



REGIONE AUTONOMA  
FRIULI VENEZIA GIULIA

# Profilo di competenze: un esempio con metodologia Consensus

Milano, 30 marzo 2019

Dr. ssa Paola De Lucia

DIREZIONE CENTRALE SALUTE, INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA, POLITICHE SOCIALI E FAMIGLIA

Area servizi assistenza ospedaliera



### ***Funzioni***

Programmazione e controllo attività afferenti all'assistenza sanitaria specialistica e ospedaliera, ai sistemi di emergenza, trapianti di organo, piano sangue, ai rapporti con i soggetti erogatori di attività sanitarie e socio-sanitarie autorizzati e accreditati, al controllo ed alla valutazione dell'erogazione dei LEA (...)

### ***Linee di lavoro e gruppi di lavoro attivati.***

Piano Emergenza Regionale: Calci M., De Lucia P.

Reti assistenziali ed elaborazione PDTA: referenti Agnoletto AP e Prezza M

Rischio clinico: (responsabile prof. Brusaferrò) referente Lavia B  
per progetto Lesioni da Pressione referente Prezza M.

Prestazioni ambulatoriali: Chittaro M.

Privacy: Bulfone A.



- Focus sulle competenze dell'infermiere impegnato nell'area dell'emergenza territoriale;
- **Competenze e valutazione:**
  - ❖ visione tradizionale vs visione orientata ai problemi dei pazienti;
  - ❖ il progetto della Regione Friuli Venezia Giulia.



## RIFORMA SANITARIA

RIORGANIZZAZIONE E RIQUALIFICAZIONE  
DELLA RETE DI EMERGENZA/URGENZA

CENTRALE OPERATIVA UNICA 118



- Disomogeneità dei requisiti strutturali, delle attrezzature e della organizzazione delle strutture di emergenza;
- Trasformazione del mondo dell'emergenza che impone una revisione critica dei modelli attuali e tradizionali;
- Infermieristica in costante evoluzione a fronte di bisogni sempre più complessi.



- 4 Centrali operative provinciali con bacini d'utenza **disomogenei**;
- Gestione e modalità organizzative **non uniformi**;
- **Mancato** recepimento della normativa europea;
- **Mancanza** di un percorso formativo comune.



- Carente **integrazione funzionale** fra il soccorso territoriale e le strutture ospedaliere deputate all'emergenza;
- Le integrazioni tra Ospedali e Territori sono garantite dalle relazioni tra professionisti, più che dalla **condivisione di percorsi diagnostico terapeutici**;
- La definizione dei protocolli operativi dipende dalle **scelte delle singole** realtà aziendali (Stroke-Stemi-Trauma).



- Mancato rispetto dei **tempi di intervento** previsti (tempo di arrivo 1° mezzo 18')\* soprattutto nell'ambito montano delle provincie di **Udine e Pordenone (>30')** e in alcuni comuni della pianura friulana.
- Non appropriata **distribuzione delle risorse** dedicate al soccorso avanzato medicalizzato (CO 118 di Udine e Pordenone).

\* Ministero della salute 2012





Il progetto complessivo necessita del confronto e coinvolgimento continuo dei vari professionisti.

### **attivati 9 gruppi di lavoro multidisciplinari**

- Piano rete Emergenza-Urgenza;
- Sede Centrale Operativa: Logistica – arredo;
- SIS/Dispatch/Rete Radio;
- Modello organizzativo;
- Profilo di Competenze (equipe ALS);
- Protocolli assistenziali (L.190/2014-comma 566);
- Mezzi di soccorso (mappatura e definizione standard minimi di attrezzaggio);...

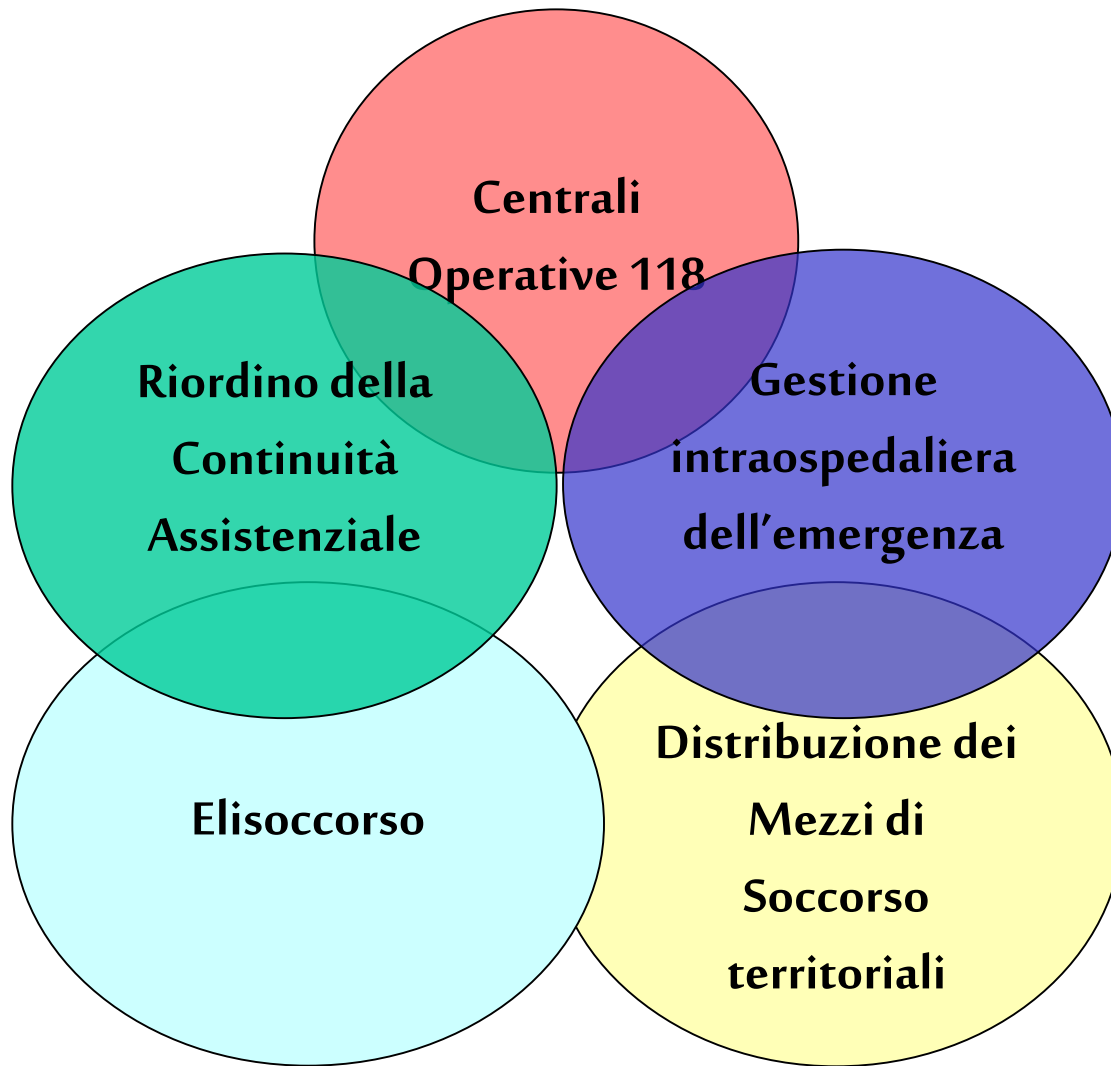


## Obiettivi Rete Emergenza

Realizzare un efficace e omogeneo sistema di soccorso sanitario di emergenza/urgenza, strettamente integrato con le realtà ospedaliere del territorio al fine di garantire al cittadino la continuità dell'assistenza

Il piano dell'emergenza è volto a garantire interventi operativo-organizzativi, culturali, formativi, professionali.

DGR 519 21 marzo 2014





E' il modello delle competenze lo strumento che permette di sostenere progetti di sviluppo dell'organizzazione, azioni di riconversione o di riposizionamento e i piani di formazione?



Quesiti:

- Quali sono le competenze di cui oggi disponiamo nell'area dell'emergenza regionale?*
- Quali sono gli strumenti di riferimento (definizione, valutazione e mappatura) in FVG e in Italia?*
- Quali sono le aree di forza e di debolezza rispetto al livello atteso dall'organizzazione?*
- Quali sono le lacune più critiche da colmare per allineare le competenze alle richieste di salute?*



L'investimento nelle competenze diventa un'esigenza vitale e allo stesso tempo un fattore critico.

(Calhoun et al. 2002)

Il sapere collettivo dell'organizzazione è radicato nell'azione, deve essere esplicitato, alimentato e diffuso.

(Calhoun et al. 2005)



I sistemi di gestione delle risorse umane basati sulle competenze sono significativamente basati sulla conoscenza.

(Marrelli et al. 2005)

Gli approcci *competency based* di gestione delle risorse umane vanno interpretati come processo di generazione, condivisione e diffusione delle conoscenza organizzativa.

(Marrelli et al. 2005)



Per queste ragioni, l'attenzione del gruppo di lavoro si è focalizzata su **tre questioni cardine**:

- Riflettere sul modello concettuale.....quale prospettiva;  
(Suserud B. 2005)
- Definire le competenze avanzate (o specialistiche);  
(Calhoun et al. 2002)
- Identificare e sperimentare modelli organizzativi in grado di facilitare la massima espressione delle competenze e, di conseguenza, i più elevati risultati sui pazienti.  
(Chan et al. 2007)





La competenza:

è definita come un insieme di “caratteristiche intrinseche di un individuo, che sono causalmente correlate a una performance, riferita a un criterio, efficace o superiore nella mansione svolta”..... ;

(Spencer & Spencer,1993)

La **competenza clinica** in particolare, è considerata l'adeguatezza funzionale in uno specifico contesto di pratica dove sono gestiti i problemi dei pazienti.

(Benner

2003)



## Descrivibilità della competenza:

“...una performance efficace e/o superiore in una mansione o in una situazione e valutabile sulla base di un criterio stabilito...”

(Klemp 1980, Boyatzis 1982, Spencer e S. M. Spencer 1993, Levati e Saraò 2003)



Interazione di alcuni componenti, di cui 3 core: le capacità, le conoscenze, le esperienze finalizzate.

### **Capacità # Abilità**

- Abilità traduce il termine inglese skill ed è spesso usato impropriamente per definire le competenze;
- Capacità deriva dal latino «capax» contenere;



- Una persona si definisce competente non perché ritiene di esserlo, ma perché è riconosciuta tale da altri; (Le Boterf 2008)
- Deve essere confrontata con un “**atteso**” condiviso da una comunità professionale;  
(Sirwardena et al. 2010)
- I modelli di competenza vanno definiti prima di ipotizzare i sistemi organizzativi.  
(Courtenay et al. 2008)



## Competenze: nodo critico

- Disomogeneità nella definizione di competenza in regione FVG e in Italia;
- Utilizzo di job description declinate solo in alcune Strutture Operative;
- Utilizzo di strumenti valutativi differenti e che non consentono comparazioni;
- Attività e processi valutativi molto soggettivi e non legate alla performance professionale.

(McMullan et al. 2013)



## Strumenti di valutazione delle competenze





- Behavioral Event Interview (BEI)
- Mini-clinical Evaluation Exercise (Mini-Cex)
- Multi- Source Feedback (MSF)
- Case-Based Discussion (CbD)
- Acute Care Assessment Tool (ACAT)
- Audit Assessment (AA)
- Nurse Competente Scale (NCS)
- Professional Portfolio (PP)

(Davis et al. 2006; Tuning Project. 2011)



## Strumenti di valutazione della competenza per gli infermieri

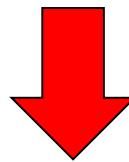
Utilizzati prevalentemente su studenti e neolaureati  
Si raccomanda uso integrato di diverse modalità di valutazione:  
osservazione diretta, discussione di casi, ...

(Watson et al. 2002)





Attivare un Percorso per la definizione delle competenze individuali del personale impegnato nella rete assistenziale dell'emergenza extra ospedaliera e costruzione di un PORTFOLIO PROFESSIONALE



Basato sull'approccio alla gestione delle risorse umane basato sulle competenze, in un'ottica *Resource Based View*

(Spencer & Spencer, 1993)



- Adottare strategie e strumenti per accertare e migliorare continuamente le proprie competenze e individuare opportunità di avanzamento.  
(Chan et al. 2007)
- Progettare *programmi formativi taylormade*, in cui si considerano i bisogni formativi di ciascun sottogruppo professionale, valorizzandone la precedente formazione e l'*expertise*.  
(Chan et al. 2007)



**Assunti di base** per i professionisti e per l'organizzazione:

1. Definizione delle competenze di riferimento;
2. Descrizione dei criteri di valutazione del possesso delle stesse;
3. Individuazione della **soglia minima** riferita al possesso delle competenze necessarie ad agire in autonomia;
4. Progettazione dei piani delle competenze per progettare e dirigere lo sviluppo professionale.



## **CONSENSUNS CONFERENCE**

L'attività di indagine ha preso avvio con l'analisi della letteratura specialistica. I contenuti sono stati ulteriormente approfonditi con i vari professionisti

## **FOCUS GROUP**

**con Professional e Responsabili Infermieristici (Comunità di Pratica)**

Definizione dell'insieme di competenze attese per i ruoli di riferimento condotta secondo una logica di integrazione e aggiustamento continuo  
(Modello di competenze prospettiva di analisi multipla)

## **ELABORAZIONE DELLO STRUMENTO**



Gli attori coinvolti nelle varie fasi del processo sono stati suddivisi in tre categorie:

- gli **esperti di metodo** che hanno garantito una lettura comparata delle diverse mappe
- tutti i **coordinatori** delle aree di emergenza, postazioni di emergenza territoriale e Punti di primo Intervento
- i **professionisti** appartenenti al profilo preso in analisi (infermieri) che lavorano nelle aree di emergenza territoriale



Tutti i professionisti hanno costituito un **Network di confronto** al fine di:

- Individuare i livelli di competenza agiti in considerazione del nuovo modello organizzativo;
- Identificare le aree critiche al fine di sviluppare azioni formative mirate;
- Guidare lo sviluppo delle abilità e l'ampliamento delle conoscenze/skills.



Il **confronto successivo** ha permesso di individuare alcuni elementi molto eterogenei quali:

- a) ogni azienda ha sviluppato una scheda contenente delle Job description; tali schede non sono confrontabili tra di loro;
- b) un'azienda ha sviluppato un profilo delle competenze con elementi/descrizioni senza indicatori di verifica/valutazione;
- c) le Job description simili erano variamente interpretabili a livello di macrosistema.



## Focus Group e Interviste

- Definizione del livello di competenza degli infermieri;
- Descrizione delle abilità basate sull'apprendimento clinico e della conoscenza racchiusa nell'attività infermieristica;
- Articolazione delle competenze partendo dall'esperienza nella pratica clinica raggruppandole per aree/domini e definizione dei relativi indicatori;
- Definizione e descrizione degli strumenti di valutazione.





### **Definizione delle competenze:**

- Analisi del metodo delle UFC (Unità Formative Capitalizzabili) già utilizzato dall'IPASVI (2004);
- Individuazione quadro concettuale di riferimento Dreyfus e Dreyfus (1986), Benner (2003), Progetto «Tuning Educational Structures in Europe» (2010), Standard Fimeuc (2012), Federazione IPASVI (2015);
- Aggregazione del materiale raccolto per aree tematiche e definizione degli argomenti da affrontare nei gruppi di lavoro in forma di domande.



Il livello di competenza è valutato utilizzando una Likert (1 – 5);

- Cinque livelli di competenza:

novizio

principiante avanzato

competente (CUT OFF minimo)

abile

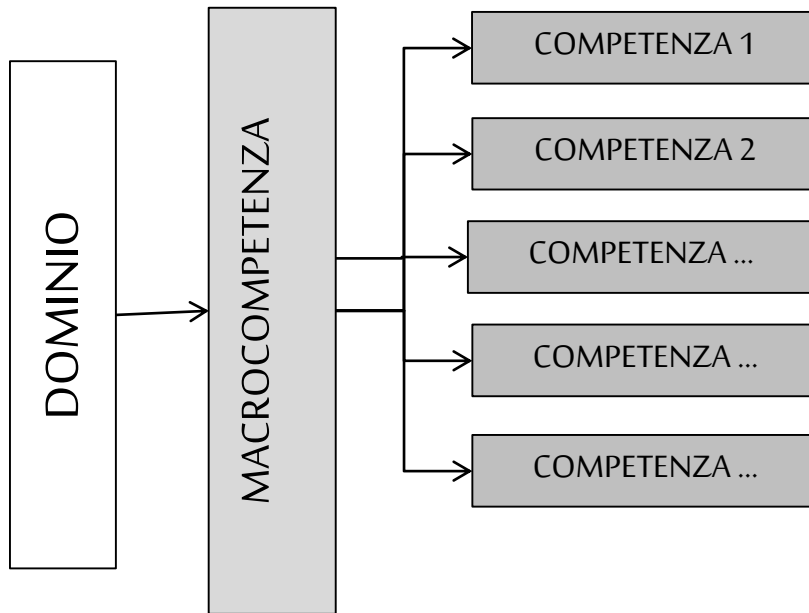
esperto

...la competenza è un processo continuo....

(Benner 2003)



## Documento - Struttura



### 12 Domini

Sicurezza

Preso in carico: assessment telefonico

Preso in carico preospedaliera

Interfacce comunicative

Relazionale

Pratica basata sulle evidenze

Consulenza

Formazione

Autoformazione

Educazione alla salute

Etica nel prendersi cura

Governance



## 12 Macrocompetenze (1)

1. Contribuire al processo di sicurezza (9 Item);
2. Contribuire al processo di accoglimento, codifica delle richieste e di gestione dei relativi interventi di cura (Medical Priority Dispatch System - MPDS) (9 Item);
3. Analizzare i bisogni di assistenza, effettuare la diagnosi clinico-assistenziale, pianificare e applicare il processo assistenziale garantendo la continuità anche in situazioni ad elevato impatto emotivo (10 Item);
4. Assicurare la gestione delle interfacce comunicative (radio-telefoniche, SIES, SEI) (3 Item);



## 12 Macrocompetenze (2)

5. Gestire le relazioni, individuando e superando gli elementi di stress anche in situazioni ad elevato impatto emotivo (14 Item);
6. Sviluppare una pratica basata sulle evidenze utilizzando la ricerca per introdurre cambiamenti e migliorare la pratica clinica (5 Item);
7. Contribuire alla mappa de expertise (2 Item);
8. Contribuire alla formazione dei colleghi/studenti e alla propria (2 Item);

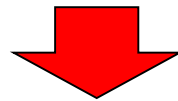


## 12 Macrocompetenze (3)

9. Auto formazione (4 Item);
10. Educare il singolo e la comunità per l'autogestione e il controllo dei fattori di rischio e dei problemi di salute (1 Item);
11. Assicurare la pratica infermieristica secondo i principi di beneficenza e non-maleficenza, l'advocacy, la competenza, la cooperazione ed il caring (9 Item);
12. Contribuire ai processi di miglioramento della qualità assistenziale/organizzativa (5 Item).



Le reali situazioni della pratica professionale sono state:  
rappresentate e collegate ad una o più competenze  
identificati i relativi indicatori  
definiti gli strumenti di valutazione



Validazione con i risultati dei Focus Group (3 gruppi)



Strumento di valutazione









- Identificazione livello competenze;
- Riflessione critica sulle proprie competenze e bilancio di competenze (autovalutazione);
- Supervisione di mentor o tutor o coach (coordinatore-etero-valutazione);
- Bilancio competenze Regionale;
- Costruzione del PORTFOLIO professionale/individuale
  - ❖ Attivazione del percorso formativo per i coordinatori infermieristici
  - ❖ Strumenti di gestione e valutazione per i coordinatori infermieristici
  - ❖ Strumento per la costruzione del PORTFOLIO individuale/professionale
  - ❖ Attivazione del percorso formativo per gli infermieri e coordinatori



Riflettere criticamente sulle proprie competenze.

Nell'ambito della formazione del professionista vanno considerate le attese personali, ma soprattutto il punto di partenza di ciascuno, infatti ognuno è portatore di esperienze e competenze personali che costituiscono una base di partenza e di riflessione sugli aspetti da migliorare, affinare o potenziare.

Ti invito a riflettere sul livello che possiedi per ciascuna competenza e ad esprimere un'autovalutazione individuando i punti di forza e quelli di debolezza, con la finalità di individuare gli ambiti in cui ritieni sarebbe necessario un miglioramento o un approfondimento mediante un evento formativo.

Competenze. Pratica Infermieristica di base Come considero il mio livello per quanto riguarda:	Esperto	Elevato sviluppo	Da rifinire	In fase di sviluppo	Mai sperimentato
Gestire una comunicazione efficace con il paziente per costruire una efficace relazione d'aiuto.	X				
...		X			
...			X		
...		X			

Come si compila: prenditi il tempo e rifletti, per ciascuna competenza, sul tuo livello di preparazione ed indica per ciascuna la tua valutazione.

Punti di forza individuali		
Esperto	Elevato sviluppo	Totale
1 +	2 +	3

Punti di debolezza individuali			
Da rifinire	In fase di sviluppo	Mai sperimentato	Totale
1 +	0 +	0	1

Rapporto
3 : 1

Significa che in questa competenza prevalgono elementi di forza.

Tuttavia l'individuazione di quelli deboli potrebbero aiutarti a selezionare gli ambiti sui quali investire con la formazione.



- Mappare le competenze di cui la Regione ha bisogno e renderle visibili;
- Stimolare una cultura all'autovalutazione;
- Stimolare una cultura aperta alla revisione tra pari attivando gruppi di lavoro sulla revisione della pratica clinica;
- Sviluppare un piano formativo quinquennale;
- Valutare la performance professionale;
- Attivare percorsi di inserimento del neo assunto;

.....