



A.D. MDLXII

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI SASSARI

FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Infermieristica

Presidente Prof. A. Azara

*Lo scopo del servizio delle professioni sanitarie
alla luce delle nuove normative*

Relatore:

Dott. Piero Bulla

Tesi di laurea di:

Silvia Lisai

Anno accademico 2015/2016

*“I sogni sono come le conchiglie che il mare ha depositato sulla riva.
Bisogna raccoglierle e ascoltare la loro voce”*

A Nello...

...la ragione per cui sogno ancora.

INDICE

Introduzione	5
Capitolo 1 – Le professioni Sanitarie	7
1.1 Evoluzione della professione infermieristica	7
1.2 Normativa nazionale delle professioni Sanitarie	8
1.3 Normativa della Regione Autonoma della Sardegna	12
1.4 Modello organizzativo Dipartimentale	14
1.5 Modello organizzazione del servizio delle Professioni Sanitarie	16
1.6 Funzioni connesse alle responsabilità dell'Area Territoriale	18
1.7 Funzioni connesse alle responsabilità dell'Area Ospedaliera	20
1.8 Funzioni connesse alle responsabilità	22
1.9 La <i>mission</i> e la <i>vision</i> delle Professioni Sanitari	24
1.10 Obiettivi	27
Capitolo 2 – Le competenze delle Professioni Sanitarie	30
2.1 Gestione e sviluppo delle competenze	30
2.1.1 Le competenze professionali e le loro componenti	31
2.2 Tipi di competenze	31

2.2.1 Le competenze individuali e competenze organizzative	32
2.2.2 Le competenze di soglia e competenze distintive	32
2.2.3 Le competenze di base	33
2.2.4 Le competenze tecnico-professionali e trasversali	33
2.3 Valutazione	41
Conclusioni	49
Bibliografia	51
Sitografia	51
Normativa di riferimento	51
Ringraziamenti	53

Introduzione

La consapevolezza che il risultato delle prestazioni sanitarie dipenda in gran misura dalla qualità del personale che consente di realizzare il servizio, pone i responsabili delle Aziende sanitarie nella condizione di investire sulle risorse umane. Il capitale umano ha acquisito una maggiore importanza per lo sviluppo dell'azienda, la quale ha interesse a fargli acquisire un patrimonio di conoscenze sempre più vasto per operare in modo efficiente ed efficace in un ambiente soggetto a continui e rapidi cambiamenti.

Le Aziende Sanitarie devono dare una risposta immediata ai bisogni dei cittadini in termini di miglioramento della qualità dei servizi, per far ciò potranno contare su innovativi piani di formazione continua, basati sulla programmazione per competenze. In un'ottica di collaborazione tra organizzazioni, i professionisti sanitari potranno vedere riconosciute le proprie esperienze e le proprie formazioni. Ogni Azienda inoltre, avrà a disposizione, grazie a questo sistema, un metodo oggettivo che garantisca sistemi di incentivazione e meritocratici. L'Università avrà l'occasione di aggiornare i propri curricula basandoli sulle competenze richieste dal mercato del lavoro. la mappatura delle figure professionali, sarà la base su cui costruire l'intera formazione, investendo sui diversi livelli di complessità della competenza, al fine di creare esperti realmente spendibili nelle organizzazioni. In un contesto di razionalizzazione del Sistema Sanitario Nazionale, la priorità sarà una programmazione sanitaria a misura di paziente che tenga conto contemporaneamente delle esigenze di rigore e contenimento chiesto da questo momento di crisi. L'utilizzo di nuove metodiche e strumenti, l'identificazione delle proprie responsabilità e dei propri contenuti di lavoro, è una tappa indispensabile, da raggiungere per il miglioramento della dimensione presente e per garantire l'estensione di sviluppo futuro. Gli strumenti sono il risultato di una ricerca d'équipe, non esistono infatti modelli standard, devono corrispondere, oltre all'obiettivo perseguito anche le esigenze dei professionisti che li utilizzano. Essi permettono di uniformare e standardizzare azioni fisiche, mentali, verbali, comportamenti che permettono la continuità dell'assistenza.

Il nuovo scenario presuppone professionisti competenti e qualità degli interventi al fine di garantire prestazioni appropriate e sicure a tutti i cittadini.

Tale scenario è il risultato di una lunga evoluzione normativa.

Nel primo capitolo, si descrive l'evoluzione della professione infermieristica sotto il profilo formativo e dell'esercizio, evidenziando i passi che hanno portato alla piena responsabilità dell'assistenza infermieristica e mettendo in risalto come l'evoluzione del pensiero etico-infermieristico abbia accompagnato tutto il processo di professionalizzazione dell'infermiere.

Nel secondo capitolo viene affrontato il tema delle competenze, della loro importanza nel servizio delle Professioni Sanitarie così da poter offrire alti standard qualitativi all'utente finale e della valutazione necessaria per raggiungere tale fine.

Capitolo 1 – Le professioni Sanitarie

1.1 Evoluzione della professione infermieristica

L'evoluzione che ha interessato la professione infermieristica in questi anni ha portato profondi cambiamenti sia nel mondo della formazione sia nell'esercizio professionale contribuendo a consolidare la profonda identità professionale dell'infermiere che oggi risulta essere il responsabile dell'assistenza infermieristica.

La formazione infermieristica, l'esercizio professionale, la cultura delle/nelle organizzazioni sanitarie, nella società e la disciplina infermieristica sono tutte componenti di un fenomeno che si sono reciprocamente e significativamente influenzate nel corso del tempo. Infatti l'esercizio di una professione non può essere avulso dalla domanda che la società e le organizzazioni esercitano nei suoi confronti. Conseguentemente la formazione sarà orientata alla preparazione di persone in grado di assumere le capacità richieste. Perciò l'importanza del ruolo assunto dalla professione infermieristica è una realtà incontestabile sul piano dello status giuridico, sul piano dell'iter formativo, sul piano dell'autonomia professionale.

L'esercizio della professione infermieristica è entrata a far parte delle "professioni intellettuali" recentemente, grazie alla lenta conquista dello status di "occupazione speciale". In realtà, la professione affonda le sue radici in un tempo assai remoto e nasce con l'uomo, anzi, con la donna stessa, primo motore di tutte quelle forme e sfumature dell'assistenza, caratteristica e costante presenza in ogni società, cultura ed etnia.

Nel processo di professionalizzazione degli infermieri è stata proprio una donna, Florence Nightingale, che ha segnato l'origine della riforma formativa; con essa si attua l'emancipazione della professione, l'individualizzazione di una base cognitiva e l'innalzamento della posizione sociale dell'infermiere.

1.2 Normativa nazionale delle professioni sanitarie

Evoluzione della formazione

In Italia, grazie alla spinta energetica della riforma inglese, si realizza lentamente l'istituzionalizzazione e la formalizzazione della formazione infermieristica: il R.D.L. n. 1832 del 25 agosto 1925¹ ed i provvedimenti successivi riordinano l'intera materia sino all'odierno ordinamento universitario, che ha riconosciuto quel ricco e competente sapere disciplinare e culturale della nostra professione.

L'adesione italiana alla comunità europea e, conseguentemente, ai protocolli per la libera circolazione dei professionisti oltre che l'uniformità ai programmi didattici (accordo di Strasburgo ratificato nel 1973) ebbero alcune ricadute sulla formazione professionale : l'elevazione del livello di scolarità per essere ammessi alla scuola infermieri, l'inserimento nel programma delle scienze umane, l'insegnamento del nursing (termine allora usato per valorizzare i contenuti della disciplina infermieristica), la diffusione degli incarichi di insegnamento affidati agli stessi appartenenti alla professione; l'apertura delle scuole per infermieri alle persone di sesso maschile². Il crescere nella professione di una aspettativa di riconoscimento sia disciplinare sia di autonomia operativa e sempre di più la necessità di esplicitare, condividere e contribuire ad un progetto assistenziale che tenesse conto anche del particolare punto di vista dell'infermiere, del suo modo di intendere la globalità del malato, di individuare le priorità/intensità d'intervento, permise di elaborare i primi modelli infermieristici a matrice italiana.

Successivamente è avvenuto il riconoscimento in ambito universitario della formazione di base con il decreto ministeriale del 2-12-1991³, che costituì la prima

¹ R.D.L. 15 agosto 1925 n° 1832 “ Facoltà dell'istituzione di Scuole convitto professionale per infermiere e di scuole specializzate in medicina, igiene pubblica e assistenza sociale per assistenti sanitarie visitatrici “ va ricordato anche il relativo regolamento per l'esecuzione RD 21 Novembre 1929. Nel 1934 le norme di formazione infermieristica vengono inserite all'interno del Testo unico delle leggi sanitarie, in cui tra l'altro viene sottolineato il carattere di ausiliarità dell'infermiere.

² L'apertura agli uomini venne operata con la legge 25/02/1971, n° 124 “ Estensione al personale maschile dell'esercizio della professione di infermiere professionale, organizzazione delle relative scuole e norme transitorie per la formazione di personale di assistenza diretta “ con questa legge le scuole convitto per infermiere vengono trasformate in scuole per infermieri professionali

³ Modificazioni all'ordinamento didattico universitario relativamente al corso di diploma universitario in scienze infermieristiche.

indispensabile tappa del percorso di inserimento degli infermieri nel sistema universitario del nostro Paese. Le tappe successive di cambiamento nella formazione, furono:

- decreto legislativo 502/1992 (l'articolo 6 sancisce l'unificazione dei percorsi formativi);
- decreto ministeriale 24 luglio 1996⁴ e il relativo provvedimento di revisione dei settori scientifico-disciplinari universitari con l'inserimento dei settori disciplinanti le scienze infermieristiche generali cliniche e pediatriche (F23AMED45);
- decreto 3-11-1999 n. 509 che reca le norme concernenti l'autonomia didattica degli Atenei⁵; – decreto 2-4-2001⁵ che istituisce formalmente i Corsi di Laurea infermieristici. La previsione e la copertura di cattedre universitarie di scienze infermieristiche, completa il riconoscimento dell'infermiere in Università.

Va così a delinearsi il percorso universitario con la laurea di 1° livello e la formazione post-base (Master di 1° livello). Al 2° livello si colloca la Laurea Specialistica, il cui percorso si propone sostanzialmente di sviluppare le seguenti competenze: visione di sistema, sviluppo organizzativo e professionale, elevate capacità di pianificazione, conduzione e programmazione, elevate capacità di negoziazione e integrazione multi-professionale. Il percorso formativo si conclude con i Master di 2° livello e il Dottorato di ricerca. Nel 2006 in Italia si sono istituiti i primi dottorati in Scienze infermieristiche: è questa la tappa che completa il percorso accademico della professione infermieristica nel nostro Paese. Quanto ricordato non è avvenuto solo o principalmente per rispondere alle istanze della professione infermieristica, ma perché i bisogni sanitari, la domanda espressa dai cittadini e la cultura dell'organizzazione sanitaria sono progressivamente cambiate. L'Università offre il valore aggiunto di una docenza costantemente vincolata alla ricerca, alla rivisitazione dei contenuti disciplinari, al diffuso utilizzo del pensiero critico, alla capacità/possibilità di assumere responsabilità assistenziali, alla

⁴“Approvazione della tabella XVIII ter recante gli ordinamenti universitari dei corsi di diploma universitario dell'area sanitaria, in adeguamento all'art. 9 della legge 19-11-1990 n. 381”.

⁵“Determinazione delle classi delle lauree universitarie delle professioni sanitarie” e “determinazione delle classi delle lauree specialistiche delle professioni sanitarie”.

condivisione dell'interdipendenza come valore e come strumento per affrontare i problemi assistenziali, all'atteggiamento di ricerca, allo status riconosciuto dalla società.

Evoluzione dell'esercizio professionale

Sotto il profilo dell'organizzazione e dell'esercizio professionale l'evoluzione normativa ha contrassegnato con tappe precise il passaggio dalla logica mansionariale a quella dell'autonomia.

È il 1940 quando compare il primo mansionario, successivamente modificato nel 1974: questo strumento normativo ha caratterizzato il ruolo dell'Infermiere, mettendo in evidenza prevalentemente un ruolo da esecutore, dalla responsabilità limitata. La domanda che le organizzazioni sanitarie avevano espresso nei confronti di tali operatori era quella di accudimento e di sorveglianza del malato ma soprattutto di aiuto al medico, portatore di sempre più elevate capacità di cura, trattamento e guarigione.

Nasce poi l'esigenza di un organo giuridico che sia in grado di assumere la legale rappresentanza per la difesa e la tutela della categoria con la Legge n. 1049 del 29 ottobre 1954, che istituisce i Collegi delle infermiere professionali, delle assistenti sanitarie visitatrici e delle vigilatrici d'infanzia. L'emanazione di questa legge viene comunemente considerata "precoce" rispetto al processo di professionalizzazione dell'infermiere, in quanto il corpus di conoscenze è da considerarsi ancora nella sua fase "germogliativa" ed il processo di laicizzazione della professione è ancora in gran parte da compiere. L'istituzione dei Collegi è indice, comunque, di un grosso fervore e vivacità della professione, tale da spingere il legislatore ad emanare una legge che, di fatto, sancisce l'ingresso della professione infermieristica nell'area delle professioni intellettuali.

Prima di poter vedere sanciti responsabilità e autonomia della professione sono trascorsi venti anni di immobilità normativa in campo infermieristico: il D.M. 739 del 14 settembre 1994 definisce il nuovo profilo professionale dell'Infermiere che

attribuisce allo stesso la piena titolarità e responsabilità dell'assistenza generale infermieristica. Nello stesso si precisa che l'assistenza infermieristica non è solo di natura tecnica, ma anche relazionale ed educativa.

Vengono introdotti profondi elementi di cambiamento. L'art.1 decreta che l'infermiere è l'operatore professionale responsabile dell'assistenza generale infermieristica. L'assistenza infermieristica preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa è di natura tecnica, relazionale ed educativa. Compete all'Infermiere agire sul piano della relazione e dell'educazione, oltre che della tecnica, allargando il quadro delle proprie competenze e delle proprie responsabilità. Con il D.M. 739/94 l'Infermiere cambia la metodologia di lavoro e modifica il proprio ruolo nell'assunzione responsabile di un processo assistenziale, legato al raggiungimento di specifici risultati. L'Infermiere partecipa attivamente all'identificazione dei bisogni di salute della persona, identifica i bisogni di assistenza, pianifica, gestisce e valuta l'intervento assistenziale. L'Infermiere diventa a pieno titolo un componente dell'équipe multidisciplinare, rafforzando il concetto di lavoro d'équipe. Un punto non meno importante inserito nel decreto è riferito al fatto che l'infermiere può avvalersi dell'opera delle figure di supporto. In questo caso l'Infermiere risponde del risultato conseguito, il personale di supporto risponde della correttezza delle azioni svolte.

La legge 42/99 cancella poi definitivamente dalla normativa la definizione di "professione sanitaria ausiliaria", abroga il mansionario esistente dal 1974, contrario ad una logica professionale e limitante la completa espressione dell'infermiere, e sancisce che il campo proprio di attività e di responsabilità della professione infermieristica è determinato dai contenuti del decreto istitutivo del profilo (DM 739/94), dagli ordinamenti didattici dei rispettivi corsi di diploma universitario nonché dai Codici Deontologici che la professione si dà. L'abrogazione del "mansionario", che per decenni ha limitato il campo di azione degli infermieri, avvenuta nel 1999, ha affiancato una serie di novità legislative introdotte negli ultimi dieci-quindici anni, che stanno colmando il divario sino ad allora presente con i servizi di assistenza alle persone dei Paesi più evoluti sotto il

profilo sanitario. La legge sopra citata induce a riflettere sull'esercizio professionale nell'ambito del quale l'infermiere organizza il lavoro e pianifica l'assistenza in modo autonomo (area autonoma), ad eccezione dei vincoli posti dal limite dell'atto medico (area dipendente) e dal rispetto delle competenze degli altri professionisti con cui collabora (area interdipendente). La stessa legge fa riferimento, per quanto riguarda il campo proprio di attività e responsabilità al Codice Deontologico, il quale assume valore vincolante per la professione e la cui inosservanza porta alla perseguibilità del professionista.

La professione in questo contesto assume una rilevanza peculiare nel definire il proprio esercizio professionale e di conseguenza l'ampliamento della pratica infermieristica. Con l'emanazione della Legge 42/1999 la figura infermieristica diventa a pieno titolo Professione Sanitaria, cancellando l'aggettivo "ausiliaria". Questo non va inteso come un semplice cambio di etichetta, ma esprime chiaramente la volontà del legislatore a conferire nuova autonomia e responsabilità agli infermieri della salute.

Da non ignorare l'importanza della legge 251/2000 che, tra l'altro, ha sancito la dirigenza infermieristica, la responsabilizzazione del ruolo infermieristico e offre la possibilità alle Aziende sanitarie di istituire il Servizio Infermieristico.

Il non facile percorso di professionalizzazione dell'infermiere viene portato a compimento con la legge 1 febbraio 2006 n.43⁶.

1.3 Normativa della Regione Autonoma della Sardegna

Il servizio delle Professioni Sanitarie, come previsto dalla delibera 63/8 del 28/12/05 e 31/16 del 27/05/08 della Regione Autonoma della Sardegna, è una struttura di staff della Direzione Generale a cui risponde del suo operato.

⁶ Legge 1 febbraio 2006, n.43 Disposizioni in materia di professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione e delega al Governo per l'istituzione dei relativi ordini professionali.

La Regione Sardegna istituisce nel 2005 il Servizio di Assistenza Infermieristica e Ostetrica nell'organizzazione delle Aziende USL e Ospedaliere della Sardegna, lo regola, ne indica le funzioni e lo posiziona in staff alla Direzione Generale delle Aziende Sanitarie.

Inoltre tale servizio:

- ❖ Concorre alla realizzazione degli obiettivi aziendali per gli aspetti di competenza;
- ❖ Organizza, coordina e controlla le risorse umane dedicate all'assistenza infermieristica ed ostetrica sia in ambito ospedaliero che territoriale e domiciliare;
- ❖ Programma, organizza e gestisce la formazione e aggiornamento del personale infermieristico ed ostetrico e di quello di supporto;
- ❖ Promuove e attua modelli di assistenza finalizzati al miglioramento della qualità e dell'organizzazione dell'area sanitaria di appartenenza;
- ❖ Concorre alla programmazione degli interventi riferiti agli investimenti di risorse strumentali e tecnologiche inerenti l'area infermieristica ed ostetrica;
- ❖ Concorre alla gestione dei dati con mezzi informatici e telematici;
- ❖ Elabora studi statistici delle prestazioni erogate;
- ❖ Collabora alla determinazione degli standard quali-quantitativi delle dotazioni organiche;
- ❖ Promuove attività di ricerca atte a garantire la sicurezza nel luogo di lavoro e a prevenire gli infortuni e concorre all'attuazione e alla verifica dei programmi di sorveglianza e controllo delle infezioni ospedaliere;
- ❖ Incentiva la motivazione al lavoro organizzando lavori di gruppo e sviluppando procedure di comunicazione snelle e costanti anche ai fini di fare emergere il senso dell'appartenenza e dell'autostima;
- ❖ Concorre alla promozione dell'educazione sanitaria mirata alle attività di prevenzione;

Il Piano Regionale dei Servizi Sanitari (PRSS) 2006-2008 intende valorizzare e responsabilizzare pienamente le funzioni delle professioni sanitarie

infermieristiche e ostetriche, riabilitative, tecnico sanitarie e tecniche della prevenzione anche di livello dirigenziale.

In seguito alla emanazione del D.P.C.M. del 25 gennaio 2008, che disciplina l'accesso alla qualifica unica di dirigente delle professioni sanitarie, la regione Sardegna, ritenendo inadeguata la delibera del 2005 di istituzione del servizio infermieristico, con una seconda delibera, fa decadere i servizi infermieristici e istituisce il servizio delle professioni sanitarie nelle aziende sanitarie della regione il 27 maggio 2008.

La Legge Regionale n.10 del 28/07/06, nell'art. 9 comma 3, prevede che nell'atto aziendale sia definito l'assetto organizzativo delle ASL il quale, in particolare in base al successivo comma 4 lett. f) dovrà contenere "la specificazione delle principali funzioni del coordinatore dei servizi delle professioni sanitarie e sociali di cui alla legge n. 251 del 10 agosto 2000".

1.4 Modello organizzativo dipartimentale

Il dipartimento è costituito da unità operative omogenee, affini o complementari che perseguono comuni finalità e sono quindi tra loro interdipendenti, pur mantenendo la propria autonomia e responsabilità professionale.

Le unità operative che costituiscono il dipartimento sono aggregate in una specifica tipologia organizzativa e gestionale, volta a dare risposte unitarie, tempestive, razionali e complete rispetto ai compiti assegnati e a tal fine adottano regole condivise di comportamento assistenziale, didattico, di ricerca, etico, medico-legale ed economico.

Il primo riferimento legislativo risale alla legge 132/68 cui seguì il D.P.R. 128/69 nelle quali già si parlava di strutture organizzative a tipo dipartimentale, eventualmente attuate con delibera del consiglio di amministrazione dell'ente.

Tuttavia non si ebbero immediate e significative esperienze di dipartimentalizzazione ospedaliera a causa dell'inadeguatezza del sistema a recepire il senso innovativo di tale proposta.

In seguito viene emanata la legge 148/75 alla quale fanno seguito disposizioni applicative col D.M. 76 del 8 novembre orientati per l'attuazione delle strutture dipartimentali con il quale si determinano i capisaldi per l'attuazione dei dipartimenti.

Capisaldi della legge 148/75:

- ❖ si conferma alla Regione il ruolo di promotore dei Dipartimenti;
- ❖ prevede la costituzione di Dipartimenti misti ospedalieri/universitari;
- ❖ prevede l'utilizzazione di attrezzature specifiche e servizi comuni.

Si individuano le tipologie dei dipartimenti sulla base dei seguenti criteri:

- ❖ secondo gradualità o intensità delle cure e del tipo di intervento;
- ❖ per settori nosologici o per gruppi di età;
- ❖ per settori specialistici, d'organo o di apparato;
- ❖ secondo tipologie ospedaliere omogenee o miste, purché destinate al perseguimento di obiettivi didattici e di ricerca comuni.

La riforma sanitaria 833/78 stabilisce che le Regioni nell'ambito della programmazione sanitaria, disciplinano con apposite leggi l'ordinamento degli Ospedali in Dipartimenti in funzione:

- ❖ della integrazione di divisioni, servizi affini e complementari;
- ❖ del collocamento tra servizi ospedalieri e territoriali, secondo le esigenze del bacino di utenza;
- ❖ della gestione dei Dipartimenti sulla base delle integrazioni, delle competenze e della valorizzazione del lavoro di gruppo.

Sebbene questa legge affermasse il concetto della obbligatorietà del modello dipartimentale ospedaliero e si stabilisse il superamento della discrezionalità della sua attuazione, nella pratica si produssero ben pochi risultati.

La legge n. 595 del 23 ottobre 1985 introduceva il concetto di “area funzionale omogenea” quale forma di organizzazione in grado di realizzare il contenimento dei posti letto pur osservando un’elevata capacità organizzativa. Le aree funzionali omogenee vengono individuate nelle attività di Medicina, Chirurgia e Specialità.

La legge 412 del 1991 ribadisce l’obbligo di attuare le aree omogenee con presenza obbligatoria del Day Hospital. Introduce inoltre, il concetto di “Unità Operativa”, la quale conserva la propria autonomia funzionale in ordine alle patologie di competenza, conservando l’intento di un’efficace interazione e collaborazione con altre strutture affini.

1.5 Modello organizzativo del servizio delle professioni sanitarie

In molte aziende sanitarie italiane e della Sardegna, i Servizi delle Professioni Sanitarie sono collocate in staff alla Direzione Generale o alla Direzione Sanitaria. La prima costituisce un grande riconoscimento del valore e dell’autonomia delle professioni rappresentate, mentre la seconda dà maggiore unitarietà ai processi sanitari, in particolare a quelli multidisciplinari. Tale servizio è una struttura che esercita funzioni di indirizzo, direzione, organizzazione e coordinamento del personale infermieristico, ostetrico, tecnico sanitario, riabilitativo, della prevenzione e di supporto sia in ambito ospedaliero che territoriale e domiciliare.

Inoltre, assicura l’impiego ottimale del personale stesso per fornire un’assistenza individualizzata e di qualità a tutti gli utenti nel rispetto delle norme tecniche e deontologiche. Il Servizio concorre al conseguimento della *mission* aziendale presidiando le funzioni di gestione del personale afferente attraverso la programmazione, la selezione, l’inserimento, l’allocazione, l’orientamento e lo sviluppo dei percorsi di competenza. Concorre anche all’aggiornamento, alla formazione, alla progressione di carriera e alla incentivazione integrandosi con i processi aziendali in una strategia di decentramento e di integrazione.

Supporta la direzione e le strutture aziendali relativamente alle materie di propria competenza e concorre alla gestione e alla formulazione delle decisioni strategiche

attraverso le conoscenze professionali e tecniche di cui dispone e le attività ed i processi di cui è titolare.

A tal riguardo, si è preso in considerazione un modello organizzativo delle professioni sanitarie in staff alla Direzione Aziendale. Esso si configura come una struttura complessa di direzione e supporto che concorre al perseguimento degli obiettivi e *mission*, integrandosi con i diversi sistemi organizzativi e professionali presenti. Svolge le funzioni tra loro omogenee ed affini, in modo coordinato ed integrato attraverso le aree professionali che compongono il servizio, assicurando la qualità, l'efficacia e l'efficienza tecnico-operativa delle attività assistenziali e garantendo lo sviluppo, l'aggiornamento professionale e di ricerca.

La Struttura Complessa (SC) delle professioni sanitarie ha autonomia tecnico professionale e gestionale nei limiti degli obiettivi e delle risorse attribuite, nonché autonomia in ordine all'organizzazione e gestione delle risorse assegnate. Svolge altresì attività di indirizzo nei confronti delle altre articolazioni aziendali (Distretti, Presidi, Dipartimenti, Unità Operative e Servizi), con l'obiettivo di garantire omogeneità nella gestione, relativamente alle competenze specifiche.

È inoltre, fondamentalmente orientata allo sviluppo organizzativo e professionale, allo stesso tempo persegue la sinergia con le altre direzioni aziendali, col fine di rimuoverne i vincoli e di sviluppare opportunità tanto per l'Azienda quanto per il personale.

L'assetto organizzativo della Struttura Complessa delle Professioni Sanitarie opera in staff alla Direzione Generale, si sviluppa in ambito centrale con funzioni di tipo strategico programmatico e si integra nei processi aziendali con le proprie direzioni di processo; in ambito decentrato con funzioni di tipo gestionale operativo, si rapporta con la struttura dipartimentale/distrettuale e con le proprie direzioni assistenziali e tecniche.

La SC delle Professioni Sanitarie prevede, oltre al Dirigente della struttura e ai responsabili dell'area tecnica, ospedaliera e territoriale, i coordinatori di dipartimento gerarchicamente e funzionalmente afferenti al direttore del servizio.

Inoltre sono previsti nell'ambito decentrato, i Coordinatori ospedalieri e di distretto gerarchicamente dipendenti dai responsabili dell'area che rispondono funzionalmente al direttore di dipartimento/distretto o delle Unità Operative.

L'assetto organizzativo si completa con i Professionisti Collaboratori e gli altri Operatori Professionali che dipendono dai Direttori di Unità Operativa e rispondono funzionalmente al Coordinatore del Servizio di Assistenza.

Si individuano diversi livelli:

- ❖ Responsabili dell'area professionale, nominati dal Direttore Generale previo superamento di selezione interna, ai quali è conferita la funzione di Responsabili dell'area professionale e ad essi, è assegnato l'incarico di posizione organizzativa;
- ❖ Responsabili di processi organizzativi, nominati dal Direttore della struttura in base alle capacità e professionalità possedute in staff alla Direzione, ai quali è conferito l'incarico di posizione organizzativa;
- ❖ Referenti di Distretto, in staff al Responsabile di Area Professionale nominati dal Direttore della struttura su proposta del Responsabile di area;
- ❖ Coordinatori Assistenziali di Dipartimento in possesso del Master per le funzioni di coordinamento, ai quali è conferito l'incarico di posizione organizzativa. Essi vengono nominati dal Direttore Generale su proposta del Consiglio dei Coordinatori;
- ❖ Coordinatori di Unità Operativa, ai quali è conferito l'incarico di coordinamento;
- ❖ Professionisti Collaboratori e altri Operatori Professionali nelle Unità Assistenziali, a cui è attribuita la responsabilità di specifici processi funzionali.

1.6 Funzioni connesse alle responsabilità di Area Territoriale

Il Responsabile di Area Territoriale opera in *line* con il Direttore del servizio, con il quale collabora per le funzioni di istituto e al quale risponde delle azioni intraprese e dei risultati ottenuti. Tale figura professionale è responsabile del governo e della

Direzione delle risorse assegnate ai servizi dipartimentali operanti nell'area territoriale.

<i>Funzioni connesse alle responsabilità di Area Territoriale</i>
<p>Partecipa:</p> <ul style="list-style-type: none">- alla definizione degli obiettivi generali e delle politiche di sviluppo dell'Area Territoriale ed a quelli generali e specifici del servizio delle Professioni Sanitarie.
<p>Concorre:</p> <ul style="list-style-type: none">- alla definizione di strategie di sviluppo delle attività di funzione;- alla definizione degli aspetti tecnico-logistici connessi alla funzione infermieristica.
<p>Promuove:</p> <ul style="list-style-type: none">- l'integrazione organizzativa e funzionale tra i distretti che afferiscono all'Area;- lo sviluppo della qualità dell'assistenza attraverso interventi atti alla soddisfazione del cliente;- l'utilizzo degli strumenti che documentano l'attività del processo di assistenza infermieristica e della documentazione specifica di ogni professionista.
<p>Propone al Direttore del SPS i Referenti infermieristici di Distretto appartenenti all'Area Territoriale.</p>
<p>Programma e verifica:</p> <ul style="list-style-type: none">- l'organizzazione del lavoro inerente la funzione di competenza;- l'organizzazione e l'applicazione di standard di accreditamento.
<p>Segnala fatti di rilevanza disciplinare al Dirigente del SPS.</p>
<p>Valuta:</p> <ul style="list-style-type: none">- le richieste di formazione interna ed esterna del personale afferente all'Area Territoriale;- i Coordinatori di Distretto supportandoli nella valutazione del personale.
<p>Collabora:</p> <ul style="list-style-type: none">- con i responsabili delle sedi formative del territorio per ciò che concerne la pianificazione, l'organizzazione e la valutazione del tirocinio degli studenti;

- con il Medico Competente per predisporre e implementare le procedure per la gestione (piani di lavoro ed eventuali ri-assegnazioni) del personale afferente al Servizio delle Professioni Sanitarie con limitazioni psico-fisiche.

Governa:

- d'accordo con il Direttore del Servizio delle Professioni Sanitarie, la mobilità interna all'Area Territoriale, su richiesta del dipendente o per esigenze di servizio;

- e coordina i flussi informativi a supporto dei meccanismi operativi di gestione del personale, aggiornando la direzione infermieristica aziendale secondo modalità stabilite, provvedendo ad inoltrarle le richieste di sostituzione di personale assente o dimissionario;

- e coordina lo sviluppo della funzione di *case management* nel governo distrettuale della domanda di Assistenza Domiciliare Integrata.

Tab. 1 - Funzioni connesse alle responsabilità di Area Territoriale

1.7 Funzioni connesse alle responsabilità di Area Ospedaliera

Il Responsabile di Area Ospedaliera opera in *line* al Direttore del Servizio con il quale collabora per le funzioni di istituto, al quale risponde delle azioni intraprese e dei risultati ottenuti. Conformemente agli Indirizzi della Direzione del Servizio delle Professioni Sanitarie (SPS), è titolare del governo e della direzione delle risorse assegnate all'area di competenza, ivi comprese le risorse assegnate ai servizi dipartimentali operanti nell'Area Ospedaliera. La funzione si concretizza attraverso autonomi provvedimenti.

Funzioni connesse alle responsabilità di Area Ospedaliera

Partecipa alla definizione:

- degli obiettivi generali e delle politiche di sviluppo;

- degli obiettivi generali e specifici delle SPS.

Concorre alla definizione:

- di strategie di sviluppo delle attività inerenti alla funzione di competenza;

- degli aspetti tecnico-logistici connessi alla funzione infermieristica.

<p>Programma e verifica:</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'organizzazione del lavoro; - l'applicazione degli standard di accreditamento.
<p>Promuove:</p> <ul style="list-style-type: none"> - lo sviluppo della qualità dell'assistenza, attraverso la progettazione e la gestione di interventi di miglioramento orientati alla soddisfazione del cliente; - l'utilizzo degli strumenti che documentano l'attività del processo di assistenza infermieristica e della documentazione specifica di ogni professionista.
<p>Segnala fatti di rilevanza disciplinare al Dirigente del SPS.</p>
<p>Convoca e presiede le riunioni del personale afferente all'Area Ospedaliera.</p>
<p>Individua i bisogni formativi del personale dell'Area Ospedaliera.</p>
<p>Collabora:</p> <ul style="list-style-type: none"> - con i responsabili delle sedi formative Universitarie per la pianificazione, l'organizzazione e la valutazione del tirocinio degli studenti dei corsi di laurea delle professioni sanitarie; - con il Medico Competente per predisporre, implementare e valutare le procedure per la gestione (piani di lavoro, eventuali ri-assegnazioni) del personale afferente al SPS con limitazioni psico-fisiche.
<p>Valuta:</p> <ul style="list-style-type: none"> - e autorizza le richieste di formazione interna ed esterna del personale afferente all'Area Ospedaliera; - i Coordinatori dei Dipartimenti della propria area, supportandoli nella valutazione dei Coordinatori di U.O.
<p>Governa:</p> <ul style="list-style-type: none"> - d'accordo con il Direttore del SPS, la mobilità interna all'Area Ospedaliera, su richiesta del dipendente o per esigenze di servizio; - e coordina i flussi informativi a supporto dei meccanismi operativi di gestione del personale, aggiornando la Direzione infermieristica aziendale secondo modalità stabilite e provvedendo ad inoltrare alla stessa le richieste di sostituzione di personale assente o dimissionario.

Tab. 2 - Funzioni connesse alle responsabilità di Area Ospedaliera

1.8 Funzioni connesse alle responsabilità di area tecnico sanitarie

Il Responsabile di Area delle professioni tecnico-sanitarie e della riabilitazione, opera in *line* al Direttore del Servizio, con il quale collabora per le funzioni di istituto ed al quale risponde delle azioni intraprese e dei risultati ottenuti.

Conformemente agli indirizzi della Direzione del SPS, è titolare del governo e della direzione delle risorse assegnate all'area di competenza e ai servizi dipartimentali operanti nell'area ospedaliera. Le funzioni si concretizzano attraverso autonomi provvedimenti, già menzionati per l'Area Territoriale e Ospedaliera, riguardanti lo specifico delle professioni tecnico-sanitarie, della riabilitazione e della prevenzione.

Le competenze del Responsabile dell'Area professionale si traducono in una comprovata esperienza significativa nella gestione di unità operative, elevata conoscenza del processo di direzione del personale, buone capacità progettuali e di negoziazione e una buona conoscenza dei modelli assistenziali e organizzativi.

Il referente di Distretto con funzioni di coordinamento, rappresenta un raccordo operativo e professionale necessario, fungendo da elemento di congiunzione operativa fra il gruppo dei *professional*, il Responsabile di Area e i direttori di Distretto. Inoltre, opera in *line* al Direttore di Area Territoriale, con il quale collabora per le funzioni di istituto e al quale risponde delle azioni intraprese e dei risultati ottenuti.

Tale figura professionale è titolare del governo e della direzione delle risorse assegnate all'Area Territoriale di competenza.

<i>Le funzioni del referente di Distretto</i>
Analizza lo svolgimento delle varie attività professionali e formula i piani di lavoro, distribuendo risorse e stabilendo tempi, al fine di favorire un razionale utilizzo delle risorse nell'ottica di un miglioramento qualitativo delle prestazioni sanitarie;

<p>Valuta:</p> <ul style="list-style-type: none"> - la presenza del personale infermieristico e ostetrico del Distretto, organizza il programma per le sostituzioni ordinarie e di urgenza e ne verifica l'attuazione; - regolarmente le prestazioni ed il comportamento degli operatori da lui coordinati e stabilisce con loro gli obiettivi; - la qualità dell'assistenza prestata nel rispetto dei protocolli assistenziali definiti, tenendo conto dei bisogni assistenziali dell'utente; - il fabbisogno delle attrezzature e del materiale necessario all'espletamento delle specifiche competenze, programmando i relativi approvvigionamenti ed eventuali manutenzioni.
<p>Provvede ad informare gli operatori delle decisioni di carattere igienico, tecnico, professionale e organizzativo assunte ai vari livelli dell'Azienda.</p>
<p>Promuove:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ed attua l'integrazione tra le varie professionalità presenti nel Distretto; - e gestisce colloqui/riunioni valutative, per discutere e risolvere eventuali problemi di organizzazione delle risorse.
<p>Collabora alla stesura di protocolli operativi e ne verifica la loro corretta applicazione.</p>
<p>Contribuisce alla mediazione di eventuali conflitti tra il personale.</p>
<p>Delega funzioni di referenza di specifiche attività nel rispetto delle competenze assegnate ai singoli operatori.</p>
<p>Partecipa:</p> <ul style="list-style-type: none"> - alla definizione degli obiettivi generali e delle politiche di sviluppo del Distretto e del SPS; - ai gruppi di lavoro all'interno dell'Azienda o fuori di essa; - alla formazione di base del personale, mantenendo i contatti con la sede formativa, individuando i bisogni degli studenti e coordinando le attività di tirocinio.
<p>Raccoglie:</p>

- e organizza ed elabora dati sul funzionamento del Distretto, promuovendo il miglioramento delle relazioni tra le diverse figure professionali; - dati sull'uso delle risorse tecniche utilizzate per espletamento delle specifiche competenze.
Rileva i bisogni formativi del personale infermieristico di Distretto.
Coordina e valuta il processo di inserimento del personale neo assunto.

Tab. 3 - Le funzioni del referente di Distretto

1.9 La *Mission* e la *Vision* del servizio delle Professioni Sanitarie

Il Servizio delle Professioni Sanitarie (SPS) è la struttura aziendale che esercita le funzioni di: collaborazione strategica, direzione, sviluppo, organizzazione e coordinamento del personale infermieristico, ostetrico, tecnico-sanitario, riabilitativo, della prevenzione, e di supporto sia in ambito ospedaliero che territoriale e domiciliare. Il Servizio concorre al conseguimento della mission aziendale presidiando le funzioni di gestione del personale afferente, attraverso la programmazione, la selezione e l'inserimento, l'allocazione, l'orientamento del personale che vi afferisce e il relativo sviluppo dei percorsi e dei processi di competenza. Il Servizio assicura l'impiego ottimale del proprio personale per fornire assistenza e prestazioni individualizzate di qualità a tutti gli utenti/clienti, interni o esterni, nel rispetto delle norme etiche e deontologiche. Le attività interessate si svolgono in stretta collaborazione con le altre strutture che operano nella direzione e nello staff e con tutte le altre strutture dell'Azienda. Il Servizio svolge le funzioni e le attività previste dalle norme, e quelle altre attribuite in ambito aziendale, o stabilite dalla direzione, in quanto attinenti e compatibili con i ruoli professionali e disciplinari delle risorse umane a disposizione del Servizio.

Il Servizio supporta la direzione e le strutture aziendali relativamente alle materie di propria competenza, e concorre alla gestione dell'azienda, e alla formulazione delle decisioni strategiche, attraverso le conoscenze professionali e tecniche di cui dispone, e le attività ed i processi di cui è titolare. Il SPS collabora con i Servizi

Amministrativi e dello Staff della direzione generale al fine di garantire i processi di natura amministrativa che sono interrelati con quelli caratteristici del Servizio.

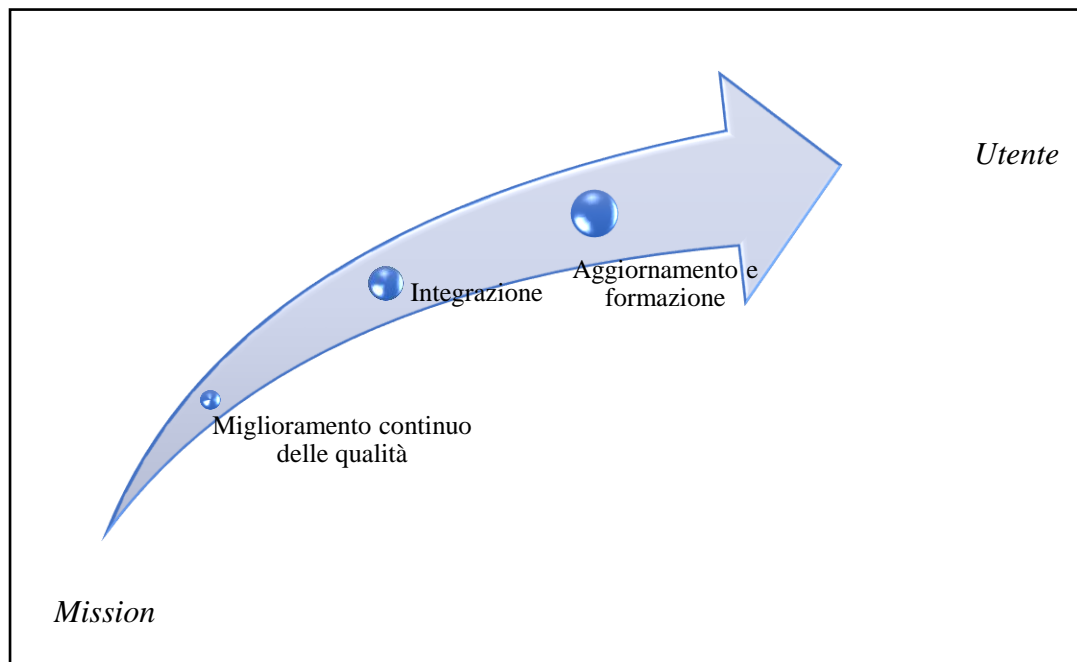


Fig.1 – Mission del servizio delle Professioni Sanitarie

Vision

Il modello a cui si ispira il servizio delle Professioni Sanitarie pone in primo piano il “cliente esterno” e il suo soddisfacimento, considerando il riconoscimento e la valorizzazione delle risorse umane, il mezzo tramite il quale raggiungere tale obiettivo. Le risorse umane, identificate come “clienti interni”, acquisiscono un valore aggiunto di notevole importanza, in quanto contribuiscono al raggiungimento di un’immagine aziendale esterna positiva. Pertanto, è necessario adottare un modello organizzativo centrato sulla responsabilizzazione dei lavoratori che partecipano al raggiungimento degli obiettivi aziendali e alti livelli assistenziali di qualità. Tale modello, necessita l’adozione di uno stile di *leadership* democratica e partecipativa che comporta la creazione di un clima lavorativo positivo e che mira all’*empowerment* dei dipendenti, allo sviluppo delle qualità creative e innovative e

all'accrescimento del livello di responsabilità individuale e collettiva, mediante interventi formativi e informativi.

Gli strumenti utilizzati per raggiungere tali obiettivi, dovranno essere la comunicazione, l'ascolto, la partecipazione dei collaboratori ai progetti, il rispetto umano, l'attenzione ai bisogni dei lavoratori nel rispetto della normativa vigente e un'adeguata organizzazione aziendale.

Inoltre, il servizio si propone di sviluppare l'integrazione tra professionisti in base alle rispettive competenze, incrementare le capacità tecniche relazionali ricercando il più alto grado di condivisione tra tutti i professionisti, favorendo l'esercizio dell'autonomia e della responsabilità professionale.

Il Servizio delle Professioni Sanitarie è una struttura preposta alla direzione, gestione ed al coordinamento di tutti gli operatori delle professioni sanitarie.

Professioni Sanitarie Infermieristiche e Ostetriche	Infermiere; Infermiere pediatrico; Ostetrica
Professioni Sanitarie Riabilitative	Podologo; Fisioterapista; Logopedista; Ortottista - Assistente di oftalmologia; Terapista della neuro- psicomotricità dell'età evolutiva; Tecnico della riabilitazione psichiatrica; Terapista occupazionale; Educatore professionale
Professioni Aree Tecniche – Diagnostiche Assistenziali	Tecnico audiometrista; Tecnico sanitario di laboratorio biomedico; Tecnico sanitario di radiologia medica; Tecnico di neurofisiopatologia; Tecnico ortopedico; Tecnico audioprotesista; Tecnico della fisiopatologia cardiocircolatoria e profusione cardiovascolare; Igienista dentale; Dietista
Professioni Tecniche della Prevenzione	Tecnico della prevenzione nell'ambiente e dei luoghi di lavoro; Assistente Sanitario

Tab. 4 – Le professioni Sanitarie che afferiscono al servizio

1.10 Obiettivi

In questo elaborato, si intende analizzare lo sviluppo delle Professioni Sanitarie, del relativo servizio e gli strumenti di gestione. Il nuovo scenario presuppone professionisti competenti al fine di garantire prestazioni appropriate e sicure a tutti i cittadini e qualità degli interventi.

La Professione si gestisce autonomamente, cercando di garantire una migliore qualità dell'assistenza fornita con efficacia, completezza ed efficienza, ossia sfruttando le risorse disponibili nel miglior modo possibile e raggiungendo lo scopo nel minor tempo e possibilmente, attraverso gli strumenti che possiede, cercando di valutare e indicare i mezzi e le risorse necessari per migliorare e ottimizzare il servizio. L'utilizzo di nuove metodologie e strumenti, insieme all'identificazione delle proprie responsabilità e competenze, rappresentano una tappa indispensabile per migliorare la propria dimensione e garantirne un ulteriore sviluppo futuro. Gli strumenti rappresentano l'esito di una ricerca d'équipe, non esistono infatti modelli standard. Essi devono essere conformi, oltre all'obiettivo perseguito, anche alle esigenze dei professionisti che li utilizzano; devono scaturire da un lavoro di ricerca dove ognuno mette a disposizione la propria esperienza pratica e le proprie conoscenze. Le metodologie richiedono tempo per la preparazione, realizzazione e sperimentazione e inoltre, sono soggette a revisione e aggiornamenti continui. Risulta indispensabile a tal fine, un'adeguata raccolta di dati, che costituiscono una risorsa insostituibile per un corretto lavoro scientifico. Tali strumenti e metodologie, assumono maggior valore se vengono sottoposti ad esame approfondito e confronti da varie équipe di assistenza, così da rispettare un'omogeneità nei comportamenti. Ciò permette di uniformare e standardizzare azioni fisiche, mentali, verbali e comportamentali, permettendo così un'assistenza continua, individualizzata, ottimizzando i tempi e la circolazione di informazioni.

Un'assistenza di qualità, deve basarsi su interventi e tecniche di documentata efficacia. All'interno della professione infermieristica, si è delineata e diffusa la convinzione che lo sviluppo scientifico, culturale e sociale dell'assistenza infermieristica, sia una conseguenza alla piena valorizzazione di una competenza

specifica dell'infermiere nell'ambito dell'assistenza sanitaria, in grado di produrre a favore delle persone assistite "propri" risultati di salute sostenuti da prove cliniche di efficacia (*Evidence-Based Nursing*).

Tuttavia, attualmente vi è ancora molta confusione intorno al termine "competenza". A riguardo, occorre fare una precisazione: non si parla di competenza giuridica, quindi non si intende ciò che è assegnato dalla normativa. Ci si riferisce alla competenza intesa in termini di conoscenze, capacità/abilità e comportamenti, considerata quale valore aggiunto del professionista, messa in atto in un determinato contesto per raggiungere particolari scopi.

La mappatura delle competenze porta a modificare il sistema in cui è inserito il professionista, perché implica l'analisi di diverse coordinate: valorizzazione dell'esperienza, centralità del soggetto, centralità dell'apprendere ad apprendere, formazione intensa come processo continuo.

Si deve passare quindi, dall'insegnamento inteso come trasferimento di conoscenze, dove la figura centrale è il docente, all'apprendimento inteso come un processo che comporta un cambiamento relativamente stabile nel modo di pensare, sentire e agire, che modifica l'organizzazione di conoscenze ed esperienze e che porta all'esercizio di nuove capacità modificando l'immagine di sé e del proprio ruolo.

L'apprendimento è un fenomeno emozionale e intellettuale, infatti la figura centrale è il professionista che sviluppa nuove competenze. In questo contesto anche il singolo professionista godrà di maggiori garanzie su riconoscimento della propria professionalità e avrà la possibilità di auto-valutare le proprie competenze per inserirsi in percorsi formativi individualizzati e professionalizzanti.

Tutto ciò ha come obiettivo principale la garanzia della qualità dei servizi sanitari centrati sulla professionalità delle risorse umane. I cittadini vedranno aumentate le loro garanzie sulla competenza delle figure professionali sanitarie. Le Aziende Sanitarie, che devono dare una risposta immediata ai bisogni dei cittadini in termini di miglioramento della qualità dei servizi, potranno contare su innovativi piani di formazione continua basati sulla programmazione per competenze. In un'ottica di

collaborazione tra organizzazioni, anche il professionista in mobilità interaziendale potrà veder riconosciute la propria esperienza e formazione.

Inoltre, ogni Azienda avrà a disposizione, grazie a questo sistema, un metodo oggettivo che garantisca sistemi meritocratici e di incentivazione.

L'Università avrà l'occasione di aggiornare i propri curricula basati sulle competenze richieste dal mercato del lavoro.

La mappatura delle figure professionali sarà la base su cui costruire un'alta formazione, investendo sui diversi livelli di complessità della competenza al fine di creare esperti realmente spendibili nelle organizzazioni.

Capitolo 2 – Le competenze delle Professioni Sanitarie

2.1 Gestione e sviluppo delle competenze

La Direttiva emanata dal Dipartimento della Funzione Pubblica il 13 dicembre 2001, sostiene che *“tutte le organizzazioni, per gestire un’elevata qualità dei servizi, devono fondarsi sulla conoscenza e sulle competenze. Devono, pertanto, assicurare il diritto alla formazione permanente, attraverso una pianificazione e una programmazione delle attività formative che tengano conto anche delle esigenze e delle inclinazioni degli individui”*.

In base a queste indicazioni, le Job Description dei profili sono descritte sulla base delle competenze.

La mappatura delle competenze deriva da uno studio sulle conoscenze, abilità e comportamenti.

I vari modelli di mappatura offrono diverse interpretazioni sulla centralità delle competenze essenziali del profilo e su quelle comuni a più figure professionali, ma il modello che ci permette di evidenziare le competenze caratterizzanti ogni figura in modo dettagliato, misurabile e certificabile è quello che oltre a determinare le conoscenze, le capacità e i comportamenti, descrive il percorso formativo per acquisire tali competenze.

“La competenza è una caratteristica intrinseca di un individuo casualmente collegata ad una performance eccellente in una mansione; si compone di motivazioni, tratti, immagine di sé, ruoli sociali, conoscenze e abilità” (Spencer & Spencer, 1993).

Così intesa, la competenza è una caratteristica stabile dell’individuo, per cui egli può ripetere la *performance* eccellente e mantenere la sua qualità nelle molteplici e differenti situazioni in cui si può esprimere. La prestazione di livello superiore di cui parla la definizione riguarda una mansione specifica che può essere svolta nell’ambito di un’organizzazione, per esempio in un’azienda sanitaria.

2.1.1 Le competenze Professionali e le loro componenti

Le varie definizioni di competenza esistenti in letteratura, esprimono che tale concetto comprende varie componenti, quali: centralità della persona, le conoscenze possedute tramite una formazione continua, l'attitudine al cambiamento e capacità acquisite con l'esperienza, le quali si traducono in comportamenti osservabili e ripetibili.

Alcune componenti sono direttamente collegate alla natura delle attività che l'operatore svolge, mentre altre sono caratteristiche della persona. Da ciò si evince che le competenze possono essere raggiunte per diverse vie: la formazione universitaria, altre esperienze formative, la ricerca, esperienze maturate in ambito lavorativo... È opportuno aggiungere che la motivazione e il contesto nel quale l'operatore svolge la propria attività, non rappresentano componenti della competenza, ma sono strutturalmente essenziali perché consentono alle potenzialità di esprimersi.

La motivazione, che parte dall'immagine di sé e dal progetto di vita, contribuisce in modo determinante alla formazione delle competenze in quanto è tramite essa che ogni azione viene svolta.

Il contesto deve essere tale da permettere di esplicitare e dichiarare gli obiettivi della persona, i quali diventano motivanti se sono specifici, impegnativi, collegati ad una ricompensa e coinvolgenti. Se il contesto ostacola tale esplicitazione, è compito del dirigente operare per migliorare la qualità del clima e delle relazioni dell'azienda.

2.2 Tipi di competenze

Dall'inizio degli anni Settanta, ossia da quando lo psicologo David McClelland ha presentato il modello delle competenze ad oggi, sono state effettuate più classificazioni delle competenze stesse; in seguito, vengono riportate le tre classificazioni considerate personalmente più significative.

2.2.1 *Competenze individuali e competenze organizzative*

L'analisi e la misurazione delle competenze, si realizzano tramite una serie di operazioni che rispondono a scopi diversi per il singolo operatore e per l'organizzazione a cui appartiene. All'operatore interessa principalmente identificare le proprie competenze, in modo da poter chiarire i propri obiettivi e successivamente pianificare un suo specifico percorso professionale. L'organizzazione invece, si propone essenzialmente di avere una migliore conoscenza delle proprie risorse umane; ottimizzare l'impiego di tali risorse favorendo la convergenza degli obiettivi e dei piani degli operatori con quegli aziendali; avere competenze distintive complessive che diano un prestigio tale da attrarre i possibili utenti.

Se tale convergenza si realizza in misura soddisfacente, l'operatore percepirà un clima di fiducia che rafforzerà il suo senso di appartenenza all'azienda e verrà stimolato ad usare le proprie competenze per migliorare quelle distintive dall'azienda stessa e di conseguenza i suoi processi e i suoi risultati.

Una dirigenza dotata di rilevanti capacità di *leadership* e di un'adeguata cultura organizzativa, può evitare questo rischio e creare un clima favorevole ad una proficua reciprocità nello scambio di competenze tra l'azienda e i professionisti che vi operano.

2.2.2 *Competenze di soglia e competenze distintive*

Facendo riferimento a un ruolo professionale, ad esempio quello di infermiere, le competenze di soglia sono quelle richieste per prestazioni di valore medio, di uno standard che si può considerare buono. Sono invece distintive, le competenze dei *best performer*, cioè degli operatori che ottengono continuamente risultati superiori alla media o di eccellenza. L'identificazione dei due livelli, consente alle imprese che si ispirano a questi concetti, di abbandonare le metodologie tradizionali, di selezione o valutazione (test per determinare il quoziente intellettivo e abilità tecniche della persona da assumere o promuovere) per passare a metodi di indagine

più efficienti al fine di individuare le caratteristiche di soglia e quelle distintive. I comportamenti di successo, quelli di *best performer*, sono molto importanti per la formazione, per esempio dei quadri infermieristici, perché permettono di mirarla solo alle competenze distintive del ruolo, graduandole come previsto dalla normativa. Competenze di base, tecnico-professionali e trasversali. Un'altra suddivisione importante, compiuta sulla base di ricerche, è quella nelle seguenti tre categorie: competenze di base, competenze tecnico-professionali e competenze trasversali (o avanzate).

2.2.3 Le competenze di base

Le competenze di base sono il sapere minimo che sostanzialmente è indipendente dai processi operativi; sono le capacità che tutti i professionisti devono possedere all'ingresso del mondo del lavoro. Per quanto riguarda l'infermiere, l'organo ufficiale della Federazione Nazionale ha individuato quali competenze necessarie l'inglese livello base/intermedio; informatica (in particolare, uso del PC, elaborazione di testi, internet e posta elettronica); diritto del lavoro (in particolare il contratto e la sicurezza sul lavoro); organizzazione aziendale, per esempio definire un'organizzazione, una strategia organizzativa e il concetto di privacy).

Queste competenze, tra l'altro, facilitano i cambiamenti da un contesto lavorativo ad un altro o anche da un ruolo ben conosciuto ad uno nuovo e diverso.

2.2.4 Le competenze tecnico-professionali e trasversali

Le competenze tecnico-professionali sono costituite dalle conoscenze e dalle tecniche operative specifiche di una certa attività professionale. Nel caso dell'infermiere, si tratta di competenze che interessano essenzialmente l'ambito clinico-assistenziale, incluse le competenze educative relazionali, la consulenza, la ricerca e in qualche misura le competenze manageriali (si pensi alla necessità di

guidare il personale di supporto). All'aumentare delle competenze manageriali diminuiscono le competenze clinico-assistenziali.

Infine, le competenze trasversali, come indica il termine, valgono per contesti e situazioni diverse non essendo collegate ad una specifica attività o ad una posizione lavorativa. Si acquisiscono per via formale e informale; un'adeguata formazione può determinarne un ulteriore sviluppo e miglioramento. Sono risorse della singola persona e sono importanti per plasmare il suo comportamento lavorativo.

Le competenze trasversali essenziali sono tre: diagnosticare, relazionarsi e affrontare.

Diagnosticare significa identificare/riconoscere. Detto ciò, in ambito organizzativo questo termine si applica alle caratteristiche dell'ambiente, alla natura del compito, alla situazione e ad eventuali problemi. È importante diagnosticare anche le proprie competenze e i relativi comportamenti di fronte al compito che si è chiamati a svolgere.

Si arriva a formulare una diagnosi attraverso la raccolta e l'analisi di informazioni e valutazioni di varia natura, relative a quantità, qualità, tempo, costo e spazio. Relazionarsi vuol dire stabilire un'interazione sociale con altre persone mediante comportamenti verbali e non verbali. La relazione consente di fornire informazioni e in certi casi di lavorare in gruppo e di negoziare. La capacità di relazionarsi presuppone una sufficiente chiarezza espositiva e un grado elevato di ascolto attivo.

Affrontare è un termine che si può applicare in varie situazioni, in particolare in relazione ai problemi e a i conflitti nel tentativo di trovarne una soluzione. In generale, un problema viene affrontato considerando gli elementi che lo caratterizzano, come e quanto lo si conosce e come ci si sente in relazione ad esso.

Una costante formazione accuratamente mirata, rappresenta la condizione indispensabile affinché individui e gruppi acquisiscano e perfezionino la capacità di auto-organizzarsi, auto-dirigersi e assumersi la propria responsabilità della qualità del lavoro.

Oltre che “prestatore d’opera”, l’operatore professionalmente qualificato e aggiornato, diventa sempre più “prestatore d’opera intellettuale”, innovativo, flessibile e in grado di comunicare una buona immagine dell’azienda. Egli non si limita ad acquisire determinate caratteristiche personali e risorse, come le conoscenze e la capacità di risolvere problemi, ma si sforza di adeguarle praticamente alle singole situazioni e alle richieste e aspettative dei soggetti con cui interagisce. Perché questo avvenga, occorre che le competenze non si basino tanto sul ruolo in sé, quanto sui processi in funzione dei quali i vari ruoli si devono integrare: è il caso del processo diagnostico-terapeutico-assistenziale e dei ruoli professionali che coinvolge.

Vi possono essere situazioni in cui l’infermiere, oltre a fornire le prestazioni di assistenza infermieristica in senso stretto, sia chiamato a svolgere attività gestionali delegate dal coordinatore, tra le quali delegare ai colleghi i rispettivi compiti, coordinare azioni di altre figure (operatori socio-sanitari, volontari, familiari) e occuparsi dei problemi sociali legati agli utenti.

Da ciò si evince che passare dalle competenze di ruolo alle competenze di processo, significa sviluppare una visione allargata della propria posizione, più consapevole degli scopi finali dei processi, nonché dei bisogni dei clienti interni ed esterni.

L’acquisizione e il perfezionamento delle proprie competenze, implicano un costante apprendimento con tutte le possibili modalità. Tra queste, riveste una particolare importanza l’apprendimento dall’esperienza, ovvero l’insieme di relazioni che il professionista vive nel proprio contesto lavorativo, dove si incontrano persone diverse e si viene a contatto sia con saperi codificati, sia con conoscenze approssimative spesso importanti che sono depositate nelle consuetudini.

Sul tema dell’apprendimento basato sull’esperienza, l’americana *Patricia Benner* ha scritto un libro che riferisce di una importante ricerca compiuta negli anni Ottanta e rappresenta un classico della letteratura infermieristica.

La ricerca di *Benner* e dei suoi collaboratori ha avuto per oggetto gli eventi critici della pratica infermieristica e le conoscenze che gli infermieri ricavano dai particolari di una pratica esperta. Secondo l'autrice, le situazioni cliniche ideali sono una grande fonte di apprendimento perché sono di gran lunga più complesse e ricche di sfaccettature e di eccezioni rispetto alle teorie e ai modelli formali. In base a tale ricerca, il concetto di esperienza è legato in parte all'anzianità di servizio in un certo ambito, ma molto di più ad un processo attivo di revisione e affinamento delle lezioni teoriche nel confronto con la realtà operativa.

È opportuno precisare che in ambito manageriale le iniziative di carattere ufficiale non sono le uniche fonti di apprendimento. Infatti, si può imparare anche da uno stile di direzione basato sul coinvolgimento dei collaboratori nei processi decisionali e sulla creazione e il mantenimento di un clima positivo, che permetta l'iniziativa, la sperimentazione ed entro certi limiti l'errore.

Il professionista competente e motivato, può dominare un problema in situazioni anche molto diverse, spesso fluide ed incerte, collegando le conoscenze alla loro applicazione e tenendo conto delle esigenze del contesto. Sul piano soggettivo, egli acquisisce generalmente quel senso di padronanza, ovvero di consapevolezza della propria possibilità di controllo sull'ambiente esterno, il quale contribuisce ad alimentare e sviluppare le competenze che possiede e che utilizza. Le competenze così intese, si esprimono in comportamenti che danno luogo a prestazioni individuali e collettive, efficaci e tali da determinare un alto gradimento da parte degli utenti.

Ogni membro della dirigenza, compresa quella infermieristica, deve sforzarsi continuamente di trovare risposte adeguate per promuovere un miglioramento delle competenze. Tali risposte dovrebbero essere rappresentate dalla realizzazione in azienda di un vero e proprio *management* delle competenze, cioè di un processo con il quale i dirigenti (direttamente o mediante organismi o gruppi ad hoc) gestiscono e sviluppano il patrimonio di competenze in sintonia con le scelte strategiche aziendali. In questo processo si riconoscono le seguenti fasi essenziali:

Fase 1- individuazione delle competenze necessarie nel breve-medio termine, mediante l'analisi delle richieste ambientali (a partire da quelle indicate nel piano regionale e nazionale), dei principali processi, della cultura e dei valori aziendali. Lo scopo è quello di identificare le competenze che gli operatori devono possedere per realizzare le performance che l'azienda si attende. Come in parte si è già detto per le figure infermieristiche con funzioni dirigenziali, si possono considerare prioritarie alcune competenze tecnico-professionali (*problem solving*, processi decisionali), organizzative (allocazione delle risorse umane, pianificazione delle attività, gestione degli imprevisti) e relazionali (gestione dei conflitti, motivazione dei collaboratori). Questa fase può portare alla redazione del manuale delle competenze aziendali.

Fase 2 - Traduzione delle competenze individuate in comportamenti osservabili. Perché non restino vuote definizioni ma abbiano la necessaria concretezza, le competenze vanno tradotte in comportamenti osservabili nel contesto aziendale di riferimento, adattandole al suo linguaggio, alla sua cultura e ai suoi valori condivisi. Un esempio relativo alla competenza "*pianificazione delle attività dell'unità operative*" è rappresentato indicatori, quali piani di lavoro contenenti gli obiettivi, il tempo di realizzazione, le azioni previste e le risorse necessarie.

Fase 3 – Rilevazione e mappatura delle competenze esistenti per area e ruolo professionale. Quelle competenze necessarie e i comportamenti attesi per realizzare una prestazione eccellente, in quel determinato ruolo. In questa fase, è possibile costruire la mappa delle competenze di una o più famiglie professionali (per esempio infermieri e operatori socio-sanitari), di un processo (dimissione protetta di un paziente) o di una funzione (pianificazione del personale da parte del servizio delle professioni sanitarie). A livello dell'intera azienda si può fare la mappa delle *core competences*, ovvero del suo elemento distintivo. Le *core competences* di un'azienda, sono il patrimonio di conoscenze, le abilità, le capacità e i comportamenti individuali e collettivi che le consentono di raggiungere i suoi obiettivi.

Rilevatura e mappatura delle competenze, sono attività piuttosto complesse che richiedono strumenti quali questionari di vario tipo, interviste, esercizi di gruppo e altri.

Fase 4 – Gestione delle competenze. La mappatura delle competenze aziendali consente la progettazione di un sistema integrato di gestione della risorsa umana coerente con i valori e gli obiettivi dell'azienda. Fanno parte del sistema la pianificazione, la selezione, la valutazione, la formazione, la diffusione delle competenze, percorso di carriera, la mobilità interna, la riconversione professionale. Questa fase può essere suddivisa in due sotto-fasi: la diagnosi e lo sviluppo.

La diagnosi consiste nel censimento delle competenze possedute dal personale, la quale permette il confronto con le competenze definite come necessarie. Viene così individuata, la distanza da colmare per garantire all'azienda le competenze ritenute indispensabili e coerenti con la strategia e con i fattori di successo. Lo sviluppo comprende le scelte strategiche compiute per colmare le carenze messe in evidenza dalla diagnosi e la costante verifica dell'efficacia di tali scelte.

Una scelta può essere l'organizzazione di corsi o seminari per sviluppare alcune competenze selezionate, per esempio la conduzione delle riunioni da parte dei dirigenti e dei coordinatori. Un'altra scelta possibile è il consolidamento di certe competenze, realizzabile ad esempio mediante incontri tra coordinatori per la diffusione e la discussione dei risultati ottenuti da alcuni “*best performer*” in merito al miglioramento della documentazione clinico-assistenziale.

Più in generale, la diffusione delle competenze va perseguita con tutte le modalità e i canali possibili.

L'obiettivo è quello di trasmettere contenuti innovativi, ma principalmente di suscitare energie di sviluppo e di concertazione. Si può perfino costituire un deposito delle competenze, per esempio in sistemi informativi e in manuali (di procedure, di gestione di progetti), affinché possano diventare un patrimonio a cui tutti sono in grado di attingere, eventualmente metterlo in discussione, rilevarne i limiti e produrre innovazioni.

Un gruppo di professionisti qualificati sotto la guida di un *leader*, può fungere da riferimento aziendale per una specifica categoria di competenze, in modo che la relativa documentazione sia costantemente aggiornata e migliorata da esperienze proposte per nuove soluzioni. La verifica dell'efficacia degli interventi deve essere accuratamente programmata, per esempio una volta concluso il corso di formazione per dirigenti e coordinatori, si dovrebbe valutare il suo impatto sull'organizzazione ad una distanza di tempo appropriata. Dirigenti e coordinatori devono essere consapevoli che l'azienda, utilizzando il modello delle competenze, può introdurre altri cambiamenti di rilievo relativi del sistema premiante e al sistema delle carriere.

In particolare la carriera non viene pianificata, ma prevale l'idea di costruirla a partire dalle effettive capacità manifestate e opportunità che si generano nell'organizzazione; inoltre, la carriera si configura sempre più come un percorso di sviluppo fra ruoli diversi che consentono di integrare le competenze tecniche e le competenze manageriali di coordinamento e di auto-organizzazione. I riconoscimenti sono associati all'incremento delle competenze più che al cambiamento delle posizioni organizzative.

È inoltre necessario superare la convinzione tradizionale secondo la quale le competenze tecniche sono le principali. Nelle aziende innovative saper gestire in modo efficace i rapporti interpersonali e organizzativi e la collaborazione, sono competenze che non sostituiscono quelle tecniche, ma anzi ne rappresentano un supporto indispensabile.

Lo studio di *Spencer and Spencer* ipotizza delle competenze manageriali (di maggiore interesse per dirigenti e coordinatori) nel seguente ordine dal primo al quinto posto:

- Consapevolezza organizzativa, costruzione di relazioni, capacità, capacità tecnico professionali e manageriali;
- Di persuasione e di influenza e tensione al risultato;
- Cooperazione, lavoro di gruppo, pensiero analitico, iniziativa;

- Sviluppo di collaboratori;
- Fiducia in sé, assertività, attitudine al comando, *leadership* di gruppo, ricerca di informazioni, pensiero concettuale.

Di queste competenze e di quelle in generale, vanno specificati gli indicatori comportamentali e la loro graduazione nel contesto di ciascuna organizzazione.

Il seguente esempio (Tab.5), è riferito al solo processo di risoluzione dei problemi.

<i>Decision making</i>	1	2	3	4	5
Capacità di prendere decisioni opportune nelle specifiche situazioni					
Assumere i propri rischi					
Prendere una decisione anche in circostanze poco favorevoli a sé stessi					

Tab.5 – Processo di risoluzione dei problemi

Le aziende sanitarie innovative che si impegnano realmente nello sviluppo del proprio patrimonio di competenze secondo tali principi, diventano “organizzazioni che apprendono” (*learning organization*), in cui le persone acquisiscono costantemente modelli di pensiero nuovi e stimolanti, migliorano la loro capacità di ottenere i risultati e soprattutto imparano continuamente come apprendere sia individualmente sia insieme. Per risultare efficaci infatti, l’apprendimento non deve essere meccanico ma deve costituire un processo creativo e problematico nel quale hanno un ruolo centrale la capacità di analisi, riflessione o scambio tra colleghi. L’assetto organizzativo è lo strumento che permette di valorizzare il capitale umano.

2.3 Valutazione

Un dibattito che accompagna la mappatura delle competenze è quello relativo alla valutazione.

In Italia son state prodotte molte leggi e stipulati moti accordi in relazione alla necessità di definire un sistema nazionale di certificazione delle competenze della formazione professionale: accordo tra il Governo e Parti Sociali del 24/09/1996; Legge Treu 196/97 (Norme in materia di occupazione); Legge Bassanini 59/97; decreti attuativi (502/92 e delega al Governo per il conferimento di funzioni e compiti alle Regioni e agli Enti Locali per la Riforma della Pubblica Amministrazione e per la semplificazione amministrativa; Patto Sociale del 22/12/1998 per lo sviluppo e l'occupazione e Accordo Stato-Regione dell'08/02/2000 in applicazione dell'art.17 della Legge 196/1997; 229/99 che sancisce l'obbligatorietà dell'accreditamento dei professionisti per le strutture del sistema sanitario.

La definizione di un sistema di certificazione si inserisce di un unico processo di rinnovamento del macro-sistema: formazione-istruzione-lavoro.

Questo processo consta di varie fasi, che si avviano con la definizione di un modello omogeneo condiviso di competenze, in seguito con la definizione di un sistema di standard di unità formative capitalizzabili con la costruzione di un sistema nazionale omogeneo di certificazione ed infine con la realizzazione di un sistema di riconoscimento di crediti.

La valutazione delle competenze dei professionisti della salute è sicuramente un fattore strategico per l'eccellenza del sistema sanitario nazionale.

In ambito legislativo, risulta di particolare rilevanza anche la riforma Brunetta, la quale si compone del primo decreto attuativo n.150 dell'ottobre 2009 e interviene in materia di contrattazione collettiva, valutazione delle strutture e del personale delle pubbliche amministrazioni, valutazione del merito, promozione delle pari opportunità, dirigenza pubblica e responsabilità disciplinare.

Con la legge delega n. 15 del 4 marzo 2009, il legislatore intendeva porre rimedio al problema della deresponsabilizzazione, dell'abbassamento del livello qualitativo dei servizi, del diffondersi di atteggiamenti opportunistici, facendo leva sul controllo esterno di andamento gestionale, nella acquisita consapevolezza che *“la politica non è spesso in grado di fornire una idonea contropinta all'inefficiente gestione dirigenziale”*.

La risposta della Legge delega n.15 è stata la scelta di un sistema ispirato *“all'efficienza aziendale vista come un mix di premiazione selettiva e di sanzione tempestiva ed effettiva”*, tramite un articolato sistema di valutazione affidato all'Organismo indipendente di valutazione della *performance* (art. 14, d.lgs. n.150/2009), di cui si deve dotare ogni amministrazione, singolarmente o in forma associata. Tale Organismo svolge, tra le altre, la funzione di curare annualmente la realizzazione di indagini sul personale dipendente volte a rilevare il livello di benessere organizzativo e il grado di condivisione del sistema di valutazione nonché la rilevazione della valutazione del proprio superiore gerarchico da parte del personale.

Uno dei compiti principali del dirigente è quello di valutare la posizione, le prestazioni e le potenzialità dei suoi collaboratori. Inoltre, egli effettua valutazioni in tutte le situazioni che richiedono un giudizio, per esempio quando si esprime in merito all'attribuzione di premi previsti dai istituti contrattuali, quando promuove o destituisce da un incarico o quando effettua o rifiuta un trasferimento.

La valutazione del personale, entra in gioco anche nel processo di selezione e inserimento di nuovi operatori, nella progressione di carriera e nell'applicazione dei sistemi di incentivazione.

All'interno delle aziende è necessario, in nome di principi organizzativo-gestionali ed etici, evitare giudizi improvvisati ed arbitrari, realizzare invece sistemi di valutazione formalizzati, controllati, soggetti a regole definite e conosciute da tutti

gli interessati tali da assicurare al personale uniformità di applicazione di trattamento.

Per valutazione del personale, si intende una procedura organica e sistematica mediante la quale su ogni dipendente, o sulle categorie di dipendenti, decise dalla direzione aziendale, viene espresso periodicamente un giudizio volto a individuarne, secondo criteri omogenei, il rendimento e i comportamenti professionali espressi nello svolgimento del lavoro, nonché la potenzialità di sviluppo che sarebbe in grado di esprimere.

In linea generale, gli obiettivi di un sistema di valutazione del personale che abbia queste caratteristiche possono essere: rendere più trasparente ed analitico il sistema premiante superando il carattere generico, ambiguo e arbitrario dei sistemi di valutazione informali, al fine di un'equa assegnazione dei premi; censire il potenziale umano e le competenze presenti nell'organizzazione in funzione delle attività e dei servizi che ha la missione di erogare; migliorare le prestazioni e i comportamenti responsabilizzando gli operatori a utilizzare al massimo le loro competenze per contribuire al raggiungimento degli obiettivi aziendali; consentire una supervisione più attenta e mirata nei confronti di coloro che mostrano di dover correggere determinati comportamenti; migliorare la comunicazione tra il dirigente-valutatore e i collaboratori valutati creando occasioni formalizzate per la discussione delle aree di forza e debolezza dei secondi, lo scambio di informazioni e valutazioni su ogni del lavoro nell'unità operativa; identificare i bisogni di formazione e aggiornamento per lo sviluppo delle persone e la crescita dell'organizzazione.

Un sistema di questo tipo favorisce anche, sia pure in modo indiretto, il giudizio sull'efficacia di altri aspetti della gestione della risorsa umana, per esempio, nel caso in cui le valutazioni del personale neo assunto sono decisamente positive è probabile che sia adottata una procedura di selezione e inserimento.

Le forme di valutazione impiegate nelle aziende sanitarie, sono la valutazione della posizione, delle prestazioni, delle competenze e del potenziale verranno esaminate una per una.

La valutazione delle posizioni (*Job evaluation*) ha per oggetto il ruolo organizzativo indipendentemente della persona che lo ricopre. L'obiettivo che si pone è quello di misurare il valore del lavoro, cioè di stabilire come ogni posizione contribuisce alla realizzazione delle finalità dell'azienda. In questo modo è possibile remunerare maggiormente la titolarità delle posizioni organizzative che si caratterizzano per una più elevata complessità tecnica, relazionale o gestionale.

La posizione si valuta tramite un'analisi (*Job analysis*). Si somministrano questionari a persone che ricoprono la posizione e/o si sottopongono all'osservazione, a interviste.

Le informazioni emerse, che risultano di interesse per coloro che effettuano la valutazione, comprendono le attività svolte e le relative modalità, le tempistiche e le dotazioni necessarie, l'importanza ricoperta e la difficoltà.

La descrizione della posizione (*Job description*) è un documento che specifica una serie di elementi relativi ad una determinata posizione in un'azienda, ovvero il nome, lo scopo, la collocazione gerarchica, i compiti, i metodi e le interdipendenze. Particolare importanza hanno lo scopo e i risultati che sono richiesti al titolare di ciascuna posizione.

Tramite la specificazione della posizione (*Job specifications*) si determinano vari fattori relativi alla posizione come i requisiti professionali necessari per svolgere i compiti che essa comporta (conoscenze, capacità, esperienza) e le condizioni ambientali.

La valutazione della posizione (*Job evaluation*) mira quindi a stabilire il valore relativo di ogni posizione all'interno dell'organizzazione in modo che si possano confrontare tra loro tutte le posizioni.

In tutto questo processo non si fa riferimento alla persona che potrebbe ricoprire il ruolo perché, è bene ribadirlo, la valutazione della posizione ha un altro scopo, ossia quello di chiarire come la singola posizione contribuisca al raggiungimento dei risultati aziendali. Tramite la valutazione della posizione, si può procedere alla descrizione del profilo, indicandone le qualità, le doti e le capacità della persona che dovrà occupare una determinata posizione. Il profilo così delineato (profilo ideale) può essere confrontato con quello posseduto dalle persone (profilo reale) per individuare quella più adatta a ricoprire la posizione o per pianificare interventi formativi atti a colmare le lacune riscontrate.

Se nella valutazione della posizione la persona non viene presa in considerazione, la valutazione delle prestazioni (*Performance appraisal*) è interamente concentrata sulle persone. Essa infatti, ha per oggetto la prestazione (o *performance*) del lavoratore, intesa come il contributo da lui realmente fornito all'organizzazione, in quanto titolare di una posizione in termini di risultati e di comportamenti organizzativi. Si tratta di un processo organizzativo che viene messo in atto con cadenza periodica generalmente annuale (il periodo di valutazione), o in occasione di eventi particolari, quali una promozione.

Tale processo consiste, di norma, in un confronto tra le attese nei confronti del lavoratore e i suoi risultati, in base alla valutazione della posizione occupata. Questa forma di valutazione si propone di rilevare l'attività del singolo operatore in termini di efficacia e di efficienza, in vista dell'applicazione di quanto previsto dal sistema premiante; sviluppare e migliorare i suoi punti di forza oltre a correggere i punti di debolezza anche in funzione della carriera; individuare le necessità formative individuali, al fine di migliorare la *performance*; per quanto riguarda la metodologia, i passaggi essenziali, una volta compiuta l'analisi delle posizioni, sono di norma quelli di seguito descritti: definizione della popolazione coinvolta (chi valuta chi) e relativa accurata e capillare informazione; definizione del tipo di valutazione (dei risultati, dei comportamenti o mista); definizione della scala di misurazione e della periodicità della rilevazione; definizione dei collegamenti con

il sistema premiante con la pianificazione delle carriere e con la formazione continua; programma di formazione sull'utilizzo degli strumenti.

La valutazione della prestazione, può riguardare prevalentemente due diversi aspetti: risultati e comportamenti.

La valutazione dei risultati è idonea specialmente per il personale che occupa posizioni dirigenziali o che svolge attività specialistiche o di alta qualificazione, ovvero coloro che operano con ampia autonomia. Ha per oggetto i risultati ottenuti dall'operatore in relazione agli obiettivi assegnati.

Colui che viene sottoposto a valutazione, deve essere coinvolto in tutto il processo che inizia con la definizione degli obiettivi e termina con la valutazione dei risultati (quali obiettivi sono stati raggiunti e in quale misura). Si valutano generalmente, il numero delle prestazioni, la loro qualità, il raggiungimento degli obiettivi, le abilità tecnico professionali dimostrate, le innovazioni apportate, gli eventuali reclami descritti degli utenti. Nel concordare gli obiettivi con ogni professionista, il dirigente che effettuerà la valutazione, deve tenere presente alcuni vincoli: gli obiettivi devono essere coerenti da un lato, con quelli dell'unità operativa o del dipartimento di appartenenza e dall'altro con la posizione occupata dal professionista; il professionista deve poter disporre delle risorse necessarie, che vanno quindi opportunamente distribuite; il professionista deve avere l'autonomia necessaria per operare in modo agevole in relazione al livello di responsabilità che la sua posizione comporta.

La valutazione di comportamenti organizzativi, considerata più adeguata per le posizioni caratterizzate da una minore autonomia decisionale, consiste nel confrontare i comportamenti realmente effettuati dell'operatore con quelli richiesti dall'azienda. Il più delle volte, si prendono in considerazione comportamenti quali la presenza, la puntualità, il rispetto delle procedure, la capacità di pianificare, l'iniziativa, la disponibilità a collaborare, la comunicazione, l'ascolto, la capacità di interagire con gli altri, l'orientamento al risultato e all'utente. Nel caso dei

dirigenti o dei coordinatori, conta molto la capacità di prendere decisioni, la gestione dei conflitti, la leadership e l'orientamento alla qualità.

Molti sistemi di valutazione, basano il confronto sul mix di risultati e comportamenti organizzativi, in modo da ottenere una visione completa della prestazione. In pratica, il più delle volte, il vertice aziendale, dopo aver costituito una commissione che presiederà a tutte le fasi del processo, approva e probabilmente concorda con le organizzazioni sindacali, una scheda di valutazione articolata in fattori disposti su una scala valutativa, per esempio da inadeguato (punteggio 1) a eccellente (punteggio 4). Ogni fattore, si riferisce ad un certo comportamento della persona (accoglimento dei pazienti con competenza e cortesia) o ai risultati che ottiene.

La scheda di valutazione è un importante strumento tecnico che documenta il processo di valutazione e comprende tipicamente due sezioni, introduttiva e di valutazione, alle quali se ne può aggiungere una terza d'integrazione.

La sezione introduttiva contiene i dati anagrafici del valutato e gli essenziali dati aziendali (posizione, unità operativa di appartenenza, numero di matricola, periodo di tempo a cui si riferisce la valutazione).

La parte dedicata alla valutazione può contenere i risultati da raggiungere, i comportamenti oggetto del giudizio, la scala di punteggio e gli spazi per i punteggi parziali e quello totale da attribuire al valutato. È opportuno anche, uno spazio per gli eventuali incidenti critici avvenuti durante l'anno, in cui il superiore-valutatore avrà preso nota. L'eventuale sezione di integrazione contiene il piano di sviluppo della persona valutata, per esempio gli interventi formativi che richiede.

Per competenza si intende una combinazione di conoscenze, capacità e comportamenti, finalizzati a risolvere problemi che vengono applicati in uno specifico contesto lavorativo. La valutazione delle competenze, costituisce l'aspetto di una positiva della risorsa umana, che mira a valorizzare la persona nella sua unicità e a preferire metodi di gestione flessibile solo in parte standardizzati. Il fatto che per ogni operatore si esamina l'insieme delle capacità, conoscenze ed

esperienze, può essere molto utile per l'individuazione di percorsi di carriera che ne valorizzano le competenze e gli permettono una specifica crescita professionale.

Le competenze del singolo operatore, vengono confrontate con quelle distintive (*core competences*) dell'organizzazione, per verificare che siano adeguate a quelle richieste dell'organizzazione stessa, del settore di appartenenza e dal ruolo. Per quanto riguarda le professioni sanitarie, la definizione delle competenze in qualsiasi contesto, deve tener conto di quelle richieste dall'applicazione dei rispettivi profili professionali.

La valutazione del potenziale (*potential evaluation*) concentra la sua attenzione sulle potenzialità del lavoratore, ossia sulle competenze inesprese che egli possiede, ma che non sono utilizzate nella posizione da lui attualmente ricoperta. Questa valutazione comprende qualsiasi attività diagnostica volta a individuare le caratteristiche attitudinali e professionali (conoscenze e abilità) dei membri di un'organizzazione, al fine di orientarne lo sviluppo verso le posizioni lavorative più congruenti.

Ognuno di noi possiede energie, attitudini e abilità, delle quali ne utilizza quotidianamente solo una parte, mentre l'altra resta in una situazione di potenziale disponibilità. Tale surplus può essere individuato e valorizzato.

Da una buona valutazione del potenziale che verrà presa in considerazione nella gestione del personale, possono trarne vantaggio sia l'operatore sia l'azienda per un utilizzo più razionale della risorsa umana di cui dispone (politica di *retention*).

In sintesi, mentre la valutazione delle prestazioni analizza l'operato dell'operatore, la valutazione del potenziale esprime le prestazioni che esso potrebbe svolgere in altre posizioni aziendali.

Per quanto riguarda la metodologia, si può valutare il potenziale con una scheda compilata da coloro che vengono sottoposti a valutazione e analizzata da esperti, attraverso un'intervista di uno psicologo o mediante altre prove.

Conclusioni

Profondi cambiamenti nella sanità, hanno portato alla nascita di un nuovo sistema di professionalizzazione e di responsabilizzazione, nel quale tutti gli operatori delle Professioni Sanitarie, un tempo chiamati Professioni ausiliare, assumono rinnovata importanza.

Il percorso professionale e formativo delle Professioni Sanitarie è costellato da una serie di norme che ne hanno permesso l'evoluzione. La tappa fondamentale è costituita dalla formazione professionale universitaria.

La legge riconosce il ruolo e la specificità della funzione infermieristica e ne delinea i nuovi profili. Il campo di attività e di responsabilità dell'infermiere è determinato dal profilo professionale, dagli ordinamenti didattici e dal codice deontologico. Questo nuovo scenario legislativo presuppone professionisti competenti, al fine di garantire prestazioni appropriate e sicure a tutti i cittadini.

È oggi richiesto all'infermiere il consolidamento della sfera di autonomia e di responsabilità professionale nell'assistenza, che preveda alla base il possesso di un complesso bagaglio metodologico, tecnico e relazionale da utilizzare in ambito clinico e organizzativo. Pertanto è necessario definire, introdurre e sperimentare nuovi approcci e nuovi strumenti per orientare la pratica professionale verso l'appropriatezza, l'efficacia e l'efficienza delle prestazioni; organizzare l'assistenza infermieristica secondo modelli gestionali "per processi" profondamente integrati e multi-professionali ed infine fondare la valutazione, la decisione e l'azione clinica sulle conoscenze prodotte dalla ricerca e su adeguati indicatori e standard, mediante l'opportuno ricorso a strumenti quali linee guida, raccomandazioni, percorso clinico-assistenziale, protocolli e procedure.

A tal proposito, è ragionevole prevedere che il cosiddetto governo clinico, cioè la razionalizzazione e la standardizzazione delle attività sulle base delle prove di

efficacia, assumerà in futuro una rilevanza crescente, cosicché la prassi assistenziale possa essere sempre più ancorata alla ormai vasta e autorevole produzione scientifica in campo infermieristico.

Le Leggi n. 251 del 10 Agosto 2000, n. 42/99 e n. 43 del 1 Febbraio 2006, rappresentano l'ultimo tassello legislativo del mosaico, rappresentato dal riordinamento delle professioni sanitarie. Con tali interventi, si esaurisce un percorso molto lungo di emancipazione, iniziato quaranta anni addietro, di tanti professionisti dell'assistenza. È bene evidenziare che le aziende sanitarie hanno come obiettivo principale la prevenzione, cura, assistenza e riabilitazione al cui raggiungimento concorrono tutte le figure sanitarie.

Ogni professione ha il suo spazio nell'area di competenza specifica che va riconosciuta e legittimata. Chi lavora in ambito sanitario non deve perdere di vista il senso del suo lavoro che rimane la persona.

Bibliografia

- Benner P., *L'eccellenza nella pratica clinica dell'infermiere* – McGraw- Hill, Milano 2002;
- Canova G., Foglietta L., et al., *Il modello delle competenze. Verifica di fattibilità nei percorsi di sviluppo professionale. Management infermieristico*. 2007, 16-29.
- Chiari P., Mosci M., Naldi E., *L'infermieristica basata su prove di efficacia. Guida operativa per l'Evidence Based Nursing* – McGraw- Hill Companies, I edizione 2006;
- Fabri T.M. – *La valutazione delle prestazioni, Sviluppo & Organizzazione*, n.183, Gennaio -Febbraio 2001;
- Hamer S., Collision G. – *Evidence-Based Practice. Assistenza basata sulle prove di efficacia*. Edizione italiana a cura di Chiari P., Santullo A.; McGraw-Hill Companies, I edizione 2002;

Sitografia

- <http://www.ipasvi.it>
- <http://www.cantieripa.it>
- <http://www.isfol.it>
- <http://www.regionesardegna.it>

Normativa di riferimento

- Legge n.42 del 26 Febbraio 1999 “*Disposizioni in materia di professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione, nonché della professione ostetrica*”;
- Federazione Nazionale Collegio IPASVI. Codice Deontologico 1999;
- Decreto Ministeriale 739 del 1994. Profilo professionale dell'infermiere.

- Legge n.251 del 10 Agosto 2000 “*Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione, nonché della professione ostetrica*”, - Gazzetta Ufficiale n.208 del 6 Settembre 2000;
- Delibera Regione Sardegna n. 63/8, Giunta Regionale del 28 Dicembre 2005;
- Legge Regionale n.10 del 28 Luglio 2006 “Tutela della salute e riordine del servizio sanitario della Sardegna. Abrogazione L.R. n.5 - 26 Gennaio 1995);
- Legge n.43 del 2006 “*Disposizioni in materia di professioni sanitarie infermieristiche, ostetriche, riabilitative, tecnico sanitarie e della prevenzione*” e Delega al governo per l’istituzione ordini professionali;
- Delibera Regione Sardegna n.31/16 Giunta Regione Sardegna del 27 Maggio 2008 DPCM 25 Gennaio 2008. Decreto recepimento dell’accordo Stato Regioni sulla qualifica unica della dirigenza sanitaria.
- Riforma Brunetta, D.lgs 150/2009.

Ringraziamenti

Ebbene sì, anche io ce l'ho fatta. È arrivato anche per me questo momento tanto atteso. Dopo tanti sacrifici, pianti, ansie, notti in bianco, ho finalmente raggiunto un traguardo da me tanto desiderato.

Mi sembra giusto a questo punto, ringraziare coloro che hanno contribuito al raggiungimento di questo percorso.

Innanzitutto vorrei ringraziare il mio relatore, il Dott. Piero Bulla per avermi seguito e guidato nella stesura della tesi, grazie per tutti i consigli dati.

Vorrei poi ringraziare la mia famiglia. È solo grazie a voi che ho potuto raggiungere questo risultato, da voi tanto atteso. Grazie mamma, grazie babbo. Nonostante la vita vi abbia messo a dura prova, siete sempre stati presenti nel mio percorso universitario, ho sempre potuto contare sul vostro appoggio e sul vostro sostegno. Mamma, tu donna forte ma allo stesso momento fragile, infinite grazie per tutti i consigli dati, per i tuoi silenzi nei miei momenti di rabbia, ma soprattutto per aver sempre creduto in me e per avermi dato la forza per proseguire in questo cammino. E tu babbo, grazie per la fiducia data e per la stima che provi nei miei confronti ogni giorno.

Un grazie particolare va ad Ottavio e Giusy, i miei più grandi amori. Senza di voi non ce l'avrei mai fatta. Grazie, perché tutte le volte che avevo bisogno, voi c'eravate, dandomi i consigli migliori che potessi ricevere.

Grazie a te Ludovica, piccola di casa, per aver reso le mie giornate spensierate e piene di sorrisi. Il tuo sorriso ha portato la luce nella nostra casa e nei nostri cuori. Non posso non ringraziare i miei adorati nonni. Nonna Mariangela, grazie per aver sempre creduto in me, per avermi donato tanto amore e per essere sempre stata disponibile nei miei confronti. Sono felice di regalarti questa gioia.

Nonno Antonio, Nonna Salvatorica e Nonno Ottavio, anche se non potete condividere con me questo momento, sono sicura di avervi resi fieri di me. Ho finalmente esaudito il vostro desiderio.

Grazie a zio Peppino, zia Anna e Raffaella, la mia seconda famiglia. Grazie per avermi fatto sentire sempre a casa e per averne reso meno pesante la distanza. Grazie per la vostra disponibilità.

E grazie anche a zia Ghita per essersi sempre interessata di questo percorso e per essermi sempre stata vicina.

Un'enorme grazie va ai miei amici di sempre, Anna, Chiara, Antonella, Erika, Claudia, Giugi, Paolo, Giancarlo, Matteo e Simone, per essermi stati sempre vicini in questo percorso e per avermi dato la forza per rialzarmi e andare avanti.

Non posso di certo scordare gli amici che ho incontrato in questi anni a Sassari. Nonostante vi conosca da meno tempo, siete stati capaci di entrare nel mio cuore a far parte della mia vita. Vorrei dire grazie a Susanna, Cristina, Grazia, Dario, Dory e Lella, se non ci foste vi "vorrei" inventare. Grazie per avermi sopportato in questi anni di pazzia, grazie per le belle parole spese nei miei confronti e per aver creduto in me fino alla fine.

In particolare vorrei ringraziare Martina, l'amica che ho sempre sperato di avere, grazie per avermi sostenuto in questo percorso, per i bei momenti passati insieme, per avermi sempre ascoltato anche nei miei momenti di sconforto. Senza di te non ce l'avrei mai fatta.

Vorrei ringraziare anche me stessa, dopotutto è anche grazie alla mia buona volontà, forza e determinazione se ho raggiunto questo traguardo. Alla fine me lo sono meritata.

E poi... e poi... vorrei correre fino a te e gridarti grazie... grazie per essere sempre stato presente nei miei pensieri. Avrei voluto tanto condividere con te questo momento.

Né... spero solo che tu sia orgoglioso di me.

Silvia

20 Aprile 2017