

Il Municipio

Comune di

B i a s c a



Indirizzo Via Lucomagno 14
CH 6710 Biasca
Telefono 091 874 39 00
Fax 091 874 39 21
E-mail info@biasca.ch
Internet www.biasca.ch

Funzionario
Telefono
E-mail

Biasca 22 settembre 2017
Rif RM 12.09.2017 // 1934

Concorso

Il Municipio di Biasca apre il concorso per l'assunzione di:

Un (una) ergoterapista presso la Casa per Anziani a tempo parziale (50%-80%)

alle condizioni previste dal capitolato di concorso che deve essere richiesto presso la Cancelleria municipale (091 874 39 00).

Titoli di studio richiesti: diploma di ergoterapista SUP oppure dichiarazione delle scuola di superamento di tutti gli esami da parte del candidato e di consegna del diploma in occasione della prossima cerimonia.

Le offerte in busta chiusa, con la soprascritta "Concorso ergoterapista Casa per Anziani", corredate dei documenti richiesti dal capitolato di concorso, dovranno pervenire alla Cancelleria comunale di Biasca **entro venerdì 27 ottobre 2017 alle ore 16.00.**

Per il Municipio:

il Sindaco

Loris Galbusera



Il Segretario

Igor Rossetti



Indirizzo Via Lucomagno 14
CH 6710 Biasca
Telefono 091 874 39 00
Fax 091 874 39 21
E-mail info@biasca.ch
Internet www.biasca.ch

Funzionario
Telefono
E-mail

Biasca 22 settembre 2017
Rif RM 12.09.2017 // 1934

CAPITOLATO DI CONCORSO PER L'ASSUNZIONE DI UN/A ERGOTERAPISTA PRESSO LA CASA PER ANZIANI A TEMPO PARZIALE (50%-80%)

Alle condizioni previste dal Regolamento organico per i dipendenti della Casa per Anziani del Comune di Biasca e del presente capitolato di concorso.

1. Requisiti di ordine generale

- cittadinanza svizzera o permesso di domicilio;
- buona reputazione;
- titoli di studio: diploma di ergoterapista SUP oppure dichiarazione della scuola di superamento di tutti gli esami da parte del candidato e di consegna del diploma in occasione della prossima cerimonia.

2. Requisiti personali

- sana costituzione fisica e psichica;
- facilità nei rapporti interpersonali, affidabilità, attitudine e disponibilità al contatto con la persona anziana;
- capacità di lavorare in un concetto di interdisciplinarietà.

3. Compiti

- elabora un programma di trattamento individualizzato secondo il processo ergoterapico sia per quanto riguarda le prese a carico individuali che di/in gruppo;
- individua e attua attività diagnostiche in concordanza con gli interessi e i bisogni dell'utente per determinare a che livello si pongono i problemi;
- esegue delle valutazioni formative, continue e sommative per determinare gli obiettivi generali e specifici e verifica che questi siano sempre attuali o abbiano raggiunto il loro compimento;
- attua un programma di trattamento ergoterapico basandosi sui principi, tecniche e mezzi specifici;
- propone attività terapeutiche adattate, individualizzate e personalizzate al fine di raggiungere gli obiettivi prefissati con l'ospite /cliente, il personale e i famigliari;
- pianifica delle attività che possano aiutare l'ospite a ritrovare un'autonomia, un'indipendenza massimale e aumentare l'autostima della persona nei campi delle attività della vita quotidiana (AVQ), della produttività e nella strutturazione del tempo libero;
- verifica la necessità dell'acquisto di mezzi ausiliari di piccola taglia, consiglia e istruisce sia l'ospite che il personale e i famigliari sul suo utilizzo;
- collabora con il medico e il fisioterapista per la verifica di mezzi ausiliari di grande taglia;
- propone e attua degli adattamenti ambientali per raggiungere maggiore benessere e indipendenza della persona;

- gestisce gruppi terapeutici (piccoli gruppi o gruppi focus con interventi "di/in" gruppo.....);
- interviene a favore di un reinserimento sociale;
- integra il proprio intervento con quello delle altre figure professionali attraverso trasmissione e scambio di informazioni, insegnamenti, consigli utili da ambo le parti per assicurare e ottimizzare una continuità dell'intervento in corso;
- lavora in stretta collaborazione con il personale curante, fisioterapia, animazione, e i famigliari;
- fornisce consulenza sui principi ergonomici alle altre figure professionali e ai famigliari e resta a disposizione per verificarne la corretta applicazione;
- discute con il medico e il personale curante gli obiettivi raggiunti e insieme decidono sul prosieguo;
- compila con attenzione le cartelle di decorso, redige rapporti ergoterapici e la documentazione necessaria per il medico dell'ospite, e/o per i collaboratori/caregivers che si occupano della persona in caso di trasferimento in altre case per anziani o di soggiorni temporanei in ospedali/cliniche specializzate;
- partecipa attivamente ai gruppi di lavoro, alle riunioni di reparto e ai rapporti con i medici nell'intento di migliorare il lavoro interdisciplinare e mirare una finalità comune;
- sostiene e promuove la formazione di allievi, personale, nei campi specifici di propria competenza, ed è responsabile della formazione degli allievi d'ergoterapia;
- in accordo con la Capo cure acquista il materiale necessario per lo svolgimento della terapia;
- partecipa agli aggiornamenti professionali;
- partecipa alla ricerca scientifica;
- oltre ad avere conoscenza e saper utilizzare i principali programmi informatici, il candidato dovrà essere disponibile ad apprendere l'utilizzo dei programmi utilizzati presso la Casa per Anziani.

4. Entrata in servizio

Al più presto o data da convenire.

5. Grado di occupazione

Il grado di occupazione potrà essere tra il 50% e l'80%.

Il grado di occupazione dovrà essere indicato nella lettera di motivazione e si precisa che il Municipio ha la facoltà di suddividere le percentuali di lavoro su più candidati.

6. Posizione gerarchica

Superiore diretto: responsabile delle cure

7. Stipendio

Lo stipendio è quello previsto dal Regolamento organico per i dipendenti della Casa per Anziani del Comune di Biasca.

Le offerte dovranno pervenire alla Cancelleria municipale in Via Lucomagno 14, 6710 Biasca, in busta chiusa, con la dicitura esterna "Concorso ergoterapista Casa per Anziani" entro le **ore 16.00 di venerdì 27 ottobre 2017**, corredate dai seguenti documenti:

- lettera di motivazione con l'indicazione della percentuale lavorativa
- diploma di ergoterapista
- certificati di studio;
- copia dei rapporti di stage svolti durante la formazione;
- questionario sullo stato di salute (allegato);
- questionario relativo al casellario giudiziale (allegato);
- curriculum vitae;
- fotografia formato passaporto.

Si precisa che i documenti prodotti per il concorso non saranno ritornati. Si raccomanda pertanto i concorrenti di evitare l'invio di documenti in originale.

Ulteriori informazioni possono essere richieste al Direttore della Casa per Anziani, signor Giancarlo Soldati, tel. 091/873.92.00.

Per il Municipio:

il Sindaco



Loris Galbusera



il Segretario



Igor Rossetti



Questionario relativo
al casellario giudiziale
per l'assunzione
alle dipendenze del Comune.

La legge che disciplina l'impiego dei dipendenti comunali sancisce che il candidato all'assunzione presso l'amministrazione comunale presenti un estratto del casellario giudiziale. Il rapporto di fiducia che il Municipio desidera costruire con ogni suo dipendente comincia all'assunzione; in questo senso la presente autocertificazione (compilata dal candidato) ha lo scopo di rendere attento il datore di lavoro su eventuali ostacoli per lo svolgimento corretto del proprio lavoro, legati alla sua condotta. La conferma dell'assunzione potrebbe inoltre essere subordinata alla presentazione dell'estratto del casellario giudiziale originale recente.

Se la persona firmataria ha sottaciuto fatti di rilevanza penale, essa si rende colpevole di reticenza e il Municipio è liberato da ogni obbligo.

Una falsa dichiarazione può giustificare
l'annullamento dell'assunzione o della nomina.

Tutte le informazioni che figurano nel questionario
vengono trattate in modo confidenziale.

Si prega di compilare il formulario in modo leggibile (stampatello). Grazie

Concorso

Per la funzione di _____

No. del concorso _____

Generalità

Nome _____

Cognome _____

Ev. cognome da nubile _____

Paternità _____

Attinenza _____

Data di nascita _____

Indirizzo _____

NAP e Domicilio _____

Telefono _____

① Ha già subito una condanna penale? _____ Sì No

Se sì, si è trattato:

a) Di una multa? _____

b) Di una pena privativa della libertà personale sospesa condizionalmente? _____

c) Di una pena privativa della libertà personale da espiare? _____

A che anno risale la condanna? _____

② Attualmente ha in corso un procedimento penale? _____ Sì No

Se sì, di che cosa si tratta?

③ Eventuali osservazioni: _____

Luogo e data

Firma autografa



Questionario sullo stato di salute
per l'assunzione
alle dipendenze del Comune.

Il rapporto di fiducia che il Comune desidera costruire con ogni suo dipendente comincia dall'assunzione; in questo senso la presente autocertificazione (compilata dal candidato) ha lo scopo di rendere attento il datore di lavoro su eventuali ostacoli per lo svolgimento corretto del proprio lavoro, legati alla salute. La conferma dell'assunzione potrebbe inoltre essere subordinata ad una visita medica di controllo da parte di un medico fiduciario.

Se la persona firmataria ha sottaciuto una malattia esistente o una malattia precedente soggetta a ricadute, essa si rende colpevole di reticenza e il Comune è liberato da ogni obbligo.

Una falsa dichiarazione può giustificare
sentito il preavviso del Medico di fiducia comunale
l'annullamento dell'assunzione o della nomina.

Tutte le informazioni che figurano nel questionario
vengono trattate in modo confidenziale.

Si prega di compilare il formulario in modo leggibile (stampatello). Grazie

Concorso

Per la funzione di _____

No. del concorso _____

Generalità

Nome _____

Cognome _____

Ev. cognome da nubile _____

Paternità _____

Attinenza _____

Data di nascita _____

Indirizzo _____

NAP e Domicilio _____

Telefono _____

① Attualmente è affetto/a da disturbi alla salute oppure soffre delle conseguenze di un infortunio, di malattia o di un vizio congenito che potrebbero diminuire durevolmente la sua capacità lavorativa?

Si No

② È affetto/a o è stato/a affetto/a negli ultimi 10 anni da una delle seguenti malattie: (sottolineare quanto fa il caso)

Artrosi, asma, emicrania, ulcera, gotta, infarto, pressione troppo alta, affezioni venose o arteriose, cancro, sclerosi multipla, epilessia, paralisi o altra malattia neurologica grave, diminuzione della vista o dell'udito non interamente corretta, calcoli renali, depressione, disturbi o malattie psichiche, reumatismi, disturbi alla tiroide o altre ghiandole, colpo apoplettico (ictus), disturbi alla colonna vertebrale, sciatica, ernia del disco, diabete, tubercolosi, AIDS, oppure altre malattie che potrebbero, secondo lei, pregiudicare la sua abilità lavorativa?

Si No

③ Prevede di sottoporsi prossimamente a un'operazione, di essere ricoverato in un ospedale di cura?

Si No

④ Negli ultimi 2 anni ha dovuto interrompere totalmente o parzialmente il lavoro per un periodo superiore a 2 settimane?

Si No

⑤ È stato/a sottoposto/a a speciali esami medici (radiografie, ECG, esami dell'urina e del sangue o altri esami specifici), che fanno presumere una sua inabilità nel futuro?

Si No

⑥ È a beneficio o ha fatto richiesta di una rendita per un problema medico o chirurgico (assicurazione invalidità, assicurazione militare, assicurazione infortunio, cassa pensione)?

Si No

⑦ Soffre o ha sofferto di alcoolismo o di altre tossicomanie (droghe, medicinali)?

Si No

⑧ Eventuali informazioni:

Luogo e data

Firma autografa