nei confronti della comunità e dei singoli ospiti"*. Rispetto a questa voce si individua un'imprecisione formale. Appare necessario specificare che cosa si intende per "prevenzione", altrimenti può sembrare che il medico coordinatore si occupi anche di prevenzione e di sicurezza sui luoghi di lavoro che, come abbiamo già detto, costituisce un ambito di competenza del Direttore Generale. Risulta, allora,

opportuno inserire accanto al termine “prevenzione” la specificazione di “sanitaria”, in maniera tale da evitare possibili equivoci o ambiguità.

- ▶ *“Approvvigionamento dei farmaci forniti direttamente dall’Azienda e vigilanza sul loro utilizzo”*. Si è visto che questo è un compito che formalmente viene svolto dai medici coordinatori, anche se poi fisicamente viene attribuito agli infermieri specialmente per quanto concerne l’attività di vigilanza sui farmaci. Per correttezza è opportuno inserire la specificazione di “in collaborazione con il gruppo degli infermieri”, per evitare di far pensare ad una competenza esclusiva e non estendibile ad altre figure.
- ▶ *“Organizzazione di incontri periodici con i medici che svolgono funzioni di diagnosi e cura all’interno della struttura residenziale e partecipazione ad incontri con i medici coordinatori di RSA”*. Relativamente a questa voce non si suggeriscono particolari modifiche in quanto sia l’organizzazione delle riunioni per confrontarsi con i medici clinici, sia la partecipazione agli incontri con gli altri medici coordinatori si configurano come due compiti specifici del medico coordinatore. Una precisazione che si deve però assolutamente fare è quella che consiste nel delineare con maggiore precisione, oltre alla necessità di sviluppare delle occasioni di confronto con i medici clinici, anche i rapporti professionali che si instaurano tra i medici coordinatori e i medici clinici. Pertanto si valuta la possibilità di creare una singola voce volta a disciplinare espressamente i rapporti professionali tra medici clinici e medici coordinatori, collocandola antecedentemente alla presente.
- ▶ Cerchiamo di spiegare un po’ meglio la questione. Se nell’ambito ospedaliero il medico Primario prende una decisione, tutti i medici devono accettare la sua decisione e la sua impostazione terapeutica in quanto sono suoi dipendenti, mentre nella RSA il medico coordinatore non può imporre unilateralmente le sue decisioni in quanto i medici clinici sono suoi collaboratori e non sono giuridicamente riconosciuti come suoi dipendenti. Con tale affermazione vogliamo dire che il medico coordinatore non ha alcun potere decisionale nei confronti dei medici clinici, per cui può solamente limitarsi a consigliare degli indirizzi. Ma se nelle RSA più piccole questo problema non si verifica in quanto vi è la figura del medico unico che svolge sia attività di diagnosi che di coordinamento, nelle RSA più grandi si cerca di arginarlo collocando il medico coordinatore in una serie di rapporti di fiducia tra colleghi in cui si fa esplicitamente comprendere la sua posizione gerarchicamente sovraordinata, pur non essendo giuridicamente contemplata. Per queste ragioni, sarebbe utile creare una specifica voce in capitolo, spiegando bene il legame professionale che lega i medici coordinatori ai medici clinici: un rapporto professionale inteso non solo come un rapporto di integrazione, ma anche come un rapporto di dipendenza. E questo deve essere detto in termini espliciti, per evitare di creare delle confusioni e delle contese tra i medici stessi.
- ▶ *“Raccordo con l’Azienda e con il Distretto” e “Raccordo con i medici specialisti”*.

Queste due voci non presentano alcun tipo di imprecisione in quanto il medico coordinatore si qualifica come il principale responsabile sanitario della struttura. Per questo motivo è nell'ordine delle cose che costituisca la figura di confronto con l'Azienda Provinciale dei Servizi Sanitari, con il Distretto Sanitario e con i medici specialisti.

- ▶ *“Ogni altro adempimento connesso alla gestione sanitaria della struttura”.* Questa voce può configurarsi come il “cavallo di battaglia” dei medici coordinatori. Dire che il medico coordinatore è incaricato di ogni adempimento legato alla gestione della struttura da un punto di vista sanitario significa riconoscergli quella serie di competenze organizzative nella gestione delle attività sanitarie che tanto gli vengono criticate dalle figure amministrative. Questa contesa accade per una ragione di presunta incapacità di gestione della struttura secondo le procedure tipiche del management sanitario o forse, e più probabilmente, per un motivo legato al mantenimento del potere nella sfera organizzativa da parte dei Dirigenti Amministrativi. L'unico suggerimento che si può dare in merito è quello di insistere su questa voce ogni qualvolta i medici coordinatori vengono depotenziati delle loro competenze nella gestione sanitaria della struttura residenziale.
- ▶ *“Redazione di una relazione annuale sull'andamento dell'assistenza agli ospiti da inviare, per il tramite della Direzione della RSA, al Distretto di competenza e, per conoscenza, all'Assessorato alle Politiche per la Salute”.* Anche quest'ultima voce non è discutibile. Infatti si ritiene che il medico coordinatore sia la figura più adatta a stilare questa relazione in quanto dispone di una visione generale sull'assistenza e sul suo andamento che gli altri professionisti della salute non hanno o hanno solo limitatamente al loro settore di competenza. Nel supervisionare le varie figure e le loro attività, il medico coordinatore ha acquisito quella visione dall'alto che gli permette di redigere una relazione completa ed esaustiva su tutti i servizi legati all'assistenza.
- ▶ Oltre a queste precisazioni, si suggeriscono altri due spunti integrativi. In prima istanza, si valuta importante inserire una voce che faccia riferimento all'attività di gestione del rapporto con i familiari: si tratta di un'attività che impegna molto il medico coordinatore specialmente nelle sue funzioni di diagnosi e cura, visto che i familiari vogliono essere costantemente informati sullo stato di salute del proprio caro. I medici coordinatori cercano, poi, di concordare quanto più possibile con i familiari il percorso di assistenza che può essere di accanimento terapeutico o di accompagnamento, gestendo anche le liti tra gli stessi in merito al modello assistenziale da adottare. Pertanto, si potrebbe introdurre una voce ulteriore che, tra le competenze del medico coordinatore, inserisce la “gestione dei rapporti con i familiari dell'ospite, in collaborazione con il Coordinatore dei Servizi Sociali e il Responsabile di Struttura”. In seconda istanza, un'altra voce che è bene che figuri tra le competenze del medico coordinatore è quella concernente l'elaborazione di una serie di linee

guida di tipo organizzativo finalizzate all'igiene del paziente, alla prevenzione delle malattie, alla gestione dell'alimentazione, etc. Queste linee guida sono particolarmente utili nei momenti di assenza del medico coordinatore in quanto permettono di stabilire un *modus operandi* uguale per tutti gli operatori. La stesura di queste linee guida si configura come una competenza peculiare del medico coordinatore dal momento che rappresenta la figura più adatta nella gestione delle attività sanitarie sia da un punto di vista organizzativo che di programmazione. Diventa così opportuno fissare tra le competenze del medico coordinatore una voce concernente l'"elaborazione di linee guida per l'organizzazione sanitaria della struttura, al fine di garantire un'omogeneità di comportamento del personale".

Al di là di queste proposte suggerite per definire più chiaramente le aree di competenza e gli ambiti di autonomia del medico coordinatore, si intende anche mettere in rilievo la questione dei parametri assistenziali. Tale questione si riferisce al fatto che nella direttiva provinciale, sopra riproposta in termini più perfezionati, vengono indicati dei parametri assistenziali che sono valutati da tutti i medici come assolutamente inadeguati. Il punto più controverso si evidenzia nell'affermazione per cui l'assistenza medica agli ospiti della struttura residenziale debba essere assicurata per "almeno due minuti al giorno ogni posto letto base". Ciò che lascia perplesso è che se l'attività assistenziale comprende i piani di assistenza individuali, le discussioni in équipe e le valutazioni cliniche dei pazienti risulta alquanto difficoltoso che tutte queste attività si possano ridurre nel lasso temporale di soli due minuti. Chiaramente questi parametri sono assolutamente inadatti, motivo per cui bisogna necessariamente rivisitarli a partire dalla conoscenza delle attività di cura e di assistenza che vengono effettivamente svolte nelle RSA. È però anche vero che i parametri indicati nella direttiva rispondono all'esigenza di fissare degli standard minimi assistenziali (e ciò è evidente nella scelta dell'avverbio "almeno"), oltre i quali ciascuna RSA è libera di garantire tempi di assistenza superiori. Questi parametri servono anche a fissare dei criteri di rimborso da parte della Provincia, in relazione alle necessità economiche previste dall'assistenza sanitaria nel suo complesso. In ogni caso, anche se questi parametri indicano un valore medio in termini assistenziali, risulta opportuno adottare un modello più flessibile ed aderente alla realtà, ad esempio, lasciando ad ogni RSA la libertà di determinare i tempi assistenziali più conformi al carico del proprio lavoro, procedendo al rimborso economico in un secondo momento. Nonostante esistano queste direttive e sia stato organizzato un corso di formazione destinato ai medici coordinatori, il profilo professionale del medico coordinatore non ha ancora assunto un'entità ben precisa in quanto si tratta di una figura assai complessa che assume in sé vari ruoli e varie responsabilità. Per quanto riguarda la responsabilità sanitaria i medici coordinatori ne sono i principali garanti, a fianco dei medici clinici, mentre per le altre responsabilità

e funzioni è spesso difficile comprendere fin dove ci si possa spingere e dove siano i confini delle proprie aree di competenza. È dal 2004 che si parla di riconoscere formalmente questa figura, in modo tale da darle delle specifiche garanzie contrattuali, specificando bene a che cosa ha diritto e collocandola in una precisa posizione nell'organigramma. In particolare, si tratta di avviare il riconoscimento della specificità di questo ruolo che manca di una connotazione peculiare sia nelle attività che è legittimato a svolgere, sia nella normativa contrattuale che porta alla sua identificazione in una categoria specifica di professionisti. Se si agisse in questa direzione, i medici coordinatori potrebbero finalmente avere un'autonomia professionale e una sicurezza di rapporto di lavoro grazie ad un apposito inquadramento professionale e normativo che eviterebbe di assoggettarli alla variabilità dei climi amministrativi.

Dunque, appare necessario riprendere in considerazione i ruoli professionali della direzione amministrativa e del medico coordinatore, soprattutto in riferimento alla distribuzione delle loro sfere di potere, senza trascurare di esplicitare meglio anche i rapporti professionali che legano il medico coordinatore ai suoi colleghi e subordinati. Per questo motivo di fondo si crede che un ripensamento delle direttive provinciali in questo senso debba essere fatto. L'errore non deve però essere quello di concentrarsi solamente sulla ridefinizione della singola figura del medico coordinatore, quanto piuttosto sul ripensamento di quest'ultimo in relazione alle altre figure, sia sovraordinate che subordinate, presenti nel contesto organizzativo della RSA. Infatti, il pensare di riscrivere il profilo del medico coordinatore perché non ha una propria sfera di autonomia esclusiva oppure perché è sempre in aperto contrasto con gli amministrativi può risultare riduttivo, in quanto questa revisione deve essere fatta in riferimento al contesto organizzativo in cui tale profilo è collocato e sulla base anche degli altri profili professionali di collaborazione sanitaria. Poi, ovviamente, occorre anche l'impegno da parte delle singole persone che stanno dietro alle figure professionali nel rispettare i propri ambiti di competenza all'interno dell'equipe di lavoro, garantendo comunque un confronto continuo grazie al quale si possa essere costantemente informati su cosa faccia l'altro.

Sicuramente, quanto più un profilo professionale è definito in maniera chiara ed univoca, minore è il range di equivoci e di sovrapposizioni tra le sfere di autonomia professionale che si possono verificare. Ma il discorso non è così semplice come può apparire. Si è infatti ipotizzato che il profilo professionale del medico coordinatore fosse stato volutamente definito in termini generici proprio per evitare di porre dei "paletti" eccessivamente rigidi nella delimitazione degli ambiti di competenza. L'aver cioè definito in modo così ampio il profilo professionale del medico coordinatore può derivare dal fatto che ogni volta che un profilo viene definito in termini univoci scattano subito delle rivendicazioni da parte della figura correttamente definita. Se, ad esempio, fosse stato scritto "direzione del personale infermieristico e riabilitativo" al posto di

“direzione delle attività del personale infermieristico e riabilitativo”, l’Ordine dei Medici si sarebbe subito attivato ed avrebbe chiesto l’intervento tempestivo della Provincia per riconoscere il ruolo di dirigenza al medico coordinatore. Probabilmente si tratta anche di un problema di sostenibilità dei costi da parte della Provincia che, proprio per una ragione finanziaria, potrebbe avere delle difficoltà nel riconoscere quaranta o più medici coordinatori. A nostro avviso, la risoluzione di questi problemi può avvenire seguendo la strada del riconoscimento formale e professionale del medico coordinatore, investendolo del ruolo di Dirigente medico. Un vero e proprio Dirigente, al quale deve essere affidata tutta la parte di gestione sanitaria della struttura residenziale in condizioni di reale autonomia professionale, pur sempre in un quadro di lavoro di équipe e di confronto propositivo con i Dirigenti Amministrativi. In questa maniera sarà possibile assicurargli una dignità di sicurezza professionale, legale e contrattuale all’interno del contesto della RSA.

### *Conclusioni*

Alla luce di queste considerazioni e di questi suggerimenti, possiamo dire che questo lavoro di ricerca potrà effettivamente assumere un certo grado di utilità solamente se verrà sottoposto all’attenzione della classe politica: di fatto è proprio a livello di Giunta Provinciale che vengono prese tutte le decisioni in merito alla legittimazione di tale figura professionale. Tale studio non ha la pretesa di criticare cosa è stato fatto finora, in quanto è già un buon punto di partenza l’aver delineato una lista generica di attività da attribuire alla figura del medico coordinatore, oltre all’aver definito come requisito di assunzione da parte delle RSA il superamento dell’esame finale previsto per il corso di formazione per medici coordinatori. Il contributo che si è cercato di dare è stato quello di specificare gli ambiti di competenza del medico coordinatore, tramite una serie di puntualizzazioni migliorative alla direttiva provinciale che definisce genericamente le sue attività. Ciò è stato realizzato nella prospettiva di giungere al riconoscimento del profilo del medico coordinatore sia dal punto di vista del suo inquadramento professionale come Dirigente medico che nella definizione della normativa contrattuale del suo rapporto di lavoro.

Vi è da dire che uno studio basato sul modello delle competenze può costituire un’utile premessa teorica all’individuazione di un *set* di competenze peculiari da assegnare alla figura del medico coordinatore, favorendo così l’implementazione di scelte politiche indirizzate alla legittimazione del suo profilo professionale. Ciascun profilo ha, infatti, origine da un’analisi condotta a livello di attività svolte e di competenze necessarie a rivestire tale ruolo, in maniera tale da mettere in luce cosa una determinata figura è legittimata a fare in relazione anche alle altre figure in gioco. Nel corso della presentazione dei vari risultati desunti dalle interviste, c’è stato modo di mettere a confronto due diversi contesti organizzativi di RSA, l’Apsp

Civica e il Gruppo Spes, per mostrare come i problemi riscontrati in una realtà siano stati affrontati dall'altra e viceversa. Anche se, nel Gruppo Spes, il medico coordinatore ha ricevuto una legittimazione considerevole in termini contrattuali e può contare su una distribuzione diffusa delle attività con le altre figure professionali, grazie al Responsabile Tecnico Assistenziale che lo coadiuva nelle attività di tipo organizzativo, permane comunque la sua volontà di acquisire quello status formale che lo riconosca in termini di Dirigente medico. Quindi, non è tanto una differente scelta di modello organizzativo che può risolvere questa difficile questione, quanto piuttosto un intervento attivo e ben strutturato finalizzato alla legittimazione del profilo professionale del medico coordinatore.

Il contesto organizzativo dell'Apss Margherita Grazioli di Povo è stato considerato solo in minima parte, in quanto questa realtà è stata scelta per comprendere se i conflitti tra i Dirigenti Amministrativi e i medici coordinatori potessero assumere un'impronta effettivamente così diffusa. E questo conflitto critico è stato confermato come una tendenza pressoché generale avvertita in tutte le RSA della Provincia Autonoma di Trento. Ma come si può agire concretamente per porvi limite? Nelle conclusioni fin qui riportate si sono presentate, in sostanza, due possibili soluzioni: da un lato, si è proposto di insistere sul perfezionamento delle direttive provinciali allo scopo di delimitare meglio e più chiaramente gli ambiti di autonomia e di competenza del medico coordinatore in relazione anche alle altre figure e, dall'altro, si è suggerito di agire nella prospettiva del potenziamento della formazione del medico coordinatore specialmente nella sfera organizzativo-manageriale. Cercheremo, ora, di esplicitare meglio questa seconda proposta.

Il corso di formazione per medici coordinatori costituisce un'opportunità di investimento formativo, da parte dei medici che desiderano lavorare in RSA, molto importante perché intende sviluppare una cultura di tipo gerontologico e geriatrico che viene appresa solo in parte nel ciclo di studi universitari. In un contesto assistenziale in cui la permanenza degli ospiti nelle strutture residenziali aumenta sempre di più ed in cui vi è un incremento delle patologie da diagnosticare e da curare, la presenza di un medico competente nell'area clinica risulta assolutamente indispensabile per rispondere ai molteplici bisogni sanitari degli ospiti. Questo è un discorso che vale non solo per i medici coordinatori, ma anche per i medici clinici e comunque è chiaro che i medici coordinatori non possono esimersi dal formarsi nella parte clinica altrimenti non sarebbero più classificabili come medici, ma come amministrativi. E questa è una prerogativa che devono assolutamente mantenere per non venire snaturati nel loro profilo di medico coordinatore e nel futuro di Dirigente medico.

Se rispetto alla formazione a livello clinico non ci sono particolari suggerimenti da dare, sulla formazione organizzativo-manageriale c'è invece qualche spunto di intervento da sottolineare. Visto che il medico coordinatore ambisce ad un profilo professionale di Dirigente medico, allora è anche giusto che acquisisca delle competenze organizzative tali da permettergli di svolgere al meglio le sue funzioni di coordinamento nelle attività sanitarie. Pertanto, occorre sviluppare un corso di *ma-*

*nagement* sanitario finalizzato a fornire ai futuri Dirigenti medici quelle conoscenze legali, amministrative e legislative che tanto vengono richieste per ricoprire quel ruolo. È vero che è già presente un corso di formazione per medici coordinatori, ma si propone di potenziarlo con un corso parallelo specializzato in quest'area manageriale oppure con degli appositi moduli di insegnamento focalizzati su queste necessità formative.

Le RSA stanno attualmente concludendo il loro processo di trasformazione in Aziende pubbliche di servizi alla persona. Nella loro progressiva acquisizione di autonomia economica ed organizzativa, si prospetta che, nei prossimi anni, la Provincia possa affidare a queste Aziende la possibilità di gestirsi autonomamente in tutto e per tutto. E se questo progetto venisse veramente realizzato, le competenze del medico coordinatore dovrebbero necessariamente essere intensificate sul piano della gestione sanitaria. Ad esempio, potrebbe accadere che i farmaci non vengano più forniti dall'Azienda Provinciale dei Servizi Sanitari e, quindi, il medico coordinatore si troverebbe nella situazione di dover valutare in prima persona i farmaci più convenienti in termini sia di qualità-prezzo che di criteri di adeguatezza. Per effettuare queste scelte occorrono delle conoscenze specialistiche nell'ambito delle strategie di economia sanitaria, nella progettazione delle linee di sviluppo sanitario e nella gestione dei *budget* stanziati per le attività sanitarie, tutte competenze che possono essere sviluppate e potenziate tramite uno specifico corso di formazione inerente al management sanitario.

Se nel passaggio a quello che si è ipotizzato essere il futuro delle Aziende pubbliche di servizi alla persona i Dirigenti amministrativi sembrano arrivare sufficientemente preparati, in quanto comunque hanno acquisito una preparazione specialistica a livello di strategie manageriali e di coordinamento organizzativo, i medici coordinatori non appaiono del tutto pronti a questo salto a meno che non vengano attivate delle opportunità formative manageriali nel senso sopra indicato. Il suggerimento è quello di avviare un corso di formazione simile e parallelo rispetto a quello che è stato organizzato recentemente per i Presidenti e per i Direttori delle Apsp, il cui obiettivo riguarda lo sviluppo di una visione comune dell'evoluzione dei ruoli direzionali in relazione alle trasformazioni delle organizzazioni che erogano servizi socio-assistenziali<sup>38</sup>. Un'offerta formativa di questo calibro preparerebbe al meglio i medici coordinatori specialmente in vista della legittimazione del loro profilo professionale nel ruolo di Dirigente medico, che ci auguriamo possa avvenire al più presto e con le dovute cautele sottolineate nel corso di questo studio esplorativo.

---

<sup>38</sup> Nell'Allegato n. 9 dell'Appendice si può consultare il programma completo del "Progetto di alta formazione per Presidenti e Direttori delle Apsp".



## Considerazioni finali

A lavoro di ricerca ultimato è bene fissare e rispolverare i nodi di fondo, in maniera tale da presentare questa ricerca come uno spunto interpretativo per successivi approfondimenti e per ulteriori commenti. Il filo rosso di questo studio esplorativo ha riguardato l'analisi del profilo professionale del medico coordinatore di RSA in alcune realtà organizzative ed, in particolare, all'interno del contesto dell'Asps Civica di Trento scelta come esempio di Ente pubblico sanitario-assistenziale molto articolato sul territorio. Si è poi proceduto nella direzione di comprendere come i problemi e gli aspetti critici individuati nel caso della Civica siano stati affrontati in una realtà piuttosto differente, quella del Gruppo Spes, che rappresenta un esempio di struttura residenziale privata e di dimensioni ridotte. Per esplicitare meglio questi due contesti di analisi sono stati riportati i singoli organigrammi con le relative funzioni assegnate alle figure professionali in essi coinvolte, grazie alle quali è stato possibile fornire una panoramica sommaria sul funzionamento generale della RSA.

Per indagare il ruolo e le funzioni svolte dal medico coordinatore si è deciso di sottoporre ad intervista dodici figure chiave operanti nei contesti residenziali, le quali possono essere inglobate in tre gruppi: le figure amministrative, i medici coordinatori ed infine i collaboratori e/o subordinati dei medici coordinatori. Diversamente da quanto si era inizialmente ipotizzato, le problematiche maggiormente sentite sono state quelle inerenti alla sovrapposizione degli ambiti di competenza non tanto tra i medici coordinatori e i medici clinici (visto che entrambi si occupano delle attività di diagnosi e cura), ma piuttosto tra i medici coordinatori e i Direttori Amministrativi. Un fatto alquanto singolare dato che ai medici coordinatori viene attribuita la responsabilità di coordinamento sanitario e di gestione delle attività sanitarie, mentre ai Direttori viene assegnata la responsabilità nella gestione amministrativa generale della struttura residenziale nel suo complesso.

L'enfasi che è stata posta sull'analisi dei rapporti di lavoro del personale, specialmente a livello dirigenziale, ci ha permesso di mettere in luce la necessità di ridisegnare in maniera più chiara e definita i confini di competenza tra il medico coordinatore e il Dirigente Amministrativo, in modo tale da ridurre i conflitti di potere e le dispute in merito alla distribuzione delle attività, delle sfere di competenza e degli ambiti di autonomia professionale. Questi episodi di conflittualità devono essere assolutamente frenati ed arginati per evitare di ledere agli standard socio-assistenziali delle RSA e alla qualità complessiva delle prestazioni sanitarie erogate. Per agire in questa direzione si è proposto di ridefinire la direttiva provinciale che disciplina il ruolo e le attività del medico coordinatore, permettendogli così di acquisire quel riconoscimento formale e professionale grazie al quale può identificarsi in uno specifico profilo di Dirigente medico.

Preso atto del fatto che questo ripensamento dei rapporti lavorativi si configura

come una questione eminentemente politica, oltre che organizzativa, sarà forse difficile avere degli sviluppi concreti e positivi nel futuro, dal momento che entrano in gioco svariati interessi politici e possibili rivendicazioni sindacali nel caso di eventuali variazioni nella sfera di attribuzione delle competenze del personale. Allora, se non si potrà avere, almeno nel più immediato futuro, un riconoscimento formale del profilo del medico coordinatore, con garanzie contrattuali e con una specifica delimitazione dei suoi ambiti di competenza, si suggerisce di progettare un corso di formazione di *management* sanitario volto a potenziare ulteriormente i medici coordinatori sul versante manageriale e permetterli così di confrontarsi in maniera paritetica con la dirigenza amministrativa.

L'impiego di un modello di gestione delle risorse umane basato sulle competenze ha costituito un'utile premessa teorica per l'individuazione di una serie di competenze peculiari da assegnare alla figura del medico coordinatore, grazie alle quali è stato possibile sviluppare delle considerazioni sui rapporti professionali e sulle sfere di attività esclusive dei vari membri del personale. Questo studio esplorativo è stato, pertanto, realizzato nel tentativo di procedere con la legittimazione del profilo professionale del medico coordinatore in un ruolo di stampo dirigenziale, il quale risulta essere assolutamente necessario viste le recenti trasformazioni delle strutture residenziali in Aziende pubbliche di servizi alla persona.

# Appendice

**Allegato n. 1 - Elenco delle Residenze Sanitarie Assistenziali presenti sul territorio della Provincia Autonoma di Trento nel 2003 e suddivise per comprensori<sup>1</sup>.**

Comprensori con relative Residenze sanitarie assistenziali	Posti letto in RSA
<b>VALLE DI FIEMME</b>	
Casa di Riposo "S. Gaetano" - Predazzo	75
Casa di Riposo "Giovannelli" - Tesero	69
<b>PRIMIERO</b>	
Casa di Riposo - Canal San Bovo	52
Casa Soggiorno Anziani "S. Giuseppe" - Transacqua	71
<b>BASSA VALSUGANA</b>	
Casa di Riposo "S. Maria della Misericordia" - Borgo Valsugana	45
Casa di Riposo "Suor Agnese" - Castello Tesino	48
Casa di Soggiorno per Anziani - Grigno	48
Casa di Riposo - Pieve Tesino	50
Casa di Riposo "Giuseppe" - Roncegno	48
Casa di Riposo "Redenta Floriani" - Strigno	71
<b>ALTA VALSUGANA</b>	
Centro Residenziale per Anziani "Pierina Negriolli" - Levico Terme	114
Casa di Riposo "S. Spirito" - Pergine Valsugana	178
Casa di Riposo "Villa Alpina" - Montagnaga	50
<b>VALLE DELL'ADIGE</b>	
Casa di Riposo - Cavedine	53
Casa di Riposo - Lavis	90
Casa "Cristani de Luca" - Mezzocorona	74
Soggiorno per Anziani "S. Giovanni" - Mezzolombardo	72
<b>CITTÀ DI TRENTO</b>	

<sup>1</sup> Fonte: <<http://www.upipa.tn.it/>>. Oltre ad indicare la distribuzione delle Rsa per relativi comprensori, viene anche presentato il dato relativo ai posti letto disponibili per ciascuna di queste realtà istituzionali. Riferimenti quantitativi di questo tipo ci permettono di comprendere il grado di diffusione dei servizi assistenziali in capo alle RSA, senza tralasciare le effettive possibilità di ricovero.

Comprensori con relative Residenze sanitarie assistenziali	Posti letto in RSA
Civica Casa di Riposo - Trento	171
Civica Casa di Riposo - Gabbio	51
Civica Casa di Riposo - Gardolo	62
Casa di Riposo "Margherita Grazioli" - Povo	167
Istituto Arcivescovile per Sordi - Trento	108
S.P.E.S. - Trento "Villa Belfonte"	70
S.P.E.S. - Trento "Casa famiglia"	39
Casa di Riposo di Via Vittorio Veneto - Trento	72
VALLE DI NON	
Casa di Riposo "S. Maria" - Cles	98
Casa di Riposo "Stella Montis" - Fondo	50
VALLE DI SOLE	
Casa di Riposo - Malè	82
Casa di Riposo "Dott. Bontempelli" - Pellizzano	49
VALLI GIUDICARIE E RENDENA	
Casa Soggiorno Anziani delle Giudicarie Esteriori-Bleggio Superiore	109
Casa Soggiorno Anziani - Condino	64
Casa di Riposo "P. Odone Nicolini" - Pieve di Bono	67
Casa di Riposo "Abelardo Collini" - Pinzolo	59
Casa di Riposo "S. Vigilio" - Spiazzo	101
Casa di Riposo "S. Vigilio" - Spiazzo	101
RSA di Tione - Tione	22
Villa San Lorenzo RSA - Storo	56
ALTO GARDA E LEDRO	
Fondazione Comunità di Arco - Arco	118
Casa di Riposo "Giacomo Cis" - Bezzecca	57
Casa Soggiorno Anziani - Dro	45
Casa Soggiorno Anziani - Riva del Garda	72
VALLAGARINA	
Casa Soggiorno Anziani - Avio	64
Casa di Riposo per anziani ed inabili - Brentonico	68
Casa di Riposo "E. Laner" - Folgaria	57
Soggiorno "Cesare Benedetti" - Mori	80
Opera Romani - Nomi	165
Casa Soggiorno Anziani - Rovereto	225
Casa di Riposo - Vallarsa	33

**Allegato n. 2 - Elenco delle Aziende pubbliche di servizi alla persona (Apsp) presenti nella Provincia Autonoma di Trento nel 2007<sup>2</sup>.**

ALA	Fondazione "Cavalier Antonio De Pizzini"
ARCO	Azienda Pubblica Di Servizi Alla Persona "Fondazione Comunità di Arco"
AVIO	Azienda Pubblica Di Servizi Alla Persona "Ubaldo Campagnola"
BEZZECA	Azienda Pubblica Di Servizi Alla Persona "Giacomo Cis"
BLEGGIO SUPERIORE	Azienda Pubblica Di Servizi Alla Persona "Giudicarie Esteriori"
BORGO VALSUGANA	Azienda Pubblica Di Servizi Alla Persona "San Lorenzo e Santa Maria Della Misericordia"
BORGO VALSUGANA	Fondazione "Ferdinando Dal Trozzo"
BREGUZZO	Fondazione "Don Bartolomeo Vedovelli"
BRENTONICO	Azienda Pubblica Di Servizi Alla Persona di Brentonico
CANAL SAN BOVO	Azienda Pubblica Di Servizi Alla Persona "Valle Del Vanoi"
CANAL SAN BOVO	Fondazione "Giacomina Bancher"
CASTELLO TESINO	Azienda Pubblica Di Servizi Alla Persona "Suor Agnese Di Castello Tesino"
CAVEDINE	Azienda Pubblica Di Servizi Alla Persona "Residenza Valle Dei Laghi"
CLES	Azienda Pubblica Di Servizi Alla Persona "Santa Maria"
CONDINO	Azienda Pubblica Di Servizi Alla Persona "Rosa Dei Venti"
DRO	Azienda Pubblica Di Servizi Alla Persona "Residenza Molino"
FOLGARIA	Azienda Pubblica Di Servizi Alla Persona "Casa Laner"
GRIGNO	Azienda Pubblica Di Servizi Alla Persona "Casa di Soggiorno Suor Filippina"

<sup>2</sup> Fonte: <<http://www.regione.taa.it/>>

ISERA	Fondazione "Giannino e Maria Galvani"
LAVIS	Azienda Pubblica Di Servizi Alla Persona "Giovanni Endrizzi"
LEVICO TERME	Azienda Pubblica Di Servizi Alla Persona "S. Valentino"
LEVICO TERME	Azienda Pubblica Di Servizi Alla Persona "Centro Don Ziglio"
MALÈ	Azienda Pubblica Di Servizi Alla Persona "Centro Servizi Socio-Sanitari e Residenziali"
MALÈ	Fondazione "Ugo Silvestri"
MATTARELLO (COMUNE DI TRENTO)	Istituto "S. Vigilio per Orfani e Anziani"
MEZZOCORONA	Azienda Pubblica Di Servizi Alla Persona "Cristani - De Luca"
MEZZOLOMBARDO	Azienda Pubblica Di Servizi Alla Persona "San Giovanni"
MORI	Azienda Pubblica Di Servizi Alla Persona "Cesare Benedetti"
NOGAREDO	Fondazione "S. Maria e Gioseffo"
NOMI	Azienda Pubblica Di Servizi Alla Persona "Opera Romani"
PELLIZZANO	Azienda Pubblica Di Servizi Alla Persona "Dott. Antonio Bontempelli"
PERGINE VALSUGANA	Azienda Pubblica Di Servizi Alla Persona "S. Spirito - Fondazione Montel"
PIEVE DI BONO	Azienda Pubblica Di Servizi Alla Persona "Padre Odone Nicolini"
PIEVE TESINO	Azienda Pubblica Di Servizi Alla Persona "Piccolo Ospedale"
PINZOLO	Azienda Pubblica Di Servizi Alla Persona "Centro Residenziale Abelardo Collini"
POVO DI TRENTO	Azienda Pubblica Di Servizi Alla Persona "Margherita Grazioli"
PREDAZZO	Azienda Pubblica Di Servizi Alla Persona "San Gaetano"
RIVA DEL GARDA	Azienda Pubblica Di Servizi Alla Persona "Città Di Riva"

RIVA DEL GARDA	Azienda Pubblica Di Servizi Alla Persona "Casa Mia"
RONCEGNO TERME	Azienda Pubblica Di Servizi Alla Persona "S. Giuseppe"
ROVERETO	Azienda Pubblica Di Servizi Alla Persona "Opera Armida Barelli"
ROVERETO	Azienda Pubblica Di Servizi Alla Persona "Clementino Vannetti"
SPIAZZO	Azienda Pubblica Di Servizi Alla Persona "Casa Di Riposo S. Vigilio -Fondazione Bonazza"
STORO	Azienda Pubblica Di Servizi Alla Persona "Villa San Lorenzo"
STRIGNO	Azienda Pubblica Di Servizi Alla Persona "Redenta Floriani"
TAIO	Azienda Pubblica Di Servizi Alla Persona "Anaunia"
TERLAGO	Fondazione "Lodovico Defant"
TESERO	Azienda Pubblica Di Servizi Alla Persona "Casa Di Riposo Giovanelli"
TRANSACQUA	Azienda Pubblica Di Servizi Alla Persona "San Giuseppe"
TRENTO	Azienda Pubblica Di Servizi Alla Persona "Civica Di Trento <sup>3</sup> "
TRENTO	Azienda Pubblica Di Servizi Alla Persona "Fondazione Crosina Sartori Cloch"
TRENTO	Azienda Pubblica Di Servizi Alla Persona "Beato De Tschiderer"
VALLARSA	Azienda Pubblica Di Servizi Alla Persona "Don Giuseppe Cumer"
VIGO DI FASSA	Azienda Pubblica Di Servizi Alla Persona "Valle di Fassa"

---

<sup>3</sup> L'Apsp "Civica" di Trento costituisce uno dei setting di analisi in cui sono state effettuate le interviste al personale lavorativo

## Allegato n. 3 - Ripartizione delle aree di insegnamento per anno, previste nella Scuola di Specializzazione in Geriatria dell'Università degli Studi di Verona<sup>4</sup>.

### I° ANNO

F04A - Biologia dell'invecchiamento	ore 20
F04A - Fisiologia dell'invecchiamento	ore 20
F07A - Patologia geriatrica	ore 60
F07A - Semeiotica e metologia geriatrica	ore 60
F11A - Psicologia dell'anziano	ore 20
F01X - Elementi di statistica, epidemiologia e demografia	ore 20
<i>Totale</i>	<i>ore 200</i>

### II° ANNO

F04A - Patologia generale	ore 20
E07X - Farmacologia	ore 30
F07A - Patologia geriatrica	ore 50
F07A - Semeiotica e metologia geriatrica	ore 50
F07A - Tecniche e metodologie specifiche relative agli apparati respiratorio, cardiovascolare e gastroenterico	ore 20
F16B - Elementi di riabilitazione geriatrica	ore 30
<i>Totale</i>	<i>ore 200</i>

### III° ANNO

F07A - Clinica geriatrica e terapia	ore 70
F16A - Ortopedia geriatrica	ore 10
F10X - Urologia geriatrica e tecniche di riabilitazione della vescica	ore 20
F11B - Neurologia geriatrica	ore 25
F11A - Psicogeriatrica	ore 25
F16B - Riabilitazione motoria e neurologica	ore 25
F07A - Riabilitazione respiratoria e cardiovascolare	ore 25
<i>Totale</i>	<i>ore 200</i>

---

<sup>4</sup> Fonte: <<http://www.medicina.univr.it/>>



## IV° ANNO

F07A - Clinica geriatrica e terapia	ore 100
F08A - Chirurgia geriatrica	ore 30
F16B - Riabilitazione delle funzioni cerebrali superiori	ore 20
F07A - Geriatria sociale	ore 20
F07A - Terapia occupazionale e geragogia	ore 10
F07A - Pratica geriatrica extra ospedaliera ed organizzazione sanitaria	ore 10
F07A - Formazione del personale e assistenza geriatrica	ore 10
<i>Totale</i>	<i>ore 200</i>

**Allegato n. 4 – Questionario di autovalutazione dei partecipanti alla prima edizione del “Corso per medici coordinatori di RSA”<sup>5</sup>.**

Gestire farmacologicamente (e non) lo stato confusionale	8,72
Gestire la relazione con i familiari del morente	8,56
Gestire lo scompenso cardiaco acuto	8,56
Valutare lo stato cognitivo dell’ospite al fine di organizzare l’assistenza idonea	8,50
Gestire la relazione con il morente	8,50
Trattare le piaghe da decubito	8,50
Gestire l’ospite diabetico	8,50
Gestire la dispnea nell’ospite terminale	8,50
Porre obiettivi e identificare gli indicatori per la popolazione di ospiti dementi	8,44
Gestire l’ospite incontinente	8,44
Gestire l’organizzazione e le attività per raggiungere gli obiettivi posti	8,39
Gestire la sincope	8,39
Conoscere le norme di responsabilità degli operatori	8,33
Saper affrontare le problematiche organizzative e cliniche della politerapia dell’anziano	8,29
Conoscere le norme sulla capacità di intendere e di volere	8,29
Conoscere le norme sulle refertazioni e sulle certificazioni	8,28
Saper tenere le relazioni con gli altri soggetti istituzionali coinvolti	8,24
Saper valutare lo stato nutrizionale	8,22
Conoscere le norme sul segreto professionale e d’ufficio	8,22
Predisporre le linee guida per la prescrizione e la somministrazione corretta dei farmaci	8,18
Saper verificare i risultati	8,12
Conoscere i fabbisogni energetici, vitaminici e idroelettrolitici dei pazienti	8,11
Trattare i più comuni problemi dermatologici	8,11
Trattare il prurito	8,11
Conoscere i fattori che influenzano compliance	8,06

<sup>5</sup> Fonte: Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, Formazione Coordinatori RSA. Protocollo n. 103/E3/V/P, Provincia Autonoma di Trento, ottobre 2004. Il questionario fornisce i risultati sull’importanza che viene data dai partecipanti ad alcune competenze tipiche della professione del medico di Rsa. I presenti risultati sono stati ordinati in base ad una scala di importanza decrescente

Conoscere le norme del consenso informato	8,06
Conoscere le norme sulla privacy	7,83
Saper lavorare per obiettivi e per progetti	7,71
Saper trattare, dal punto di vista farmacologico, il paziente con deficit cognitivo	7,61
Conoscere l'organizzazione generale e amministrativa della Rsa	7,53
Saper gestire il budget	7,53

## Allegato n. 5 - Programma della prima edizione del corso di formazione per medici coordinatori di RSA<sup>6</sup>.

Data	Ora	Argomento	Docente
25 marzo	Giovedì mattina	Aspetti etici e sociali dell'invecchiamento della popolazione	Prof. Bosello
	Giovedì pomeriggio	Contratto d'aula e focalizzazione della domanda formativa	Dott. Parisi
26 marzo	Venerdì mattina	Rsa come risposta sanitaria ai problemi dell'invecchiamento della popolazione; Rsa come risposta alla domanda socio-assistenziale	Dott. Noro Dott. Colombo
	Venerdì pomeriggio	Focalizzazione delle aree di interesse	Dott. Parisi
29 aprile	Giovedì	Approccio e valutazione multidimensionale; Il piano assistenziale	Dott. Noro Dott. Bernardini
30 aprile	Venerdì mattina	L'accoglienza	Dott. Pichler
	Venerdì pomeriggio	Metodi di lettura e analisi del contesto organizzativo	Dott. Parisi
20 maggio	Giovedì mattina	La gestione dell'ospite disabile	Dott. Bernardini
	Giovedì pomeriggio	L'ospite con problemi motori	Dott.ssa Grecchi
21 maggio	Venerdì mattina	Il processo decisionale basato sulle prove di efficacia	Dott. Clerici
	Venerdì pomeriggio	Le linee guida in geriatria	Dott. Rozzini

<sup>6</sup> Fonte: Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, Formazione Coordinatori RSA. Protocollo n. 103/E3/V/P, Provincia Autonoma di Trento, ottobre 2004.

Data	Ora	Argomento	Docente
17 giugno	Giovedì mattina	La contenzione: aspetti medico-legali	Dott. Rodriguez
	Giovedì pomeriggio	Presentazione della ricerca sulla contenzione e sulle esperienze europee	Dott. Parisi
18 giugno	Venerdì	La contenzione	Dott. Cester
16 settembre	Giovedì	La nutrizione: aspetti dietologici	Dott. Pedrolli
17 settembre	Venerdì mattina	La nutrizione: aspetti etici e deontologici	Dott.ssa Rocchetti
	Venerdì pomeriggio	Focus group sulla gestione dell'ospite morente	Dott. Parisi
7 ottobre	Giovedì mattina	Problemi di dermatologia compresi i decubiti	Dott. Scardigli
	Giovedì pomeriggio	L'incontinenza	Prof. Divan
8 ottobre	Venerdì mattina	I sistemi informativi nelle Rsa	Dott. Vidotto Dott. Stenech
	Venerdì pomeriggio	La responsabilità degli operatori	Dott. La Micela
28 ottobre	Giovedì mattina	La scelta della terapia antibiotica nelle principali affezioni infettive	Dott. Branz
	Giovedì pomeriggio	La terapia farmacologica degli ospiti dal punto di vista normativo e gestionale	Dott. Roni
29 ottobre	Venerdì	L'organizzazione generale ed amministrativa delle Rsa	Dott. Giordani

Data	Ora	Argomento	Docente
11 novembre	Giovedì mattina	La gestione dell'ospite diabetico; La sincope	Dott. Noro
	Giovedì pomeriggio	Aspetti clinici del paziente con problemi cognitivi	Dott. Noro
12 novembre	Venerdì	Aspetti gestionali dell'ospite con problemi cognitivi	Dott. Guaita
2 dicembre	Giovedì	Uso corretto dei farmaci nella politerapia	Dott. Ianielli
3 dicembre	Venerdì mattina	La comunicazione alla famiglia delle situazioni critiche	Dott. Parisi Dott. Valcanover
	Venerdì pomeriggio	Gestione dell'ictus	Dott.ssa Marzano
16 dicembre	Giovedì	L'ospite morente	Dott.ssa Rocchetti
17 dicembre	Venerdì mattina	Nozioni di igiene	Dott. Tommasini
	Venerdì pomeriggio	Termine del corso	Dott. Parisi
gennaio 2005	Esame finale Giornata di studio sulla qualità della Rsa		

## **Allegato n. 6 - Programma della giornata di studio “Quale formazione per il medico coordinatore di RSA<sup>7</sup>?”**

### *Programma*

8.30 Registrazione dei partecipanti

9.00 Saluto delle autorità

9.30 Quale formazione per una nuova figura sanitaria: il coordinatore di RSA

*Moderatore:* Giorgio Paolino

*Marco Trabucchi*

Il contesto italiano della formazione in gerontologia

*Giuseppe Parisi*

Il programma di formazione in Trentino

*Jan Lavrijsen*

Il programma di formazione olandese

### *Dibattito*

11.45 La formazione come stimolo alla ricerca e alla riflessione: l'esperienza del corso

*Moderatore:* Fabio Branz

*Discenti del corso*

Le cadute in Rsa: vecchio problema, nuove soluzioni

La PEG: cosa ne pensano i famigliari degli ospiti?

### *Dibattito*

13.00 Pausa pranzo

14.30 Quali competenze per il professionista che assiste l'anziano

*Moderatore:* Gabriele Noro

*Fabrizio Valcanover*

Conoscenza e pratica medica nell'approccio all'anziano: l'esperienza del territorio

---

<sup>7</sup> La suddetta giornata di studio si è svolta il 18 marzo 2005 presso il Centro Servizi Culturali -Santa Chiara di Trento.

*Massimo Giordani*

Apprendimento organizzativo e apprendimento in situazione

*Dibattito*

15.25 Quali competenze per la pratica interdisciplinare nell'assistenza all'anziano

*Moderatore:* Fabrizio Fontana

*Paola Zambiasi*

Pluridisciplinarietà e integrazione nella pratica assistenziale

*Marisa Dellai*

Pluridisciplinarietà e integrazione nel programma di nursing geriatrico

*Dibattito*

16.20 Pausa

16.30 Intervento dell'Assessore alle Politiche per la Salute Remo Andreolli

Cerimonia di consegna dei certificati di formazione della prima edizione del corso per medici coordinatori di RSA

17.30 Valutazione di gradimento e di apprendimento.

Chiusura della giornata.



## **Allegato n. 7 - Aree formative con relativi contenuti didattici<sup>8</sup>.**

### **1. SAPER GESTIRE L'ASSISTENZA PERSONALIZZATA ALL'OSPITE**

#### **A. Saper valutare l'ospite – 12 ore**

##### *Salute, cronicità*

Approccio e valutazione multidimensionale

- ▶ Le basi dell'approccio multidimensionale
- ▶ Metodi e scale di valutazione
- ▶ Il piano assistenziale e la sua verifica
- ▶ La gestione degli strumenti informatici

La qualità di vita

- ▶ Principi generali
- ▶ Metodi e scale di valutazione
- ▶ Applicazione degli indicatori di qualità alla realtà della RSA

#### **B. Saper accogliere l'ospite – 4 ore**

L'informazione all'ospite e ai parenti

L'acquisizione dei dati personali e clinici antecedenti

L'inserimento dell'ospite nella struttura

#### **C. Saper gestire l'ospite disabile - 16 ore**

##### *Metodologia ed organizzazione*

- ▶ Salute, malattia, disabilità, handicap
- ▶ Performance, attività, funzione, dipendenza/indipendenza e danno
- ▶ La metodologia in riabilitazione
- ▶ Il team in riabilitazione
- ▶ Operatori e i loro compiti
- ▶ Organizzazione
- ▶ Valutazione

##### *Ambiti specifici*

- ▶ Valutazione e gestione dell'ospite con danno neuromotorio
- ▶ Valutazione e gestione dell'ospite con danno osteoarticolare
- ▶ La postura e la mobilizzazione

---

<sup>8</sup> Parisi Giuseppe, Report delle attività della formazione dei medici coordinatori RSA ÉÉ2004-2005. Protocollo n. 289/E3/V/V, Scuola di Formazione in Medicina Generale, Trento, febbraio 2006

- ▶ Gli ausili
- ▶ Le alterazioni delle capacità cognitive e relazionali
- ▶ L'incontinenza urinaria
- ▶ L'incontinenza fecale
- ▶ Le attività ricreative e occupazionali
- ▶ I disturbi della deglutizione

#### **D. Saper gestire la nutrizione dell'ospite – 12 ore**

*La malnutrizione nell'anziano residente*

- ▶ Valutazione clinica e con indicatori semplici dello stato nutrizionale
- ▶ I fabbisogni energetici, vitaminici ed idroelettrolitici
- ▶ I disturbi della nutrizione e dell'alimentazione nell'anziano, nel disabile e nel soggetto istituzionalizzato

*Le vie di nutrizione*

- ▶ Orale e supplementazioni
- ▶ Per sonda e gastrostomia
- ▶ Parenterale per via periferica e centrale
- ▶ L'idratazione e la reidratazione

*Problemi etici e legali*

- ▶ Le conoscenze attuali in termini di benefici della nutrizione per sonda e parenterale
- ▶ L'approccio della bioetica al problema
- ▶ La relazione con il paziente e i familiari

#### **E. Saper affrontare e gestire i problemi clinici – 28 ore**

*Fisiopatologia dell'invecchiamento.*

*Patologie acute:*

- ▶ Delirium
- ▶ Sincope
- ▶ Trombosi
- ▶ Scompenso cardiaco acuto

*Farmacologia in geriatria: terapia antibiotica nelle principali affezioni infettive.*

*Patologie psichiatriche e terapia farmacologica.*

*Diabete mellito nell'anziano:*

- ▶ Ottimizzazione della terapia in complicanze croniche
- ▶ Dieta dell'anziano diabetico

*Demenze e Parkinson:*

- ▶ Clinica, diagnostica, terapia

*La patologia dermatologica.*

*Le piaghe da decubito.*

*Le linee guida principali in geriatria.*

## **F. Saper gestire l'ospite morente, terminale o in coma – 12 ore**

La morte: aspetti culturali e psicologici

La relazione con i familiari del morente

La relazione con il morente

Aspetti organizzativi e gestionali

La gestione del lutto

Il *burn-out* dei professionisti

Aspetti etici e legali nel paziente terminale

Il paziente in coma

## **2. SAPER GESTIRE LA COMUNITA' DAL PUNTO DI VISTA IGIENICO- SANITARIO**

### **G) Saper gestire la comunità dal punto di vista igienico-sanitario – 8 ore**

*Normativa*

- ▶ Legislazione nazionale e regionale sulle RSA
- ▶ Ambiente, strutture, impianti e norme di sicurezza
- ▶ Gestione e smaltimento dei rifiuti
- ▶ Gestione, conservazione, distribuzione degli alimenti, verifica di qualità
- ▶ Polizia mortuaria

*Medicina legale*

- ▶ La vigilanza degli ospiti
- ▶ Le misure di contenzione
- ▶ Il consenso informato
- ▶ La capacità in intendere e di volere
- ▶ Le refertazioni
- ▶ La polizia mortuaria

- ▶ Il segreto professionale
- ▶ Il segreto di ufficio
- ▶ La privacy
- ▶ La responsabilità degli operatori delle RSA e del personale che ha dipendenza operativa

#### *La gestione dei farmaci*

- ▶ Approvvigionamento
- ▶ Stoccaggio
- ▶ Conservazione
- ▶ Scadenza
- ▶ Distribuzione
- ▶ Assunzione e compliance
- ▶ Normativa degli stupefacenti

### **3. SAPER GESTIRE LE RELAZIONI CON I SOGGETTI ISTITUZIONALI COINVOLTI**

#### **H. Saper gestire le relazioni con i soggetti istituzionali coinvolti – 8 ore**

##### *L'organizzazione generale ed amministrativa delle RSA:*

- ▶ Le relazioni tra coordinatore ed amministrazione
- ▶ I servizi erogati
- ▶ Gli utenti esterni

##### *La metodologia del lavoro per progetti ed obiettivi:*

- ▶ Il lavoro per progetti e per obiettivi
- ▶ La condivisione degli obiettivi
- ▶ Il budget e la sua gestione
- ▶ La verifica dei risultati
- ▶ Le relazioni istituzionali con la Medicina Generale, con i Distretti socio-sanitari, con le amministrazioni locali, con l'ospedale e con i consulenti

### **4. COMPETENZE PROPEDEUTICHE TRASVERSALI DI BASE**

#### **I. Utilizzare un approccio metodologico basato su prove di efficacia – 4 ore**

##### *I principi della evidence-based medicine*

Le linee guida, gli alberi decisionali, i protocolli valutativi e terapeutici

#### **L. Conoscere il ruolo della RSA – 4 ore**

L'invecchiamento della popolazione (epidemiologia)

Le basi storiche, sociali, etiche, istituzionali dell'assistenza nelle RSA  
Gli obiettivi delle RSA e le relazioni con il sistema socio-sanitario  
I modelli assistenziali  
Il volontariato  
Le comunità istituzionalizzate: fisiologia e patologia

### **M. Saper lavorare in équipe e gestire la relazione con l'ospite – 20 ore**

#### *La cartella dell'ospite*

- ▶ I modelli
- ▶ La standardizzazione
- ▶ La gestione della cartella

#### *La comunicazione*

- ▶ La comunicazione verbale e non verbale
- ▶ Con gli ospiti
- ▶ Con gli operatori
- ▶ Con i parenti o referenti

#### *Il lavoro in équipe*

- ▶ Il gruppo: dinamiche, attività e gestione
- ▶ Metodi di elaborazione, presentazione e condivisione di progetti ed obiettivi

## **Allegato n. 8 - Tracce di intervista per medici coordinatori, per collaboratori e/o subordinati e per direttori e/o responsabili amministrativi.**

### GRUPPO 1: MEDICI COORDINATORI

1. Evidenziare la collocazione del medico coordinatore nell'organigramma.
  - ▶ Da chi dipende il ruolo del medico coordinatore gerarchicamente?
  - ▶ Quali altri ruoli si riferiscono allo stesso superiore gerarchico?
  - ▶ Quali sono i soggetti subordinati gerarchicamente?
  
2. Presentare una lista delle attività connesse al ruolo svolto dal medico coordinatore.
  - ▶ Quali sono le attività che ci consentono di comprendere la tipologia delle attività affidate al ruolo del medico coordinatore? (Si pensa di presentare una copia dell'ultima delibera inerente alle mansioni attribuite al medico coordinatore per vedere se vi è un riscontro sul piano pratico o meno).
  - ▶ Se non vi è congruenza tra la normativa e le attività effettivamente condotte, quali possono essere le ragioni di fondo?
  
3. Spesso la figura del medico coordinatore di RSA viene confusa con quella del Dirigente Sanitario. Quali differenze si riscontrano con questa figura? O vi è stato solo un cambiamento di nome?
  
4. Valutare il grado di collaborazione con le altre figure operanti nella RSA.
  - ▶ Il medico coordinatore ha autonomia nelle attività di coordinamento oppure il suo intervento viene integrato con quello di altre figure professionali? Se si verifica il secondo caso, in che modo e in che misura avviene questa integrazione?
  - ▶ Altre figure professionali possono facilmente sostituirsi al ruolo del medico coordinatore? Se sì, in quali attività e in quale misura?
  - ▶ Esistono delle divergenze tra il medico coordinatore e le figure amministrative? Quali sono le ragioni del conflitto e su quali ambiti di competenza si entra in conflitto?
  
5. Valutare le competenze distintive del medico coordinatore.
  - ▶ Quanto tempo viene dedicato settimanalmente alle attività manageriali e quanto a quelle geriatriche?
  - ▶ Selezionare una lista di competenze che sono peculiari per il profilo del medico coordinatore e che non sono interscambiabili con altre figure professionali.

6. Valutare le trasformazioni a livello professionale avvenute a seguito dei recenti processi di aziendalizzazione nelle RSA.
- ▶ Abbiamo notato che l'esigenza di questo nuovo profilo emerge con le recenti trasformazioni in senso aziendalista delle RSA. È questa la ragione che spiega la necessità di introdurre nelle RSA questa nuova figura di dirigente sanitario dotato di competenze manageriali, oltre che cliniche?
  - ▶ Tale necessità è aumentata con i recenti processi di trasformazione delle RSA in Apsp? In che modo?
  - ▶ Prima dell'inserimento di questa figura, come e da chi venivano gestite le attività manageriali e organizzative? Il tutto era di competenza del medico clinico? Oppure si delegava il tutto alla dirigenza?
7. Individuare le aspettative per il futuro in merito al profilo del medico coordinatore.
- ▶ Valutare la possibilità di formalizzare il profilo.
  - ▶ Quali vantaggi si possono avere a livello organizzativo a seguito di questa formalizzazione? Tale formalizzazione può effettivamente incidere sul miglioramento della qualità della RSA?
  - ▶ Indicare le ragioni dell'incongruenza tra i contenuti delle delibere e il mancato riconoscimento istituzionale del profilo. Crede che se si potesse disporre di un set di competenze distintive del profilo del medico coordinatore sarebbe possibile eliminare questa incongruenza?

## *Gruppo 2: Collaboratori e/o subordinati del medico coordinatore*

1. Evidenziare la collocazione del medico coordinatore nell'organigramma.
  - ▶ Da chi dipende il ruolo del medico coordinatore gerarchicamente?
  - ▶ Quali altri ruoli si riferiscono allo stesso superiore gerarchico?
  - ▶ Quali sono i soggetti subordinati gerarchicamente?
2. Quanto valuta indispensabile la figura del medico coordinatore nelle RSA? Oppure altre figure, come i Dirigenti o i medici clinici, possono facilmente assolvere le sue funzioni come del resto è sempre avvenuto in passato quando una figura di questo calibro ancora non esisteva?
3. Le pare che l'organizzazione della RSA funzionasse meglio prima dell'inserimento di questa nuova figura? Perché?
4. A livello di competenze crede che il medico coordinatore disponga di sufficienti competenze manageriali? E per quanto riguarda quelle cliniche?
5. Quali sono le attività e i compiti effettivamente espletati da parte del medico coordinatore? (Si pensa di presentare la normativa delle attività riconosciute istituzionalmente al medico coordinatore e di evidenziare le attività realmente messe in campo dai medici coordinatori)
6. Individuare il grado di autonomia professionale concesso alla figura del medico coordinatore.
  - ▶ Come valuta il rapporto professionale del medico coordinatore con gli altri colleghi?
  - ▶ Come valuta il rapporto professionale che si instaura tra il medico clinico e il medico coordinatore? C'è molto conflitto sulle mansioni da svolgere oppure si verifica una serena suddivisione dei compiti?
  - ▶ Esistono delle divergenze tra il medico coordinatore e le figure amministrative? Quali sono le ragioni del conflitto? Su quali ambiti di competenza si entra in conflitto?
7. Le è mai accaduto di sostituirsi alla figura del medico coordinatore?
  - ▶ Se sì, in che misura?
  - ▶ Ed in quali attività?
  - ▶ L'esito di questa sostituzione è stato positivo?
8. Come viene coordinato il suo ruolo professionale dalla figura del medico coordinatore?



9. Perché, a suo avviso, la figura del medico coordinatore viene spesso confusa con quella del medico clinico? E perché la si confonde anche con la figura del Dirigente Sanitario?
10. Se vi fosse il riconoscimento formale di questo profilo, crede che vi sarebbero dei cambiamenti in positivo nell'assetto organizzativo e gestionale della RSA? Se sì, quali potrebbero essere?
11. Come si dovrebbe agire nella prospettiva di un futuro riconoscimento formale?

### *Gruppo 3: Direttori e/o Responsabili Amministrativi*

1. Evidenziare la collocazione del medico coordinatore nell'organigramma.
  - ▶ Da chi dipende il ruolo del medico coordinatore gerarchicamente?
  - ▶ Quali altri ruoli si riferiscono allo stesso superiore gerarchico?
  - ▶ Quali sono i soggetti subordinati gerarchicamente?
2. Valutare l'esigenza della figura del medico coordinatore.
  - ▶ Quanto reputa necessaria la presenza del medico coordinatore nella RSA?
  - ▶ Crede che questo nuovo profilo professionale possa qualificarsi come una figura insostituibile nella realtà delle RSA? Perché?
  - ▶ Oppure altre figure, come i Dirigenti o i medici clinici, possono facilmente assolvere le sue funzioni come del resto è sempre avvenuto in passato quando una figura di questo calibro ancora non esisteva?
3. Quali sono le attività e i compiti effettivamente espletati da parte del medico coordinatore? (Si pensa di presentare la normativa delle attività riconosciute istituzionalmente al medico coordinatore e di chiedere ai Direttori di indicare quali sono le attività realmente messe in campo dai medici coordinatori)
4. Individuare le relazioni di lavoro con gli altri colleghi ed, in particolare, con il medico clinico.
  - ▶ Come valuta il rapporto professionale del medico coordinatore con gli altri colleghi?
  - ▶ Ed in particolare esistono delle divergenze tra il medico coordinatore e il medico clinico oppure si verifica un atteggiamento di serena collaborazione? Se si riscontrano delle divergenze, crede che con il riconoscimento del profilo professionale del medico coordinatore queste potrebbero essere risolte o comunque limitate?
  - ▶ Esistono delle divergenze tra il medico coordinatore e le figure amministrative? Quali sono le ragioni del conflitto? E su quali ambiti di competenza si entra in conflitto?

5. Perché, a suo avviso, la figura del medico coordinatore viene spesso confusa con quella del medico clinico? E perché la si confonde anche con la figura del Dirigente Sanitario?
6. Come hanno influito e quali effetti avranno i recenti processi di aziendalizzazione a cui sono soggette le RSA sul profilo del medico coordinatore?
  - ▶ Abbiamo notato che l'esigenza di questo nuovo profilo emerge con le recenti trasformazioni in senso aziendalista delle RSA. È questa la ragione che spiega la necessità di introdurre nelle RSA questa nuova figura di Dirigente sanitario dotato di competenze manageriali oltre che cliniche?
  - ▶ Tale necessità è aumentata con i recenti processi di trasformazione delle RSA in Aps? In che modo?
  - ▶ Prima dell'inserimento di questa figura, come e da chi venivano gestite le attività manageriali e organizzative? Il tutto era di competenza del medico clinico? Oppure si delegava il tutto alla dirigenza?
7. Valutare le possibilità di formalizzare il profilo del medico coordinatore.
  - ▶ Crede che se si potesse disporre di un set di competenze distintive che qualificano il profilo del medico coordinatore in modo univoco si potrebbe eliminare il problema della mancanza di autonomia professionale lamentata dai medici coordinatori?
  - ▶ Quali vantaggi si possono avere a livello organizzativo/gestionale a seguito di questo riconoscimento formale?
8. Crede che si possa effettivamente attuare una formalizzazione di tale ruolo? Come si dovrebbe agire in questo senso?

## **Allegato n. 9 - Programma del “Progetto di alta formazione per Presidenti e Direttori di Apsp”<sup>9</sup>.**

### *Accompagnare la trasformazione*

La trasformazione delle ex Istituzioni Pubbliche di Assistenza e Beneficenza (Ipub) in Aziende Pubbliche di Servizi alla Persona (Apsp) rappresenta un passo importante per la costruzione di un nuovo sistema di welfare chiamato a fornire risposte adeguate ai nuovi bisogni, in un contesto segnato da profonde trasformazioni demografiche, economiche e sociali. Il progetto è organizzato dalla TSM (Trento School of Management) in partnership con l’U.P.I.P.A. (Unione Provinciale Istituzioni Per l’Assistenza). Sono previsti due percorsi formativi che hanno come destinatari rispettivamente i Direttori e i Presidenti delle Apsp. L’obiettivo prioritario è quello di favorire lo sviluppo di una visione comune dell’evoluzione dei ruoli direzionali rispetto alle trasformazioni in atto nel sistema delle organizzazioni che erogano i servizi socio-assistenziali.

### *Obiettivi:*

- ▶ comprendere il ruolo che assumono le organizzazioni che erogano servizi socio-assistenziali alla luce dei nuovi scenari delle politiche sociali;
- ▶ analizzare e comprendere la trasformazione dei ruoli direzionali rispetto alle trasformazioni dell’assetto istituzionale e del loro ordinamento interno;
- ▶ individuare modelli e strumenti di gestione appropriati per i nuovi assetti organizzativi.

### *Destinatari*

Il progetto si configura come un’azione formativa per il sistema direttivo delle Apsp e coinvolge coloro che svolgono a livello di Consiglio di Amministrazione e di singola struttura funzioni di direzione, di amministrazione e di controllo.

### *Articolazione e contenuti*

Il progetto si articola in due percorsi formativi che seguono una logica di azione comune:

- ▶ il percorso per i Presidenti si struttura in tre incontri durante i quali saranno trattati temi relativi alla gestione del cambiamento, alle funzioni di indirizzo, programmazione e controllo, alla valutazione e al bilancio sociale.
- ▶ il percorso per i Direttori si articola in una parte generale e in una parte specialistica, durante la quale verranno affrontati temi di carattere operativo e gestionale. Per ogni modulo specialistico è prevista un’esercitazione pratica al fine di rendere operativi gli approcci e gli strumenti trattati in sede teorica.

---

<sup>9</sup> Fonte: <<http://www.tsm.tn.it>>

*Periodo*

Ottobre 2008 – Febbraio 2009

*Sede*

Centro Congressi Panorama (località Sardagna – Trento)

## Riferimenti bibliografici

- A.A.V.V. (1998) - *Le strutture residenziali per anziani e il responsabile di nucleo. Modelli organizzativi e strumenti gestionali*, Rimini: Maggioli.
- A.A.V.V. (2004) - *Formazione Coordinatori Rsa*. Protocollo n. 103/E3/V/P, Provincia Autonoma di Trento.
- A.A.V.V. (2005) - *Qualificazione e riorganizzazione della rete ospedaliera provinciale e dell'assistenza sanitaria primaria. Linee guida e di indirizzo approvate con deliberazioni della Giunta provinciale n. 1745 del 26 agosto e n. 1922 dell'8 settembre 2005*, Trento: Edizioni Provincia Autonoma di Trento – Assessorato alle politiche per la salute.
- A.A.V.V. (2005) - *Linee guida programmatiche di legislatura in materia di politiche per la salute*, Trento: Edizioni Provincia Autonoma di Trento – Assessorato alle politiche per la salute.
- A.A.V.V. (2007) - *Carta dei Servizi. Civica Casa di Riposo*, 2. ed. Trento: Nuove Arti Grafiche Artigianelli.
- A.A.V.V. (2007) - *Carta dei Servizi. Spes Trento*, Trento: Stampalith.
- ADAIR JOHN (2008) - *Sviluppare le proprie capacità di leadership*, Milano: Franco Angeli.
- AJELLO ANNA MARIA (2002) - *La competenza*, Bologna: Il mulino.
- AUTERI ENRICO (2005) - *Management delle risorse umane: fondamenti professionali*, 4 ed. Milano: Guerini e Associati.
- BAGNASCO ARNALDO ET AL. (2005) - *Corso di sociologia*, 3 ed. Bologna: il Mulino.
- BARBANOTTI GIANLUCA (2001) - *Strutture per anziani. Gestire la qualità dei servizi*, Roma: Carrocci.
- BATTISTELLI ANTONIO (1996) - *La percezione della propria competenza professionale*. In. *Risorsa Uomo*, Vol. 4, n. 2, pp. 212-215.
- BENCI LUCA (2002) - *Le professioni sanitarie (non mediche): aspetti giuridici, deontologici e medico-legali*, Milano: McGraw Hill.

- BENNIS WARREN E BURT NANUS (1993) - *Leader, anatomia della leadership. Le quattro chiavi della leadership effettiva*, 4. ed. Milano: Franco Angeli.
- BERLINGUER GIOVANNI (1982) - *La professione del medico*, Milano: Feltrinelli.
- BOAM ROSEMARY – SPARROW PAUL (1996) - *Come disegnare e realizzare le competenze organizzative: un approccio basato sulle competenze per sviluppare le persone e le organizzazioni*, Milano: Franco Angeli.
- BOCCALARI RENATO (1995) - *Il management delle competenze*. In: *Sviluppo e Organizzazione*, n. 152, pp. 113-115.
- BOLDIZZONI DANIELE E MANZOLINI LUIGI (2000) - *Creare valore con le risorse umane: la forza dei nuovi paradigmi nella direzione del personale*, Milano: Guerini e Associati.
- BOLDIZZONI DANIELE (2003) - *Management delle risorse umane: dalla gestione del lavoratore dipendente alla valorizzazione del capitale umano*, Milano: Il Sole 24 ore Libri.
- BOLDIZZONI DANIELE E NACAMULLI RAOUL (2004) - *Oltre l'aula: strategie di formazione nell'economia della conoscenza*, Milano: Apogeo.
- BOLICI FRANCESCO (2007) - *Coordinamento e apprendimento organizzativo. La gestione delle interdipendenze in domini ad elevata complessità cognitiva*, Bologna: Aracne.
- BOYATZIS RICHARD (1982) - *The competent manager: a model for effective performance*, New York: Wiley Interscience.
- BOYATZIS RICHARD (2000) - *Sistemi di competenze come sentieri di sviluppo individuale e orientamento delle energie organizzative. Presentazione al convegno AIF "Il senso dell'apprendere. Motivazioni, responsabilità, spazi di crescita nelle organizzazioni"*, Milano: Università Cattolica del Sacro Cuore.
- BORALI Pierluca e VILLA Roberta (2003) - *La qualità nei servizi residenziali per anziani. Percorsi di ricerca e di formazione*, 2. ed. Milano: Franco Angeli.
- BRESCIANI PIER GIOVANNI (2002) - *La competenza. Appunti di viaggio*. In: Ajello Anna Maria (curatore), *La competenza*, Bologna: il Mulino.

- BRUNO PAOLO (2008) - *La competenza manageriale in sanità: i nuovi livelli di responsabilità in una sanità che cambia*, Milano: Franco Angeli.
- CALDWELL DENNIS E O'REILLY CHARLES (1990) - *Measuring person-job fit with a profile comparison process*. In: *Journal of Applied Psychology*, n. 71, pp. 648.
- CAMPANELLA TIZIANA (2005) - *Dal concetto di competenza alla costruzione di un modello gestionale. Un approccio strategico alla gestione delle risorse umane*, Eccellere Business Community.
- CAMPANELLA TIZIANA (2005) - *La validità del modello delle competenze. Punti di forza e criticità del modello*, Eccellere Business Community.
- CAMUFFO ARNALDO (2000) - *L'approccio delle risorse umane basato sulle competenze*. In: *Direzione del personale*, 2000, pp. 57-59.
- CANONICO VINCENZO (2008) - *Medici in Rsa*. In: *Bollettino Sigg*, n. 3, pp. 34-37.
- CAPUCCI ULDERICO E BOCCALARI RENATO (2000) - *Business, strategia. Competenze*, Milano: Guerini e Associati.
- CARRETTA ANTONIO ET AL. (1993) - *Dalle risorse umane alle competenze: metodi, strumenti e casi in Europa per una gestione e sviluppo delle risorse umane basata su un modello comune di competenze*, 2 ed. Milano: Franco Angeli.
- CHALMERS GEORGE (1984) - *Curare il paziente anziano: assistenza sociale, diagnosi e trattamento*, Padova: Liviana.
- CHIARAMONTI GIUSEPPE E DONATI DAMASCO (2000) - *Assistenza geriatrica*, Milano: McGraw Hill.
- CICCHETTI AMERIGO (2007) - *La progettazione organizzativa. Principi, strumenti ed applicazioni nelle organizzazioni sanitarie*, 2. ed. Milano: Franco Angeli.
- CIPOLLA COSTANTINO (2004) - *Manuale di sociologia della salute*, Milano: Franco Angeli.
- COCCO GALLIANO E TIBERIO ANTONIO (2005) - *Lo sviluppo delle competenze relazionali in ambito socio-sanitario: comunicazione, lavoro di gruppo e team building*, Milano: Franco Angeli.

- COLOMBO MASSIMILIANO (2001) - *Rsa: lavori in corso per un nuovo servizio sociosanitario. Verso un modello di assistenza socio-sanitaria orientata ai nuovi bisogni della popolazione in una società che cambia*. In: *Punto Omega*, n.7, Trento: Edizioni Provincia Autonoma di Trento – Assessorato alle politiche per la salute.
- COMOGLIO MARIO E CARDOSO MIGUEL (1996) - *Insegnare e apprendere in gruppo. Il cooperative Learning*, Roma: LAS.
- CORNAGLIA-FERRARIS PAOLO (2002) - *Il buon medico: chi, come, dove trovarlo*, Roma: Laterza.
- CORRAO SABRINA (2000) - *Il focus group*, Milano: Franco Angeli.
- COSMACINI GIORGIO (2000) - *Il mestiere del medico. Storia di una professione*, Milano: Raffaello Cortina.
- COSTA GIOVANNI (1992) - *Manuale di gestione del personale*, 2 ed. Torino: Utet.
- CORBETTA PIERGIORGIO (1999) - *Metodologia e tecniche della ricerca sociale*, Bologna: il Mulino.
- CUCINOTTA DOMENICO (1992) - *Curare l'anziano: principi di gerontologia e geriatria*, Milano: Sorbona.
- D'ANNA ROBERTO (2007) - *La gestione programmata delle risorse umane: valutazioni, analisi, politiche di intervento*, Torino: Giappichelli.
- DECASTRI MAURIZIO (1999) - *Il coordinamento e l'integrazione*. In: Costa Giovanni – Nacamulli Raoul (curatori), *Manuale di organizzazione aziendale. I processi, i sistemi e le funzioni aziendali*, Torino: Utet Libreria.
- DE MASI GIUSEPPE (2001) - *Progettare la qualità nelle residenze per anziani. Strumenti di valutazione e verifica*, Milano: Franco Angeli.
- DRUCKER PETER (1995) - *Managing in a time of great change*, New York: Truman Tally.
- DURKHEIM EMILE (1962) - *La divisione del lavoro sociale*, 3. ed. Torino: Edizioni di Comunità.



- FANTACONE FEDERICO (2005) - *Leadership: modelli e competenze chiave*, Trento: Provincia Autonoma di Trento.
- FELDMAN HOLLANDER (2001) - *Improving communication between researchers and policy makers in a long term care: or, researcher are from Mars; policy makers are from Venus*. In: *The Gerontologist*, n. 41, 2001, pp. 318-320.
- FERRARIO PAOLO (2001) - *Politica dei servizi sociali. Strutture, trasformazioni, legislazione*, Roma: Carrocci.
- FERRARIO PAOLO ET AL. (2002) - *La qualità nei servizi socio-sanitari. Processi di costruzione della carta dei servizi in una Rsa*, Roma: Carrocci.
- FISCHER LORENZO (2003) - *Sociologia della scuola*, Bologna: il Mulino.
- GHIDORZI MANUEL (2000) - *Residenze sanitarie assistenziali. Guida pratica per l'attivazione da parte di cooperative sociali*, Milano: Franco Angeli.
- GIARELLI GUIDO E FERRARI MASSIMO (2008) - *La medicina del quotidiano. Il vissuto della pratica clinica del medico di medicina generale*, Roma: Bonanno.
- ILLICH IVAN (2004) - *Nemesi medica: l'espropriazione della salute*, 2. ed. Milano: Esbmo.
- JOHNSON DAVID ET AL. (1996) - *Apprendimento cooperativo in classe. Migliorare il clima emotivo e il rendimento*, Trento: Centro Studi Erickson.
- KANE ROBERT (2000) - *Geriatría clinica*, Milano: McGraw Hill Libri Italia.
- KLEMP GEORGE (1980) - *The assessment of occupational competence*. In: *Report to the National Institute of Education*, Washington: Ed. Mc Ber, pp. 25-31.
- LA ROSA MICHELE (2000) - *I servizi residenziali per gli anziani e i problemi della qualità. Un approccio europeo*, Milano: Franco Angeli.
- LEGRENZI PAOLO (2008) - *Le competenze manageriali: come la psicologia può aiutare a migliorare le capacità e le attitudini del manager*, Milano: Il sole 24 ore, pp. 32-33.
- LEVATI WILLIAM E SARAO' MARIA (1999) - *Il modello delle competenze. Un contributo originale per la definizione di un nuovo approccio all'individuo e all'organizzazione nella gestione e nello sviluppo delle risorse umane*, 2 ed. Milano: Franco Angeli.

- LIPPARINI ANDREA (1998) - *Le competenze organizzative: sviluppo, condivisione, trasferimento*, Roma: Carrocci.
- LONGO BRUNELLA (2004) - *Il metodo delle competenze. Una prospettiva per le biblioteche e i servizi di informazione e documentazione*. In: *Biblioteche oggi*, pp. 1-8.
- MACCHIONE PIETRO E ZANZI CARLO (2002) - *Le residenze per anziani nel territorio tra storia e qualità*, Varese: Macchione.
- MALONE THOMAS E CROWSTON KANE (1990) - *What is coordination theory and how can it help design cooperative work systems?*. In: *Proceeding of the Third Conference on Computer-supported Cooperative Work*, Los Angeles: ACM Press.
- MATURO ANTONIO (2007) - *Sociologia della malattia. Un'introduzione*, Milano: Franco Angeli.
- MCCLELLAND DAVID (1965) - *Towards a theory of motive acquisition*. In: *American Psychologist*, n. 20, pp. 321-333.
- MCCLELLAND DAVID (1973) - *Testing for Competence rather than for Intelligence*. In: *American Psychologist*, n. 28, pp. 1-40.
- MINTZBERG HENRY (1985) - *La progettazione dell'organizzazione aziendale*, Bologna: il Mulino.
- MODESTI BRIGIDA (1996) - *Vivere in casa di riposo. Le residenze degli anziani. Storia, evoluzione, nuovi orientamenti*, Roma: Laterza.
- MUSSO ANGELO (2000) - *Dialogo medico-paziente. Dalla relazione alla nuova psicosomatica*, Torino: Centro Scientifico.
- NAISBITT JOHN (1999) - *High tech/high touch. Technology and our search for meaning*, London: Brealey Publishing.
- NARDUZZO ALESSANDRO (2003) - *Le fonti del vantaggio competitivo: come di formano le competenze organizzative*, Milano: Franco Angeli.
- NEGRELLI SERAFINO (2005) - *Sociologia del lavoro*, Bari: Laterza.
- NICCOLI MARIO E MARTELLOTTI GUIDO (1997) - *Nuovo Dizionario Enciclopedico Sansoni*, Firenze: Casa Editrice Le Lettere.

- NONAKA IKUJIRO E TAKEUCHI HIROTAKA (1997) - *The knowledge creating company. Creare le dinamiche dell'innovazione*, Milano: Guerini e Associati.
- NORMANN RICHARD (1991) - *La gestione strategica dei servizi*, 5. ed. Milano: Etas Libri.
- PARISI GIUSEPPE E VALCANOVER FABRIZIO (1995) - *L'organizzazione in Medicina generale*. In: *Sviluppo & Organizzazione*, n. 2, pp. 87-107.
- PARISI GIUSEPPE (2006) - *Report delle attività della formazione dei medici coordinatori Rsa 2004-2005*. Protocollo n. 289/E3/V/V, Scuola di Formazione in Medicina Generale, Trento.
- PARISI GIUSEPPE (2007) - *Medici e apprendimento. Un percorso per chi opera in Residenza*. In: *Assistenza Anziani*, Trento: Edizioni Provincia Autonoma di Trento – Assessorato alle politiche per la salute.
- PARRY KEN E BRYMAN ALAN (2006) - *Leadership in organizations*. In: CLEGG Stewart (et al.), *The sage Handbook of organization studies*, 2. ed, London: Sage.
- PARSONS TALCOTT (1951) - *The Social System*, Illinois: Glencoe Free Press.
- PERULLI ELISABETTA – ZUCCHERMAGLIO CRISTINA (2007) - *Rappresentare, riconoscere e promuovere le competenze: il concetto di competenza nella domanda clinica e sociale di benessere e di sviluppo*, Milano: Franco Angeli.
- PIERRO ANTONIO (2004) - *Potere e leadership. Teorie, metodi e applicazioni*, Roma: Carrocci.
- PIVA PAOLA (2001) - *I servizi alla persona: manuale organizzativo*, Roma: Carrocci.
- POGGI GIANFRANCO (2006) - *Weber: a short introduction*, Cambridge: Polity Press.
- POLANYI MICHAEL (1979) - *La conoscenza inespresa*, Roma: Armando.
- PRAHALAD COIMBATORE E HAMEL GARY (1990) - *The core competence of Corporation*. In: *Harvard Business Review*, pag. 31.
- QUAGLINO GIAN PIERO (1999) - *Leadership. Nuovi profili di leader per nuovi scenari organizzativi*, Milano: Raffello Cortina.

- ROSSIGNOLI CECILIA (2004) - *Coordinamento e cambiamento: tecnologie e processi interorganizzativi*, Milano: Franco Angeli.
- SACCHETTI GIOVANNI LAURO (1997) - *Residenze sanitario assistenziali, quale futuro? Modelli, tecniche e laboratori per l'attuazione del Progetto Obiettivo Anziani*, Milano: Franco Angeli.
- SANGIULIANO ROSANNA (2006) - *Le istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza*, Napoli: Simone.
- SARCHIELLI GUIDO (1996) - *Le abilità di base e il ruolo attivo del soggetto nella costruzione di prestazioni professionali competenti*. In: *Risorsa Uomo*, Vol. 4, n. 2, pp. 321-327.
- SARCHIELLI GUIDO (2003) - *Psicologia del lavoro*, Bologna: Il Mulino.
- SAVIGNANO ARMANDO (1999) - *Il medico e il malato*, Bologna: Apeiron.
- SCORTEGAGNA Renzo (1996) - *Progetto anziani*, Roma: la Nuova Italia Scientifica.
- SELZNICK PHILIP (1976) - *La leadership nelle organizzazioni. Un'interpretazione sociologica*, Milano: Franco Angeli.
- SENIN UMBERTO (2006) - *Paziente anziano, paziente geriatrico, medicina della complessità: fondamenti di gerontologia e geriatria*, 2. ed. Napoli: SES.
- SOLARI LUCA (2004) - *La gestione delle risorse umane: dalle teorie alle persone*, Roma: Carocci.
- SOLIANI GIOVANNI (2008) - *Le aziende pubbliche di servizi alla persona. Riordino delle Ipab nel Trentino Alto Adige*, Trento: Edizioni 31.
- SORESINA MARCO (1998) - *I medici tra stato e società. Studi su professione medica e sanità pubblica nell'Italia contemporanea*, Milano: Franco Angeli.
- SPENCER LYLE E SPENCER SIGNE (1993) - *Competence at work*, New York: Ed. Wiley.
- SPENCER LYLE. E SPENCER SIGNE (2003) - *Competenza nel lavoro. Modelli per una performance superiore*, 6 ed. Milano: Franco Angeli.
- STRATI ANTONIO (1999) - *Sociologia dell'organizzazione: paradigmi teorici e metodi di ricerca*, 2 ed. Roma: Carrocci.

## Sitografia<sup>10</sup>

<<http://www.humanwareonline.com/>>

<<http://www.eccellere.com/>>

<<http://www.anzianioggi.it/>>

<<http://gerontologist.gerontologyjournals.org/>>

<<http://www.geriatriaonline.it/>>

<<http://www.sigg.it/>>

<<http://www.ministerosalute.it/>>

<<http://www.trentinosalute.net/>>

<<http://www.pubmed.gov/>>

<<http://www.unibo.it/>>

<<http://www.univr.it/>>

<<http://www.scuolamgtn.it/>>

<<http://www.upipa.tn.it/>>

<<http://www.provincia.tn.it/>>

<<http://www.regione.taa.it/>>

<<http://www.civicatnapsp.it/>>

<<http://www.spestrento.it/>>

<<http://www.apspgrazioli.it/>>

<<http://www.tsm.tn.it/>>

---

<sup>10</sup> In ordine di consultazione









L'elenco delle pubblicazioni edite dall'Assessorato provinciale alla Salute e Politiche sociali e le versioni digitali in formato PDF, liberamente scaricabili, sono disponibili nel portale del Servizio Sanitario Provinciale [www.trentinosalute.net](http://www.trentinosalute.net).

Le pubblicazioni possono essere richieste, fino a esaurimento copie, a:  
Provincia Autonoma di Trento

Servizio Economia e programmazione sanitaria

Ufficio Programmazione, valutazione e controllo dell'attività sanitaria

Via Gilli 4, 38121 Trento

tel. 0461 494044, fax 0461 494073, e-mail [comunicazione.salute@provincia.tn.it](mailto:comunicazione.salute@provincia.tn.it).

Dove non indicato diversamente le pubblicazioni vengono distribuite a titolo gratuito.

Per l'acquisto delle pubblicazioni non distribuite gratuitamente è necessario effettuare anticipatamente il pagamento dell'importo corrispondente:

- con c/c postale n. 295386 intestato al Tesoriere della Provincia Autonoma di Trento - UNICREDIT BANCA SPA - Divisione Caritro - Via Galilei, 1 - Sede di Trento;
- tramite bonifico bancario (codice IBAN: Paese IT, CIN EUR 12, CIN S, ABI 02008, CAB 01820, n. conto 000003774828); precisando come causale: "Acquisto pubblicazione: Titolo...".

La consegna della pubblicazione avverrà, dietro presentazione della ricevuta di pagamento:

- direttamente presso la Biblioteca;
- tramite spedizione postale, previo ricevimento del cedolino al n. di fax 0461 495095, con spese a carico dell'Amministrazione provinciale.

Stampato per conto della Casa Editrice Provincia Autonoma di Trento  
dalla Tipografia Alcione



