

Il profilo di posto e il processo di valutazione: quale integrazione? Esperienza dell'Azienda Sanitaria TO2 di Torino

Profiles and evaluation process:
what integration? Experience of Local Agency of Health Turin TO2

Simona Facco¹ Ivana Finiguerra¹ Leonardo Fuggetta² Lorenza Garrino³ Valerio Dimonte⁴

RIASSUNTO

Introduzione: Il Servizio delle Professioni Sanitarie dell'Azienda Sanitaria Locale TO2 di Torino si è posto come obiettivo per l'anno 2010 di costruire la scheda di valutazione del personale neo-assunto e il relativo piano di inserimento, integrandoli con i profili di posto già elaborati l'anno precedente.

Metodo: La fase di progettazione si è avvalsa dell'analisi della letteratura e del confronto tra il gruppo di progetto, costituito da sei componenti del Servizio delle Professioni Sanitarie. Il modello concettuale di riferimento per la realizzazione delle bozze delle griglie di lavoro è stato tratto dall'insero speciale della rivista "L'infermiere" del 2007. Si sono inoltre costituiti i gruppi di lavoro, per un totale di 93 persone. Si sono inoltre predisposti gli indicatori per il monitoraggio e la valutazione dell'implementazione degli strumenti.

Una volta realizzate le bozze degli strumenti standard, si è lanciato il mandato ai gruppi di lavoro di completare gli strumenti forniti, con la supervisione di un tutor utilizzando la formazione sul campo. Infine si è effettuata una valutazione intermedia attraverso la somministrazione di un questionario.

Conclusioni: L'introduzione degli strumenti sopra citati ha incontrato inizialmente qualche difficoltà, superata attraverso il supporto del tutor.

Parole chiave: profilo di posto, professionisti sanitari, valutazione, competenze, neoassunto.

ABSTRACT

Introduction: The Service of Health Professions of this facility (TO2 of Turin) aimed during the 2010 to devise/develop a new evaluation tool for the new employees, trying to fit them with the profiles set up the previous year.

Methods. The conceptual model of reference for the construction of working drafts of the grids was inspired by the special insert edition of "L'infermiere" in 2007, a literature review was carried out and a number of internal meeting within 6 of the Service of health Professions were set up. A working group were set up – 93 people – as well as indicators were developed to monitor and implementation of the instruments.

Once the drafts of the standard tools were made, working groups started to improve the tools provided under the supervision of a tutor. Finally half way through an evaluation was carried out using a questionnaire.

Conclusions: The new template leads a number of problems which were later sorted out also with the support of tutors.

Keywords: profile, health professionals, evaluation, skills, new recruit

INTRODUZIONE

Garantire la competenza non è argomento nuovo per la professione infermieristica: l'esame di abilitazione alla professione, i programmi di formazione continua, il collegio professionale, la legislazione degli ultimi 20 anni e il codice deontologico sono solo alcuni dei riferimenti più significativi. In Italia, la valutazione delle competenze infermieristiche viene certificata sola-

mente attraverso l'esame di abilitazione alla professione, al termine del percorso formativo di base. Attualmente il sistema di certificazione dell'abilitazione all'esercizio delle professioni sanitarie non prevede il principio della ricertificazione del titolo. Non è presente nel nostro ordinamento giuridico e professionale alcun concetto di sistematicità e di periodicità nella valutazione del professionista il quale, una volta in possesso dei requisiti formali richiesti per l'esercizio della relativa professione mantiene, per tutta la vita professionale, la condizione di esperto dell'area di competenza e di esclusività professionale. Il professionista dovrebbe pertanto essere inserito in un percorso continuo di valutazione e riconoscimento delle proprie competenze.

A livello internazionale, invece, in particolare nei Paesi anglosassoni, la competenza infermieristica viene

1 Docente, Corso di Laurea in Infermieristica, Università di Torino: Azienda Sanitaria Città della Salute e della Scienza di Torino
Corrispondenza: simona.facco@unito.it tel 3367267772, via A. Rosmini 4/a Torino

2 Dirigente infermieristico ASLTO2

3 Cpse, Azienda Sanitaria To2

4 Ricamatore Scienze Infermieristiche Università di Torino

5 Professore associato Scienze Infermieristiche, Università di Torino: valerio.dimonte@unito.it tel 3357307937, via Santena 5 bis. Torino

misurata mediante esami di idoneità annuali (oppure ad intervalli maggiori) incentrati sulla valutazione delle competenze cliniche. Una critica a questa modalità è la valutazione della sola abilità tecnica e non la capacità effettiva dell'essere infermiere oltre le abilità pratiche (Bradley, 2003): questo metodo di valutazione delle competenze richiede infatti agli infermieri di dimostrare le abilità, ma non la responsabilità critica delle pratiche. La definizione di competenza infermieristica può essere allora considerata come l'applicazione di conoscenze e competenze necessarie per il ruolo professionale, nel contesto assistenziale, che garantisce sicurezza e benessere alle persone assistite (National Council of State Boards of Nursing, 2005).

Questa nuova definizione rafforza il valore dell'infermieristica come professione autonoma e responsabile, come previsto dalla normativa nazionale recente e dal Codice Deontologico degli infermieri.

La valutazione delle competenze deve possedere componenti sia quantitative, come la misura delle conoscenze e delle competenze relative a singole pratiche esecutive; sia qualitative come lo sviluppo individuale del portfolio comprensivo di attività, autoriflessione e autovalutazione (McKane, 2004; Dellai, 2009; Allen, 2008).

In letteratura si evince come la difficoltà di creare uno standard di valutazione delle competenze sia comune e le domande a cui non si è ancora riusciti a dare risposte univoche siano le seguenti: quali competenze l'infermiere deve dimostrare? Competenze generaliste o specialistiche? Con quale frequenza valutare?

La valutazione delle competenze ha un significato più ampio della valutazione delle prestazioni: include il pensiero in azione, la fiducia e la chiarezza nel processo decisionale e ricerca delle informazioni per attuare le migliori evidenze scientifiche nella pratica clinica. Autoriflessione e autovalutazione sono necessarie componenti della valutazione delle competenze per migliorare e crescere nella professione.

Anche se da alcuni decenni si sono sviluppati numerosi strumenti per la valutazione delle competenze infermieristiche, esiste ancora incertezza metodologica e non vi è univocità sul piano concettuale (Meretoja 2001, 2003, 2004; Vourinen, 2000; Salonen, 2007; Marmo et al, 2011). In generale, in letteratura il termine competenza è stato utilizzato in modo non sempre coerente. Competenza è un termine difficile da definire, in particolare vi è confusione tra i concetti di competenza e performance.

La definizione più citata di competenza è quella di Spencer e Spencer (1993): "la competenza è una caratteristica intrinseca di un individuo causalmente collegata ad una performance eccellente in una mansione; si compone di motivazioni, tratti, immagini di sé, ruoli sociali, conoscenze e abilità".

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.

Le definizioni di competenza, tra cui quella sopra citata, mostrano che questo concetto ha varie componenti, tra le quali la centralità della persona, le conoscenze che possiede grazie a una formazione continua, l'attitudine al cambiamento e capacità acquisite soprattutto con l'esperienza che si traducono in comportamenti osservabili e ripetibili. Alcune di queste componenti (come le conoscenze e le capacità tecniche) sono direttamente correlate con la natura delle attività che l'operatore svolge, mentre altre (come l'attitudine al cambiamento) sono caratteristiche della persona. Da questa sintetica analisi del termine si comprende che le competenze si raggiungono per strade diverse, come la formazione universitaria, esperienze formative di altro tipo, la ricerca e le esperienze compiute nell'ambito lavorativo.

Inoltre è importante aggiungere che la motivazione e il contesto, pur non essendo componenti della competenza, sono strutturalmente essenziali perché consentono a una potenzialità di esprimersi.

ANALISI DEL CONTESTO

L'ASL TO2 "Torino Nord" considera la valutazione delle risorse umane come strumento di valorizzazione ed utilizza un sistema di valutazione permanente che si rivolge a tutti i dipendenti in coerenza con quanto stabilito dai contratti collettivi di lavoro.

Sulla base degli strumenti già esistenti in tema di gestione delle risorse umane (Job description, profilo di competenza, *profilo di posto*), sulla base delle normative professionali (D.M.739/94, L.42/99, L.251/2000, Decreto MURST 2 aprile 2001) e del codice deontologico, il Servizio delle Professioni Sanitarie dell'azienda sanitaria locale TO2 (ASL TO2) di Torino nell'anno 2009, ha deciso di focalizzare l'attenzione sullo strumento definito *profilo di posto*, ad oggi non ancora implementato in molte aziende sanitarie.

Gli obiettivi del progetto di mappatura delle competenze per le professioni sanitarie dei presidi ospedalieri del Maria Vittoria e del Giovanni Bosco sono stati i seguenti:

- Stesura dei *Profili di Posto* per ogni ruolo professionale sanitario (infermiere, fisioterapista, dietista e tecnico sanitario), per ciascuna S.C. (Area medica, Area Chirurgica, Area dei Servizi);
- Stesura delle Mappe di Attività per gli Operatori di Supporto all'assistenza (O.S.S.) o per i Professionisti che operano in contesti lavorativi che comportano attività molto standardizzate e poco discrezionali, nei confronti delle quali l'operatore

assume una posizione più esecutiva e a basso livello di decisionalità: questo obiettivo non è ancora stato completato.

Sono state coinvolte tutte le S.C. dei due presidi ospedalieri e i gruppi di lavoro erano costituiti da circa novanta operatori: infermieri, infermieri pediatrici, tecnici sanitari, fisioterapisti, dietisti e ostetriche con i rispettivi coordinatori.

La definizione dei *profili di posto* ha seguito un percorso iniziato con la presentazione al personale dell'impegno assunto, proseguito con la costituzione di specifici gruppi di lavoro diversificati per U.O. (unità operative) e per professione. I gruppi di lavoro sono stati sottoposti a specifica formazione e sono stati supportati dall'organizzazione e dal Servizio delle Professioni Sanitarie nell'avanzamento dei lavori. I gruppi di lavoro erano composti dal coordinatore e da due o tre collaboratori, a seconda dell'ampiezza della S.C.

Il modello di riferimento per la realizzazione dei profili di posto è stato tratto dall'inserimento speciale della rivista *L'infermiere* (Massai, 2007).

La costruzione dei profili di posto permette ai Servizi delle Professioni, di mettere a confronto le competenze/attività delle strutture, al fine di identificare eventuali elementi trasversali utili per la strutturazione di un percorso formativo e per la valutazione delle competenze degli infermieri.

La costruzione della scheda di valutazione del personale neo-assunto (o neo-inserito) e il relativo piano di inserimento, integrandoli con i profili di posto già elaborati, sono gli obiettivi del Servizio delle Professioni Sanitarie dell'ASL To2 per l'anno 2010. A tal fine sono state identificate 34 S.C. appartenenti ai Presidi Ospedalieri del S.G. Bosco e del M. Vittoria, per un totale di 93 professionisti sanitari: infermiere, ostetrica (solo per il presidio M. Vittoria), fisioterapista, dietista e tecnico sanitario e loro coordinatori per revisionare tali strumenti. Per eseguire il mandato si è scelta la metodologia della formazione sul campo avvenuta con riconoscimento di crediti ECM (Educazione Continua in Medicina), in cui i professionisti sono stati chiamati ad analizzare e descrivere, riflettendo sui concetti di attività e competenza, le attività quotidiane, significative e caratterizzanti il proprio profilo nell'ottica di crescita e sviluppo professionale.

La scheda di valutazione attualmente in uso è infatti uno strumento molto generale che poco si adatta alle reali necessità di valutazione dei neoassunti nelle varie S.C., soprattutto in relazione ai profili di posto elaborati nel precedente anno. L'eterogeneità degli strumenti attualmente utilizzati dai dirigenti infermieristici, non consente infatti di identificare le specifiche competenze infermieristiche e quindi di sostenere una valutazione coerente con gli strumenti in uso.

La scheda di valutazione, secondo la normativa vigente, è utile a stabilire se il neo-inserito è idoneo a prestare servizio nella S.C. cui è stato assegnato. Di norma vi è una valutazione intermedia (a tre mesi) e una finale (a sei mesi). Una volta stabilite le competenze da raggiungere è utile costruire un piano didattico di inserimento, che è di supporto sia a chi si inserisce, sia a chi è preposto ad inserirlo in quello specifico contesto lavorativo.

Obiettivo

Elaborare per ciascuno dei *profili di posto* identificati per ogni S.C. e Servizio dell'Ospedale S. G. Bosco, le schede di valutazione di ogni ruolo professionale sanitario neo-assunto (a sei mesi) e i relativi piani didattici di inserimento.

FASI DEL PROGETTO

Il progetto si compone dalle seguenti fasi: la progettazione iniziale, l'attuazione e la valutazione. È stato costituito il gruppo di progetto, composto da sei componenti del Servizio delle Professioni Sanitarie dell'ASLTO2 e dalla partecipazione dell'Autore.

Fase 1: Progettazione

L'intero progetto è iniziato con un'analisi della letteratura orientata alla ricerca di materiale relativo all'inserimento lavorativo del neoassunto e sulle competenze attese svolta in un periodo compreso tra febbraio e aprile 2010.

In seguito all'analisi della ricerca bibliografica, i progettisti hanno predisposto degli incontri settimanali tra marzo e aprile 2010, per la costruzione della bozza degli strumenti da proporre ai professionisti coinvolti nel progetto aziendale. La bozza degli strumenti di lavoro consente ai gruppi di lavoro di avere uno standard di partenza uguale per tutti; ciascun gruppo ne specificherà le attività a seconda del proprio contesto lavorativo. Di seguito si presenterà la progettazione della bozza della scheda di valutazione, del relativo piano didattico di inserimento, l'organizzazione della formazione sul campo e la valutazione dello sviluppo del progetto.

Costruzione della scheda di valutazione

Per la costruzione della bozza della griglia, il gruppo di progetto ha analizzato il termine competenza, che, come si evince dalla letteratura, comprende più aspetti: conoscenze, abilità e atteggiamenti (Marmo et al, 2011). La competenza non risulta osservabile/quantificabile di per se stessa. Diventa quindi fondamentale scomporla negli elementi di attività che la compongono in base al ruolo che il professionista ricopre. Le attività diventano quindi l'interfaccia tra le competenze, le attese di

ruolo e i comportamenti professionali.

Gli item della scheda di valutazione sono riferiti alle competenze declinate nel *profilo di posto* e sono quindi adattabili ai diversi contesti lavorativi.

Sono state identificate le competenze tecnico-professionali trasversali al settore sanitario, dividendole in: competenze assistenziali, educazione e prevenzione²². Come si può vedere dalla tabella sottostante, le competenze assistenziali si compongono delle seguenti funzioni caratterizzanti sancite sia giuridicamente (profilo professionale) sia professionalmente (codice deontologico), che sono: accertare, pianificare, attuare, valutare. Ogni S.C. ha la possibilità di inserire nello specifico le attività che compongono tali competenze.

Per quanto riguarda l'area di attività educazione e

	CONOSCENZE				ABILITA'				ATTEGGIAMENTI			
	N.V.	INSUFF	SUFF	BUONO	N.V.	INSUFF	SUFF	BUONO	N.V.	INSUFF	SUFF	BUONO
COMPETENZE ASSISTENZIALI												
• Accertare												
1.												
2.												
3.												
TOTALE												
• Pianificare												
4.												
5.												
6.												
TOTALE												
• Attuare												
7.												
8.												
9.												
TOTALE												
• Valutare												
10.												
11.												
12.												
TOTALE												

Tabella 1: Griglia della scheda di valutazione

prevenzione, le funzioni d'impatto identificate, in coerenza con i profili di posto già elaborati, sono state:

- 1) Educazione terapeutica: ad esempio, realizzare interventi di educazione terapeutica;
- 2) Prevenzione: ad esempio, educare agli stili di vita ed attuare programmi di prevenzione.

Per ogni area di riferimento che raggruppa un insieme di competenze (ad esempio accertare per l'infermiere nella funzione di assistenza) è stata creata una check list, come indicato dalla letteratura, che permette di osservare se il professionista è realmente in grado di mobilitare quelle competenze. La scala di misura è impostata su 3 livelli crescenti da "insufficiente" a "buono"; si è prevista inoltre la possibilità della voce "non valutabile" per le competenze non agite nel tempo definito.

Infine si è prevista una tabella di sintesi dei punteggi

risultati della competenza assistenziale, educativa e preventiva, specificando il totale degli item di ciascuna S.C.

Come suggerisce la letteratura, sono state previste almeno 3 valutazioni: a 1 e a 3 mesi sono da considerarsi valutazioni intermedie, formative di percorso; mentre la valutazione a sei mesi è da considerarsi valutazione certificativa di idoneità. Nel caso di valutazione non sufficiente a tre mesi, è previsto di offrire all'operatore l'opportunità di terminare il periodo di prova presso altra Struttura, come indicato dalla letteratura. La valutazione a 6 mesi, invece, prevede il riconoscimento dell'idoneità oppure no per l'assunzione in ruolo del professionista.

La scheda di valutazione ha previsto inoltre di indicare lo standard di sufficienza e definisce gli item vincolanti l'idoneità per ciascuna realtà lavorativa. E' stata infine predisposta una legenda per non creare ambiguità sull'attribuzione delle valutazioni.

Costruzione del piano didattico di inserimento

Per la costruzione della bozza della griglia del piano di inserimento, il gruppo di progetto ha deciso di suddividere la fase di orientamento, all'interno dell'azienda sanitaria e in particolare del contesto lavorativo, dalla fase di inserimento vera e propria. Accanto a ciascun item identificato a partire dalla scheda di valutazione, la bozza della griglia ha previsto la possibilità di inserire da parte dei gruppi di lavoro sia la metodologia e gli strumenti che ritiene più opportuni per ciascun neoassunto, sia la definizione dei tempi medi di apprendimento previsti per raggiungere tale competenza.

La fase di orientamento è uguale per tutti gli operatori in inserimento: i progettisti, sulla base della loro esperienza e dall'analisi della letteratura, hanno assegnato a questa fase una durata di 1-3 giorni. Come si può vedere dalla tabella sottostante, i metodi e gli strumenti indicati per l'orientamento sono i seguenti: colloquio informale da parte del coordinatore, visita guidata, materiale informativo come il *profilo di posto*, la scheda di valutazione, piano didattico di inserimento e l'incontro con il tutor.

Per la fase di inserimento i progettisti hanno seguito l'impostazione della scheda di valutazione e dei profili di posto, indicando l'area delle competenze assistenziali, l'educazione e la prevenzione, con la possibilità di inserire gli item ritenuti maggiormente caratterizzanti con la propria S.C. I metodi e gli strumenti suggeriti sono: l'affiancamento, la supervisione, lo studio individuale e l'utilizzo di documentazione interna a seconda delle necessità del neo-assunto. L'affiancamento è un'azione per lo sviluppo delle competenze effettuata sul posto di lavoro che, seguendo i principi del coaching, consente un alto livello di personalizza-

zione. Fa uso di diverse tecniche come l'ascolto attivo e il feedback per tracciare un profilo attendibile dei punti di forza e delle aree di miglioramento del neo-inserito, al fine di definire con precisione dove e come intervenire. La supervisione è un supporto professionale ed uno spazio di rielaborazione dei saperi degli operatori che esercitano professioni di aiuto. La supervisione consiste nel processo di riflessione, apprendimento, valutazione e verifica che si sviluppa attraverso la relazione tra un professionista esperto e più operatori nel corso della loro attività professionale. Lo studio individuale consente al neo-inserito di colmare le proprie necessità formative, che può essere integrato dai materiali didattici presenti nella S.C. di destinazione.

Formazione sul campo

La costruzione della scheda di valutazione e del relativo piano di inserimento comporta preparazione metodologica e conoscenza dei processi di lavoro da parte di tutti gli attori. Essendo questi strumenti di gestione che devono risultare utili e di facile utilizzo da parte degli operatori sanitari, i soggetti che partecipano al progetto devono essere esperti dei processi di lavoro dell'unità operativa e condividere l'obiettivo del lavoro.

Tramite la formazione sul campo, gli attori che partecipano alla costruzione degli strumenti operativi, si riappropriano del loro ruolo organizzativo.

Per quanto riguarda l'organizzazione della formazione sul campo, sono stati costituiti i gruppi di lavoro aziendali, composti dai coordinatori delle 34 S.C. più uno o due collaboratori sanitari dei diversi profili

professionali identificati per ciascun servizio in relazione alla sua ampiezza, per un totale di 93 professionisti. Sono stati inoltre raggruppati per aree omogenee in modo da agevolare il mandato di lavoro. Gli obiettivi della formazione sul campo sono stati i seguenti:

- Sviluppare l'analisi delle modalità e dei criteri di valutazione delle performance;
- Costruire gli strumenti di valutazione del personale sanitario neo-assunto, in relazione ai profili di posto di riferimento già elaborati da ciascuna S.C.

Per raggiungere tali obiettivi sono stati previsti nove incontri in un periodo compreso tra maggio e dicembre 2010 e sono stati così distribuiti: la prima giornata svolta in plenaria che termina con il seguente mandato di lavoro:

1. In merito alla scheda di valutazione:

a) Sulla base della scheda proposta, trasferire le competenze identificate nel *profilo di posto* della propria U.O. rappresentandole in item;

b) Individuare lo standard di sufficienza identificando gli item imprescindibili per l'idoneità

2. In merito al piano didattico:

a) Sulla base della scheda proposta, riportare gli item definiti nelle aree della scheda di valutazione, declinando obiettivi e obiettivi specifici;

b) Definire per ciascun item metodi e strumenti da impiegare e i tempi per il raggiungimento degli obiettivi.

Complessivamente i nove incontri comprendono circa 25 ore di lavoro sul campo, in un tempo compreso tra maggio e dicembre 2010. In itinere e al termine

		OBIETTIVI	METODI E STRUMENTI	TEMPI
FASE DI ORIENTAMENTO		Presentazione del nuovo assunto al gruppo di lavoro integrato.	Colloquio informale da parte del coordinatore	1-3 gg
		Presentazione della Struttura, della collocazione dei principali Servizi e Uffici all'interno dell'azienda e dei rapporti con la Struttura	Colloquio con il coordinatore e visita guidata	
		Presentazione degli obiettivi di Struttura	Colloquio da parte del coordinatore e materiale informativo	
		Presentazione del tutor	Colloquio da parte del coordinatore/ tutor	
		Presentazione dell'organigramma del Servizio delle Professioni Sanitarie	Materiale informativo e colloquio da parte del coordinatore	
		Presentazione della "giornata tipo" con orari, modello assistenziale e percorso clinico assistenziale della p.a.	Incontro con il coordinatore e il tutor	
		Presentazione e confronto sul profilo di posto, piano didattico di inserimento e scheda di valutazione. Autovalutazione dei bisogni formativi.	Profilo di posto, piano didattico di inserimento, scheda di valutazione, da parte del coordinatore e tutor	
COMPETENZE ASSISTENZIALI				
FASE DI INSERIMENTO		OBIETTIVI	METODI E STRUMENTI	TEMPI
		✓ Accertare	Affiancamento Supervisione Studio individuale Documentazione interna	
		1.		
		2.		
		3.		
		✓ Pianificare		
		4.		
		5.		
		6.		
		✓ Attuare		
		7.		
		8.		
	9.			
	✓ Valutare			
	10.			
	11.			

Tabella 2: Griglia del piano didattico di inserimento: fase di orientamento e inserimento.

delle giornate presentate, un tutor di progetto facente parte del Servizio delle Professioni Sanitarie effettuerà una supervisione sistematica degli elaborati e la valutazione degli stessi.

Dopo aver creato lo strumento, una fase fondamentale è la condivisione con tutto il personale infermieristico, tecnico e della riabilitazione: questo momento non risulta essere solo l'occasione per condividere gli strumenti, ma un modo per aggiornare le conoscenze e la documentazione in possesso di ogni professionista rispetto al quadro normativo e all'evoluzione professionale in corso.

In seguito potranno venir svolti altri momenti di incontro/confronto con personale di unità operative diverse per documentare loro le novità che caratterizzano lo scenario professionale.

Valutazione della progettazione

Le parole chiave di una realtà sanitaria orientata alla qualità sono: efficacia, appropriatezza, organizzazione, gestione delle risorse e presuppongono metodiche di pianificazione, verifica e controllo senza le quali si svuotano di significato.

La conduzione di un gruppo di lavoro necessita dunque di modelli gestionali ed organizzativi adeguati al raggiungimento e miglioramento degli obiettivi di qualità prefissati. I progettisti hanno proposto la costru-

zione di alcuni indicatori per misurare le attività messe in atto al fine di fornire delle indicazioni/informazioni utili al miglioramento dell'efficacia complessiva dell'intero progetto. Sono stati individuati: indicatori di processo, che permettono di verificare se e in quale misura le attività programmate sono state effettivamente realizzate; indicatori di attività o output che permettono di verificare se e in quale misura le attività programmate hanno prodotto i risultati attesi e indicatori di esito o outcome che permettono di verificare se e in quale misura l'insieme dei risultati ottenuti abbiano prodotto il raggiungimento degli obiettivi.

Fase 2: Attuazione

La fase di attuazione della progettazione coinvolge i gruppi di lavoro nell'esecuzione del mandato aziendale. I gruppi di lavoro sono stati suddivisi per aree omogenee a cui è stato assegnato un tutor rappresentato da un progettista appartenente al Servizio delle Professioni Sanitarie, che ha seguito in itinere il mandato di lavoro nei singoli gruppi allo scopo di fornire consulenza e/o supporto nella fase elaborativa. E' stato inoltre deciso di realizzare un questionario semi-strutturato ai componenti del gruppo di lavoro allo scopo di verificare l'avanzamento del lavoro e di far emergere eventuali difficoltà/criticità nell'esecuzione

OBIETTIVO	INDICATORE	STANDARD
1.Favorire le occasioni di confronto tra professionisti per la revisione e stesura della scheda di valutazione del personale neo-assunto e del relativo piano di inserimento	- Per ogni S.C. Presenza di un programma definito degli incontri/ Totale S.C.	> 80%
	- Per ogni S.C. % partecipazione dei professionisti selezionati/ Totale professionisti selezionati	> 80%
2.Garantire l'elaborazione della scheda di valutazione e del piano di inserimento del neo-assunto	- Numero di schede di valutazione elaborate/ Totale profili di posto	100%
	- Numero di piani di inserimento del neo-assunto elaborati/Totale schede di valutazione	100%
3.Favorire la partecipazione dei professionisti sanitari di profili diversi	- Numero di schede di valutazione redatte (condivise e certificate)/ Numero dei profili sanitari presenti nel P.O.	≥ 1 Nei P.O. sono state identificati 5 profili professionali. Deve essere presente almeno 1 scheda di valutazione per ciascun profilo identificato.
4.Applicare gli strumenti elaborati	- Numero di schede di valutazione elaborate/ Totale neo-assunti in un periodo definito	100%
	- Numero di piani di inserimento del neo-assunto/ Totale neo-assunti in un periodo definito	100%

Tabella 3: Indicatori di processo e di esito

del mandato al fine di proporre correttivi per gli ultimi tre mesi di lavoro. Rappresenta pertanto una valutazione intermedia, effettuata nel mese di settembre 2010.

Il questionario si compone di 7 domande che indagano il percorso di realizzazione del mandato aziendale e le eventuali difficoltà/criticità incontrate dagli intervistati, nonché l'eventuale utilizzo del *profilo di posto* in presenza di personale neo-assunto. Sono stati consegnati 80 questionari con un tasso di rispondenza del 70%.

	N(56)	%
Profilo professionale		
Coordinatore	22	39.2
Infermiere	28	50
Tecnico sanitario	2	3.6
Dietista	2	3.6
Fisioterapista	2	3.6
Età		
media (+ DS)	42,8 (+ 8)	
mediana (range)	43 (26-58)	
	N(56)	%
Dipartimento		
Medico	18	32.1
Chirurgico	12	21.4
Emergenza	9	16.1
Altro	12	21.4

Tabella 4: Caratteristiche del campione

Il campione è rappresentativo di tutti i profili professionali coinvolti nel progetto aziendale. L'età media è di circa 43 anni.

Quasi tutti hanno confermato che la partecipazione al progetto è stata un'opportunità professionalizzante, solo 3 persone (3,6%) hanno risposto negativamente.

Partecipare al progetto aziendale sulla costruzione del profilo di posto e, successivamente, alla scheda di valutazione del neo-assunto e il relativo piano di inserimento, è stato per te un'opportunità professionalizzante?		
	N(56)	%
SI'	53	94.6
NO	3	5.4
Se sì, ritieni sia stata utile per:		
riflettere sull'evoluzione della professione	32	57.1
riflettere sulle attività che si svolgono ogni giorno	37	66.1
condividere e confrontarsi sul ruolo svolto nella tua struttura	31	55.4
imparare a lavorare in gruppo	20	35.7

Tabella 5: Partecipazione del campione al progetto aziendale

Per coloro che hanno vissuto la partecipazione al progetto come ad una opportunità professionalizzante, le motivazioni si spalmano in modo abbastanza omogeneo tra quelle presentate in tabella numero 15. E' emersa inoltre come motivazione positiva, la possibilità di documentare ciò che viene svolto nella S.C., di riflettere sulla propria competenza e la possibilità di migliorare la qualità dell'assistenza.

Come si può vedere nella tabella numero 6, il *profilo di posto* elaborato nel 2009 è stato utilizzato in presenza di neo-assunti nella misura dell'89% circa e la maggioranza assoluta del campione intervistato (92%) ha dichiarato che il suo utilizzo ha favorito il loro inserimento.

Ci sono stati neo-inseriti successivamente all'adozione del profilo di posto nel tuo servizio?		
	N (56)	%
SI'	33	58.9
NO	23	41.1
Se sì, il profilo di posto elaborato è stato adottato per il suo inserimento?		
	N (33)	%
SI'	26	78.8
NO	7	21.2
4. L'impiego del profilo di posto ha favorito l'inserimento?		
	N (26)	%
SI'	24	92.3
NO	2	7.7

Tabella 6: Utilizzo profilo di posto

Nella elaborazione della scheda di valutazione, ottemperando al mandato aziendale, hai percepito difficoltà/criticità?		
	N(56)	%
SI'	24	42.9
NO	32	57.1
Nella costruzione del piano di inserimento del neo-assunto, hai percepito difficoltà/criticità nell'ottemperare al mandato aziendale?		
	N(56)	%
SI'	17	30.4
NO	39	69.6

Tabella 7: Criticità nell'esecuzione del mandato

Per quanto riguarda l'utilizzo della metodologia di formazione sul campo per l'esecuzione del mandato aziendale, tutto il campione ha dichiarato l'utilità del

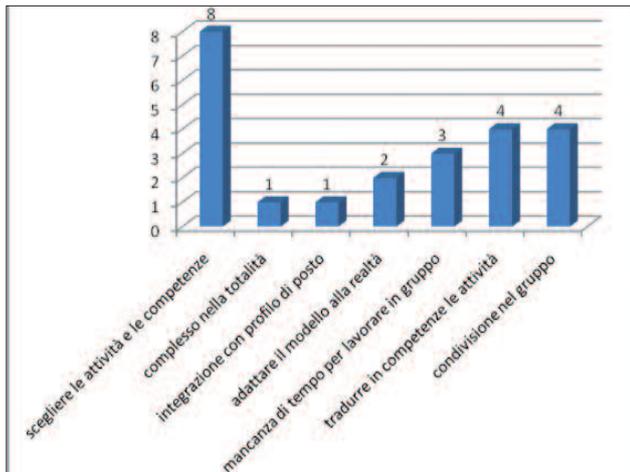


Figura 1: Difficoltà nell'elaborazione della scheda di valutazione

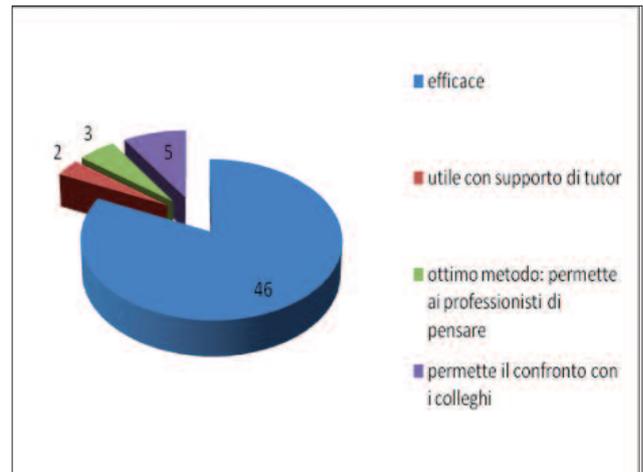


Figura 3: Cosa pensano i professionisti della formazione sul campo

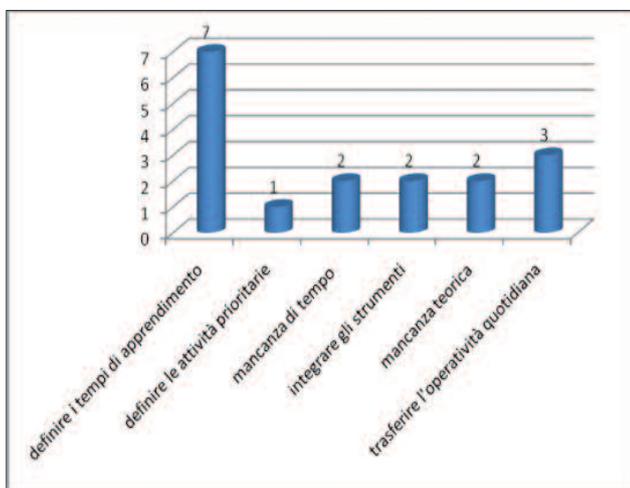


Figura 2: Difficoltà nell'elaborazione del piano di inserimento

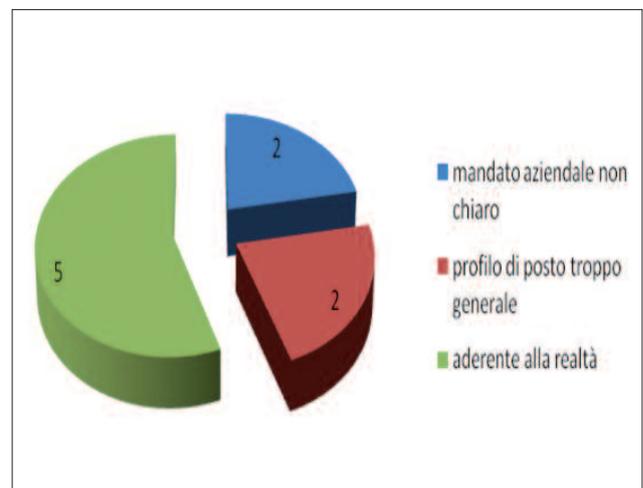


Figura 4: Ulteriori commenti sul progetto

metodo in quanto permette ai partecipanti di confrontarsi e di pensare, hanno apprezzato anche il supporto del tutor che in alcuni momenti è stato fondamentale per il proseguimento del mandato di lavoro (Figure 1, 2, 3)

Infine, il questionario prevedeva la possibilità di esprimere dei commenti in forma libera: solo 9 intervistati hanno espresso i loro pensieri che sono rappresentati nella figura numero 4. Come si evince, la maggior parte ha apprezzato l'opportunità di partecipare al progetto aziendale, anche se per alcuni di loro il mandato è stato poco chiaro.

CONCLUSIONI

La valutazione del personale è un tema da anni al centro dell'attenzione delle aziende sanitarie. Le ragioni di questo interesse possono ricondursi alle seguenti motivazioni:

- responsabilizzazione degli operatori;
- attenzione alla gestione del sistema qualità;
- disposizioni legislative e contratti di lavoro, che

affermano la necessità per le aziende sanitarie pubbliche di sviluppare sistemi di valutazione del lavoro congruenti con gli obiettivi che le aziende si pongono.

L'inserimento di un nuovo professionista nella pratica clinica comporta attenzioni particolari per rendere sicura la cura delle persone che afferiscono al servizio e per facilitare l'apprendimento di attività gestuali, cognitive e relazionali per il neo-inserito. Spesso tali attività si pensano trasferibili da un punto di vista dell'apprendimento sulla scorta del clima di vicinanza o di distanza che si crea nel gruppo con il professionista e quindi restano prive di pianificazione.

Inoltre alcune pratiche clinico-assistenziali vengono svolte sulla scia di consuetudini di reparto, di stili di lavoro acquisiti e condivisi in gruppo, con sottili differenze tra i team che rendono difficile inserire nell'operatività oggettivamente il professionista, anche qualora egli non sia all'inizio della propria attività professionale.

L'elaborazione di strumenti di lavoro da parte degli stessi professionisti ha l'obiettivo principale di garantire una standardizzazione del processo di valutazione

tra pari, con la supervisione del coordinatore per favorire l'inserimento del neo-assegnato.

Attraverso gli strumenti del processo è così possibile far raggiungere al professionista nuovi livelli di competenza senza che quest'ultimo abbia la sensazione di essere valutato da altri, ma anzi centrando la propria attenzione sul desiderio di crescita professionale (e forse fornendogli nuovi spunti motivazionali).

Con questo lavoro, si è voluto dare sostanza al concetto di bilancio delle competenze, un sistema, cioè, di valutazione delle capacità e delle performance che potrebbe diventare un vero e proprio percorso di conoscenza.

In letteratura è emersa chiaramente la confusione che spesso accompagna l'utilizzo dei termini competenza, performance, *profilo di posto* e *profilo di competenza*.

Una revisione del 2001 definisce la competenza come: "formale esibizione di capacità, abilità e attitudine", ma si evince la difficoltà da parte degli autori di fornire una definizione condivisa rispetto al termine. Per quanto riguarda l'individuazione e l'utilizzo di strumenti per la valutazione delle competenze, la tendenza a livello internazionale è quella di utilizzare checklist o griglie pre-ordinate, il cui criterio di valutazione è dato da scale graduate come ad esempio le scale numeriche oppure quella di Likert.

E' stato difficile trovare studi che abbiano sperimentato lo stesso tipo di strumento per la valutazione delle competenze: infatti molti attribuiscono un maggior peso alle abilità tecnico professionali, altri alle capacità psico-attitudinali. La scelta concettuale dei progettisti dell'ASLTo2 deriva dalla contestualizzazione e dal confronto tra i possibili metodi reperiti attraverso l'analisi della letteratura.

Attraverso la somministrazione del questionario, utile ad una valutazione intermedia, è emerso come l'introduzione di strumenti utili per la definizione delle competenze, per la valutazione del neo-assunto e per il suo addestramento abbia incontrato qualche difficoltà. Le principali criticità sono legate alla scarsa consapevolezza della propria immagine e del proprio valore all'interno delle aziende da parte dei professionisti sanitari; alla carenza di obiettivi condivisi e alla mancanza di un linguaggio comune. Tali difficoltà sono state prontamente superate anche grazie al supporto dei tutor che hanno svolto un ruolo determinante e chiarificatorio per il raggiungimento degli obiettivi prefissati.

Il senso di questo progetto aziendale è legato alla possibilità per i professionisti che vi partecipano di riconoscersi in un dato contesto organizzativo, per dichiarare gli ambiti di discrezionalità decisionale del professionista e le responsabilità operative e per facilitare la consapevolezza dell'appartenenza ad un

gruppo professionale. Dall'intervista è emersa la necessità di rispettare i tempi fisiologici di certi processi. Alcuni professionisti hanno infatti incontrato difficoltà nel recepire la metodologia e hanno sentito la necessità di confrontarsi con il tutor prima di entrare bene nella modalità di elaborazione degli strumenti. Questa criticità può essere legata al fatto che i componenti dei gruppi di lavoro sul *profilo di posto* e sulla scheda di valutazione con piano di inserimento non sempre erano gli stessi, per cui chi ha partecipato solo all'elaborazione degli strumenti sulla valutazione ha sicuramente presentato maggiori difficoltà a comprendere il modello concettuale di riferimento. Inoltre, dall'analisi dei questionari emerge chiaramente che l'elaborazione del piano di inserimento ha presentato minori difficoltà rispetto all'elaborazione della scheda di valutazione: ciò significa che una volta compresa la metodologia, il gruppo di lavoro è riuscito a proseguire con più facilità.

Molti professionisti, nel momento in cui si sono descritti hanno riconosciuto il notevole cambiamento rispetto a qualche anno fa. Un cambiamento che guarda avanti, anche se intriso di difficoltà.

Il lavoro è e sarà in continuo divenire. La dinamicità delle professioni non può che corrispondere alla dinamicità degli strumenti che utilizzano.

BIBLIOGRAFIA

- Allen, P., Lauchner, K., Bridges, A., Johnson, P.F., McBride, S.G., Olivarez, A. (2008). Evaluating Continuing Competency: a challenge for nursing. *The journal of continuing education in nursing*, 39 (2), 81-5.
- Bradley, D., Huseman, S. (2003). Validating competency at the bedside. *Journal for nurses in staff development*, 19 (4), 165-73.
- Dellai, M., Mortari, L., Meretoja, R. (2009). Self-assessment of nursing competencies- validation of the Finnish NCS instrument with Italian nurses. *Scandinavian Journal Caring Science*, 23, 783-791.
- National Council of State Boards of Nursing. (2005). Meeting the ongoing challenge of continued competence. From: www.ncsbn.org/pdfs/continued, data di u.a. 6/03/2010
- Marmo, G., Gavetti, D., Russo, R. (2011). Profilo di posto. *Dalla concettualità, al metodo e all'operatività*. Roma: Edizioni Medico Scientifiche.
- Massai, D., Amerini, A., Bargellini, S., Bugnoli, S. (2007). Speciale Competenze. *L'Infermiere*, 4, 6-9.
- McKane, C.L. (2004). Clinical Objectives. A method to evaluate clinical performance in critical care orientation. *Journal for nurses in staff development*, 20 (3), 134-39.

- Meretoja, R., Leino-Kilpi, H. (2001). Instruments for evaluating nurse competence. *Jona*, 31 (7/8), 346-52.
- Meretoja, R., Leino-Kilpi, H., Eriksson, E. (2002). Indicators for competent nursing practice. *Journal of nursing management*; 10, 95-102.
- Meretoja, R., Leino-Kilpi, H. (2003). Comparison of competence assessment made by nurse managers and practising nurses. *Journal of Nursing Management*, 11, 404-09.
- Meretoja, R., Isohao, H., Leino-Kilpi, H. (2004). Nurse competence scale: development and psychometric testing. *Journal of Advanced Nursing*, 47 (2), 124-33.
- Rotondi, P., Saggin, A. (2002). *Persona e organizzazione. Sviluppare competenze per valorizzarsi in sanità*. Milano: McGraw-Hill.
- Salonen, A.H., Kaunonen, M., Tarkka, M.T., Meretoja, R. (2007). Competence profiles of recently registered nurses working in intensive and emergency settings. *Journal of Nursing Management*, 15, 792-800.
- Vuorinen, R., Tarkka, M.T., Meretoja, R. (2000). Peer evaluation in nurses' professional development: a pilot study to investigate the issues. *Journal of Clinical Nursing*, 9, 273-81.

