

# Il profilo di posto dell'infermiere della Medicina d'Urgenza dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Città della Salute e Della Scienza di Torino

## *Nurse's job description of the Acute Medical Unit of Azienda Ospedaliero-Universitaria Città della Salute e Della Scienza di Torino*

■ SALVATORE LANZARONE<sup>1</sup>, ROSINA ALBANO<sup>2</sup>, VITTORIA CERMINARA<sup>2</sup>, DARIO GAVETTI<sup>3</sup>, EVELINE NANESCU<sup>2</sup>, FRANCESCA SERVIDIO<sup>2</sup>, ANDREA TODISCO<sup>4</sup>, MARIO PAEOLOGO<sup>5</sup>

<sup>1</sup> Infermiere. Dipartimento Emergenza e Accettazione grandi traumi C.T.O.-A.O.U. Città della salute e della Scienza di Torino

<sup>2</sup> Infermiera. Medicina d'Urgenza - Presidio Ospedaliero San Giovanni Battista – A.O.U. Città della salute e della Scienza di Torino

<sup>3</sup> Infermiere. S.S. Formazione Permanente e Aggiornamento A.O.U. Città della Salute e della Scienza di Torino

<sup>4</sup> Infermiere Dirigente Di. P. Sa. Area medica A.O.U. Città della salute e della Scienza di Torino

<sup>5</sup> Infermiere Direttore Di. P. Sa. A.O.U. Città della salute e della Scienza di Torino



### RIASSUNTO

**Introduzione:** Il Profilo di Posto (PdP) è uno strumento formalizzato a carattere definitorio e manageriale che, attraverso l'esplicitazione delle attività professionali (AP), definisce uno standard di competenza precisando le responsabilità ed aspettative di ciascun ruolo. Il processo di costruzione risponde alle logiche di un'organizzazione per processo e consente di esercitare la riflessione sulla cultura organizzativa e l'*empowerment*. Nella Medicina d'Urgenza (MECAU) dell'AOU Città della Salute e della Scienza di Torino, considerato il percorso di riorganizzazione avviato e l'elevato turn-over degli Infermieri, si è reso necessario costruire uno strumento che descrivesse e favorisse lo sviluppo delle competenze professionali. L'obiettivo di questo lavoro è la costruzione del PdP dell'Infermiere MECAU del PO S. Giovanni Battista - Molinette.

**Materiali e Metodi:** È stato utilizzato il modello di Marmo che prevede la formalizzazione aziendale del progetto e del gruppo di lavoro (GdL) – il quale definisce il progetto di servizio (PdS) e del PdP – e coinvolge i professionisti a cui è rivolto. La definizione dei descrittori di *performance* – definizione delle AP e sistematizzazione secondo il Profilo Professionale (PP) – è stata integrata da un'analisi del contesto in accordo con le linee metodologiche proposte dall'autore.

**Risultati:** Il PdP dell'infermiere della MECAU definisce 26 competenze organizzate seguendo l'articolazione delle funzioni professionali data dal PP. Sono state identificate, in una logica prospettica di sviluppo, 3 competenze parzialmente o non ancora previste dall'attuale versione del PdP e 5 aree di sviluppo di competenze avanzate.

**Conclusioni:** Il progetto ha avuto un impatto culturale sull'*empowerment* e ha permesso di individuare l'identità del servizio con l'obiettivo di condividerne una visione prospettica e progettuale. Tuttavia, per evitare l'inutilizzo dello strumento, sono state identificate all'interno del PdS le criticità prioritarie che si intendono affrontare attraverso l'applicazione del PdP, a partire da ottobre 2021, con tempistiche di raggiungimento degli esiti definite.

**Parole chiave:** Profilo di Posto, Competenze professionali, Empowerment, Assistenza Infermieristica, Formazione.



### ABSTRACT

**Introduction:** A job description (JD) is a formal, professional-defining and managing tool. Through the explicitation of professional activities (PA) it defines a professional competence standard by specifying the responsibilities and expectations of each role. The building method follows the logic of an organization by process and allows to reflect on the organizational culture and empowerment. In the Acute Medical Unit (MECAU) of the university hospitals trust "Città della Salute e della Scienza" of Turin, in consideration of ward re-organization and of nurses high turn-over, it became necessary to build a tool to describe and support the development of professional competences. The purpose of this work is to produce the nurse JD in MECAU of the S. Giovanni Battista-Molinette hospital.

**Method:** The building process was based on Marmo's method that provides both the corporate formalization of the project and the working group (WG) and involves professionals to whom the document is addressed. The WG is in charge of the definition of a service project (SP) and of the JD. The definition of the performance descriptors – through the definition and the systematization of the PAs according to the Professional Profile (PP) – was supplemented by a context analysis in accordance with the methodological lines proposed by the author.

**Results:** MECAU nurses PP defines 26 skills organized according to the articulation of professional functions given by the PP itself. In a logic of future development, 3 competences, that were partially or not yet foreseen by current PP version, and 5 areas of advanced skills development have been identified.

**Conclusion:** The project had a cultural impact on empowerment and allowed to define the identity of the service with the aim of sharing a perspective and design vision. However, in order to avoid the tool being unused, the primary issues that are intended to be addressed through the application of the PP, starting from October 2021, have been identified within the SP, with deadlines for achieving the defined outcomes.

**Keywords:** Job Description, Professional Competence, Empowerment, Nursing Care, Education.

#### ARTICOLO ORIGINALE

PERVENUTO IL 21/02/2022

ACCETTATO IL 17/03/2022

#### Corrispondenza per richieste:

Dott. Dario Gavetti,

[dgavetti@cittadellasalute.to.it](mailto:dgavetti@cittadellasalute.to.it)

Gli autori dichiarano l'assenza di conflitto di interessi.

#### INTRODUZIONE

Con la riorganizzazione del Sistema Sanitario Nazionale (SSN) in Italia, che prende avvio con la Legge 502/92<sup>[1]</sup>, viene ridefinito l'assetto istituzionale, organizzativo e gestionale del sistema introducendo l'approccio a matrice manageriale nelle aziende pubbliche. Questo ha comportato, da una parte, la conseguente introduzione di una più rigida logica economica e dall'altra l'inserimento di figure manageriali scelte in base a criteri di competenza gestionale<sup>[2]</sup>. L'organizzazione di tipo piramidale (*top-down*), molto diffusa in sanità soprattutto nell'organizzazione dell'assistenza infermieristica soddisfa pienamente i criteri di razionalizzazione, efficienza, efficacia e di standardizzazione tipici del managerialismo<sup>[2]</sup>, collocando il potere decisionale al vertice<sup>[3]</sup>. L'applicazione rigida di questo modello rischia tuttavia di limitare la professionalità e le potenzialità dei professionisti sanitari, bloccare la fluidità e la flessibilità dei processi decisionali, limitare la tensione verso gli obiettivi risultando poco "integrata" nel quadro normativo odierno<sup>[3]</sup>. Infatti, il processo di professionalizzazione degli ultimi 25 anni, a partire dal profilo professionale (PP) dell'infermiere – DM 739/94 – è andato delineando professionisti sanitari autonomi e responsabili rispetto al proprio campo di attività perché legati ad un agire fondato su competenze specifiche.

Il (parziale) superamento dell'organizzazione tayloristica del lavoro determinato da questa rivoluzione è rappresentato dall'adozione dell'approccio per processi, in grado di facilitare il dialogo tra la logica economica e professionalismo<sup>[2]</sup>. Per processo s'intende una sequenza di attività correlate e interdipendenti che, utilizzando risorse, trasformano gli input nell'output richiesto il quale viene trasferito ai fruitori finali, nello specifico dei servizi sanitari, ai cittadini<sup>[3]</sup>. Nel lavoro per processi si riduce l'organizzazione standardizzata a fa-

vore dell'attenzione ai singoli casi, le persone assumono decisioni autonome, i *manager* si costituiscono come allenatori e *leader*, gli operatori acquisiscono un'ottica consumerista<sup>[2]</sup> e il lavoro individuale viene sostituito dal lavoro in *team*<sup>[3]</sup>.

L'introduzione di tale prospettiva richiede quindi importanti cambiamenti strutturali e, soprattutto, nella cultura organizzativa (CO).

Una CO orientata all'*empowering* determina infatti strategie, obiettivi, modi di agire e crea le condizioni indispensabili che spingono un professionista a esprimere le proprie potenzialità e i comportamenti richiesti dal ruolo oltre a permettere lo sviluppo di competenze che consentano ai professionisti il governo clinico dei processi assistenziali<sup>[3,4]</sup>.

Nel perimetro di questo progetto la *competenza* assume "una caratteristica intrinseca individuale, causalmente collegata a una performance efficace e/o superiore in un'attività e che è misurata sulla base di un criterio stabilito"<sup>[5]</sup>. Conseguentemente in quanto caratteristica *intrinseca* la competenza è "invisibile"; è una disposizione all'azione<sup>[6]</sup> che appartiene alla dimensione psicologica, una parte integrante e duratura dell'individuo<sup>[5]</sup> costituita da un insieme organico di motivazione, capacità, conoscenze ed esperienze che orienta i comportamenti dall'interno di uno specifico contesto. La competenza si differenzia dalla *performance* che appartiene alla dimensione comportamentale<sup>[7]</sup> ed è costituita dall'insieme delle attività direttamente visibili e percepibili con cui un individuo raggiunge gli obiettivi derivanti dal suo ruolo<sup>[3,7,8]</sup>. La produzione di un'azione competente deriva da una responsabilità condivisa tra la persona stessa e il contesto di lavoro e costituisce il fondamento dell'autorità professionale e un anello di congiunzione tra l'organizzazione e i risultati nei confronti dell'utenza<sup>[13]</sup>. Diventa, quindi, imprescindibile, sia per le aziende che

per i professionisti identificare, descrivere, comunicare, rendere visibili e certificabili le competenze<sup>[9]</sup>.

Il Profilo di Posto (PdP), espressione operativa della logica delle competenze, contiene la descrizione dello standard di competenze di un professionista in uno specifico contesto.

Si concretizza in "un documento formalizzato in cui, per ogni ruolo professionale, a partire dalle funzioni attribuite per norma e in relazione ad uno specifico contesto organizzativo vengono declinate ed esplicitate le attività/competenze attese"<sup>[3]</sup>. È uno strumento definitorio in quanto risponde all'esigenza di rivedere il proprio campo di attività e responsabilità<sup>[10-12]</sup> in un determinato contesto a partire dal PP<sup>[13]</sup>, dal codice deontologico<sup>[14]</sup> e dall'ordinamento didattico professionalizzante e post base, creando dei confini permeabili e, al tempo stesso, identificativi di una professione, quindi "rassicuranti e protettivi"<sup>[15]</sup>. In questo senso sostiene l'identità professionale: l'identificazione delle competenze, infatti, ha effetti positivi sia per l'immagine del sé che per la stima di sé e il processo riflessivo di costruzione che segue l'approccio di tipo *bottom-up* rappresenta un modo per esercitare all'interno del ruolo professionale l'autodeterminazione, l'agentività<sup>[16]</sup> e la riflessione sulla cultura organizzativa di appartenenza, elementi fondamentali per l'attivazione dell'*empowerment*<sup>[6]</sup>. È uno strumento manageriale in quanto consente di precisare responsabilità ed aspettative di ciascun ruolo, nonché di rappresentare lo standard di competenza di riferimento ai fini della gestione delle risorse umane e, non per ultimo, garantisce ai cittadini la presa in cura da parte di professionisti sempre più competenti orientati al miglioramento della qualità e alla formazione continua<sup>[3]</sup>. In quanto "strumento", il PdP acquisisce il valore attribuito dall'organizzazione che lo adotta<sup>[3]</sup> e affinché si configuri come ad

essa funzionale è imprescindibile che si “anni-di” nell’ambito di un lavoro orientato ai processi che consenta al professionista il governo della porzione attribuita in quanto, se così non fosse, rischierebbe di ridursi ad un ulteriore strumento asservito alla logica mansionaristica o procedurale come descritto in diverse esperienze in letteratura<sup>[3,17,18]</sup>.

Dal 2017 la Medicina d’Urgenza (MECAU) del po S. Giovanni Battista di Torino ha avuto un elevato turn-over infermieristico. Il personale di reparto è attualmente composto da 24 professionisti con un’età media di 33,6 anni (±8). Diciannove vi prestano servizio da meno di 5 anni, 7 da meno di uno. La mancanza di esperienza lavorativa pregressa associata all’assenza di un percorso strutturato di inserimento del personale neoassunto ed ad un modello organizzativo ancora per compiti e funzioni, non adatto a sostenere adeguatamente uno sviluppo professionale responsabilizzante, hanno determinato un’importante eterogeneità nella gestione dei processi assistenziali e l’urgenza di definire e standardizzare il percorso per lo sviluppo di competenze professionali con programmi di formazione e aggiornamento specifici. Scopo di questo progetto è la costruzione del PdP dell’Infermiere della MECAU.

## MATERIALI E METODI

È stato seguito il modello riflessivo di tipo *bottom – up* proposto da Marmo<sup>[3]</sup>, integrato, preliminarmente, da un’*analisi del contesto* necessaria a focalizzare e condividere il campo di applicazione del PdP in termini di condizione della *vision* (con committenza, gruppo di lavoro e progetto di servizio), *occorrenza dei problemi di salute* delle persone assistite e *percorso assistenziale*. Le fasi del percorso di costruzione del PdP sono descritte nella **tabella 1**, mentre l’analisi del contesto è presentata nella **tabella 2**.

## RISULTATI

In questa pubblicazione scientifica sono presentati i risultati relativi alla descrizione della struttura e dei principali contenuti del PdP (**tabella 3**).

## DISCUSSIONE

Il raggiungimento dell’obiettivo di questo progetto è stato possibile grazie alla sinergia sviluppata tra l’organizzazione, la formazione aziendale e gli Infermieri coinvolti.

La formalizzazione e successiva validazione organizzativa, oltre alla funzione di garanzia nella *vision* complessiva<sup>[3]</sup>, ha rappresentato un solido impegno tra le parti e avviato la

costituzione di una rete di referenti del progetto PdP, i componenti del GdL, non solo “di servizio” ma “di dipartimento” per quei servizi prossimamente identificati per la costruzione, a loro volta, del PdP. Punto di forza nella costruzione del PdP è la composizione “strategica” del GdL. In questa esperienza è stato costituito, come previsto dal modello di riferimento, da Infermieri con formazione magistrale e/o master di primo livello nell’ambito del management e, soprattutto, *identificati dal gruppo professionale* con criteri di legittimità esperienziale e forte motivazione alla partecipazione finalizzata anche ad innescare un percorso di cambiamento dell’organizzazione funzionalista, complessivamente percepita più che “rassicurante”, come limitante rispetto all’espressione delle potenzialità e delle competenze professionali.

Nel percorso di realizzazione il costante supporto di un *tutor* metodologico ha permesso al GdL di acquisire una metodologia strutturata<sup>[3]</sup> mantenendo saldamente ancorati i contenuti del documento al contesto, ovvero a quanto definito nel PdS, ai problemi di salute ed al processo assistenziale, e coordinando le attività per il loro completamento nei tempi stabiliti con la committenza organizzativa<sup>[18,19]</sup>.

**Tabella 1. Il percorso di costruzione del PdP**

Fasi	Razionale
<b>1. Committenza</b>	Il PdP è un documento formalizzato che richiede la condivisione e la validazione da parte della direzione aziendale a garanzia dell’impegno per favorire le condizioni organizzative di realizzazione e successiva implementazione.
<b>2. Gruppo di lavoro (GdL) e altre parti interessate</b>	È stato composto da 5 Infermieri identificati con i criteri della motivazione, esperienza dei processi di lavoro e riconosciuti come autorevoli dal resto del gruppo. La scelta dei componenti è formalizzata dalla Direzione Infermieristica e dal Coordinatore del servizio, e il loro ruolo è di referenti operativi del progetto. Il GdL ha predisposto il nucleo principale del PdP poi condiviso con tutti gli Infermieri del servizio e, relativamente alla specificità del proprio ruolo, anche dal personale di supporto all’assistenza (OSS). Il GdL è stato guidato da un conduttore esperto con il ruolo di formatore e tutor metodologico responsabile dell’impostazione e supervisione delle fasi di realizzazione. Il percorso del GdL si è concretizzato in un progetto formativo accreditato e articolato in due moduli di formazione sul campo della durata di 50 ore (1 modulo: analisi del contesto; Il modulo: costruzione del PdP).
<b>3. Progetto di servizio (PdS)</b>	Il PdP nasce, all’interno di un servizio, da criticità ed esigenze specifiche. È basilare la definizione preliminare di un PdS che impegni i professionisti del servizio su linee di azione da mettere in atto per migliorare i processi di lavoro a partire da criticità prioritarie condivise e gestibili anche con il PdP. Questo permette di identificare anche gli esiti da misurare successivamente per valutazione del suo impatto nell’organizzazione.
<b>4. Occorrenza dei problemi di salute</b>	Il corpo delle competenze necessarie viene determinato dai bisogni di salute degli assistiti che afferiscono al servizio e in base alle quali viene definito il percorso assistenziale.
<b>5. Definizione del Macro-percorso assistenziale</b>	Indispensabile per favorire nel gruppo un’ottica condivisa di governo dei processi assistenziali. Il macro-percorso descrive le tappe fondamentali che l’assistito attraversa durante il periodo di ricovero nel contesto individuato “smarginando”, dove indicato, dalla visione strutturale del servizio a quella funzionale.
<b>6. Costruzione dei descrittori di performance</b>	La competenza si esprime attraverso la performance che appartiene alla dimensione comportamentale, osservabile, della competenza stessa. Il cuore della costruzione del PdP è la definizione preliminare, poi raffinata attraverso la condivisione in gruppo, dei descrittori di performance.
<b>7. Confronto con altra realtà simile</b>	Il PdP non è la riproduzione e descrizione dell’esistente ma favorisce una visione progettuale del ruolo ovvero una prefigurazione di uno scenario futuro (ma realizzabile) che rispecchia gli ideali, i valori e le aspirazioni del gruppo cui il PdP fa riferimento. Per questo il confronto effettuato con altre realtà (in questo caso di una MECAU di un’altra azienda torinese) è fortemente raccomandato.

**Tabella 2. Analisi del contesto, Descrittori di Performance e costruzione del PdP**

Analisi del Contesto	
Fasi	Razionale
<b>Occorrenza dei problemi di salute</b>	<p>Per l'identificazione dei problemi di salute è stata condotta:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Indagine preliminare</b>, attraverso i registri di movimentazione dei pazienti del reparto (RMP) con l'obiettivo di valutare la presenza di differenze di prevalenza (non rilevate) tra diagnosi in entrata (ricoveri) e in uscita - DU - (dimissioni/trasferimenti o decessi).</li> <li>• <b>Analisi delle DU</b> attraverso il Case Mix aziendale dei ricoveri basati sui DRG (DU di dimissioni/decessi) integrati con le DU dei trasferimenti del reparto attraverso il RMP. È stato preso in considerazione il periodo gennaio-dicembre 2019.</li> <li>• <b>Classificazione delle DU e traduzione in problemi di salute prevalenti</b> attraverso l'utilizzo del manuale di catalogazione internazionale delle malattie del 2007 (ICD-9-CM)<sup>[25]</sup>.</li> </ul>
<b>Definizione del macro-percorso</b>	<p>La mappatura del macro-percorso assistenziale è stata essenziale per non correre il rischio di escludere dal PdP attività previste in determinate fasi del percorso di assistenza. Sistematizzata nel diagramma di flusso integrato nel PdP è stata effettuata dal GdL, a partire dall'analisi delle attività previste dai problemi di salute individuati, e condivisa con tutto il gruppo infermieristico.</p>
Descrittori di Performance e costruzione del PdP	
<b>Attività professionali (primo nucleo)</b>	<p>Sulla base dei risultati dell'analisi del contesto (problemi di salute e macro-percorso), il GdL ha individuato e definito un primo set di attività professionali categorizzate in base ai capitoli di competenza previsti dal profilo professionale da condividere e integrare con il resto del gruppo.</p>
<b>Diari delle attività</b>	<p>Sono stati organizzati tre incontri nei quali è stata presentata la prima versione del PdP integrata dai risultati dell'analisi del contesto. La distribuzione della bozza del PdP ha avuto una duplice valenza: condivisione del lavoro svolto a partire da dati osservabili e facilitazione di integrazione delle AP da parte di tutto il gruppo. Con l'obiettivo di definire un quadro rappresentativo delle AP sono stati consegnati al gruppo infermieristico ed OSS i diari delle attività; agende sulle quali annotare, per un periodo di circa dieci giorni, le AP svolte durante i turni di servizio. Tale, e più ampia, descrizione ha successivamente favorito una migliore raffinazione delle AP permettendo una successiva identificazione a "più alta risoluzione" delle competenze ad esse sottese.</p>
<b>Integrazione e sistematizzazione</b>	<p><b>La I versione</b> del PdP è stata successivamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>integrata</b> con i contenuti emersi nei Diari di Attività</li> <li>- <b>confrontata</b> con il precedente PdP (2018), al fine di evidenziare e colmare eventuali <i>gap</i></li> <li>- <b>raffinata</b>, nella formulazione, per definire le competenze sottese alle AP</li> <li>- <b>revisata</b> dal <i>tutor</i> metodologico</li> <li>- <b>organizzata</b> secondo le linee di indirizzo del profilo professionale dell'Infermiere.</li> </ul> <p>La <b>II versione</b> del PdP è stata condivisa con l'intero gruppo di professionisti della MECAU e in seguito formalmente validata dal DiPSa.</p>

**Tabella 3. I paragrafi inclusi nel PdP**

Sezione	Descrizione
<b>1. Normativa professionale</b>	<p>Presenta la normativa di riferimento per l'attribuzione della responsabilità professionale relativa all'assistenza e la relazione con il codice deontologico. Vengono inoltre riportate le dipendenze dirette della posizione per la quale viene descritto il PdP, le eventuali relazioni funzionali, il periodo previsto per la revisione e la firma dei responsabili dell'organizzazione.</p>
<b>2. I problemi di salute</b>	<p>Illustra i problemi di salute prioritari ai quali risponde l'infermiere della MECAU</p>
<b>3. Il macro-percorso assistenziale</b>	<p>Definisce la mappa del macro-percorso assistenziale e le articolazioni nell'ambito del quale il PdP si "innesta".</p>
<b>4. Il profilo di posto</b>	<p>Identifica e descrive 26 competenze peculiari dell'infermiere della MECAU ripartite in base agli ambiti di competenza e responsabilità previste dal PP.</p>
<b>5. Area di sviluppo delle competenze</b>	<p>Propone, con approccio prospettico all'interpretazione del PdP, le competenze attualmente poco o per nulla sviluppate, ma identificate dal gruppo come quelle con il più ampio margine di sviluppo futuro sulla base dell'analisi del contesto condotta.</p>
<b>6. Area di sviluppo professionale</b>	<p>Descrive le 5 aree di sviluppo professionale (peculiari nel contesto di riferimento) per le quali è richiesta, per le attività previste e già avviate, una competenza specialistica. Le aree sono relative a: sicurezza del farmaco, gestione degli elettromedicali, buone pratiche e processi formativi, wound care e donazione di organi e tessuti.</p>

Tuttavia, pur con tali presupposti, la costruzione del PdP ha incontrato le difficoltà tipiche dei percorsi di cambiamento organizzativo e culturale. Ad esempio, la presenza di un importante numero di infermieri neoassunti a tempo determinato, ancora poco orientati alla riflessione organizzativa e che trovano rassicurante<sup>[16]</sup> – data la poca esperienza – un'organizzazione del lavoro per compiti e funzioni, spiega in parte il parziale riscontro avuto nella restituzione dei diari di attività correttamente compilati (6/20).

Inoltre, il contesto culturale di partenza, a matrice gerarchica, può aver in parte compromesso il senso di auto-efficacia e di auto-determinazione del professionista portandolo verso una condizione di staticità e di potenziale de-responsabilizzazione circa la gestione proattiva dei processi che gli sono propri<sup>[3,16]</sup>.

Il PdS dovrebbe rappresentare, in questo scenario, uno strumento a disposizione del gruppo (e del coordinatore) per il governo degli impegni condivisi e orientati all'implementazione e sviluppo futuro del PdP nella logica di riorganizzazione del servizio conseguente alla sua adozione.

In ogni caso, nei 5 mesi di realizzazione del PdP il gruppo ha progressivamente migliorato la risposta alle richieste di collaborazione con il GdL raggiungendo un buon livello di condivisione dei contenuti e di coinvolgimento anche su altri fronti "costruttivi". Ad esempio, ha partecipato attivamente all'identificazione dei referenti nelle cinque aree di sviluppo delle competenze avanzate individuate e descritte nel PdP. Oltre che per la sua implementazione questo riscontro di proattività si rivelerà basilare nel successivo impatto culturale e professionale nell'utilizzo dello strumento nella pratica assistenziale.

Durante la realizzazione del PdP, il confronto con un'ulteriore realtà clinica esterna, simile per problemi di salute trattati e macro-percorso assistenziale, ha facilitato l'analizzare, anche attraverso una griglia di osservazione costruita ad hoc, di un contesto dal quale estrarre ulteriori spunti per l'arricchimento del nucleo di competenze in fase di costruzione e, soprattutto, in merito al percorso assistenziale ed all'ottimizzazione del modello organizzativo per meglio implementare il successivo utilizzo del PdP.

L'avvio del percorso di implementazione del PdP rappresenta sempre una fase critica. Per prevenire il rallentamento e il conseguente, inevitabile, affossamento del progetto, determinato dal tempo necessario al gruppo per l'avvio della gestione delle criticità identificate nel PdS sono stati presidiati alcuni aspetti critici.

Sono individuate le dimensioni di applicazione operativa del PdP ovvero l'elevato *turn-over* del personale infermieristico e l'etero-

ogeneità nelle fasi dei processi assistenziali. Queste si intendono affrontare con tempistiche di raggiungimento degli esiti definite attraverso l'implementazione di un percorso di inserimento/aggiornamento del neoassunto e la pianificazione di una formazione sul campo specifica e contestualizzata da avviare entro il 2022.

In ultimo, vista la dinamicità dello strumento correlata all'evolversi del contesto sono state previste revisioni periodiche e una valutazione d'impatto formativa e organizzativa del progetto in corso nel 2022.

Le caratteristiche costruttive del PdP ne rappresentano il punto di forza e, al contempo, di debolezza. Nel primo caso, come già descritto, ci si riferisce all'ancoraggio "obbligato" ma *caratterizzante* dei contenuti al contesto di provenienza e conseguentemente, secondo caso, all'impossibilità di trasferimento e di confronto, se non di carattere metodologico, di questa esperienza ad altri contesti. Per rimanere nell'ambito (italiano) dell'area critica, in letteratura sono pubblicate diverse esperienze legate al tema delle competenze infermieristiche ma descritte o valutate, a conferma di questa criticità, secondo modalità poco o per nulla confrontabili, per settings (emergenza extraospedaliere) e metodi, con questo studio. Ad esempio, un recente studio multicentrico<sup>[20]</sup> ha valutato le capacità assistenziali degli infermieri dei mezzi di soccorso di 71 servizi afferenti al 118 basandosi però esclusivamente sulla presenza di documentazione autorizzativa precostituita come protocolli, procedure o altre istruzioni operative. Una simile esperienza era stata condotta anche in precedenza, con l'obiettivo di valutare l'attuazione in autonomia, da parte degli infermieri, delle procedure avanzate presenti sui mezzi di soccorso<sup>[21]</sup>. In nessuna delle due si è tuttavia proceduto "ex-novo" alla realizzazione di un PdP. Un altro studio ha valutato le abilità infermieristiche in emergenza territoriale ma utilizzando la Nurse Competence Scale, strumento di natura definitoria di competenze a caratura generale e non contesto dipendente<sup>[22]</sup>. Una revisione sistematica del 2020 ha identificato 66 studi sulla figura dell'infermiere dell'emergenza territoriale accostandosi sensibilmente alla nostra esperienza. Nei risultati gli autori descrivono infatti, pur per macroaree non riferibili ad uno specifico PdP, 7 competenze distintive di tale figura<sup>[23]</sup>. La difficoltà a reperire esperienze confrontabili (specie all'estero) può essere attribuita, come descritto dagli autori degli studi citati e confermato nella nostra esperienza, da un lato all'eterogeneità strutturale e assistenziale, questa sì, trasversale a tutti i servizi ospedalieri e territoriali e, dall'altro, dalla forte correlazione di questa alla cultura organizzativa dell'azienda di provenienza non sempre orientata allo sviluppo professionale come

descritto in questo studio.

## CONCLUSIONI

Il processo di costruzione del PdP ha avuto un impatto culturale sull'*empowerment* e ha permesso di individuare l'identità del servizio con l'obiettivo di condividerne una visione prospettica e progettuale.

Tuttavia, per evitarne l'inutilizzo, sono state individuate ed attuate le dimensioni di applicazione operativa e, considerata la dinamicità dello strumento, previste revisioni periodiche gestite dal gruppo promotore che ne cura la manutenzione.

## BIBLIOGRAFIA

- Decreto Legislativo n 502/92. *Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421*. Gazzetta Ufficiale n. 4 del 7 gennaio 1994.
- TOUSIJN W. *La logica professionale di fronte alle sfide del consumerismo e del managerialismo*. Federazione Nazionale IPASVI, curatore. Milano: McGraw-Hill; 2008.
- MARMO G, GAVETTI D, RUSSO R. *Profilo di posto dalla concettualità, al metodo e all'operatività*. I. Vol. Unico. Torino: C.G.Edizioni Medico Scientifiche; 2011. 155 pag.
- GANDINI T. *Le competenze e la valorizzazione del patrimonio umano in sanità. Una proposta metodologica per definire le competenze dell'infermiere con funzioni di coordinamento*. Milano: Franco Angeli Editore; 2005.
- SPENCER LM, SPENCER SM. *Competenza nel lavoro, modelli per una performance superiore*. Milano: Franco Angeli Editore; 1993.
- JOLIS N. *La Compétence au coeur du succès de votre entreprise*. Paris: Edition d'Organisation; 2000.
- BARA B. *Pragmatica cognitiva*. Torino: Boliati Borighieri; 1999.
- GALLINO L. *Dizionario di Sociologia*. Torino: UTET; 1978.
- CIVELLI F, MANARA D. *Lavorare con le competenze*. Milano: Guerini e Associati; 1997.
- Legge n. 42/99. *Disposizioni in materia di professioni sanitarie*. Gazzetta Ufficiale n.50 del 2 marzo 1999.
- Legge n. 251/00. *Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica*. Gazzetta Ufficiale n. 208 del 6 settembre 2000.
- Legge n. 43/06. *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*. Gazzetta Ufficiale n. 40 del 17 febbraio 2006.
- Decreto Ministero della Sanità n. 739/94.

- Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere.* Gazzetta Ufficiale n.6 del 9 gennaio 1995.
14. Federazione Nazionale Ordine delle Professioni Infermieristiche (FNOPI). *Codice deontologico delle professioni infermieristiche.* apr 12, 2019.
  15. QUAGLINO GP. *Psicodinamica della vita organizzativa.* Milano: Raffaello Cortina; 1996.
  16. BANDURA A. *Autoefficacia: Teoria e applicazioni.* (Presentazione all'edizione italiana di Gian Vittorio Caprara). Edizioni Erickson; 2000. 6 pag.
  17. BERNARDI MT, MASIERO MP. *L'analisi delle competenze nella selezione, nell'orientamento e nello sviluppo del personale.* Management Infermieristico. 2005;1:18-25.
  18. CANOVA G, FOGLIETTA F, GIANNINI M, LEARDINI P. *Il modello delle competenze: verifica e fattibilità nei percorsi di sviluppo professionale.* Management Infermieristico. 2007;3:16-29.
  19. TOMMASSINI M. *Supportare i processi di trasformazione delle conoscenze nelle organizzazioni: prospettive emergenti per la formazione.* Form. 1998;
  20. MARONI F, MAZZOLANI S, SASSO S, IMBRIACO G. *Procedure e competenze infermieristiche in ambito extraospedaliero: indagine descrittiva della realtà italiana.* Scenari 2019; 36(3): 26-31
  21. IMBRIACO G, MOSTARDINI M, ERBACCI M, ET AL. *Analisi delle competenze infermieristiche nei servizi di emergenza preospedaliera: i risultati di un'indagine multicentrica italiana.* Scenari 2010; 27(4): 35-42
  22. CARRA F, MOZZARELLI F, CONTINI A. *La valutazione delle abilità infermieristiche attraverso la Nurse Competence Scale: un'esperienza del sistema di emergenza sanitaria preospedaliera dell'azienda USL di Piacenza.* Scenari 2016; 33(2): 29-32
  23. DE LUCA W, LUCENTI E, ANDREUCCI A, ET AL. *Infermiere di emergenza territoriale, formazione e competenze: analisi concettuale.* Scenari 2021; 38(1): 33-42

**CONTRIBUTI DEGLI AUTORI:**
**DISEGNO DELLO STUDIO:**

Gavetti Dario, Lanzarone Salvatore, Todisco Andrea, Paleologo Mario

**RACCOLTA DATI:**

Lanzarone Salvatore, Albano Rosina, Cerminara Vittoria, Nanescu Eveline, Servidio Francesca

**ANALISI DEI DATI:**

Gavetti Dario, Lanzarone Salvatore, Todisco Andrea, Paleologo Mario, Albano Rosina, Cerminara Vittoria, Nanescu Eveline, Servidio Francesca

**SCRITTURA MANOSCRITTO:**

Gavetti Dario, Lanzarone Salvatore, Albano Rosina, Cerminara Vittoria, Nanescu Eveline, Servidio Francesca.