



Le competenze avanzate

Pacifico, G. Savino, M. P. Zito - Ospedale S. Orsola-Malpighi, Bologna

Introduzione

CONCETTO DI COMPETENZA



“.. È possibile insegnare ad un tacchino ad arrampicarsi sugli alberi, ma è meglio assumere uno scoiattolo.”

Fig. 1

Spencer & Spencer

Dal latino la competenza significa incontrarsi, convenire, e si intende la capacità di orientarsi in un determinato campo e si contrappone al concetto di performance. È anche capacità di mobilitare le conoscenze e le risorse interne ed esterne per fronteggiare date situazioni. Due pensatori SPENSER & SPENSER intendono per competenza, una caratteristica intrinseca, individuale, collegata a una performance efficace o superiore, in una mansione, o in una situazione misurata sulla base di un criterio stabilito. La competenza è un traguardo della formazione e si esprime sul lavoro come sapere agito quindi comportamenti osservabili e sistematicamente ripetibili. Cosa dice la letteratura sul concetto di competenza e da cosa è condizionata. Il modello

iceberg (fig.1) ben rappresenta le caratteristiche osservabili e visibili e le caratteristiche nascoste difficilmente accessibili.

Si differenziano 5 caratteristiche della competenza:

1. MOTIVAZIONI:

Il Carburante Del Comportamento è ciò che mi spinge ad agire e a perseguire determinati obiettivi es. schemi mentali, i bisogni, le aspirazioni, le aspettative.

2. I TRATTI:

caratteristiche fisiche, che mi consentono di fare determinate attività, es. prontezza di riflessi, capacità di autocontrollo, la creatività, e le caratteristiche fisiche es. il chirurgo avere la mano ferma

3. L'IMMAGINE DI SÉ:

atteggiamenti, autostima, e i valori in cui una persona crede

4. LA CONOSCENZA:

conoscere la teoria delle discipline, le nozioni acquisite che non sono predittive della performance lavorativa poiché non si riferiscono alla capacità di agire efficacemente es. il voto del diploma o della laurea non sempre è predittivo del successo lavorativo. E SONO NELL'AMBITO DEL SAPERE

5. LE SKILL:

sono le singole capacità fisiche o intellettive di svolgere dei compiti, sono nell'ambito del saper fare e comprendono: comunicazione efficace, relazione inter personale, pensiero critico e creativo, autoconsapevolezza ed empatia, gestione delle emozioni e dello stress

Le prime tre sono sommerse cioè nascoste nell'intimo della personalità ed appartengono alla dimensione psicologica che si esprime attraverso comportamenti e sono difficili da sviluppare. LE SCKILL E LE CONOSCENZE sono osservabili e superficiali e facili da sviluppare. Lo sviluppo delle competenze avviene attraverso l'apprendimento dall'esperienza, acquisizione della motivazione, apprendimento dagli altri, l'autocorrezione. La proposta del IPASVI sull'analisi delle competenze è sintetizzata su due assi:

- ASSE DELLA GESTIONE E ASSE DELLA CLINICA
- ASSE DELLA GESTIONE che rappresenta la linea del governo dei processi organizzativi e delle risorse, con l'obiettivo di garantire e facilitare l'efficacia e l'appropriatezza dei servizi, e risultati di qualità agli utenti
- L'ASSE DELLA CLINICA è la produzione di servizi e governo dei processi assistenziali dove si posizionano a livelli diversi le competenze/responsabilità agite degli infermieri nei confronti dell'utenza

Su entrambi gli assi sono posizionati 4 livelli di competenze dell'infermiere acquisiti attraverso specifici percorsi formativi. Per maggior dettagli vedi Documento approvato dal Comitato Centrale della FNC *lpasvi* con delibera n. 79 del 25/4/15.

La formazione

Nel Sistema Sanitario Nazionale lo Stato e le Regione predispongono che tutte le aziende sanitarie e pubbliche hanno la responsabilità di pianificare, *controllare*, *valutare la formazione continua* al fine di mantenere e sviluppare le competenze dei professionisti. I rapidi progressi scientifici e tecnologici l'invecchiamento della popolazione le risorse limitate. L'azienda ha l'obbligo quindi di conoscere quali sono le competenze necessarie per il conseguimento dei risultati previsti., il livello di copertura delle competenze e quelle di eccellenza al fine di agire per *Valorizzare* l'esistente e *Sviluppare* l'occorrente. Ci sono evidenze scientifiche che confermano che una formazione adeguata e un giusto numero di personale modifica il risultato degli esiti.



Effects of nurse staffing, work environments, and education on patient mortality: An observational study

Questo studio condotto nella Corea del Sud 2015 ha confermato che lo staffing degli infermieri, gli ambienti di lavoro degli infermieri e la formazione degli infermieri sono significativamente correlati al tasso di mortalità dei pazienti.

Quindi:

- per ogni paziente in più a carico di un infermiere aumenta del 5% la probabilità di morire entro 30gg dal ricovero;
- Negli ospedali con un ambiente di lavoro migliore per gli infermieri la probabilità di mortalità del paziente scende del 50%;
- Ogni 10% in più di infermieri laureati, il tasso di mortalità diminuisce del 9%.

Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study



Linda H Aiken, Douglas M Sloane, Luk Bruyneel, Koen Van den Heede, Peter Griffiths, Reinhard Busse, Marianna Diomidous, Juha Kinnunen, Maria Kärka, Emmanuel Escalire, Matthew D McHugh, M T Moraes-Corbas, Anne Marie Rafferty, Rene Schwendimann, P Anne Scott,

	Partly adjusted models		Fully adjusted model	
	OR (95% CI)	p value	OR (95% CI)	p value
Staffing	1.005 (0.965–1.046)	0.816	1.068 (1.031–1.106)	0.0002
Education	1.000 (0.959–1.044)	0.990	0.929 (0.886–0.973)	0.002

The partly adjusted models estimate the effects of nurse staffing and nurse education separately while controlling for unmeasured differences across countries. The fully adjusted model estimates the effects of nurse staffing and nurse education simultaneously, controlling for unmeasured differences across countries and for the hospital characteristics (bed size, teaching status, technology, and work environment), and patient characteristics (age, sex, admission type, type of surgery, and comorbidities present on admission). OR=odds ratio.

Table 4: Partly and fully adjusted odds ratios showing the effects of nurse staffing and nurse education on 30 day inpatient mortality

Expenditures risk adversely affecting patient nursing care: one of the largest findings. Published Online February 26, 2014

Lo staffing risulta un fattore che influenza negativamente la mortalità mentre la formazione la influenza positivamente

Nello studio in corea (Fig 2 e Fig 3) hanno dimostrato che lo staffing, l'ambiente di lavoro, e la formazione sono correlati al tasso di mortalità dei pz. Ogni pz in carico in più x un infermiere aumenta del 5% la probabilità di morire entro 1 mese dal ricovero. Negli ospedali che offrono un ambiente di lavoro migliore per gli infermieri la probabilità di mortalità scende del 50%. Ogni 10% di infermieri laureati il tasso di mortalità diminuisce del 9%

In sintesi:

- L'assistenza infermieristica fatta attraverso una formazione adeguata modifica i risultati degli esiti
- Organico adeguato come numero al setting clinico

Uno studio fatto in tre ospedali del nord (Policlinico S. Orsola-Malpighi di Bologna, Arcispedale S. Anna di Ferrara, ULSS n. 9 di Treviso), dimostra che la maggior parte degli infermieri attingono le informazioni da protocolli, linee guida e durante la formazione di base solo chi ha fatto formazione sull' EBN o ricerca, ricorre più frequentemente ad articoli pubblicati su riviste mediche o infermieristiche. Su 2642 questionari ne sono stati restituiti 1549 (58.5%).

STRUMENTI PER LA PIANIFICAZIONE DELLE COMPETENZE

Il dossier formativo è uno strumento che il coordinatore stila ogni anno per rivedere il fabbisogno formativo della propria unità operativa e possono essere di diversi tipi: di **base avanzato e specifico**. La tipologia può essere dettata dall'azienda come corsi tipo BLS-D, corsi sulla comunicazione, cambi di sistema operativi, oppure dettata dalla regione vedi inserimento in LISTA TX rene o progetto PIRP e anche dall'unità operativa come cambi di metodiche dialitiche, acquisizione di nuovi strumenti, o accreditamento. Il fabbisogno formativo può essere dettato anche dal budget come formazione permanente infine si possono pianificare dei percorsi formativi per l'equipe ad hoc tipo corso ecografico, lesioni vascolari, fare formazione sulla dialisi peritoneale al reparto di degenza o di altri setting vedi case di riposo o RSA. Non tutti però devono avere le stesse competenze. Alcuni tutte come ad esempio, se lavori in dialisi peritoneale, quelle specifiche per la dialisi peritoneale (DP). Altri poche come ad esempio competenze di base, e altre competenze minori come gestione della farmacia. Altri più specifiche come essere referente della documentazione, ricerca, tutor clinico o Case manager. Nel gruppo comunque devono essere presenti tutte le competenze elencate nel percorso di formazione. Dall'analisi dei bisogni si mette in atto la progettazione formativa che evidenzia la necessità per attuare un percorso di formazione.

La progettazione formativa

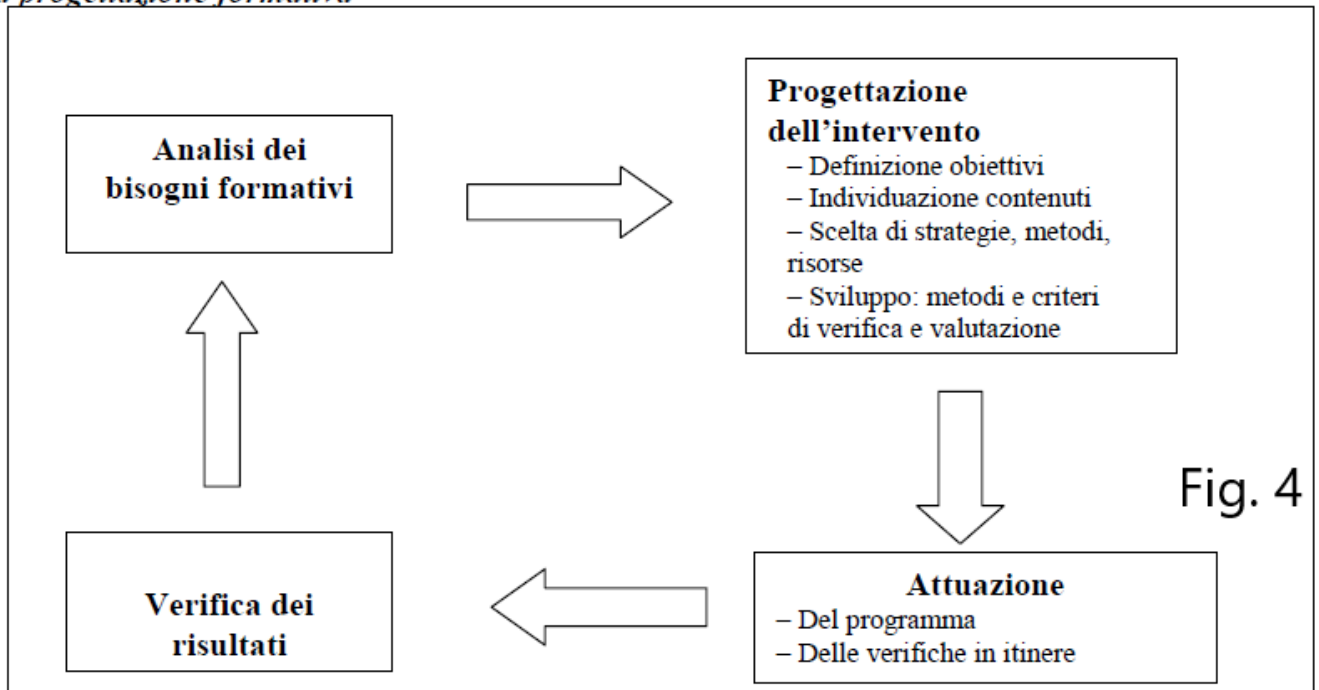


Fig. 4

	DOSSIER FORMATIVO DI GRUPPO	RG1/PA1B Rev. 5 Pag. 1/5 Applicato: 01.02.2016
--	------------------------------------	---

DOSSIER FORMATIVO DI GRUPPO ANNO

DIPARTIMENTO /SERVIZI TRASVERSALI/ UFFICI DI STAFF:	
Unità Operativa:	
Responsabile Struttura:	
Coordinatore:	
Animatore di formazione:	

COMPOSIZIONE PROFESSIONALE STRUTTURA:

PROFILO	N°

SEZ. 1 - PROGRAMMAZIONE SVILUPPO COMPETENZE

OBIETTIVI D'INTERESSE FORMATIVO	
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	

(forniscono indicazioni per la costruzione del PAF)

Fig. 5

Un altro esempio è di seguito riportato per la compilazione del DOSSIER formativo di gruppo in uso in Emilia Romagna (Fig.5- 6). Il dossier formativo può essere del singolo infermiere o dell'equipe si suddivide in tipologia di reparto, gli attori che la compongono, e gli argomenti necessari da trattare per la formazione. Nella compilazione (FIG.6) va specificato se il percorso formativo è residenziale, o

FAD o esterno alla azienda e si presenta all'ufficio formazione per avere l'autorizzazione. Nell'immagine seguente (Fig.10) un esempio di Report per lo stato di formazione di uno staffing distinti per livelli formativi. I livelli formativi (1-2-3-4) sono stabiliti sulla base di criteri. I criteri devono essere predefiniti e scritti.

 <small>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Ospedaliera - Università di Bologna Policlinico S. Orsola-Malpighi</small>	DOSSIER FORMATIVO DI GRUPPO	R01/PA18 Rev. 5 Pag. 2/5 Applicato: 01.02.2016
---	-----------------------------	---

SEZ. 2- OFFERTA FORMATIVA RICHIESTA

SEZIONE INIZIALE (da compilare al momento della prima predisposizione del DFG)

Competenze	Evento formativo (Titolo corso)	N. sezioni	Tipologia (*)	Elenco nominativo partecipanti con qualifica ovvero "Tutti"	Responsabile Scientifico proposto	Tutor proposto
<input type="checkbox"/> Tecnico-profes.li <input type="checkbox"/> Organ.vo-gest.li <input type="checkbox"/> Comun.vo- relaz.li			<input type="checkbox"/> RES <input type="checkbox"/> FSC <input type="checkbox"/> FAD <input type="checkbox"/> Int. <input type="checkbox"/> Est.			
<input type="checkbox"/> Tecnico-profes.li <input type="checkbox"/> Organ.vo-gest.li <input type="checkbox"/> Comun.vo- relaz.li			<input type="checkbox"/> RES <input type="checkbox"/> FSC <input type="checkbox"/> FAD <input type="checkbox"/> Int. <input type="checkbox"/> Est.			
<input type="checkbox"/> Tecnico-profes.li <input type="checkbox"/> Organ.vo-gest.li <input type="checkbox"/> Comun.vo- relaz.li			<input type="checkbox"/> RES <input type="checkbox"/> FSC <input type="checkbox"/> FAD <input type="checkbox"/> Int. <input type="checkbox"/> Est.			
<input type="checkbox"/> Tecnico-profes.li <input type="checkbox"/> Organ.vo-gest.li <input type="checkbox"/> Comun.vo- relaz.li			<input type="checkbox"/> RES <input type="checkbox"/> FSC <input type="checkbox"/> FAD <input type="checkbox"/> Int. <input type="checkbox"/> Est.			
<input type="checkbox"/> Tecnico-profes.li <input type="checkbox"/> Organ.vo-gest.li <input type="checkbox"/> Comun.vo- relaz.li			<input type="checkbox"/> RES <input type="checkbox"/> FSC <input type="checkbox"/> FAD <input type="checkbox"/> Int. <input type="checkbox"/> Est.			
<input type="checkbox"/> Tecnico-profes.li <input type="checkbox"/> Organ.vo-gest.li <input type="checkbox"/> Comun.vo- relaz.li			<input type="checkbox"/> RES <input type="checkbox"/> FSC <input type="checkbox"/> FAD <input type="checkbox"/> Int. <input type="checkbox"/> Est.			
<input type="checkbox"/> Tecnico-profes.li <input type="checkbox"/> Organ.vo-gest.li <input type="checkbox"/> Comun.vo- relaz.li			<input type="checkbox"/> RES <input type="checkbox"/> FSC <input type="checkbox"/> FAD <input type="checkbox"/> Int. <input type="checkbox"/> Est.			Fig. 6

(*) RES = Evento residenziale FSC = Formazione sul campo FAD = Formazione a distanza INT. = Corso interno EST. = Corso esterno

 <small>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Ospedaliera - Università di Bologna Policlinico S. Orsola-Malpighi</small>	STATO DI FORMAZIONE	R06/PA18 Rev. 0 Pag. 1/1 Applicato: 06.03.2015
---	---------------------	---

PERSONALE ➔												
COMPETENZE ↓												

Legenda		
	L1	Competenza da acquisire/sviluppare, ha bisogno di training per effettuare il compito specifico
	L2	Competenza da acquisire/sviluppare, ha bisogno di supervisione per effettuare il compito specifico
X	L3	Competenza già acquisita, è competente per effettuare il compito specifico senza supervisione
X	L4	Competenza già acquisita, è competente per formare altri ad effettuare il compito specifico
		Competenza da non sviluppare in quanto non rientra nelle attività previste per la propria funzione

Data di aggiornamento dello stato di formazione: / /

Firma di approvazione: Direttore o del Coordinatore _____

Fig. 7

La regione Emilia Romagna ha adottato i livelli di competenza distinguendoli in L1 L2 L3 L4. In altre regioni viene utilizzato il sistema che applica all'infermieristica il modello Dreyfuss sull'acquisizione delle capacità. Nei confronti delle competenze professionali enucleate dalle reali situazioni cliniche e categorizzate per aree funzionali, Benner teorizza cinque livelli di padronanza (dal principiante all'esperto); livelli che consentono di distinguere i percorsi formativi necessari per sostenerli.

Altro esempio dei livelli di competenza

Livelli di Competenze Secondo R.Benner



Fig. 8

R.Davies, S. Sabin, M.P.Zito - Osp.S.Orsola-Malpighi, Bologna- Congresso SIAN- Riccione 6/5/2019

Livelli di Competenze Secondo P.Benner

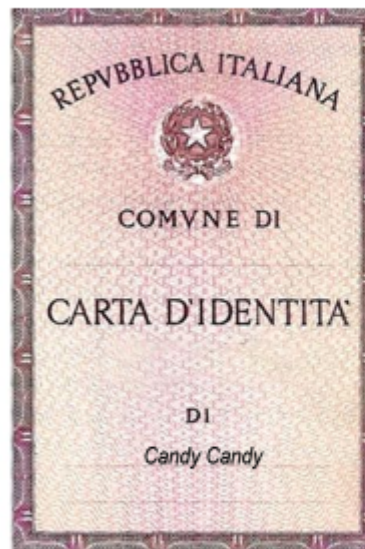
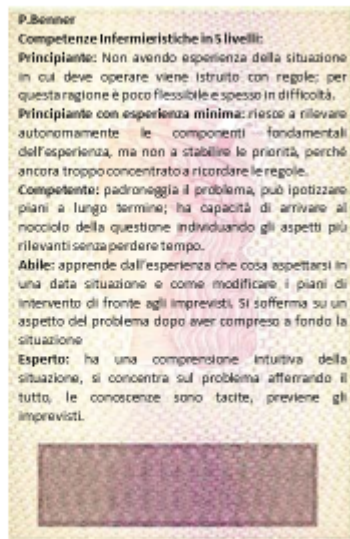


Fig. 9 ★

R.Pacifico, G.Savino, M.P.Zito - Osp.S.Orsola-Malpighi, Bologna- Congresso SIAN- Riccione 6/5/2019

Queste diciture possono essere comparate con i livelli presentati precedentemente ad esempio:

Principiante, principiante avanzato con L2 (le competenze sono da acquisire e ha bisogno di supervisione per effettuare il compito specifico)

- **Competente/abile con L3** Altre regioni hanno adottato altri tipi di livelli di competenza (competenza già acquisita è competente per effettuare il compito specifico senza supervisione)
- **Esperto con L4** (competenza già acquisita in grado di formare altri)

Conclusione

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 intesa 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. In questo contesto anche il singolo professionista godrà di maggiori garanzie sul 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.

Bibliografia

1. Le competenze di base degli adulti", Quaderni degli annali dell'istruzione, Le Monnier, Firenze, 2002
2. *Spencer & Spencer* da M. Borriello, Amministratore Delegato MIBI – "Risorse umane Processi Aziendali Miglioramento Continuo" 16.06.2004
3. Come gli infermieri aggiornano le proprie conoscenze: indagine in tre ospedali del nord Italia- Paolo Chiari EBN S.Orsola-Malpighi, 2010
4. La Formazione Per Il Governo Clinico Dipartimento Della Programmazione E Dell'ordinamento Del Servizio Sanitario Nazionale Direzione Generale Della Programmazione Sanitaria Ufficio Iii Ex D.G.Prog. Aprile 2013
5. Documento approvato dal Comitato Centrale della Federazione Nazionale Collegi IPASVI con delibera n. 79 del 25 aprile 2015)
6. Dossier formativo di gruppo in Emilia-Romagna esperienze e prospettive 2016 issn 1591-223X
7. Atti congresso SC Professioni Sanitarie Catia Maura Bonvento 1° Convegno interregionale CID-2016