



VILLA MARIA CECILIA
HOSPITAL

GRUPPO VILLA MARIA

Università Cattolica Sacro Cuore

Facoltà di Medicina e Chirurgia "A. Gemelli"

Istituto di Igiene

In collaborazione con

"Villa Maria Cecilia Hospital" di
Cotignola (RA)

Master Universitario di primo livello in
**"Management infermieristico per le funzioni di
Coordinamento"**

RUOLO DEL COORDINATORE: PROFILO E COMPETENZE NEL NUOVO PANORAMA SANITARIO

Relatore: Meris Fiamminghi

Corsista: Elena Maioli

Correlatore: Gianni Bagni

Anno Accademico 2004/2005

INDICE	1
---------------	----------

INTRODUZIONE	3
---------------------	----------

PARTE PRIMA

CAPITOLO 1 -

L'evoluzione delle competenze del coordinatore

1.1. Il processo di professionalizzazione degli infermieri	5
1.2. Dalla clinica al management	8
1.3. Funzione manageriale del coordinatore	17
1.4. La funzione direzionale	19
1.5 La leadership	25

CAPITOLO 2 –

La competenza

2.1. La configurazione specifica della competenza	28
2.2 Cultura, Ruolo, Abilità, Abitudini, Atteggiamenti, Istinti	29
2.3. Il modello delle competenze	31
2.4. Modello delle competenze e cambiamento organizzativo	37
2.5 La mappatura delle competenze	40
2.6 I talenti	41
	44

PARTE SECONDA

CAPITOLO 3 -

Cosa è la ricerca? 51

3.0. Il percorso di ricerca 52

3.1. Introduzione all'indagine 53

3.2. Metodo di lavoro 55

3.3. Strumento d'indagine 58

3.4. Presentazione del contesto d'indagine 59

3.5. Presentazione del questionario 63

CAPITOLO 4 -

Presentazione ed analisi dei risultati

4.1. Elaborazione dei dati 75

4.2. Conclusioni 108

4.3. Considerazioni personali 114

4.3 Ringraziamenti 116

Bibliografia 117

Job Description Coordinatore 120

INTRODUZIONE

Negli ultimi anni una intensa trasformazione tecnologica ed organizzativa ha modificato in modo sostanziale l'apporto delle risorse umane ai processi aziendali.

Le aziende sanitarie, in particolar modo, sono state investite da una serie di dinamiche, riconducibili a pressioni ambientali esterne (cambiamento istituzionale, modifica del quadro normativo, dinamiche socioeconomiche, progresso scientifico e innovazione tecnologica) che hanno inciso significativamente sulle caratteristiche gestionali e organizzative e ne hanno influenzato il processo di evoluzione. Oggi queste aziende sono coinvolte in processi di cambiamento molto profondi che determina l'esigenza di riprogettare l'assetto organizzativo delle aziende, in tutte le sue componenti (struttura organizzativa, meccanismi operativi e sistema delle competenze e dei valori).

Il ruolo dell'uomo nell'organizzazione è cambiato: agli individui non è richiesto più un contributo fisico, da "prestatori d'opera", ma una capacità culturale, intellettuale e professionale qualificata, da "prestatori d'intelligenza", tale da favorire un comportamento innovativo e maggiormente flessibile delle imprese di appartenenza. In un tale contesto, le competenze degli individui all'interno delle organizzazioni diventano sempre più uno dei principali fattori competitivi influenzando in modo diretto e determinante le prestazioni aziendali.

Il *legame* tra *competenze individuali* e *prestazioni* è particolarmente critico per le *imprese ad alta intensità di conoscenza*, che utilizzano conoscenze altamente specializzate quali input dei propri processi di produzione o "erogazione".

Il miglioramento delle prestazioni aziendali è legato alle capacità del management di sviluppare metodi di gestione. Del personale in grado di rispecchiare le peculiarità delle risorse umane utilizzate.

La crescente rilevanza delle competenze individuali nel determinare la competitività delle imprese esige il passaggio da definizioni generali del concetto di competenza a "più precise definizioni, al fine di poterne misurare empiricamente i concetti" [Filippini et al., 1994].

Il processo di decentramento del S.S.N. e la riaffermazione, anche nel Decreto 229/99, della responsabilizzazione delle Regioni nel garantire i livelli di cura essenziali e appropriati e la qualità dei servizi di tutela della salute, pur nel rispetto dei vincoli di compatibilità della spesa e di economicità della gestione delle aziende pubbliche che erogano servizi , oltre che di quelle private , ha reso il tema del funzionamento interno di queste ultime ancora più centrale nel dibattito scientifico e nella ricerca di soluzioni sempre più soddisfacenti.

In questo quadro il tema della organizzazione, ossia delle modalità secondo cui persone dotate delle necessarie *conoscenze, competenze e abilità* , operano insieme per dare risposta ai problemi di salute dei singoli pazienti o di un intera comunità.

PARTE PRIMA

CAPITOLO 1

L'EVOLUZIONE DELLE COMPETENZE DEL COORDINATORE INFERMIERISTICO

1.1. Il processo di professionalizzazione degli infermieri

Le professioni intellettuali sono sempre state considerate come occupazioni "speciali", sia nel linguaggio comune, sia nell'analisi sociologica. Gli attributi comuni che le rendono speciali sono secondo i sociologi: il possesso di una base di conoscenze scientifiche e tecniche, la necessità di attività intellettuali nel loro esercizio e di un lungo periodo di apprendimento teorico e tecnico prevalentemente svolto in organizzazioni universitarie, la difficoltà nell'esercizio e, non ultimo, il fatto che si occupino di problemi socialmente rilevanti. Non tutte quelle che oggi noi consideriamo professioni sono nate come tali e probabilmente quelle che oggi non lo sono lo diventeranno in futuro. La professionalizzazione è un percorso che alcune occupazioni decidono di intraprendere perché questo consente loro:

- una forma di controllo occupazionale, da parte delle stesse associazioni professionali;
- una strategia di professionalizzazione;
- la creazione e il controllo del mercato;
- l'innalzamento dello status sociale.

Il processo di professionalizzazione, quindi, è una strategia che si articola attraverso quattro fasi:

1. Individuazione di un corpus di conoscenze teoriche scientifiche e tecniche, tutte quelle proposizioni che definiscono l'oggetto di

interesse della professione definendone l'esclusività, i confini e l'autonomia operativa. Per la disciplina infermieristica l'oggetto di interesse è l'uomo.

2. Nascita e sviluppo di scuole professionali in ambito universitario, perché questa è la sede formativa per eccellenza, la "sede della ricerca".

3. Nascita e sviluppo di associazioni professionali che hanno la funzione di imporre le regole ai professionisti (titolo di studio, percorso formativo, codice deontologico) e allo stesso tempo li tutelano;

4. Riconoscimento e protezione da parte dello Stato attraverso la concessione del monopolio dell'esercizio professionale e (solo in Italia) il riconoscimento dell'autonomia professionale attraverso l'istituzione di organi e collegi.

In un saggio del 1957 E. Greenwood definisce cinque attributi "descrittivi" posseduti al massimo grado dalle professioni storiche, mediamente possedute dalle professioni emergenti, non possedute dalle occupazioni che non sono professioni:

1. Corpo sistemico di teoria
2. Autorità professionale
3. Sanzioni della comunità
4. Codice regolativi dell'etica
5. Cultura professionale

Quando un' occupazione raggiunge tutti questi attributi può definirsi professione.

Partendo da questo assunto possiamo definire l'assistenza professione una professione perché:

- Ha un corpo sistemico di conoscenze costruite secondo l'epistemologia, attraverso il linguaggio proprio delle scienze dentro

teorie, concetti, proposizioni. Il panorama teorico è diviso in diverse scuole di pensiero (teorie dei bisogni, teorie del risultato, teorie delle interazioni) che convergono in un unico oggetto e "campo d'interesse" che è l'uomo.

- Ha un'autorità professionale, riconosciuta dalla legge (DM 739/1994), che deriva dalla competenza e che conferisce all'infermiere il monopolio nella diagnosi dei bisogni dell'utente.

- Gode delle sanzioni della comunità che riconosce e conferisce agli infermieri poteri e privilegi, il controllo della formazione, il controllo sull'ammissione all'esercizio della professione esercitato dal collegio IPASVI (istituito già nel 1954 dalla Legge n°. 1049, in anticipo rispetto ad un processo di professionalizzazione ancora lontano dalla sua piena realizzazione) che promuove l'informazione e l'aggiornamento, anche attraverso un organo di stampa proprio.

- Ha un codice deontologico che argina il monopolio goduto dal professionista e l'autoreferenzialità attraverso l'evidenza scientifica, salvaguarda il cliente e i bisogni della collettività.

- ha una cultura professionale, ossia un insieme di norme e valori che guidano l'infermiere nel comportamento sociale e di simboli come la divisa, il gergo, gli stereotipi.

Possiamo tuttavia affermare che la nostra professione oggi ha ottenuto un riconoscimento che talvolta è più di ordine formale che sostanziale e, proprio per questo, riuscire a considerare quella infermieristica una professione emergente e considerare l'infermiere come "professionista" è una condizione indispensabile per il coordinatore che presiede il compito fondamentale di dare un senso di appartenenza disciplinare alla professione e di gestire il gruppo professionale attraverso un orientamento mentale al lavoro di gruppo.

1.2. DALLA CLINICA AL MANAGEMENT.

"La continua evoluzione del management ha prodotto una letteratura specializzata. C'è però un punto cruciale su cui si è poco o per niente soffermata l'attenzione: in quali punti si incontrano e in quali modi sono in relazione tra loro la disciplina infermieristica e il management?"

La nomina di *infermiere professionale coordinatore di I categoria* viene attribuito per la prima volta al caposala dal D.P.R. 821/1984 che lo colloca nei cosiddetti quadri intermedi. Tuttavia l'articolo 20 prevede che l'operatore professionale coordinatore svolga funzioni di assistenza diretta.

Nel corso di un convegno, "*Management infermieristico*", svoltosi a Milano nel 1985, viene presentato uno studio promosso dagli infermieri docenti presso l'Università di Milano sulle competenze manageriali nell'ambito assistenziale, dal quale emerge l'esigenza di un ruolo di coordinamento completamente diverso rispetto al passato in quanto: i servizi erogati dagli ospedali sono più eterogenei e lo sviluppo tecnologico impone la necessità di competenze diverse ed ulteriori da quelle proprie del lavoro infermieristico in senso stretto; inoltre, l'aumento della specializzazione di certi compiti infermieristici e l'aumento della professionalità degli infermieri stessi costringono il coordinatore a una funzione di "integratore".

Le responsabilità dell'infermiere coordinatore vengono sempre meno collegate allo svolgimento di attività assistenziali e sempre più orientate alla soluzione di problemi di funzionamento dell'unità organizzativa per il raggiungimento di più adeguati risultati assistenziali. Le competenze tecnico-specialistiche, quindi, diminuiscono sempre più a favore degli elementi tipici della funzione manageriale in termini di contenuto di lavoro e, di conseguenza, del

contenuto formativo. La formazione del coordinatore deve pertanto essere orientata all'acquisizione di abilità/competenze per pianificare, organizzare, coordinare e verificare per garantire: un'efficacia assistenza infermieristica, un uso efficiente delle risorse, una corretta amministrazione del reparto, la partecipazione ad attività di formazione e di aggiornamento, la partecipazione ad attività di ricerca. Nel corso dello stesso convegno viene altresì ribadito che "la professionalità dell'infermiere coordinatore non si misura in riferimento a competenze specifiche ma relativamente alla capacità di creare le condizioni organizzative tali da garantire risposte qualitativamente valide ai bisogni di assistenza degli utenti."

Tre anni dopo, il DM del 13/09/1988 stabilisce che il coordinatore non debba essere considerato parte dell'organico del personale di assistenza diretta, in considerazione delle sue funzioni di coordinamento delle attività del personale infermieristico e ausiliario e di supervisione sulle attività di tirocinio e di formazione a livello dell'unità operativa a cui è preposto.

Il D.P.R. 3 febbraio 1993 n° 29, invece, fa compiere un altro piccolo passo indietro laddove prevede (art. 56) che il dipendente possa essere adibito a svolgere compiti specifici prevalenti della qualifica superiore, ovvero, occasionalmente e ove possibile con criteri di rotazione, compiti o mansioni immediatamente inferiori.

Oggi, rispetto ad allora, si è fatta molta strada e la disciplina infermieristica ha raggiunto importanti traguardi nel processo di professionalizzazione, coronato con l'ingresso in università (nel 1992) e, dall'anno accademico 2004/2005, anche dalla laurea specialistica.

Il nuovo Profilo Professionale (D.M. 739/1994) sancisce l'autonomia dell'infermiere definendolo professionista "responsabile dell'assistenza generale infermieristica" in grado di garantire una risposta

complessiva ai bisogni di salute del singolo e della collettività. La Legge 42/99 abroga il mansionario (DPR 225/74) segnando un passaggio epocale ed insieme all'emanazione del Nuovo Codice Deontologico (1999), completa questo importante processo di professionalizzazione.

Le mansioni del DPR 225/74 richiama una forma di responsabilità limitata e limitante relativa agli atti in sé, alle singole mansioni, con compiti prevalentemente esecutivi. La professionalità dell'agire infermieristico, invece, si caratterizza per una metodologia scientifica, esplicitamente dichiarata nel Profilo Professionale nelle sue fasi principali, ripresa poi nel Codice nei termini di competenza professionale e competenza scientifica. Tale competenza si realizza attraverso la combinazione di conoscenze, capacità, orientamento assistenziale e gestionale: sono infatti questi elementi che effettivamente connotano un professionista, non tanto le prestazioni in sé, dato che le competenze professionali non possono né devono essere fissate in modo rigido e definitivo, perché appunto evolvono in concomitanza al verificarsi di cambiamenti del contesto in cui gli infermieri si trovano ad operare.

Il Codice Deontologico si rivolge all'infermiere nella sua generalità, senza distinzioni fra livelli operativi (infermiere, caposala, dirigente), ciononostante, pur senza alcuna direttiva specifica si potrebbe affermare che ogni articolo del codice comporta implicazioni per l'azione dirigenziale ad ogni livello. Infatti, dietro ogni modello di comportamento atteso dall'infermiere vi è un'azione diretta o indiretta di pertinenza dirigenziale, in termini di scelte politico-gestionali nell'ambito sia della Direzione Aziendale che della Direzione Infermieristica con ricadute sull'implementazione delle attività e quindi dell'operatività infermieristica. Dal 1994 ad oggi, tuttavia,

all'evoluzione formativa e disciplinare non sempre è corrisposto un altrettanto significativo e coerente riconoscimento della funzione infermieristica nell'organizzazione del lavoro. D'altro canto, la figura del coordinatore, che riveste un ruolo critico all'interno delle nuove organizzazioni sanitarie e che avrebbe dovuto assumere il difficile compito di sostenere la trasformazione della figura infermieristica, oltre a non avere un sufficiente ed adeguato riconoscimento contrattuale (almeno fino al nuovo CCNL 2002-2005), ha anche subito le conseguenze di una fase di stallo nella formazione che è durata quasi dieci anni dal 1994 (chiusura dei corsi per caposala) al 2002 (attivazione dei master in management infermieristico per il coordinamento): gli stessi anni cruciali in cui è avvenuto il grande cambiamento dello scenario socio-sanitario italiano.

Questa situazione ha creato confusione e insoddisfazione fra i caposala i quali, legati ad un vecchio modello organizzativo che li vedeva più vicini alle competenze cliniche, a contatto diretto con i pazienti e con ritmi scanditi da rituali come il "giro visite", si sono visti improvvisamente privare dello spazio riservato alle attività clinico assistenziali, interamente assorbito da un'attività gestionale sempre più complessa.

Un appropriato percorso formativo avrebbe fornito loro gli strumenti per affrontare e gestire adeguatamente il cambiamento organizzativo, anziché subirlo (come invece talvolta è accaduto), e per motivare e coinvolgere tutto il gruppo infermieristico nel raggiungimento degli obiettivi aziendali: "condicio sine qua non" era, e resta ancora oggi, la costituzione di un "gruppo di lavoro" composto da collaboratori professionalmente maturi, motivati e responsabili ai quali riconoscere piena autonomia professionale e organizzativa nella gestione degli aspetti clinici a impatto diretto sul paziente. Questo consente al

coordinatore di concentrare la propria attenzione e le proprie energie alla gestione dei processi organizzativi del sistema.

Da una ricerca svolta nel 1995 su un campione di 156 caposala era emerso che i cambiamenti che essi si erano "trovati a gestire" al momento dell'indagine riguardavano:

- . L'istituzione dei centri di costo (43% delle risposte)
- . I processi di incentivazione (33%)
- . Il controllo della qualità dell'assistenza (24%)
- . L'introduzione delle schede informative per l'utente (19%)
- . La programmazione budgetaria (17%)
- . L'introduzione delle schede di valutazione del personale (14%)

Nessuno di questi cambiamenti è derivato da esigenze sorte all'interno delle unità operative o del servizio infermieristico, ma da mandati organizzativi dell'alta direzione, in risposta a cambiamenti gestionali ed a disposizioni normative.

Un altro dato interessante emerso da questa ricerca è che gli stessi caposala hanno dichiarato che tra i cambiamenti di cui sopra, quelli in cui hanno ritenuto di fornire "un contributo sono:

- Il controllo della qualità dell'assistenza (12%)
- Il migliore utilizzo delle risorse (10%)

Bassa è invece la percentuale di risposte che riguardano:

- La collaborazione con gli organi amministrativi (4%)
- Fornire esperienza gestionale (4%)
- La capacità di analisi dell'organizzazione (4%).

Queste attività oggetto d'indagine, oggi sono ormai parte integrante delle competenze del coordinatore insieme ad altre, di ordine professionale, vecchie e nuove. A titolo esemplificativo, quelle qui di seguito elencati sono gli obiettivi delle Competenze previste nelle

Linee Guida della Federazione Nazionale Collegi Ispasvi, per l'attivazione dei Master in Management Infermieristico per le Funzioni di Coordinamento.

Il master fa parte dei percorsi formativi post-laurea previsti e disciplinati dal Decreto del MURST 3 novembre 1999 n. 509, pubblicato nella G.U. del 4 gennaio 2000 n. 2.e, nella fattispecie, prevedono l'indirizzo per lo sviluppo di un percorso formativo per i Master di primo livello in Management infermieristico per le funzioni di coordinamento, e hanno come obiettivo l'acquisizione di competenze specifiche nell'area organizzativa e gestionale, allo scopo di rendere il professionista in grado di garantire il raggiungimento degli obiettivi del sistema organizzativo sanitario mediante l'attuazione di politiche di programmazione sanitaria e interventi volti al miglioramento continuo della qualità dei servizi .

Gestire persone e relazioni:

- Definire la missione la vision del Servizio coordinato in coerenza con quelli dell'Azienda
- Promuovere identità e senso di appartenenza al Servizio" coordinato e all'Azienda
- Valorizzare attitudini,competenze, impegno e risultati
- Coinvolgere i collaboratori nella costruzione dei progetti
- Gestire un sistema premiante orientato alla qualità esplicitandone i criteri
- Preparare e condurre riunioni e gruppi di lavoro
- Promuovere e pianificare la formazione permanente orientata alla qualità
- Gestire direttamente momenti formativi specifici
- Gestire relazioni interpersonali e conflitti, negoziare, presidiare

il clima

- Costruire e mantenere una rete di relazioni esterne al Servizio coordinato
- Promuovere e sviluppare processi di valutazione tra pari
- Gestire quanti/ qualitativamente la dotazione organica
- Promuovere lo sviluppo professionale e di carriera dei collaboratori
- Collaborare con i dirigenti infermieristici per sviluppare linee strategiche aziendali
- Attribuire compiti, responsabilità, poteri e risorse valutando attitudini, competenze e motivazione.

Gestire il budget:

- Identificare i centri di responsabilità e di costo
- Identificare tipologia e costi delle risorse strumentali e ambientali nel Servizio coordinato
- Verificare le risorse disponibili
- Utilizzare le risorse applicando criteri di costo/efficacia
- Valutare la congruità delle risorse In rapporto ai risultati conseguiti
- Collaborare alla definizione degli obiettivi di budget con criteri di qualità coerenti con il piano strategico
- Collaborare alla Negoziatura del budget del servizio coordinato
- Monitorare processi e risultati

Gestire informazioni e comunicare

- Rendere omogenei e comprensibili a tutti il linguaggio e i modelli di analisi dell'organizzazione utilizzati nel Servizio coordinato

- Diffondere vision e mission del Servizio coordinato garantendone la coerenza con quelli aziendali
- Impostare il sistema informativo del Servizio coordinato garantendone la coerenza con quello aziendale e orientandolo alle finalità di ruolo e al Miglioramento Continuo di Qualità (MCQ)
- Analizzare e interpretare la domanda relativa al Servizio coordinato
- Valutare e utilizzare informazioni finalizzate alla gestione organizzativa e tecnica del Servizio coordinato
- Identificare e proporre soluzioni ai problemi organizzativi del Servizio coordinato
- Fornire consulenza di processo ai collaboratori orientandolo al miglioramento di qualità
- Identificare definire il ruolo degli interlocutori del Servizio coordinato (esterni ed interni all'Azienda) in base agli obiettivi di salute della comunità e alla mission.
- Verificare i processi di comunicazione tra Servizio coordinato e i propri interlocutori
- Collaborare alla costruzione della Carta dei Servizi del Servizio coordinato curandone l'aggiornamento e la pubblicizzazione
- Condurre strategie di comunicazione appropriate agli obiettivi e agli interlocutori
- Impostare e gestire un sistema di supporto per l'accesso all'informazione tecnico-scientifica

Gestire processi, progetti e valutazioni

- Individuare e selezionare problemi in base a criteri di buona qualità
- Identificare la domanda, gli output, gli outcomes del Servizio

coordinato

- Selezionare le priorità tra problemi utilizzando tecniche di comparazione costo/risultato
- Formulare progetti operativi rispondenti a criteri di buona qualità di tutte le componenti
Individuare risorse disponibili o rinegoziabili nel contesto
- Identificare tra quelle disponibili o negoziabili nel contesto, le tecnologie appropriate per la soluzione di problemi pertinenti al mandato
- Organizzare i processi tecnici e gestionali attraverso la definizione e la diffusione di linee guida di buona qualità
- Definire ed esplicitare criteri, indicatori e standard di riferimento e livelli soglia accettabili
- Effettuare valutazioni di struttura, di processo e di risultato utilizzando criteri espliciti
- Identificare i bisogni formativi propri e dei propri collaboratori
- Progettare e valutare percorsi formativi
- Valutare l'impatto delle attività formative promosse/realizzate

Gestire la ricerca:

- Progettare attività di ricerca
- Individuare i campi di ricerca pertinenti alle finalità del servizio Coordinato;
- Gestire le procedure di consultazione di agenzie che finanziano attività di ricerca;
- Impostare e gestire una funzione di supporto per la consulenza tecnico-scientifica;
- Promuovere l'ingresso del servizio coordinato in reti di ricerca; individuare canali di pubblicazione delle ricerche effettuate.

1.3. FUNZIONE MANAGERIALE DEL COORDINATORE

Essere coordinatori oggi significa assumere un ruolo manageriale, caratterizzato da funzioni organizzative, gestionali formative dell'assistenza nell'ambito e infermieristica.

Al coordinatore viene chiesto di esercitare il proprio ruolo con autorevolezza, autonomia, credibilità ed efficacia. Soggetti della sua professionalità sono le persone siano esse professionisti, operatori o utenti del servizio sanitario: il caposala oggi ha lasciato l'assistenza diretta ma continua ad operare su di essa creandone le condizioni attraverso l'applicazione del **processo direzionale** che prevede la *pianificazione, l'organizzazione, la formazione, la direzione e il controllo*.

Al coordinatore oggi è richiesto di essere un manager, un leader e di svolgere un ruolo di rappresentanza per tutto quello che accade nell'unità operativa o di servizio a cui è preposto: rappresenta l'organizzazione e la cultura esistente a livello infermieristico. Egli si occupa della soluzione dei problemi, che costituiscono il suo principale campo d'azione, nonché dell'individuazione delle opportunità di sviluppo.

La presa di decisioni è la sua attività più frequente e tale aspetto richiede al coordinatore particolari conoscenze e abilità come la capacità di negoziare, la comprensione dei bisogni delle persone, la capacità di delegare, di promuovere e sostenere processi collaborativi e partecipativi motivando il personale.

Oggi le organizzazioni complesse, quali sono le aziende sanitarie, richiedono figure manageriali preparate a tradurre in modo intelligente le decisioni della direzione di massimo livello, conseguenti alle scelte di politica sanitaria, realizzando un decentramento delle responsabilità che consente un funzionamento del sistema basato sulle capacità

professionali (H. Mintzberg, 1983).

Le figure gestionali intermedie diventano quindi una preziosa risorsa all'interno dell'organizzazione al fine di migliorare il livello di funzionalità delle strutture sanitarie. Tra queste il coordinatore infermieristico risulta essere una figura determinante, una professionalità indispensabile per la gestione dei processi volti dall'erogazione dell'assistenza infermieristica, nonché al raggiungimento della mission aziendale. Ma come figura intermedia, il coordinatore si trova da una parte a dover rispondere alla domanda sempre più elevata di qualità dei servizi e delle prestazioni e dall'altra a gestire la problematicità che quotidianamente emerge nella gestione di un'organizzazione professionale complessa, come:

la carenza di personale, l'intensità delle relazioni interpersonali, la rapida evoluzione delle procedure organizzative, le lungaggini burocratiche, ritardi negli approvvigionamenti, la gestione del budget e , in particolare, le conflittualità all'interno dell'equipe.

La professionalità del coordinatore deve riflettersi anche nella capacità di esercitare una funzione complessa con competenza, responsabilità, disponibilità permanente all'aggiornamento e alla ricerca e richiede anche adesione intima all'etica professionale e identificazione nel gruppo di appartenenza.

La funzione del coordinatore oggi non è da scoprire o da inventare ma solo da riconoscere. Egli non è altro che l'espressione, sia reale che giuridica, dell'autonomia del ruolo infermieristico nei confronti delle persone che, nello stesso ambito, esercitano altri ruoli professionali.

1.4. LA FUNZIONE DIREZIONALE

L'esercizio della funzione direzionale prevede e prescrive l'acquisizione di contenuti manageriali specifici che consentono agli infermieri, quali detentori di uno specifico disciplinare, di esercitare, in una logica di modello professionale, la funzione di *professionista-manager*.

La funzione direzionale consiste in un complesso di attività tra loro correlate al fine di conseguire gli obiettivi dell'organizzazione attraverso il lavoro di altre persone. Le cinque funzioni che andiamo ad analizzare singolarmente, nella realtà si intersecano in un "unicum direzionale dinamico": pianificare, organizzare, formare, dirigere e controllare.

1. pianificare. significa decidere prima di agire, mettere in atto una serie di decisioni in relazione agli scopi che vogliamo raggiungere. La pianificazione è la fase meno curata dagli infermieri sia che si occupino di attività clinica che di dirigenza, probabilmente perché questa è la fase più creativa ed astratta, legata al pensiero, alla formazione delle idee e alla presa di decisioni, mentre gli infermieri sono più portati all'azione che alla speculazione filosofica perché da sempre si sono occupati di assistenza ma in maniera "pratica".

L'organizzazione delle aziende sanitarie oggi impone a tutti coloro che, a qualsiasi livello, svolgono una funzione di direzione, di porre attenzione alla pianificazione per due motivi fondamentali: essere sempre preparati in un contesto caratterizzato da continui cambiamenti; poter prendere decisioni mirate che possano migliorare la performance futura. Un'azienda o un'Unità Operativa i cui quadri e dirigenti non pianificano finisce per subire gli eventi interni o esterni.

Chi dirige deve sempre chiedersi: "A che cosa sto mirando?", "Perché propongo questo tipo di intervento?", "Che risultati mi aspetto da

queste azioni o interventi?".

E' possibile trovare una risposta a queste domande percorrendo le tre fasi della pianificazione:

1. stabilire gli obiettivi (ciò che si vuole raggiungere, data una situazione di partenza, al termine di un periodo identificato);
2. riconoscere e valutare i fattori presenti e futuri che possono condizionare il raggiungimento delle mete stabilite: il fattore umano qui rappresenta un elemento di forte criticità, oltre ad un altro fattore condizionante che è la domanda di assistenza infermieristica. Monitorizzare questi aspetti per prevederne l'evoluzione ci permette di lavorare con maggiore fluidità nelle altre fasi del processo direzionale;
3. individuare e stabilire la modalità con cui conseguire gli obiettivi. Occorre chiedersi: "L'obiettivo fissato è davvero conveniente ed opportuno?", "Cosa occorre fare per la sua realizzazione?", "In quanto tempo si intende realizzarlo?", "Chi lo deve realizzare?", "Come lo deve realizzare?".

Questa fase sviluppa la sua maggiore importanza nei momenti di cambiamento laddove ci sia una modifica dell'obiettivo finale da raggiungere. E' la fase più "pratica" della pianificazione e sta al confine con la funzione successiva del processo direzionale che è *l'organizzazione*.

2. *organizzare*: stabilire qualifiche, descrivere posizioni, delineare relazioni, stabilire la struttura organizzativa. Organizzare significa stabilire quali risorse (umane, fisiche, finanziarie) e attività occorrono per il conseguimento degli obiettivi organizzativi, combinarle in gruppi di lavoro, assegnare le responsabilità a persone specifiche, significa cioè stabilire "chi fa che cosa", chiedersi se gli infermieri, gli ausiliari, le attrezzature si trovano dove davvero servono. Ma questo da solo non basta, perché chi dirige ha anche il compito di gestire i

meccanismi operativi e i sistemi informativi oltre alla struttura organizzativa. Si tratta di un processo più ampio che coinvolge l'analisi dei processi produttivi, la rivisitazione del clima e della cultura aziendale (e del gruppo professionale al suo interno), la politica del personale in una visione di gestione complessiva del cambiamento e dello sviluppo organizzativo. "Le aziende sono soprattutto una rete di relazioni che si autostrutturano e autodeterminano" (Tanese, 1999) . La gestione del personale è quindi una delle variabili organizzative fondamentali, una leva che influenza le reali gerarchie di potere presenti nelle aziende.

3. *formare*: la formazione assume un ruolo chiave all'interno del processo direzionale soprattutto alla luce dei cambiamenti avvenuti e ancora attualmente in corso nella professione infermieristica e in tutto il sistema sanitario italiano. Non è pensabile la progettazione di una nuova organizzazione o la ristrutturazione di un' organizzazione già esistente senza prevedere contemporaneamente interventi sulla preparazione teorica e pratica del personale coinvolto attraverso la "manutenzione" delle conoscenze in un'ottica di formazione permanente che agisce sugli atteggiamenti e sui comportamenti, a differenza dell'addestramento e della formazione professionale, invece, che agiscono sulle conoscenze, abilità e capacità.

La finalità della formazione continua nelle aziende è quella di sviluppare al massimo le potenzialità degli operatori nello svolgimento del proprio ruolo professionale, favorire il cambiamento degli atteggiamenti di fronte a condizioni organizzative e sociali che vanno rapidamente modificandosi, rafforzare il senso di appartenenza degli operatori al sistema e di aderire agli obiettivi formulati dal vertice strategico, stimolare riflessioni e confronti.

4. *dirigere*: coordinare, delegare, motivare, gestire i cambiamenti. E' il

momento operativo della funzione direzionale: è "l'arte di far fare alle persone ciò che serve", raggiungere gli obiettivi attraverso le persone, guidare il gruppo verso le mete. Dopo aver stabilito "chi fa che cosa", occorre fare in modo che questi "facciano", e qui entra in gioco ancora una volta la variabile umana che ha il potere di condizionare e invalidare tutte le scelte che sono state fatte. E' il momento, questo, in cui si evidenzia lo stile, il potere, la capacità di guidare il gruppo: chi dirige deve essere un leader.

Dirigere, quindi, è la fase cruciale di' tutto il processo e si esplica attraverso tre elementi: la delega, l'autorità e il potere.

La delega è l'affidamento di alcune attività e la relativa responsabilità ad altri operatori, investendoli dell'autorità necessaria a effettuarle. Presuppone un rapporto di gerarchia diretta.

La delega è un elemento che il coordinatore deve utilizzare, nel modi e nei tempi giusti, per il raggiungimento degli obiettivi assegnati. Chi non delega, accentrando il potere per paura di perderlo, o per sfiducia nei confronti dei collaboratori, rischia di trovarsi in situazioni di sovraccarico di competenze anche di tipo clinico, con operatori impreparati ad assumere responsabilità su aspetti legati al funzionamento dell'Unità Operativa o servizio.

Le occasioni e le motivazioni per mettere in atto la delega possono essere diverse:

- carenza di competenze o informazioni specifiche che sono invece possedute dal collaboratore a cui si intende delegare,
- carenza di tempo e necessità di decentrare responsabilità,
- volontà di far crescere qualcuno,
- dare fiducia e motivare i collaboratori,
- mandare un messaggio positivo.

La delega quindi assume una doppia valenza, sia come strumento che

serve a fluidificare l'organizzazione (gestione organizzativa), sia come elemento importante nella gestione del personale (meccanismo operativo).

L'autorità può essere definita come il "diritto" di fare o di pretendere di far fare qualcosa agli altri per il raggiungimento degli obiettivi dell'organizzazione, e deriva in maniera formale dal ruolo ricoperto.

Si possono distinguere tre forme di autorità: *di line* (gerarchica), *di staff* (si basa sulla competenza), *di funzione* (come quella affidata alla funzione infermieristica nella sua

specificità assistenziale, ma è anche l'autorità esercitata dai medici sugli infermieri nell'ambito esclusivo delle attività diagnostico terapeutiche). L'autorità non è mai completamente coercitiva.

L'autorità può coincidere con l'autorevolezza che il coordinatore, con la sua competenza, esercita sul gruppo che lo riconosce come guida. L'autorevolezza,

invece, può non corrispondere con l'autorità formale.

Il potere, strettamente correlato alla *leadership*, è la facoltà di influire sugli individui, sui gruppi e sulle decisioni. Il potere può derivare da diverse fonti:

- dalla facoltà di dare premi e sanzioni dal ruolo ricoperto (potere formale)
- da particolari tratti carismatici della persona che lo esercita senza necessariamente fare appello al ruolo formale (potere informale)
- controllo delle informazioni, inteso come capacità di influire sulle decisioni altrui in virtù delle informazioni possedute.

5. *controllare*: pur essendo l'ultima funzione del processo direzionale, il controllo insieme alla valutazione, in realtà investono trasversalmente tutte le altre fasi del processo direzionale.

Il controllo può essere definito come la capacità di "tenere d'occhio" la situazione e ha lo scopo finale di assicurare che i risultati raggiunti corrispondano effettivamente agli obiettivi programmati.

E' una funzione alla quale, nel contesto sanitario, non siamo culturalmente abituati ma che oggi è indispensabile nella logica dell'E.B.M. (*Evidence Based Medicine*) e dell'E.B.N. (*Evidence Based Nursing*). Bisogna sfatare il luogo comune dietro il quale ci siamo trincerati per anni e secondo cui l'assistenza, per la peculiarità dei servizi offerti all'utente, non può essere misurata, controllata e valutata.

Per poter controllare occorre avere degli standard di performance come riferimento (qualitativi o quantitativi), stabiliti nella pianificazione: una buona pianificazione è quindi la premessa per un efficace controllo.

Una forma di controllo storicamente esercitata dal caposala nei confronti dei collaboratori è la supervisione diretta, oggi assolutamente inadeguata nella gestione del personale dotato di autonomia professionale. La supervisione può essere utile e giustificabile solo nella fase dell'addestramento del personale per verificare il raggiungimento di una competenza tecnica.

1.5. LA LEADERSHIP

La gestione del personale è una variabile fondamentale della funzione organizzativa. Il coordinatore non può prescindere dall'autonomia professionale dei suoi collaboratori e deve quindi adottare uno stile di leadership coerente.

La leadership è la capacità del capo di influenzare il comportamento delle persone. E' opinione diffusa che il capo ideale non esista (ossia che non esiste un comportamento ideale standard). Lo stile deve essere adattato alle diverse situazioni e ciò richiede capacità di adattamento e flessibilità. Per i manager la leadership è una responsabilità fondamentale e per avere successo devono esercitare una leadership positiva.

Il capo deve saper trasferire positività e coinvolgimento orientando e valorizzando i collaboratori. Deve saper delegare attraverso il processo di *empowerment* che tende a valorizzare le persone facendo esercitare il potere organizzativo al più basso livello possibile, attraverso l'implementazione di politiche e scelte organizzative idonee a distribuire autonomia, responsabilità, informazione, conoscenza e riconoscimenti in tutto il gruppo.

La leadership non è una qualità posseduta da pochi privilegiati, negli ultimi anni, studi rigorosi hanno dimostrato che la formazione può avere un impatto fortemente positivo sullo sviluppo delle capacità di leadership. E' stato anche dimostrato che per essere efficaci gli interventi formativi devono essere basati su argomenti e problemi reali e sviluppati simultaneamente a livello individuale, di gruppo e organizzativo. E' evidente che questo tipo di formazione richiede grande impegno in termini di tempo, di evoluzione culturale e di cambiamento di mentalità: questo vuol dire che la formazione dei leader non può avvenire con soluzioni rapide tipo brevi corsi o

seminari.

La leadership è un fattore di eccellenza, consente di governare i processi di cambiamento, ha funzione di guida, di motivazione e di costruzione e, attraverso un tipo di influenza non coercitiva sui membri di un gruppo, fa sì che essi raggiungano efficacemente gli obiettivi prefissati, mantenendo il livello d'impegno alto e opportunamente direzionato, tiene uniti gli individui in termini di relazione e integrazione e fa crescere il loro senso di appartenenza al gruppo attraverso la membership.

Ognuno di noi fa parte di un gruppo innanzitutto perché questo è un nostro bisogno:

la *membership* consiste nel sentirsi parte del gruppo, mentre la *groupship* consiste nel riconoscere il gruppo come un'entità che ha a sua volta dei bisogni e che soddisfa tramite i suoi membri. La leadership assume quindi una funzione equilibratrice tra membership e groupship garantendo che sia consentito a ogni singolo di soddisfare i propri bisogni all'interno del gruppo, e al gruppo di soddisfare i propri. Un gruppo è una pluralità di interazione, mentre un gruppo di lavoro è una pluralità di *integrazione* tra i legami psicologici, tra uguaglianze e differenze che tende ad armonizzare.

Il lavoro di gruppo è espressione dell'azione complessa propria del gruppo di lavoro nello scenario organizzativo e comprende: la pianificazione del compito, lo svolgimento del compito, la gestione delle relazioni e non la semplice esecuzione di un mandato organizzativo. Ma Il gruppo tende a concentrarsi sull'esecuzione del compito, trascurando sia la pianificazione che la gestione della relazione tra i membri e tra il gruppo e l'organizzazione e ha bisogno quindi della guida di un leader efficace. L'operatività è legata, correlata e orientata alla costruzione dell'azione organizzativa come

condizione indispensabile per il conseguimento di un risultato che abbia le caratteristiche di innovatività, qualità, efficacia ed efficienza che sono richieste al gruppo di lavoro: che soddisfino cioè l'aspettativa che il lavoro di gruppo porti a risultati non solo quantitativamente superiori rispetto al lavoro individuale ma soprattutto qualitativamente migliori. Questa aspettativa rappresenta per un gruppo di lavoro la sua giustificazione organizzativa, la garanzia della sua permanenza.

Sviluppando le capacità di ascolto, di analisi, di presa di decisioni e di gestione dei conflitti i coordinatori possono acquisire le competenze necessarie per affrontare con successo le complessità del presente e le incertezze del futuro, motivando ed ispirando il proprio gruppo di lavoro.

CAPITOLO 2

LE COMPETENZE

Termine creato dall'esercito Britannico durante la Seconda Guerra Mondiale per definire l'ufficiale perfetto, il termine “competenze” è oggi usato in molte aziende per descrivere i comportamenti che si aspettano da tutti i manager e che tutti i leader si aspetterebbero.

La competenza è l'insieme di conoscenze, capacità, atteggiamenti, osservabili attraverso comportamenti organizzativi che la persona (ricoprendo un ruolo) deve possedere per svolgere con efficacia ed efficienza le proprie funzioni.

Sebbene nessuno realmente creda che esistano un leader o un manager perfetto, il concetto di competenza può occasionalmente essere utile per individuare la serie ideale di comportamenti necessari per un particolare ruolo. Le competenze sono in parte *tecniche*, in parte *conoscenze* e in parte *talenti*. Esse raggruppano assieme, a caso, alcune caratteristiche che possono essere insegnate e alcune che non possono esserlo affatto. Di conseguenza, anche se si hanno chiaramente in testa, le competenze possono imbrogliare e confondere chiunque. Differente è la competenza professionale.

I manager si trovano a spedire gente a corsi di formazione per imparare “competenze” come il pensiero strategico, l'attenzione ai dettagli, l'innovazione. Ma queste non sono competenze sono talenti. Non possono essere insegnati. Quando si utilizza il termine competenza, bisogna distinguere se si tratta di tecniche e conoscenze, che quindi possono essere insegnate, o se invece si tratta di talenti, che non si possono insegnare. Una competenza del tipo “ rimanere freddi sotto il fuoco nemico” è un talento: non si può insegnare a nessuno a essere freddo e controllato.

2.1. LA CONFIGURAZIONE SPECIFICA DELLA COMPETENZA

Nel proporre una configurazione della competenza, è molto importante mettere in evidenza la natura e l'articolazione dei fattori che la costituiscono.

I tre elementi base che costituiscono la competenza sono:

- le conoscenze
- le esperienze finalizzate
- le capacità

in un dinamico interagire con la motivazione e il contesto.

Sia il fattore *contesto*, sia il fattore *motivazione* agiscono come *catalizzatori* nei passaggi cruciali tra attitudine e capacità e tra l'insieme costituito da capacità, conoscenze, esperienze finalizzate e competenza, assumendo un ruolo particolarmente importante nella configurazione di quest'ultima.

Motivazione e contesto hanno una funzione dello stesso tipo: non entrano direttamente nella composizione della competenza, ma senza di essi la competenza non si può realizzare.

In questo senso, Le Boterf, offre una chiave interpretativa utile a delineare l'articolazione delle funzioni dei fattori costitutivi della competenza.

Questo autore (1994) afferma che *"non c'è competenza se non la competenza in atto"*, sottolineando soprattutto che *"il passaggio all'azione è una ricostruzione: è un processo a valore aggiunto"*. Come commenta Battistelli (1996) *"Soltanto l'attualizzazione, l'utilizzo in modo pertinente nel momento opportuno e nella situazione di lavoro può determinare il "passaggio" a ciò che può essere veramente definito competenza. ... la competenza non consiste nelle risorse da mobilitare,*

ma nella mobilitazione stessa di queste risorse. Affinché si possa dire che una persona ha competenza bisogna verificare che sia stato messo in gioco un articolato repertorio di risorse (conoscenze, capacità cognitive, capacità relazionali, ecc.) e la messa in gioco assume un carattere particolare poiché non si tratta di una semplice applicazione, ma di vera e propria costruzione".

Il carattere *contestualizzato* è sottolineato anche da Leplat (1991) per cui *"la competenza è sempre relativa a una situazione della quale si cerca di sfruttare tutti gli elementi per permettere all'individuo di adattarsi"*

Le esperienze finalizzate, conoscenze e capacità, rappresentano solo la condizione

necessaria, ma non sufficiente all'esistenza della competenza, che è una dimensione operativa, quindi necessita, per essere messa in atto, di altri fattori che consentano a una potenzialità di esprimersi nella realtà concreta e di rispondere così alle sue specifiche aspettative. Questi fattori sono appunto la motivazione e il contesto.

Spencer e Spencer, propone che la motivazione non è un attributo di una persona, ma è *l'elemento che permette la messa in moto, che trasforma un insieme di capacità, esperienze, conoscenze in competenze applicate e finalizzate.*

La motivazione non si limita quindi a dare solo la spinta iniziale, ma è un vero e proprio elemento di "costruzione", nell'accezione di Le Boterf, che dà forma alla competenza nel modo in cui essa si esprime.

L'ambito della competenza, è rappresentato dal *contesto, che consiste in un insieme di elementi che conferiscono a una situazione il suo specifico significato e che, come tale, indirizza la scelta dei comportamenti attuabili.* In questo senso il contesto agisce in una funzione che potremmo definire in generale *maieutica*,

permettendo all'attitudine e al talento di esprimersi in capacità, sotto la specifica forma di *opportunità di esercizio*, e alla capacità di confluire, insieme agli altri elementi, in competenza, sotto la specifica forma di *opportunità oggettiva*.

2.2. CULTURA, RUOLO, ABILITÀ, ABITUDINI, ATTEGGIAMENTI, ISTINTI

Il concetto di cultura è essenzialmente importante rispetto all'argomento delle competenze nei suoi rapporti con il ruolo.

Un ruolo non è solo influenzato dalle attività richieste dalla posizione, ma anche dalla cultura che esprime l'organizzazione. In questo senso si può allora dire che la parte *prescrittiva* del ruolo è definita dalle attività, mentre la parte *discrezionale* è influenzata fortemente dalla cultura. Nell'analisi della competenza quindi bisognerà tenere attentamente in considerazione gli elementi culturali che entrano nella definizione del ruolo.

In questo senso la complessità di un ruolo e/o la sua diversità all'interno di organizzazioni diverse, al di là della eventuale similarità delle attività che esso può comprendere, è fortemente influenzata proprio dagli elementi culturali che, come

tali, possono cambiare la configurazione della competenza richiesta.

Il punto di riferimento per l'individuazione della competenza quindi è, come si è già detto, il ruolo visto nella sua ampiezza di caratterizzazione, data dalle attività e dalla cultura.

Ruolo

Modello costituito dall'insieme dei comportamenti richiesti in termini di integrazione alla cultura dell'organizzazione. La posizione circoscrive quali attività devono essere svolte (cosa fare-parte

prescrittiva), la cultura a quali regole, valori, norme è necessario attenersi nello svolgimento delle attività (come fare- parte discrezionale)

Abilità

Il know-how, definito dalla scienza cognitiva come “conoscenza procedurale”: le azioni, le attività, un ulteriore bagaglio di conoscenze sulle “procedure di utilizzo” e sulle “regole d'uso” delle proprie conoscenze dichiarative.

Abitudini

«Abitudini» è un altro termine potenzialmente confusivo. È stato detto che le abitudini sono una seconda natura, ma che si può cambiare completamente questa natura e acquisire nuove abitudini.

Ancora una volta, questa asserzione parte da buone intenzioni ma è imprecisa: la maggior parte delle abitudini sono la nostra *prima* natura, ma la maggior parte delle abitudini sono talenti.

Se si ha l'abitudine di essere assertivi, l'abitudine di essere empatici o l'abitudine di essere competitivi, sarà dura cambiare queste abitudini. Sono abitudini permanenti, sono ciò che rende una persona se stessa. È potenzialmente disastroso suggerire che l'unico modo per diventare più efficiente è cercare di cambiare la propria prima natura.

Naturalmente, questo non significa che non si possa cambiare qualcosa nei propri comportamenti. Certo che si può: col tempo, con la riflessione, i valori personali possono cambiare e si può imparare un modo più produttivo e più positivo per mettere in pratica i propri talenti. Si può scegliere di giocare uno dei propri talenti piuttosto che un altro, o rinforzare il proprio talento con le tecniche appropriate, oppure imparare ad accettare la propria personale combinazione di talenti ed essere così meno sulla difensiva o meno insicuri. Ci sono un sacco di cose che si possono cambiare. Ma qualunque cosa si faccia, la

bontà di quest'approccio sta nel fatto che mira a rendere più capaci sulla base della consapevolezza di sé, piuttosto che sulla negazione. Alcuni comportamenti possono essere cambiati: ma non si è obbligati a diventare qualcun altro. Basta coltivare il proprio particolare gruppo di talenti.

Atteggiamenti

Molti manager sostengono di selezionare gli atteggiamenti: un atteggiamento positivo, un atteggiamento favorevole verso il lavoro di gruppo, un atteggiamento propenso al servizio. E fanno bene ad agire così, perché gli atteggiamenti prevalenti di una persona sono parte del suo filtro mentale, creato dal gioco del suo particolare schema di autostrade e di terre incolte. I suoi atteggiamenti sono talenti.

Un individuo può essere cinico o fiducioso, ottimista o malinconico; può essere un tipo conservatore o desideroso di cambiare: nessuno di questi atteggiamenti è necessariamente migliore degli altri. Nessuno di essi gli impedirà di ricoprire certi ruoli in modo molto efficace: per esempio, il malinconico potrebbe essere un fantastico imprenditore, spinto com'è dalla scontentezza verso lo status quo; il cinico potrebbe sentirsi perfettamente a suo agio nell'ambito del diritto, della politica, dell'indagine poliziesca: in qualsiasi posto, cioè, in cui una sana diffidenza sia un requisito indispensabile.

Ma tutti questi atteggiamenti fanno parte degli schemi ricorrenti di pensiero, di sensazioni e di comportamento di un individuo. I manager possono anche riuscire a cambiare l'umore di qualcuno da un giorno all'altro, ma avranno sempre il loro daffare se vorranno cambiare gli atteggiamenti di fondo di quella persona.

Come dice Mick K., dirigente di una grande società di consulenza:

«Se mi trovassi a dover ripetere alla stessa persona di «guardare il lato positivo» più un paio di volte, capirei al volo.

Non è un ottimista, è uno che vede tutto grigio. Allora penserei di star sprecando il fiato e proverei a trovargli un ruolo dove lo scetticismo sia la chiave del successo».

Istinti

Molti manager distinguono tra talento e istinto e spesso si trovano a dare a qualcuno consigli come 'questo: «Guarda, tu hai molto talento. Ma ti devi applicare, perché altrimenti rischi di sprecarlo». L'istinto di una persona non si può cambiare. Ciò che la spinge viene deciso dal suo filtro mentale, dalla forza o dalla debolezza delle autostrade all'interno della sua mente. I suoi istinti sono, in effetti, i suoi talenti da battaglia.

Prendiamo per esempio il talento da battaglia della competizione. Alcune persone hanno nella mente un' autostrada a quattro corsie per la competizione: mostrate loro punteggi e classifiche e istintivamente proveranno a utilizzare questi punteggi per confrontare la propria prestazione con quella degli altri. Amano i punteggi, perché ciò che può essere misurato può essere confrontato; e se si può comparare poi si può competere.

Invece, quelli che hanno un terreno sterile per la competizione vedono gli stessi punteggi e non sentono nessuna scossa di energia, quindi metterli sul terreno di gioco, spingerli a dare il meglio contro i loro pari e a vincere? per loro non significa nulla.

Essi razionalizzano il loro comportamento pensando: «Non mi piace la competizione: mi piace di più quando vincono tutti» oppure la classica frase «Preferisco competere con me stesso». Ma questi commenti non sono che i segnali che il loro filtro sta comprensibilmente cercando di presentare se stesso nella luce più positiva.

La verità è che non sono competitivi. Non c'è niente di male né di bene in questo: sono così e basta. E non c'è granché che essi stessi o i

loro capi possano fare al riguardo. Alla stessa maniera, alcune persone hanno un'autostrada a quattro corsie per un talento da battaglia che potremmo chiamare il talento del conquistatore. Non devono necessariamente vincere, ma sentono un bisogno impellente di conquistare qualcosa di tangibile ogni giorno che Dio manda in terra. E per loro vuol dire proprio «ogni giorno»: che sia un giorno lavorativo, un fine settimana o una vacanza, ogni giorno comincia da zero.

Se vogliono star bene con se stessi, devono mettere assieme qualcosa entro la fine della giornata. Questa fiamma si affievolisce man mano che si avvicina la sera, ma il mattino dopo si riaccende" stimolando la ricerca di nuove attività da spuntare dalla propria lista. Queste persone possiedono la mitica «auto-accensione» .

Non tutti i ruoli richiedono il talento da battaglia del conquistatore.

Per le infermiere, ad esempio, l'istinto non deve venire dall'interno: esse devono piuttosto *rispondere* con attenzione ed efficienza ai bisogni urgenti che devono affrontare ogni giorno. Per le infermiere, la missione di un talento da battaglia altruistico è molto più importante di quella del talento del conquistatore. Ma se si gestiscono ruoli che richiedono un conquistatore (come un agente d'assicurazione, un rappresentante farmaceutico o qualsiasi altro ruolo in cui una persona deve aver iniziativa piuttosto che rispondere), allora bisogna ricordare una cosa: lo si deve selezionare! Perché, se una persona non sente questa fiamma che brucia dentro di sé, non è assolutamente possibile accenderla al posto suo.

La stessa cosa succede a tutti i talenti da battaglia: il bisogno di essere d'aiuto, il bisogno di essere sul palcoscenico, il bisogno di essere visto come una persona competente, il bisogno di aiutare gli altri a crescere. Tutti questi istinti sono talenti, e pertanto hanno le stesse

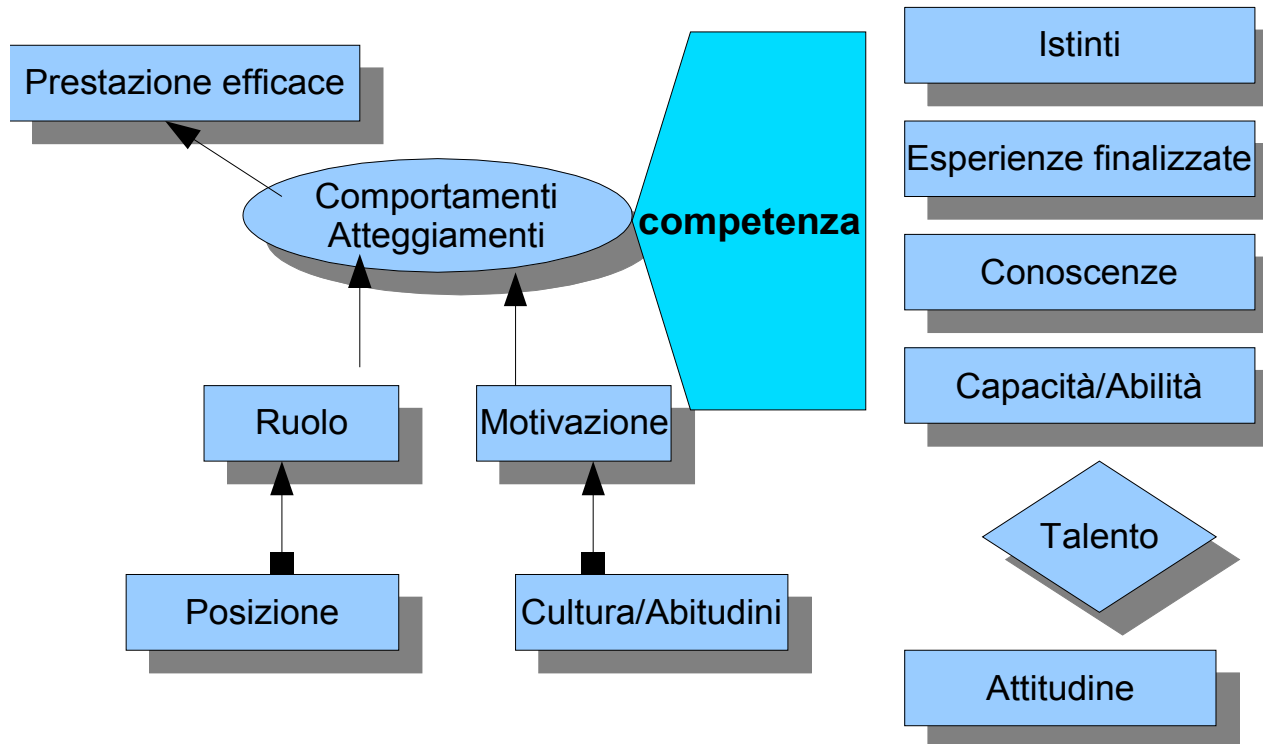
caratteristiche degli altri talenti. In particolare, essi fanno parte del filtro mentale di ogni persona e sono unici e durevoli.

Un manager non potrà mai instillare motivazioni negli altri: potrà solo identificare le autostrade a quattro corsie di ogni dipendente e, per quanto possibile, coltivarle.

Quando si descrive il comportamento umano, si devono avere sempre le idee molto chiare su ciò che è tecnica, ciò che è conoscenza e ciò che è talento. Serve cautela quando si usano i termini «abitudine» o «competenza», perché mettono insieme troppe cose in modo abbastanza casuale, anche per quanto riguarda gli atteggiamenti e gli istinti: che l'istinto e l'atteggiamento prevalenti di una persona sono talenti, e come tali sono molto difficili da cambiare. Quando si rimprovera una persona e le si dice di «cambiare atteggiamento», le state chiedendo l'impossibile. Niente di tutto ciò implica che una persona non possa cambiare: tutti possono cambiare e tutti possono imparare. Tutti possono diventare migliori. Il linguaggio delle tecniche, delle conoscenze e dei talenti aiuta semplicemente il manager a capire dove è possibile un cambiamento radicale e dove no.

2.3. IL MODELLO DELLE COMPETENZE

Il nostro modello è sinteticamente rappresentato nella fig. 1.



Come si può notare ogni comportamento è il risultato di una combinazione di capacità e non è possibile stabilire una relazione uno a uno, se non in rarissimi casi.

È importante inoltre sottolineare che in questa prospettiva solo la completa combinazione delle capacità assicura la possibilità di messa in atto del comportamento: esse vanno considerate come elementi di un sistema e non come sommatoria.

La posizione circoscrive *quali attività* devono essere svolte (*cosa fare*), la cultura a *quali regole, valori, norme* è necessario attenersi nello svolgimento delle attività (*come fare*).

Pertanto la mancanza di una delle capacità produrrà un

comportamento diverso, non un'intensità minore del medesimo comportamento.

Le capacità potrebbero essere considerate analogamente agli ingredienti di un composto chimico in cui l'assenza o la presenza di un elemento cambia totalmente la natura della sostanza.

Il comportamento cui ci riferiamo è dunque ciò che una persona fa concretamente per svolgere il suo lavoro, quello che è possibile osservare nella sua realtà di tutti i giorni, non le sue responsabilità o il risultato della sua prestazione.

Ciò che permette a una persona di esprimere i comportamenti richiesti dal ruolo è la competenza, articolata in un sistema in cui interagiscono capacità, conoscenze ed esperienze finalizzate di un individuo.

Le competenze appartengono alla dimensione psicologica dell'individuo, non sono comportamenti né modelli di comportamento, ma si esprimono attraverso i comportamenti.

Comportamenti e ruolo

C'è anche da osservare che i comportamenti sono relativamente limitati di numero, poiché in realtà anche i ruoli possibili all'interno dell'organizzazione risultano pochi, contrariamente alle posizioni che possono essere numerose e differenziate.

Inoltre i comportamenti presi in considerazione non sono comportamenti qualsiasi, ma quelli legati all'efficacia della prestazione. Parlare di un legame tra comportamenti e prestazione non significa confondere o identificare le competenze con le migliori prestazioni in una determinata mansione. I comportamenti sono essenzialmente modellati rispetto al ruolo e quindi rispondono a due ordini di attese, quelle della posizione e quelle della cultura.

Comportamenti e motivazione

Il passaggio dalla competenza al comportamento in atto è assicurato dall'azione della motivazione alimentata dal più generale contesto.

Possono esistere situazioni in cui un sistema di conoscenze, esperienze e capacità rimane potenziale e non ha la possibilità di esprimersi perché il contesto non lo favorisce, ma non solo nella forma più ovvia perché non crea l'opportunità concreta per la singola persona di esprimersi (nessuno offre la possibilità di guidare un gruppo a una persona potenzialmente in grado di farlo), ma soprattutto perché non si creano quelle *condizioni con testuali* che spingono la persona a livello motivazionale a voler esprimere le proprie potenzialità.

È a questo livello che rientra l'Immagine di Sé come fattore rilevante della dinamica della competenza.

Comportamenti e prestazione efficace

I comportamenti diventano prestazione efficace se si coniugano in maniera congruente con il ruolo organizzativo. In questo senso possiamo dire che non esistono competenze organizzative, ma solo comportamenti richiesti dall'organizzazione, che vengono realizzati da competenze" attivate dall'individuo nella realtà specifica che il contesto richiede.

Pertanto è vero che le competenze sono caratteristiche intrinseche dell'individuo che hanno una loro stabilità nella loro componente di capacità e una loro flessibilità e possibilità di incremento e acquisizione nelle componenti di conoscenze ed esperienze finalizzate.

Le competenze in quanto tali potrebbero rimanere a un livello potenziale senza l'intervento del contesto che crea le condizioni oggettive (l'opportunità) e la motivazione che crea le condizioni soggettive (l'investimento individuale) per esprimerle.

2.4. MODELLO DELLE COMPETENZE E CAMBIAMENTO ORGANIZZATIVO

Applicare in modo dinamico questo modello delle competenze diventa agevole perché il suo adattamento avviene sulla base della ridefinizione dei ruoli organizzativi, insita e inevitabile al mutare del sistema organizzativo. Quindi l'aggiornamento delle competenze non implica riprendere ogni volta l'intero sistema ridefinendo tutto da capo.

Le capacità delle persone, sia quelle espresse sia quelle potenziali, una volta rilevate, rappresentano il patrimonio stabile dell'organizzazione, tanto più prezioso per il fatto che, come si è detto, le capacità non si possono creare o indurre dal nulla.

L'adattamento a una situazione diversa consiste nel valutare quale combinazione di competenze sono necessarie per rendere possibili i comportamenti richiesti dai nuovi ruoli. È chiaro che in una situazione di cambiamento le competenze in possesso degli individui possono risultare immediatamente utilizzabili o obsolete, ma diventa anche immediatamente chiaro l'eventuale percorso necessario per riallineare le competenze individuali alle nuove esigenze organizzative.

2.5. LA MAPPATURA DELLE COMPETENZE

La mappatura delle competenze può essere pensata in un certo senso come una forma di check-up organizzativo, considerato dal punto di vista dei contributi di cui l'organizzazione ha bisogno da parte delle persone.

Il vantaggio rispetto ai più tradizionali check-up, consiste nel fatto che offre un quadro dinamico e facilmente aggiornabile.

L'elemento di riferimento è infatti il **ruolo**, che possiede un'ampiezza e una stabilità ben maggiore della posizione o della mansione.

Trattandosi di un intervento che coinvolge le persone, va condotto con particolare attenzione agli aspetti di comunicazione e di trasparenza del processo.

Le fonti da cui le informazioni vengono o raccolte o comunque validate, sono appunto le persone stesse e per questo motivo va assicurato un clima di fiducia e di consapevolezza dei vantaggi che tutti potranno trarre dal contribuire al buon andamento del lavoro.

Il processo di mappatura delle competenze

L'elemento centrale è il ruolo, che rimanda ai comportamenti attesi nell'ambito dell'organizzazione.

Le tappe da seguire sono:

- rilevazione delle attività;
- individuazione delle azioni che costituiscono i comportamenti;
- definizione delle capacità che sottendono i comportamenti.

La fase iniziale del processo di costruzione del modello applicativo riguarderà ovviamente l'individuazione dei comportamenti, dal momento che solo i comportamenti sono l'elemento visibile e

oggettivamente accertabile.

Le informazioni di partenza necessarie a questo scopo si possono ricavare da due fonti:

- le *job description* delle posizioni
- e gli organigrammi.

Nelle *job description* si trovano elencate in linea generale lo scopo, le finalità e le responsabilità della posizione, nell'organigramma si trovano le relazioni gerarchiche e funzionali ad essa collegate. Sulla base di questi elementi è possibile tracciare una prima ipotesi delle attività.

Le attività considerate sono le attività di fatto, cioè le attività che concretamente il titolare svolge all'interno dell'organizzazione e nel compimento del proprio lavoro.

È importante distinguere tra attività di fatto e attività di cui il titolare ha la responsabilità. Queste ultime, infatti, nella realtà non è detto che vengano svolte direttamente dal titolare, bensì dai suoi collaboratori e quindi non possono essere riferite a comportamenti realmente attuati nell'ambito del ruolo preso in considerazione.

Un altro elemento di riferimento utile è rappresentato anche dagli output concreti, dai *prodotti* del lavoro, nel senso di materiali verificabili (relazioni, piani, modelli ecc.), sulla base dei quali è possibile ricostruire appunto le attività necessarie per elaborarli.

Quanto si può ricavare dall'analisi delle *job description*, degli *organigrammi* e dei *prodotti* è una prima traccia per l'individuazione delle attività connesse al ruolo.

Una volta accertate le attività di fatto, si potranno ricavare i *comportamenti* e sulla

base di questi ultimi si potranno definire le *capacità* a essi collegate.

Bisogna prestare particolare attenzione nel definire i comportamenti a

partire dalle attività perché talvolta le parole possono essere utilizzate in sensi diversi ed essere fuorvianti.

Posizione e ruolo identificano due concetti diversi: infatti è possibile che posizioni diverse richiedano gli stessi comportamenti di ruolo e quindi le stesse capacità, come nel caso, per fare l'esempio più semplice, di direttore di divisione e direttore generale. La differenza consisterà, a parte il discorso delle responsabilità, nella qualità e quantità di *conoscenze* ed *esperienze* richieste.

Diventa perciò interessante determinare il rapporto tra ruoli e posizioni nell'ottica di definire i possibili percorsi di carriera, dal momento che mentre le capacità non si possono creare, le opportunità di esperienze e il *know-how* di conoscenze può essere pianificato e realizzato.

Le attività di fatto e i comportamenti corrispondenti, saranno *produrre risultati operativi e correlare e valutare dati*, e non *collaborare e integrarsi e scegliere/decidere dati significativi*, con una notevole differenza sul piano delle capacità sottostanti.

L'analisi che coinvolge gli elementi relativi alla cultura, anche se, non è sempre di facile e veloce attuazione, non è da trascurare, perché spesso fornisce elementi che cambiano totalmente il significato delle informazioni raccolte.

La mappatura delle competenze come lettura critica dell'organizzazione

Focalizzare l'attenzione sui ruoli, per rilevare le competenze, consente di considerare l'organizzazione da un punto di vista diverso e leggerla in modo nuovo rispetto ad altri tipi di analisi. Infatti i criteri secondo cui le organizzazioni vengono disegnate spesso appaiono orientati più a salvaguardare l'armonia e la simmetria generale della costruzione o

l'omogeneità e l'ottimizzazione degli obiettivi, che a tener conto della coerenza che deve esistere tra attività, capacità attuali e/o potenziali dell'individuo e posizione cui esso è destinato.

Questa insensibilità genera alcune contraddizioni non immediatamente visibili sulla carta, ma non per questo motivo meno dannose sul piano pratico. Infatti non è infrequente trovare riunite nella stessa posizione, e quindi nel ruolo a essa connesso, attività che fanno capo a capacità impossibili a trovarsi contemporaneamente nella stessa persona, per lo meno a livelli di prestazione elevati.

Un caso classico e frequente, soprattutto in posizioni di top management, è quello in cui si richiede contemporaneamente decisionalità elevata e analisi speculativa meticolosa.

Queste attività fanno riferimento a capacità personali cioè **talento** che risulta molto difficile, per non dire impossibile, trovare riunite in un singolo individuo, anche se a tavolino non sembrano così inconciliabili.

2.6. I TALENTI

Non c'è niente di speciale nel talento. Se i talenti sono semplicemente schemi ricorrenti di pensiero, sensazione o comportamento, allora sono effettivamente piuttosto comuni. Ognuno di noi ha certi schemi ricorrenti di comportamento e nessuno può attribuirsi il merito di questi talenti. Si tratta di eventi accidentali legati alla nascita, allo «scontro dei cromosomi», come dice l'etologo Robert Ardrey. Tuttavia, ognuno può e dovrebbe attribuirsi il merito di coltivare il proprio unico gruppo di talenti. Il modo migliore per aiutare un dipendente a coltivare i suoi talenti consiste nel trovargli un ruolo in cui egli possa metterli a frutto. I dipendenti che trovano questi ruoli *sono* speciali, perché sono capaci per natura di fare cose per cui altri

sono pronti a pagare. Noi diciamo giustamente che queste persone «hanno talento».

Tecniche, Conoscenze, Talenti

Le tecniche, le conoscenze e i talenti sono elementi distintivi della prestazione di un individuo; La diversità sta nel fatto che le tecniche e le conoscenze possono essere facilmente insegnate, mentre il talento no. Combinati nella stessa persona questi elementi creano un composto enormemente potente. Ma non si devono mai confondere i talenti con le tecniche e le conoscenze, pena la perdita di tempo e denaro nel tentativo di insegnare qualcosa che di per sé non si può insegnare.

Le tecniche corrispondono a “come si fa una cosa” sono cioè capacità che possono essere trasferite da una persona all'altra. Il modo migliore per insegnare una tecnica è scomporre l'intera mansione in piccoli pezzi, che poi l'allievo dovrà rimettere insieme.

Le conoscenze sono “quello che sappiamo” Ci sono due tipi di conoscenza: la conoscenza fattuale, ossia le cose che conosciamo e la conoscenza esperienziale, ossia le cose che abbiamo imparato nel nostro percorso: La conoscenza fattuale può e deve essere insegnata. La conoscenza che si basa sull'esperienza è un po' diversa. Si tratta di qualcosa di meno tangibile e pertanto molto difficile da insegnare. Acquisirla dipende da noi : dobbiamo imparare a fermarci, a guardare indietro alle esperienze passate e a cercare di trarne senso. Attraverso questo tipo di meditazione o di riflessione possiamo cominciare a vedere schemi e connessioni. La coscienza di chi siamo e di come siamo visti dagli altri è una conoscenza legata all'esperienza, una conoscenza che vien e con il tempo, se attenti ad ascoltare. Allo steso i nostri valori, cioè quegli aspetti della vita che ci sono più cari sono

conoscenza esperienziale. Quando facciamo le nostre scelte, a volte scendendo a compromessi, a volte restando fermi sulle nostre posizioni, ci rendiamo conto che certi aspetti della vita sono più importanti di altri. Questi aspetti fondamentali diventeranno i nostri valori, che ci guideranno nelle scelte che faremo in futuro. Alcuni rimarranno costanti tutta la vita, altri invece cambieranno col tempo e la riflessione.

I talenti sono qualcosa di completamente diverso. I talenti sono autostrade a quattro corsie della nostra mente, quelle che plasmano i modelli ricorrenti di pensare, di sentire e di comportarsi.

Di seguito parlerò di ricerche effettuate da una grossa società di consulenza la “Gallup” che annovera tra i suoi clienti Audi, BankAmerica, Swissôtel e Toyota. La Gallup nel corso di una delle sue ricerche, per i migliori contabili ha scoperto che uno dei loro più importanti talenti è l'innato amore per la precisione. L'amore per la precisione non è una tecnica e non è neppure una conoscenza: è un talento. Se uno non ce l'ha, non arriverà mai ad essere un bravo contabile.

Tre tipi di talento

Alla Gallup sono stati studiati i talenti importanti per circa centocinquanta diversi ruoli e in questo modo sono stati identificati moltissimi diversi talenti (alcuni dei quali sono descritti alla fine).

I talenti necessari per eccellere in questi ruoli variano molto tra loro: un grande centravanti del campionato di hockey possiede talenti piuttosto diversi da quelli di un ottimo diacono cattolico. Le infermiere migliori non sono fatte della stessa stoffa dei migliori agenti di borsa. .

Fortunatamente abbiamo trovato un modo per semplificare, e abbiamo diviso questi diversi talenti in tre categorie basilari: talenti da

battaglia, talenti di pensiero e talenti di relazione.

I talenti da battaglia spiegano i *perché* di un individuo. Perché si alza ogni giorno, perché è motivato ad andare avanti e a spingere sempre quel tanto di più. Ha sempre voglia di migliorare o gli va bene ciò che è bene per lui? È una persona intensamente competitiva, molto altruista o entrambe le cose? Dà molta importanza alla propria competenza tecnica o vuole soltanto piacere agli altri? I talenti di pensiero spiegano i *come* di un individuo. Come pensa, come valuta le alternative, come arriva a prendere decisioni. Si concentra su una sola ipotesi oppure è uno a cui piace lasciare aperte tutte le opzioni? È disciplinato e strutturato o ama le sorprese? È lineare e pragmatico, oppure è strategico e pensa sempre a «cosa succederebbe se...»?

I talenti di relazione spiegano i *chi* di un individuo. In chi ha fiducia, con chi costruisce relazioni, con chi si confronta e chi ignora. Sente l'istinto a dominare gli estranei, oppure è a proprio agio solo con i propri amici più intimi? Pensa che la fiducia debba essere guadagnata o concede fiducia a tutti, nella convinzione che perlopiù sarà ben meritata? Si confronta con la gente senza passionalità, freddamente o evita il confronto per poi esplodere in una tirata emotiva?

Da battaglia, di pensiero e di relazione: queste sono le tre categorie di base del talento. All'interno di ognuna di esse ci sono le nostre personali combinazioni di autostrade a quattro corsie e di aridi terreni incolti. Non importa quanto intensamente bramiamo essere diversi: la combinazione dei talenti e i comportamenti ricorrenti da esse creati rimarranno stabili, familiari a noi e agli altri per tutta la vita.

Il potere delle tecniche e delle conoscenze sta nel fatto che sono trasferibili da una persona all'altra; il loro limite è dato invece dall'essere legate a una situazione specifica: in uno scenario non

previsto, perdono gran parte del proprio potere.

Per contro, il potere del talento sta nel potersi trasferire da una situazione all'altra. Dato lo stimolo giusto, si accenderà spontaneamente. se abbiamo il talento della battaglia e della competitività, questo brillerà in qualunque contesto; se abbiamo il talento di relazione dell'empatia, qualunque emozione saprà parlarci; se abbiamo il talento relazionale dell'assertività, saremo in grado di esporre il nostro punto di vista in maniera chiara e persuasiva, quale sia l'argomento.

Il limite del talento, naturalmente, è che è molto difficile trasferirlo da una persona all'altra, si può solo andarlo a cercare.

«Quali sono i talenti che si ritrovano più spesso in tutti i ruoli?»

Durante la ricerca, la Gallup ha avuto l'opportunità di studiare l'eccellenza in centinaia di mansioni differenti. I talenti necessari per eccellere in queste mansioni variavano grandemente, ma, in risposta alle richieste dei manager, elenco qui di seguito i talenti che hanno trovato più comunemente, con una breve definizione di ciascuno di essi. Si potranno utilizzare queste definizioni come guida, una volta deciso quali talenti selezionare.

Talent da battaglia

- Conquista: una spinta interiore, costante e autoimposta
- Cinestesia: il bisogno di impiegare l'energia fisica
- Resistenza: la capacità di resistenza fisica
- Competizione: il bisogno di misurare il successo nel confronto con gli altri
- Desiderio: il bisogno di affermare la propria importanza attraverso l'indipendenza, l'eccellenza, il rischio e il riconoscimento
- Competenza: il bisogno di padronanza

- Credo: il bisogno di orientare la propria vita in base a certi valori
- Missione: la spinta a mettere in atto ciò in cui si crede
- Servizio: la spinta a mettersi al servizio degli altri .
- Etica: dirigere le proprie attività in base a una chiara comprensione di ciò che è giusto e ciò che è sbagliato
- Visione: la spinta disegnare scenari futuri usando il linguaggio dei valori

Talenti di pensiero

- Focus: l'abilità di definire obiettivi e di utilizzarli quotidianamente per guidare le proprie azioni
- Disciplina: la necessità di imporre una struttura alla vita e al lavoro
- Arrangiamento: l'abilità di orchestrare
- Orientamento al lavoro: il bisogno di fare mentalmente delle prove e di rivedere le cose
- Gestalt: il bisogno di vedere ordine e accuratezza
- Responsabilità: il bisogno di assumersi la responsabilità personale del proprio lavoro
- Concetto: la capacità di sviluppare un quadro attraverso il quale dare senso alle cose .
- Orientamento alla prestazione: il bisogno di essere obiettivi e di misurare la performance
- Mentalità strategica: l'abilità di inventare scenari futuri alternativi
- Mentalità da affari: l'applicazione finanziaria della mentalità strategica
- Problem-solving: l'abilità di elaborare le cose utilizzando dati incompleti

- Formulazione: l'abilità di trovare disegni coerenti in una serie di dati incoerenti
- Numerico: una affinità per i numeri
- Creatività: l'abilità di rompere le configurazioni esistenti costruendo configurazioni più efficace più ,attraenti

Talenti di relazione

- Seduzione: il bisogno di ottenere l'approvazione degli altri
- Empatia: l'abilità di cogliere le sensazioni il punto di vista degli altri
- Relazionale: il bisogno di costruire relazioni durevoli
- Multi-relazionale: l'abilità di costruire una rete estesa di conoscenze
- Interpersonale: l'abilità di capitalizzare di proposito le relazioni
- Percezione individualizzata: la capacità di porre attenzione alle differenze individuali
- Sviluppatore: il bisogno di investire sugli altri, derivandone soddisfazione
- Stimolatore: la capacità di creare entusiasmo e passione
- Squadra: il bisogno di trovarsi in situazioni di supporto reciproco
- Positività: il bisogno, di vedere il lato migliore delle cose
- Persuasione : l'abilità di persuadere gli altri con la logica
- Comando: la capacità di farsi carico delle cose
- Attivatore: il bisogno impellente di spingere gli altri ad agire
- Coraggio: l'abilità di utilizzare le emozioni per superare le resistenze

PARTE SECONDA

CAPITOLO 3 -

COS'È LA RICERCA?

La base dello sviluppo della ricerca oltre ad avere un contenuto scientifico professionale ha anche un contenuto deontologico.

Il codice deontologico: dall'articolo 3.1 che parla di formazione permanente, riflessione critica, ricerca.

Ricerca: intesa come un tentativo di *incrementare le conoscenze* disponibili, mediante la scoperta di nuovi fatti o *relazioni*, attraverso *un'indagine sistematica* (con metodologia).

Parole chiave:

- *Incrementare le*
- *Conoscenze* attraverso le metodologie quindi
- *Sistematicità* e creare
- *Relazioni*.

La ricerca infermieristica ha l'obiettivo di sviluppare le conoscenze nell'assistenza alla persona sana o ammalata. Nel mio caso è un tipo di ricerca descrittiva, cioè si limita a descrivere un fenomeno (ruolo del coordinatore) tramite una ricerca bibliografica e un questionario strutturato.

3.0. IL PERCORSO DI RICERCA

Non esiste una ricerca perfetta, è possibile solo una visione iniziale. Posso sapere dove voglio andare, cosa voglio scoprire o cosa voglio descrivere, è un'immagine che mi creo prima di costruirmi il progetto.

Il processo della ricerca lavora su due punti:

1. procedimento teorico: orientato alla ricerca bibliografica:

- individuazione del problema (oggetto della ricerca) e delle fonti bibliografiche inerenti il problema di ricerca,
- del contesto in cui si inserisce,
- dello scopo / quesito.

2. procedimento pratico: iter, metodo sistematico

- titolo,
- problema, scopo,
- revisione della letteratura,
- definizione delle relazioni fra i concetti,
- formulazione dell'ipotesi,
- disegno di ricerca,
- campione, strumenti di misurazione,
- validità ed affidabilità,
- procedura per la raccolta dati e analisi dei dati,
- risultati,
- discussione,
- implicazioni etico-legali.

3.1. INTRODUZIONE ALL'INDAGINE

Problema della ricerca

Alle origini della rilevazione di un problema è la curiosità. Il problema è una anomalia una discrepanza rispetto ad un modello ad una norma, che incuriosisce il ricercatore e lo spinge cercare di scoprire tutti gli aspetti del fenomeno allo scopo di capire conoscere trovare una possibile soluzione. La riflessione che mi sono posta è la seguente:

Tutto quello che ho imparato durante il Master, è una quantità rilevante di leggi, di informazioni, di nozioni e di metodi per affrontare e risolvere determinate situazioni. Il know-how acquisito per ricoprire il ruolo di coordinatore è elevato, ma chi non ha fatto un percorso formativo specifico come può dirigere un unità con competenza? Ha del talento? Prima della ricerca bibliografica, mi chiedevo quali fossero le differenze tra il Master e la Laurea Specialistica, la letteratura sia italiana (linee guida per un progetto di laurea specialistica dell'IPASVI vari articoli e normativa vigente) che straniera (Kim Manley A conceptual framework for advanced practice an action research project operationalizing an advanced practitioner/consultant nurse role) mi hanno fatto riflettere, concludendo che: la laurea Specialistica ha lo scopo di formare un clinico con competenze avanzate e non un Manager. Il ragionamento è stato: se il disegno di legge n° 1645 del 2002 prevede una formazione manageriale per lo svolgimento delle funzioni di coordinamento infermieristico, conseguita attraverso il Master di primo livello, altre fonti professionali ritengono che possa andare bene anche la Laurea Specialistica. Per cui sorgono spontanee due riflessioni: attualmente, per l'assegnazione dell'incarico dirigenziale aziendale è sufficiente molto meno (NdR Ai sensi della norma transitoria sono sufficienti 5

anni in Cat. D-DS e un qualsiasi attestato di formazione manageriale); la Laurea Specialistica stessa se sarà “disciplinare”, formerà un futuro Dirigente infermieristico Aziendale che deve poi iscriversi ad un Master di 2° livello per avere una formazione “dirigenziale/manageriale” (quello attuale, per la maggioranza, infatti possiede un titolo dirigenziale: IID, DAI, DDSI).

E' indispensabile sottolineare la rilevanza dei coordinatori che dovranno essere mantenuti in ogni U.O., sia nell'organizzazione Dipartimentale, sia nel Servizio Infermieristico, perché è all'interno della U.O. che si realizzano i processi organizzativi e assistenziali atti a produrre le prestazioni in risposta agli specifici bisogni dell'utenza. Questi processi, se implementati, per produrre risultati efficaci, efficienti e pertinenti, non possono prescindere, dunque, da una 'stretta' collaborazione: si tratta “in primis” di “un continuum”, tra il Dirigente Coordinatore d'Azienda, da un lato, e il Dirigente Coordinatore d'Area, il Dirigente Coordinatore infermieristico di Dipartimento e di unità operativa, dall'altro. E non solamente della collaborazione con i Direttori medici di Dipartimento. Infine l'infermiere nel suo Profilo Professionale ha precisi riferimenti alla capacità gestionale.

Definizione dello scopo:

Quale è lo **scopo** dello studio di ricerca?

- Valutare il ruolo dei coordinatori infermieristici, le loro attuali competenze e funzioni .
- raccogliere dati per avere informazioni su come svolgono e come affrontano il proprio ruolo i coordinatori oggi.
- far emergere eventuali difficoltà formative;

- scoprire le aree di possibile intervento applicando i risultati della ricerca (ricerca applicata).

Il problema o la definizione dello scopo esprimono l'esistenza di una **relazione** tra due o più **variabili**?

- C'è differenza tra chi possiede un titolo di studio specifico in management e chi non lo possiede nel svolgere determinate funzioni?
- Ci sono differenze sostanziali tra i coordinatori delle varie regioni prese in esame?
- Esiste differenza fra età, esperienza e capacità?
- Il bisogno di corsi di aggiornamento è rilevante nelle persone che non hanno ricevuto formazione specifica rispetto a chi l'ha avuta?
- Ci sono autori che sostengono che un buon manager deve avere talento, cosa ne pensano i coordinatori ?
- La "stasi" nella formazione dei coordinatori ha un legame con il vecchio ruolo di gestione clinica?

3.2. METODO DI LAVORO

Utilizzando lo schema a matrice della ricerca di F.De Bartolomeis, si è cercato di seguire un senso logico e tecnicamente valido nello sviluppo dell'indagine, dalla identificazione e definizione del problema, revisione della letteratura di riferimento, identificazione delle variabili pertinenti, formulazione della ipotesi di ricerca alla scelta e costruzione dello strumento d'analisi.

L'argomento della nostra trattazione sono le competenze organizzative, l'evoluzione del ruolo del coordinatore infermieristico verso un secondo livello di gestione di tipo manageriale e ad elevato impatto sul sistema sanitario. Il problema individuato è rappresentato dal

cambiamento del ruolo negli ultimi anni e delle nuove competenze come parti integranti delle proprie funzioni.

Il contesto è caratterizzato da:

- la formazione universitaria degli infermieri
- l'aziendalizzazione delle organizzazioni sanitarie;
- il vuoto formativo creatosi dalla soppressione dei corsi per capo sala fino all'istituzione dei master di primo livello in management infermieristico.

L'indagine ha quindi il triplice scopo di:

1. raccogliere dati per avere informazioni su come svolgono e come affrontano il proprio ruolo i coordinatori e quali funzioni/mansioni considerano importanti;
2. far emergere eventuali difficoltà formative;
3. scoprire le aree di possibile intervento applicando i risultati della ricerca (ricerca applicata).

Per quanto riguarda l'esame critico degli studi e realizzazioni precedenti, la bibliografia riportata alla fine di questo lavoro di tesi, dimostra l'esistenza di un profondo legame fra la formazione, l'evoluzione e il cambiamento sia dal punto di vista personale e professionale, sia dal punto di vista organizzativo. Anche se esistono teorie e riflessioni riguardanti il ruolo dei coordinatori infermieristici oggi, all'interno delle nuove Organizzazioni Aziendali, manca la "voce" dei coordinatori, mancano le loro testimonianze e le loro esperienze, il loro "vissuto" rispetto ai cambiamenti avvenuti in questi anni.

Questo lavoro non ha né la presunzione, né lo scopo di colmare tale mancanza, ma solo di analizzare un piccolo campione per cercare di cogliere le competenze dei coordinatori e come essi percepiscono il proprio ruolo.

Esiste un'indagine svolta nel 2000 da Carlo Calamandrei e Carlo Orlandi attraverso un questionario pubblicato sulla rivista "Management infermieristico" n. 3/2000. Il risultato dell'indagine è stato pubblicato sul n. 3/2001 della medesima rivista.

La ricerca, effettuata su un campione di 153 coordinatori, (su tutta l'Italia) aveva lo scopo di:

- a) ottenere informazioni su tali operatori e sul modo e sul contesto in cui esercitano il loro ruolo;
- b) raccogliere le proprie opinioni in merito a una serie di argomenti di attualità, sempre relativi alla posizione e al ruolo del caposala all'interno del sistema sanitario. Alcuni item sono stati inseriti, con qualche piccola modifica, nel nostro questionario, anche per poter mettere a confronto le risposte.

Una considerazione che possiamo fare ipoteticamente è che l'autonomia professionale e le capacità organizzative riconosciute formalmente agli infermieri abbia comportato una revisione delle competenze generando "confusione" e "sovrapposizioni" nei ruoli, aggravati dalla "stasi" nella formazione dei coordinatori che sarebbero rimasti legati al vecchio ruolo di gestione dell'organizzazione clinica.

Un altro e più concreto aspetto problematico, spesso fonte di insoddisfazione per i coordinatori è rappresentato dalle richieste di sempre maggiori competenze amministrative avanzate dalle aziende sanitarie, in un momento particolarmente critico per il sistema sanitario che punta verso modelli di qualità ed eccellenza con una sempre minore disponibilità di risorse economiche.

3.3. STRUMENTO D'INDAGINE

Per affrontare scientificamente un problema occorre mettere a punto criteri e strumenti che consentano l'osservazione e la misurazione dei fenomeni (De Bartolomeis, 1993). La scelta dello strumento d'indagine, dopo un'attenta valutazione e confronto fra le possibili alternative, è stata a favore del questionario con domande in forma chiusa. Il *questionario* è un piano strutturato di domande che consente di verificare quantitativamente le ipotesi della ricerca, va in genere somministrato ad un campione di individui scelti per la loro attinenza, date certe caratteristiche che essi presentano, con l'oggetto della ricerca. La scelta è stata motivata essenzialmente dal fatto che, a differenza dell'*osservazione* che richiede particolare abilità per non lasciarsi sfuggire tratti rilevanti del/dei fenomeni in corso di svolgimento, o dell'*intervista* che richiede un'insieme molto complesso di capacità personali oltre che specificatamente tecniche per interagire nella maniera giusta con il soggetto intervistato, l'efficacia del questionario non è influenzata dall'abilità soggettiva del ricercatore e, una volta formulato seguendo determinate regole, permette una valutazione obiettiva dei dati raccolti. Anche la limitatezza del tempo a disposizione ha fatto propendere la scelta a favore del questionario.

A fronte di tutti i vantaggi che presenta, il questionario non è comunque scevro di rischi e/o difficoltà nella formulazione delle domande e bisogna tenere debitamente conto per non incorrere in errori che potrebbero inficiare il risultato dell'indagine. E' pur vero tuttavia, e questo è un altro grosso vantaggio che offre il questionario, che nell'elaborazione il ricercatore può avvalersi della guida e della supervisione di una persona più esperta.

La prima regola da seguire consiste nel formulare le domande in maniera chiara per non creare dubbi, incertezze o fraintendimenti

nell'interpretazione da parte di chi deve rispondere. Occorre inoltre seguire un ordine psicologico e non puramente logico nella sequenza delle domande per favorire la disponibilità di chi deve rispondere. Il ricercatore deve sempre avere un controllo critico degli obiettivi e nella formulazione delle domande deve tener conto dell'uso che si farà delle risposte. Nello specifico del nostro lavoro, nella formulazione delle domande e la scelta degli argomenti, si è tenuto conto, oltre che dell'ipotesi iniziale, anche dei contenuti emersi dalla ricerca bibliografica.

Dopo aver formulato il questionario, questo viene testato (*pre-testing*) su un campione ridotto composto da n.2 coordinatori facenti funzioni della struttura dove lavoro. Non ho potuto testarlo sui colleghi studenti del Master in quanto le lezioni teoriche all'inizio del mio studio si erano già concluse.

Alla luce di alcune difficoltà emerse durante il *pre-testing*, il questionario viene rivisto e corretto riformulando le opzioni delle risposte in alcuni item e rendendo più riflessive alcune domande risultate induttive.

3.4. PRESENTAZIONE DEL CONTESTO DI INDAGINE

L'indagine si è svolta all'interno di strutture ospedaliere situate nelle provincie di Brescia, Trieste, Ravenna, Forlì e Bologna.

Il contesto d'indagine quindi, può essere considerato abbastanza eterogeneo rispetto alle singole realtà prese in esame. Le strutture ospedaliere di cui fa parte il nostro campione sono infatti diverse fra loro per dimensioni e tipo di organizzazione.

Il contesto d'indagine dunque risulta così costituito:

✧ **Azienda Ospedaliera di Desenzano (BS)**, L'Azienda Ospedaliera di Desenzano del Garda ha come territorio di riferimento prevalente quello delle disciolte **Ussl 17 di Salò e 19 di Leno**. L'Azienda è articolata in **3 Presidi**, ognuno dei quali composto da due strutture ospedaliere e da Poliambulatori territoriali: **Presidio di Desenzano/Lonato, Presidio di Gavardo/Salò, Presidio di Manerbio /Leno**. L'Azienda Ospedaliera articola la propria offerta di servizi sanitari ad un potenziale bacino d'utenza di oltre 300.000 abitanti, circa un terzo dell'intera provincia bresciana. D'estate l'utenza si amplia enormemente per l'afflusso turistico nella zona del Garda. In tutti i Presidi, la **struttura principale** è connotata come ospedale per **acuti**: nel caso di **Gavardo** sono concentrate tutte le specialità di base e la terapia intensiva rianimatoria; nel caso di **Desenzano e Manerbio**, oltre alle specialità di base vi sono quelle intermedie e le terapie intensive (Unità Coronarica, Patologia neonatale, Rianimazione). Questo fa sì che la collocazione nella rete d'emergenza e urgenza sia diversa per i tre presidi: Gavardo infatti è identificata come pronto soccorso, Desenzano e Manerbio sono sede di DEA (Dipartimento emergenza e accettazione).

Complessivamente l'Azienda ha una dotazione di 1.034 posti letto ed una dotazione organica di circa 2.600 dipendenti.

✧ **I.R.C.C.S. Burlo Garofolo Trieste**

Gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (I.R.C.C.S.) sono una rete di presidi ospedalieri distribuiti sull'intero territorio nazionale che costituiscono un sistema di continuo monitoraggio e miglioramento della qualità dell'assistenza. Nell'individuare e rispondere a bisogni reali con un'efficacia che si fonda sulla continuità fra ricerca, assistenza e umanizzazione dei rapporti medico-malato, gli

I.R.C.C.S. svolgono anche un'azione parallela a quella universitaria ed egualmente essenziale. Il **Burlo Garofolo** è stato riconosciuto quale I.R.C.C.S. alla fine degli anni '60. In quegli anni il Burlo sviluppava, forse fra i primi in Italia, una politica assistenziale in cui il “prendersi cura” supera la dimensione della “cura”: il bambino, in quest'ottica, diventa il soggetto di un progetto di salute personale che inizia già in epoca prenatale. L'Istituto in questo modo ha contribuito alla diffusione della cultura “**Mother Child Health**”, promossa dall'Organizzazione Mondiale della Sanità e fondata essenzialmente sulla promozione e sul sostegno alla famiglia. Ha inoltre iniziato e coordinato progetti di ricerca e formazione a livello europeo, in particolare in tema di medicina perinatale.

È protagonista essenziale del Dipartimento per la salute della donna e del bambino nell'ambito dell'Area vasta giuliano isontina, è polo di riferimento pediatrico della regione Friuli-Venezia Giulia, promuove lo sviluppo e il coordinamento della rete nazionale degli IRCCSS pediatrici.

✧ **Casa di Cura Poliambulanza di Brescia**

Casa di Cura Poliambulanza di Brescia è un'organizzazione privata “*no profit*”, fondata nel 1997 e fa capo alla congregazione delle suore Ancelle della Carità.

E' un centro all'avanguardia, un contesto ospedaliero moderno, ricco di professionalità, di nuove tecnologie, di modelli organizzativi aggiornati. La Congregazione vuole offrire servizi di diagnosi e cura capaci di mettere in campo tutto quanto la scienza medica può fare per dare al malato più di una speranza di superamento della sua condizione. Nei suoi otto anni di attività ha acquisito un'immagine di prestigio nel contesto sanitario del territorio bresciano e lombardo. Tutti i reparti sono stati coinvolti nella nostra indagine e sono:

Medicina Generale, Cardiologia e Terapia Intensiva (Unità Coronarica), Geriatria, Cardiochirurgia, Neurologia e Neurochirurgia, Ortopedia e Traumatologia, Urologia, ORL e Oculistica, Chirurgia Generale, Ostetricia e Ginecologia, Pediatria e neonatologia, Chirurgia Vascolare, blocco operatorio, pronto soccorso. Il ruolo di coordinatore è rivestito il molti reparti dalle suore "Ancelle della Carità.

✧ **Azienda Ospedaliera “Santa Maria delle Croci” di Ravenna.**

L'Azienda USL (Ausl) di Ravenna è nata nel luglio del 1994. Il suo compito è far fronte ai bisogni sanitari e sociali della popolazione della provincia. E' una delle aziende più grandi e complesse del nostro territorio (conta circa 4.300 operatori), che gestisce tutti i servizi sanitari pubblici: dalla medicina di base ai servizi sociali, dalle attività di prevenzione agli ospedali, dalle cure domiciliari alle residenze sanitarie assistenziali. La provincia di Ravenna ha 350.000 abitanti, residenti in 18 comuni ripartiti nelle tre aree territoriali di Ravenna, Lugo e Faenza. L'Ausl ha un'organizzazione di tipo aziendale.

✧ **Azienda Ospedaliera di Forlì**

L'Azienda U.S.L. di Forlì è stata costituita nel 1994 e deriva dall'accorpamento della ex U.S.L. n. 38 e dei Comuni di Tredozio e Modigliana, appartenenti alla ex U.S.L. n. 37 di Faenza. L'ambito territoriale di pertinenza ha una superficie di 1260 kmq. e comprende 15 Comuni. La densità abitativa è bassa in rapporto all'estensione del territorio, la sola città di Forlì assorbe circa il 66% dell'intera popolazione con 108.335 abitanti (dati relativi all'ultimo censimento del 2001). Il territorio si configura con quattro vallate corrispondenti ai fiumi Tramazzo, Montone, Rabbi, Bidente.

✧ Azienda Ospedaliera di Bologna

L'Azienda USL di Bologna promuove e tutela la salute, individuale e collettiva, di tutti i cittadini, residenti e comunque presenti nel proprio ambito territoriale, per migliorare la qualità di vita, garantendo i livelli essenziali di assistenza come previsto dalla normativa nazionale e regionale. L'Azienda USL di Bologna concorre, inoltre, alla realizzazione della più vasta missione del Servizio Sanitario della Regione Emilia Romagna, anche integrando i servizi sociali e socio-assistenziali degli enti locali di pertinenza per quanto espressamente previsto o delegato. I 9 ospedali della Azienda USL di Bologna aderiscono alla Rete HPH, nata alla fine degli anni '80 su sollecitazione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità con l'obiettivo di attivare e sostenere un processo di miglioramento della qualità dell'assistenza ospedaliera, secondo principi, attività e azioni strategiche per la promozione della salute. La condivisione di risorse, culture ed esperienze, non solo tra gli ospedali dell'Ausl, ma anche con l'Azienda Ospedaliera Sant'Orsola-Malpighi, e l'Istituto Ortopedico Rizzoli, favorisce ulteriormente la qualità dell'assistenza. Serve 820.219 persone, su un territorio che comprende 50 comuni. Vi lavorano quasi 8400 professionisti, circa 3000 infermieri, 1400 medici, con un budget annuale da 1300 milioni di euro.

3.5. PRESENTAZIONE DEL QUESTIONARIO

Il questionario definitivo viene distribuito a 124 coordinatori/dirigenti previa autorizzazione da parte del S.I.T.R.A. (Servizio, Infermieristico, Tecnico, Riabilitativo e Assistenziale) dei presidi coinvolti. Nelle aziende di Bologna e Treviso viene distribuito e ritirato via e-mail. Il questionario è composto da n. 33 item a risposta chiusa e da una parte anagrafica che ha per oggetto informazioni di

carattere personale quali: età, sesso, tipo di formazione, anzianità di servizio nel ruolo di caposala.

Si indaga sulle competenze, sul ruolo, sulle varie attività ritenute fondamentali e che svolgono i coordinatori/dirigenti oggi. Si valuta, anche in base alle indicazioni delle competenze previste dalle linee guida dei Master in Management della federazione IPASVI, il loro "sapere, saper essere e saper fare," con i vincoli o le possibilità messi a disposizione dalle loro aziende sanitarie.

Di seguito si riporta la richiesta di autorizzazione alla somministrazione del questionario rivolta ai direttori infermieristici, la lettera di presentazione e il questionario, anche se con qualche modifica per la differente tabulazione utilizzata per la presente tesi.



Università Cattolica del Sacro Cuore
Facoltà di Medicina e Chirurgia "A. Gemelli"
Istituto di Igiene



Master Universitario di Primo livello in
" Management Infermieristico per le funzioni di Coordinamento "
In collaborazione con

"Villa Maria Cecilia Hospital" di
Cotignola (RA)

Alla Cortese attenzione del
Direttore del Personale Infermieristico

Oggetto: autorizzazione somministrazione questionario

Con la presente, si richiede l'autorizzazione per la somministrazione di un questionario anonimo, rivolto a Coordinatori e Dirigenti Infermieristici di Unità Operative appartenenti alle diverse aree dipartimentali dell'Azienda, per la rilevazione delle attuali funzioni e competenze dei Coordinatori e dei Dirigenti. Tale studio viene effettuato nell'ambito dell'espletamento della mia tesi di fine corso per il Master Universitario di 1° Livello in "Management Infermieristico per le funzioni di Coordinamento" dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma, Facoltà di Medicina e Chirurgia "A. Gemelli". Sede convenzionata Villa Maria Cecilia Hospital di Cotignola (RA).

"Ruolo del Coordinatore: Profilo e Competenze nel nuovo panorama Sanitario"

Le operazioni di somministrazione e di raccolta saranno gestite dalla sottoscritta senza ripercussioni sull'attività programmata.

Restando a Vostra disposizione per ulteriori chiarimenti, porgo cordiali saluti.

Inf. Elena Maioli

Maioli Elena
cell. 328.0380027
e-mail ellexit@inwind.it



Università Cattolica del Sacro Cuore
Facoltà di Medicina e Chirurgia "A. Gemelli"
Istituto di Igiene



Master Universitario di Primo livello in

“ Management Infermieristico per le Funzioni di Coordinamento”

In collaborazione con
“Villa Maria Cecilia Hospital” di
Cotignola (RA)

Gentile professionista,

lo scopo del questionario che le viene proposto è quello di comprendere le attuali funzioni e competenze dei Coordinatori e dei Dirigenti infermieristici.

Il questionario rappresenta uno strumento d'indagine necessario per permettere la realizzazione della mia tesi finale per il Master in Funzioni di Coordinamento:

“ Ruolo del Coordinatore: profilo e Competenze nel nuovo Panorama Sanitario ”

Il questionario è composto da una scheda anagrafica, completamente anonima e da una parte specifica con domande per la quasi totalità chiuse. Le chiedo alcuni minuti del suo tempo al fine di arrivare, attraverso le Sue risposte, alle più precise informazioni sulla realtà lavorativa della Sua Azienda.

La ringrazio anticipatamente per la gentile Collaborazione.

Scheda Anagrafica

Azienda di appartenenza: Ruolo: ☐ Coordinatore ☐ Dirigente ☐ Inf. Facente funz. Da quanto tempo lavora in questa Azienda? ☐ Da 0 a 12 mesi ☐ Da 1 a 5 anni ☐ Da 5 a 10 anni ☐ Da oltre 10 anni età : ☐ Maschio ☐ Femmina	Da quanti anni svolge questo Ruolo? ☐ Da 0 a 12 mesi ☐ Da 1 a 5 anni ☐ Da 5 a 10 anni ☐ Da oltre 10 anni Quale è stato il suo percorso formativo? (barrare le caselle che interessano) ☐ Biennio/triennio scuola superiore ☐ Diploma di maturità ☐ Diploma di Inf. Prof.le ☐ Diploma universitario ☐ Laurea Infermieristica ☐ Laurea Specialistica ☐ Certificato A.F.D ☐ Diploma DAI,IID,DDSI ☐ Master in Management ☐ Altro
--	---

QUESTIONARIO

1. *Ritiene che per dirigere (un lavoro, un attività, un 'organizzazione) vi sia bisogno di :* (indicare con un numero crescente la priorità fra 3 attività scelte : 1= più importante, 3= meno importante)

- preparazione specifica ☐
- esperienza di lavoro ☐
- capacità organizzativa ☐
- buona capacità di leadership ☐
- buona capacità di rapporti interpersonali ☐
- talento ☐
- competenze specifiche ☐

2. *Quali delle seguenti attività ritiene fondamentali per lo svolgimento ottimale del suo ruolo?* (indicare con un numero crescente la priorità fra 6 attività scelte : 1= più importante, 6= meno importante)

- ☐ Rapporti informativo/educativi con l'utenza
- ☐ Consulenza/supporto ai singoli collaboratori
- ☐ Aggiornamento proprio
- ☐ rilevazione carichi di lavoro
- ☐ consulenza alla dirigenza sull'introduzione di nuove procedure
- ☐ sistematiche riunioni del personale
- ☐ aggiornamento del personale
- ☐ gestione del budget
- ☐ assistenza diretta
- ☐ controllo qualità
- ☐ gestione turni del personale
- ☐ attività di ricerca infermieristica
- ☐ altro _____

3. ritiene che l'azienda le abbia fornito gli strumenti necessari per svolgere adeguatamente il ruolo che le hanno assegnato?

- ☐ SI
- ☐ Sì, ma queste funzioni non sono di mia competenza
- ☐ No, nonostante mi sforzi di assolverlo in maniera adeguata
- ☐ No, anche perchè queste funzioni non mi competono

4. Cosa è per lei il talento?

5. E' importante l'esperienza per svolgere il suo ruolo?

SI ☐ NO ☐ NON SO' ☐

6. L'azienda le ha messo a disposizione il materiale e gli strumenti per fare bene il suo lavoro?

SI ☐ NO ☐ NON SEMPRE ☐

se No cosa ti manca _____

7. Vorresti partecipare a corsi di aggiornamento riguardanti :
(indicare con un numero crescente la priorità fra 5 attività scelte : 1= più importante, 5= meno importante)

- tecniche manageriali
- leadership e gestione dei conflitti
- ricerca infermieristica
- criteri di valutazione del personale
- gestione del budget
- tematiche tecnico-assistenziali
- accreditamento dei professionisti
- certificazione ISO 9000
- gestione delle apparecchiature
- utilizzo del computer
- altro _____

8. Ha progettato e/o gestito un sistema premiante?

SI ☐ NO ☐ NON SO' ☐

9. Sa attuare politiche di programmazione sanitaria?

SI ☐ NO ☐ POCO ☐

10. Attualmente sta attuando qualche progetto di miglioramento/cambiamento (documentazione infermieristica, sviluppo procedure protocolli, inserimento nuovi operatori, organizzazione attività infermieristica..)

SI ☐ NO ☐

se SI su cosa _____

11. Nella sua unità operativa o azienda che modello di assistenza utilizzate?

- piccole equipe ☐
- primary nursing ☐
- compiti ☐
- obiettivi ☐
- non so ☐
- altro ☐

12. Utilizza procedure per la valutazione del personale?

SI ☐ NO ☐

13. Si sente riconosciuto nella veste di professionista competente?

SI ☐ NO ☐ TALVOLTA ☐

14. Effettua momenti di controllo sul piano di lavoro ed individua eventuali azioni correttive?

SI ☐ NO ☐ TALVOLTA ☐

15. Quali delle seguenti attività le creano maggiori problemi? (indicare con un numero crescente la priorità fra 10 attività scelte : 1= più importante, 10= meno importante)

- Attività amministrativa: registrazione attività, gestione liste di attesa
- Gestire relazioni interpersonali e conflitti
- Utilizzo di linee guida
- rilevazione carichi di lavoro
- costruzione di protocolli
- sistematiche riunioni del personale
- aggiornamento del personale
- gestione del budget
- assistenza diretta
- controllo qualità
- inserimento, addestramento e valutazione del personale
- gestione turni del personale
- attività di ricerca infermieristica
- altro_____

16. Riesce ad essere una guida per gli altri anche nei momenti di difficoltà?

Sempre	Quasi sempre	Qualche volta	Mai
--------	--------------	---------------	-----

17. Ha tempo sufficiente da dedicare per organizzare in modo efficiente le risorse umane a Sua disposizione?

Sempre	Quasi sempre	Qualche volta	Mai
--------	--------------	---------------	-----

18. Trova che la formazione a livello Universitario di Management Infermieristico sia necessaria?

Sempre	Quasi sempre	Qualche volta	Mai
--------	--------------	---------------	-----

19. Trova il tempo necessario per curare il lavoro nei minimi dettagli?

Sempre	Quasi sempre	Qualche volta	Mai
--------	--------------	---------------	-----

20. Ottiene il consenso dai collaboratori?

Sempre	Quasi sempre	Qualche volta	Mai
--------	--------------	---------------	-----

21. Riesce a valorizzare le attitudini e le competenze altrui ?

Sempre	Quasi sempre	Qualche volta	Mai
--------	--------------	---------------	-----

22. Riesce a promuovere e sviluppare i processi di valutazione tra pari?

SI ☐ NO ☐ TALVOLTA ☐

23. Uno dei suoi compiti è quello di identificare i centri di responsabilità e di costo?

Sempre	Quasi sempre	Qualche volta	Mai
--------	--------------	---------------	-----

24. Intraprende azioni per migliorare la qualità dei servizi/prodotti offerti?

Sempre	Quasi sempre	Qualche volta	Mai
--------	--------------	---------------	-----

25. E' orientato al Miglioramento continuo di Qualità?

SI ☐ NO ☐ TALVOLTA ☐

26. Sa utilizzare supporti informatici?

SI ☐ NO ☐

27. Riesce ad organizzare processi tecnici e gestionali attraverso la definizione e diffusione di linee guida?

Sempre	Quasi sempre	Qualche volta	Mai
--------	--------------	---------------	-----

28. Identifica i suoi bisogni formativi e dei suoi collaboratori?

Sempre	Quasi sempre	Qualche volta	Mai
--------	--------------	---------------	-----

29. Progetta attività di ricerca?

SI ☐ NO ☐

30. Svolge attività di preposto?

Sempre	Quasi sempre	Qualche volta	Mai
--------	--------------	---------------	-----

31. Propone o realizza azioni tese a migliorare la soddisfazione dei clienti esterni o interni in termini di qualità ed eticità dei servizi forniti?

Sempre	Quasi sempre	Qualche volta	Mai
--------	--------------	---------------	-----

32.. Il tempo a sua disposizione le permette di occuparsi efficacemente della gestione delle risorse tecnico-strumentali, dei presidi sanitari e farmacologici ?

Sempre	Mai	Qualche volta
--------	-----	---------------

33. Consigli, Suggestimenti, Commenti, Altro.....:

CAPITOLO 4

4.1. PRESENTAZIONE ED ANALISI DEI RISULTATI

Parte anagrafica

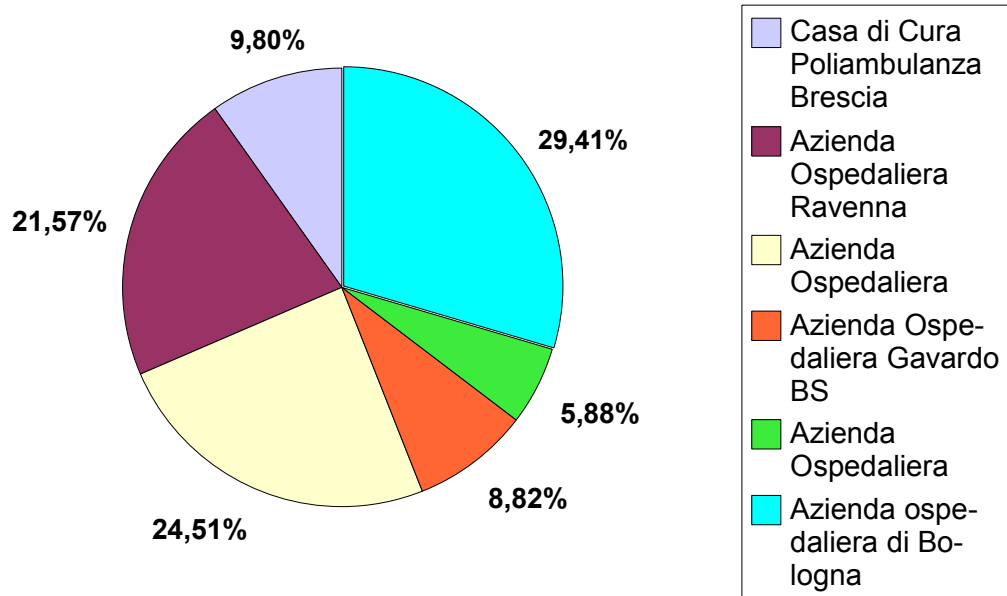
I questionari distribuiti sono stati complessivamente 124, ne sono stati restituiti 102, pari al 82,25 % del totale. Nell'azienda di Trieste e di Bologna, i questionari sono stati inviati e ritirati via e-mail, 4 questionari sono risultati illeggibili e/o non compilati, per cui il campione definitivo è 98.

In dettaglio, i numeri dei questionari “consegnati” e “ritirati” nei singoli presidi sono così rappresentati:

Azienda di appartenenza

PRESIDI	Questionari distribuiti	Questionari ritirati		Composizione del campione
		frequenze	percentuali	
Azienda Ospedaliera Des.Gavardo	10	9	90 %	8,82%
Azienda Ospedaliera Ravenna	25	22	88 %	21,57%
Azienda Ospedaliera Forlì	25	25	100 %	24,51%
Azienda Ospedaliera Trieste	20	6	30 %	5,88 %
Azienda ospedaliera di Bologna	30	30	100%	29,41%
Casa di Cura Poliambulanza Brescia	14	10	71,43 %	9,80%
Tot.	124	102		100 %

Composizione del campione



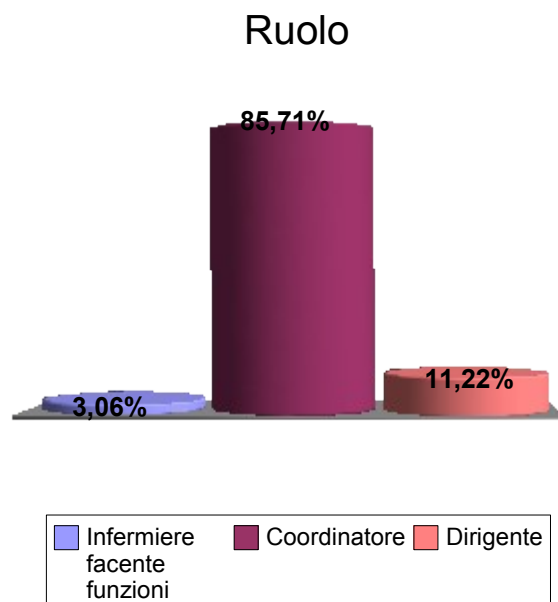
L'adesione dei coordinatori Infermieristici è stata molto alta, i più rappresentativi sono quelli dell'azienda di Bologna con il 29,41% con 30/30 questionari distribuiti e ritirati 100% e dell'azienda di Forlì, che costituiscono il 24,51% del campione con 25/25 questionari distribuiti e ritirati 100%.

La più bassa era stata quella dell'Azienda di Ravenna con 7 questionari ritirati su 25 distribuiti. Successivamente, sorpresa, sono andata personalmente a ritirarli ed ho rilevato un disguido nella distribuzione della posta interna. I questionari ritirati sono stati così 22/25 l'88%.

RUOLO

L'85,71% del campione, svolge il ruolo di coordinatore, anche se quelli senza titolo specifico (17,34%) dovrebbero essere inquadrati sotto "Infermiere Facente Funzioni". I dirigenti di dipartimento che hanno risposto sono tutti dell' azienda AUSL di Bologna.

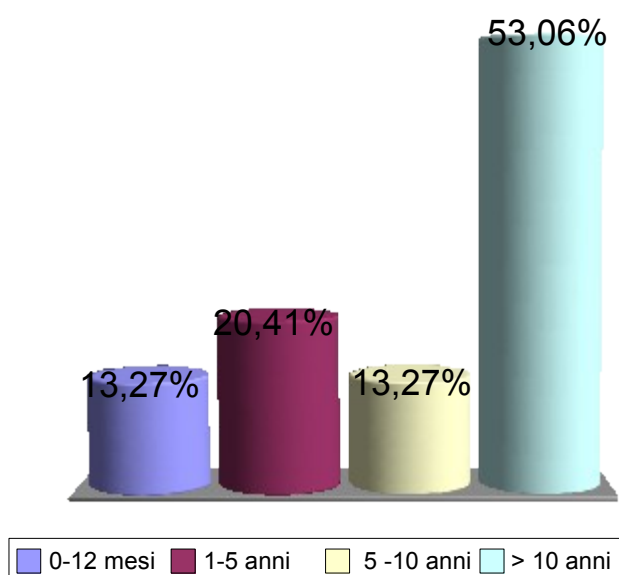
Coordinatore	84
Inf. Facente Funzioni	3
Dirigente	11
tot	98



ANZIANITÀ' NEL RUOLO

Il 53,06% dei coordinatori svolge il proprio ruolo da più di 10 anni, mentre il 20,41% lo svolge da 1 a 5 anni e solo il 13,27% da 0-12 mesi e 5-10 anni.

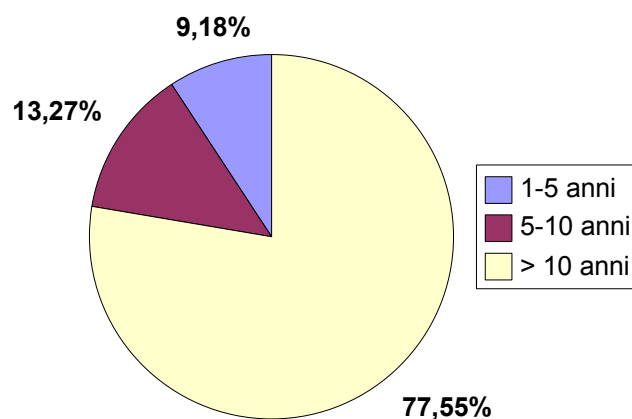
0-12 mesi	13
1-5 anni	20
5-10 anni	13
Oltre 10 anni	52
tot	98



TEMPO TRASCORSO NELL' AZIENDA

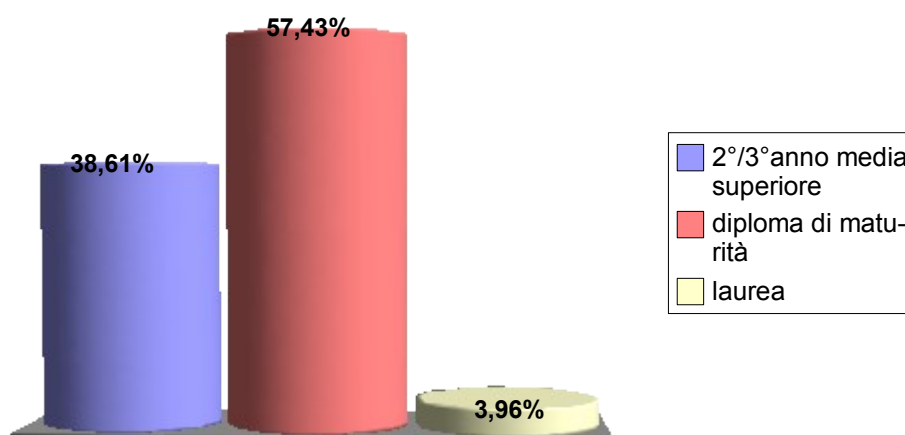
L'esperienza maturata all'interno della propria azienda è alta, il 77,55%, lavora nella stessa da più di 10 anni, mentre nessun coordinatore lavora nella stessa da solo un anno.

0-12 mesi	0
1-5 anni	9
5-10 anni	13
Oltre 10 anni	76
tot	98



TITOLO DI STUDIO

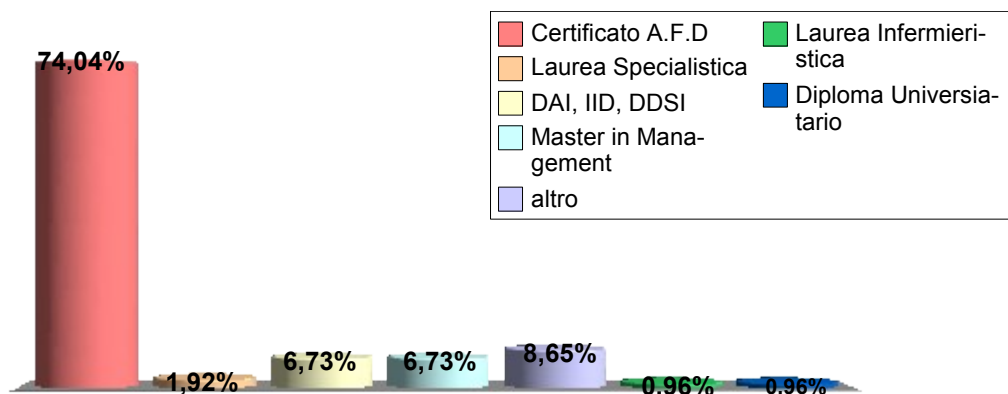
La formazione scolastica dei coordinatori presi in esame risulta abbastanza elevata, in quanto il 57,43 % ha conseguito un diploma di Maturità quinquennale, il 38,61 % possiede il 2°/3° anno di scuola media superiore e il 3,96 % è laureato (laurea in sociologia, laurea in Pedagogia). Non ho considerato ne la laurea infermieristica/ostetrica, ne quella specialistica nella formazione di base, poiché l'ho inserita nei titoli di studio professionali.



TITOLI PROFESSIONALI

Tra i titoli professionali si evince che quasi tutti i coordinatori presi in esame hanno conseguito il Diploma di Infermerie Professionale conseguito presso una scuola regionale (via e-mail sono arrivati anche questionari di coordinatori/dirigenti tecnici). Solamente uno degli intervistati possiede il Diploma Universitario (0,96 %), invece l'1,92 % ha conseguito la laurea Specialistica in Scienze Infermieristiche. Uno solo, possiede la Laurea in Scienze Infermieristiche. Il 74,04 % è in possesso del Certificato Abilitante alle Funzioni Direttive, il 6,73% è in possesso del diploma DAI, IID o DDSI, il 6,73 % è in possesso del Master in Management Infermieristico. 17 persone su 98 non possiedono una formazione specifica in Management (hanno solo il diploma di infermiere). Alla risposta “altro” l'8,65 % dei coordinatori hanno specificato quanto segue :

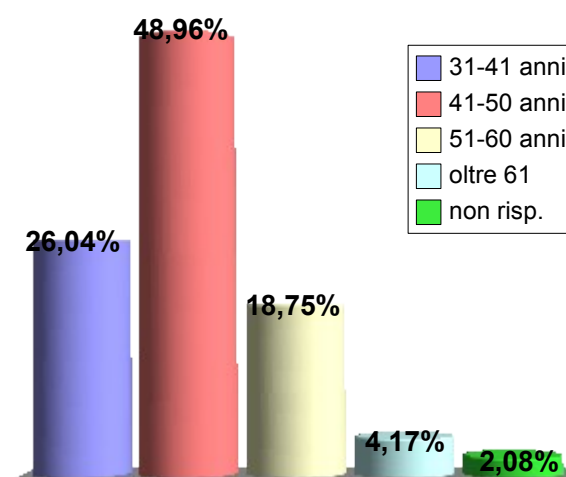
- Specializzazione specifica in Anestesia/Rianimazione .
- Esperienza triennale di docenza in ambito Universitario per il CDL Ostetrico.
- Master in Amministrazione e Gestione dei servizi Sanitari per i Dirigenti delle AUSL . Regione Emilia Romagna .
- Biennio di scuola speciale per Tecnico di Laboratorio.
- Laurea in Ostetricia.
- Vigilatrice d'Infanzia.
- Diploma ASV e Master sociologia Sanitaria.
- Corso perfezionamento prevenzione e controllo



ETÀ

Dalla tabulazione dei questionari, risulta che l'età preponderante nel campione è nella fascia che va dai 41 ai 50 anni, con una frequenza del 48,86 %, mentre il 26,04% ha un età compresa fra 31 e 40 anni e il 18,75 % ha un età tra i 51 e i 60 anni. Non c'è nessuno degli interpellati che abbia meno di 30 anni e ve ne sono invece 4 con più di 61 anni di età. Quattro persone non hanno risposto.

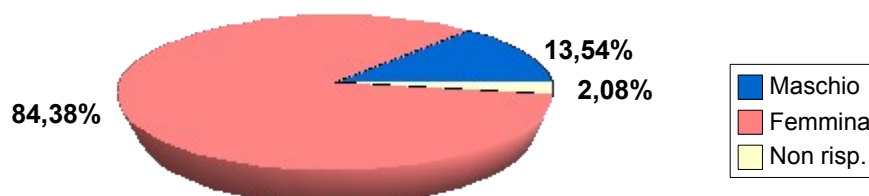
Fino ai 30 anni	0
31-40 anni	25
41-50 anni	47
51-60 anni	18
Oltre i 61 anni	4
Non risposto	4
Tot	98



SESSO

IL sesso in prevalenza è femminile: 84,38 % contro il 13,54 % di quello maschile. Due persone pari al 2,08 % non hanno risposto.

Sesso



Questionario

Item 1

Si chiede ai coordinatori di scegliere fra **3** attività delle 7 proposte che ritengono necessarie per dirigere un lavoro, un attività, un organizzazione, indicando il grado di preferenza con una priorità da 1= più importante a 3= meno importante .

PER DIRIGERE VI È BISOGNO	Totale	%	prior		
			<i>I</i>	<i>II</i>	<i>III</i>
preparazione specifica	45	45,92	33	2	10
esperienza di lavoro	32	32,65	10	13	9
capacità organizzativa	67	68,37	24	28	15
buona capacità di leadership	60	61,22	17	23	20
buona capacità di rapporti interpersonali	49	50	13	16	20
talento	15	15,31	3	4	8
competenze specifiche	25	25,51	6	8	11

- Non sono state prese in considerazione le risposte senza una priorità o con più priorità identiche o con crocetta.

Risulta come priorità:

I° la preparazione specifica

II° la capacità organizzativa

III° una buona capacità di leadership.

Come quantità di scelte, invece, al primo posto risulta la capacità organizzativa con il 68,37 %.

Item 2: In questo item, viene chiesto ai coordinatori di selezionare le attività che ritengono fondamentali per lo svolgimento ottimale del proprio ruolo. La scelta era fra 6 priorità ma visto che il 60% delle risposte è arrivato sotto le sei, metto a confronto 4 priorità, mentre sono state scartate tutte le risposte con priorità identiche o con crocetta.

Attività fondamentali	Tot.	%	priorità			
			I	II	III	IV
Rapporti informativo/educativi con l'utenza	21	21,43	6	5	3	7
Consulenza/supporto ai singoli collaboratori	43	43,88	29	7	5	2
aggiornamento proprio	32	32,65	11	12	8	1
rilevazione carichi di lavoro	24	24,49	6	7	5	6
Consule. alla dirigenza sull'introduz. di nuove proced	18	18,37	2	4	6	6
sistematiche riunioni del personale	51	52,04	12	17	11	11
aggiornamento del personale	45	45,92	1	16	19	9
gestione del budget	39	39,8	10	8	11	10
assistenza diretta	16	4,08	12		1	3
controllo qualità	24	33,67	3	6	9	6
gestione turni del personale	26	21,43	4	2	5	11
attività di ricerca infermieristica	19	20,41	3	6	4	6
altro*	3	3,06	3			

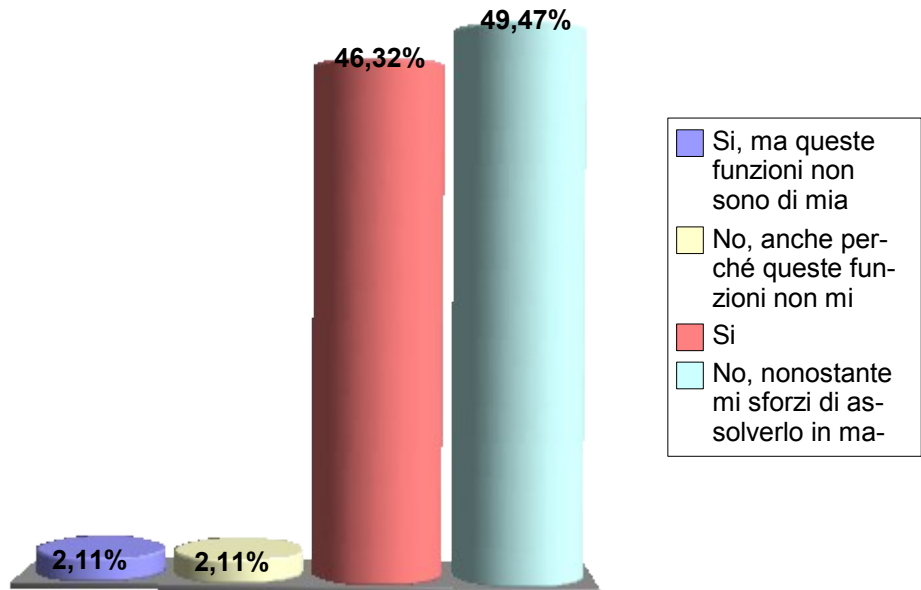
- *scambio di opinioni destrutturate con i colleghi
- *benchmarking
- *confronto tra pari

Item 3.

Nel terzo item, si è chiesto al coordinatore se la sua l'azienda gli fornisce gli strumenti necessari per svolgere adeguatamente il proprio ruolo .

SI	44
Si, ma queste funzioni non sono di mia competenza	2
No, nonostante mi sforzi di assolverlo in maniera adeguata	47
No, anche perché queste funzioni non mi competono	2
	98

L'azienda le ha fornito gli strumenti per svolgere adeguatamente il suo Ruolo?



Item 4

L'item 4 è l'unica domanda aperta, si vuole rilevare cosa intendono per talento i coordinatori, si riportano integralmente i testi.

- *Dote/capacità innata/ Dono.*
- *attitudini di base/innata*
- *abilità/ saper fare saper essere.*
- *Una capacità organizzativa gestionale in parte spontanea in parte acquisita.*
- *caratteristica della persona.*
- *l'insieme del bagaglio culturale, professionale, delle caratteristiche personali e professionali del proprio vissuto professionale e personale che ogni operatore mette in gioco in ogni ambito relazionale.*
- *capacità di adeguare le conoscenze e le competenze al contesto*

in cui operi per arrivare all'obiettivo prefissato.

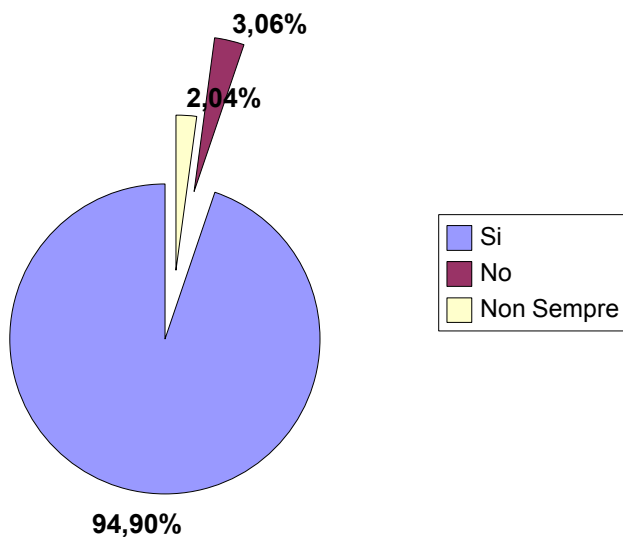
- *capacità di prevedere le necessità dell'organizzazione*
- *arte acquisita dalla nascita, una creatività particolare e personale.*
- *capacità personale per svolgere al meglio la propria professione.*
- *capacità di cogliere le opportunità per gestire al meglio le proprie funzioni.*
- *predisposizione a fare “qualcosa” in modo ottimale. Il talento va coltivato.*
- *La capacità innata di una persona rispetto ad una professione, hobby,*
- *Persone che hanno intuito, capacità di analizzare, prevedere e gestire.*
- *Saper lavorare CON le persone PER le persone*
- *predisposizione, particolare capacità e abilità nel fare (unità di misura, antica moneta).*
- *capacità che deve trovare lo spazio giusto al momento giusto per essere espressa.*
- *E' qualcosa in più che qualcuno ha e che riesce a metterlo a disposizione degli altri.*
- *Una dote innata, una carica energetica che può essere utilizzata in positivo!*
- *Innata capacità di svolgere una data attività, che può essere sviluppata e migliorata con la formazione e lo studio o la formazione permanente.*
- *capacità di apprendimento, organizzazione e interazione.*
- *Avere una marcia in più.*
- *avere impegno e volontà .*

- *Non saprei, io non mi reputo un Coord. con grande talento, ma mi stimo di avere un gruppo di colleghi molto collaborativi e questo porta a risultati positivi per l'equipe*
- *buonissima sintonia con quello che si fa aiutato da una dote naturale.*
- *Dote innata, predisposizione naturale che l'individuo più o meno consapevolmente possiede e che può decidere di sfruttare o meno.*
- *capacità di svolgere un compito con leggerezza e soddisfazione*
- *capacità in più ma non vincolante.*
- *Predisposizione a svolgere un ruolo.*
- *attitudine innata verso particolari problematiche.*
- *avere una predisposizione a svolgere un attività anche complessa, ma con naturalezza anche se preceduta da adeguata formazione.*
- *Capacità personali*
- *Comunicazione deduttiva, coniugata a capacità organizzative, esperienza e comportamenti caratteriali supportati da maturità personali.*
- *abilità bravura impegno*
- *una propria attitudine che viene percepita e si ha voglia di coltivare.*
- *Dote innata rivolta ad alcune competenze particolari, diverse da persona a persona.*
- *a capacità di trovare risorse per risolvere problemi e difficoltà, in qualsiasi momento e luogo.*
- *Capacità di barcamenarsi tra le esigenze economiche aziendali e le necessità del paziente mantenendo un buon equilibrio*

- *Capacità organizzative, capacità di esprimersi, si può anche impararlo a gestire in un certo modo.*
- *una cosa che va stabilita post mortem, Einstein in vita è stato bocciato in fisica e le aziende a cui si rivolgeva per chiedere lavoro, lo rifiutavano (aveva associato filosofia e scienza), Van Gogh viveva di stenti.....*
- *Capacità di lettura del contesto in cui si opera abbinata ad una elasticità mentale che permette di utilizzare al meglio nozioni ed energie utili al risultato*
- *Il talento è una abilità innata e non acquisibile, che, con uguali variabili, determina un risultato superiore; tradotto: "...è avere una marcia in più"*
- *Una qualità legata a creatività.*
- *Un elemento innato che si può sviluppare con la conoscenza teorica e l'esperienza.*
- *Conoscenza e capacità di innovazione*
- *La capacità creativa di una persona, che ritengo debba avere, vivacità di mente*
- *persona dotata di geniale ingegno*
- *predisposizione specifica, soggettiva che si manifesta spontaneamente*
- *buon senso, competenza*
- *Capacità innata per una specifica dote, migliorata con la cultura che la specializza.*
- *Capacità di promuovere con gli strumenti giusti ottenere il meglio dalla persona che presenta talento di qualsiasi natura esso sia*

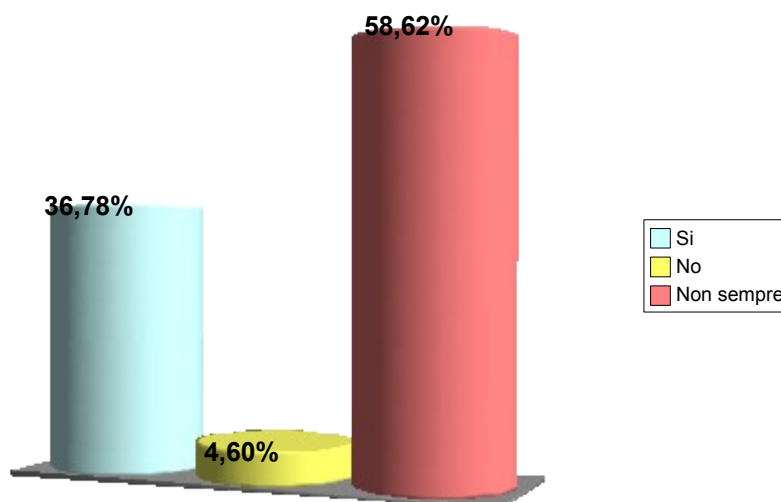
ITEM 5

In questo Item viene chiesto ai coordinatori, se ritengono che sia importante l'esperienza per svolgere il proprio ruolo?



ITEM 6

In questo Item viene chiesto se l'azienda ha messo loro a disposizione il materiale e gli strumenti per fare bene il proprio lavoro



ITEM 7

Nel settimo item ai coordinatori è richiesto un parere sui corsi di aggiornamento a cui vorrebbero partecipare, corsi che l'azienda potrebbero tenere in considerazione in via prioritaria per la formazione continua dei propri coordinatori. Anche in questa domanda si chiedeva ai coordinatori di scegliere fra 5 attività dando una priorità singola, sono state scartate le risposte con crocette o con priorità multiple.

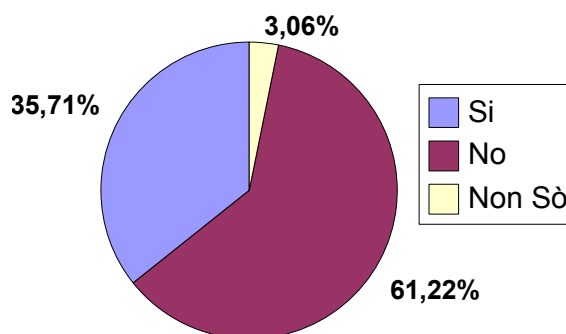
Corsi aggiornamento	%	tot	priorità				
			<i>I</i>	<i>II</i>	<i>III</i>	<i>IV</i>	<i>V</i>
tecniche manageriali	72,45	71	22	17	15	7	10
leadership e gestione dei conflitti	81,63	80	38	22	10	4	6
ricerca infermieristica	56,12	55	15	10	15	9	6
criteri di valutazione del personale	68,37	67	6	21	19	11	10
gestione del budget	53,06	52	5	9	12	13	13
tematiche tecnico-assistenziali	26,53	26	2	4	3	10	7
accreditamento dei professionisti	34,69	34	5	8	4	10	7
certificazione ISO 9000	17,35	17	2	1	4	5	5
gestione delle apparecchiature	6,12	6			1	1	4
utilizzo del computer	23,47	23	1	2	6	7	7
altro	3,06	3	3				

- interpretazione della gestualità e lettura del labiale
- interazione e leadership emotiva

ITEM 8.

In questa domanda si cerca di capire se i coordinatori sono coinvolti in progetti aziendali di loro competenza come ad esempio progettare e/o gestire un sistema premiante.

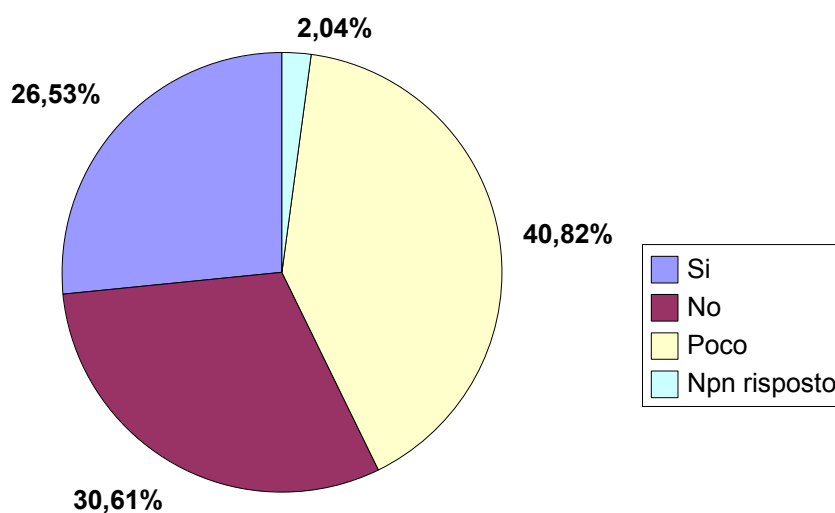
Si	35
No	60
Non Sò	3
tot	98



ITEM 9.

Questa domanda, indaga se i coordinatori sanno attuare politiche di programmazione sanitaria, nozioni che sono normalmente insegnate nel corso di Management.

Si	26
No	30
Poco	40
Non Risposto	2
Tot	98



ITEM 10

La domanda n°10 rileva l'impegno dei coordinatori nei confronti di cambiamenti e miglioramenti nelle loro Unità Operative. Si nota un notevole impegno per 85,71 % dei coordinatori.

Si	84	85,71%
No	14	14,29%
Tot	98	100%

Questi sono i cambiamenti e miglioramenti in atto:

- documentazione infermieristica
- sviluppo/revisione procedure protocolli,
- inserimento nuovi operatori
- organizzazione attività infermieristica/piani di lavoro,
- organizzazione/gestione (complessiva) dell'ambulatorio vaccinale.
- qualità percepita/gestione dei conflitti
- job/ educazione terapeutica al paziente ed al case manager del pz in ass.dom.-dimissioni protette
- Istruzioni Operative sulle strumentazioni
- sistema di valutazione.
- formazione assistenza al bambino
- percorsi utili all'infermiere dell'accoglienza
- percorso-pathway per i Pz che si sottopongono ad IVG .
- consenso informato multilingue
- informatizzazione attività SC, audit e progetto miglioramento qualità revisione del sistema di erogazione delle cure infermieristiche, riorganizzazione funzione infermieristica ed oss, riorganizzazione assistenza infermieristica ed OSS
- utilizzo di strumenti di lavoro,procedure protocolli,
- scheda integrata H e territorio per la gestione dell'utente con patologia a rischio insorgenza LDD
- inserimento operatori in tutti i settori del laboratorio, organizzazione continua dell'attività nel senso del miglioramento continuo, sviluppo procedure e protocolli.
- riorganizzazione nella variazione della mission di UU.AA. specialistica nella complementarità di dipartimento;
- organizzazione attività infermieristiche

- accreditamento
- formazione specifica infermieristica
- dipartimentalizzazione
- Sull'org. Modello presa in carico Infermieristica (Case Management Infermieristico)
- concetto di modulo e personalizzazione dell'assistenza
- organizzazione ambulatorio a gestione infermieristica
- gestione dei servizi integrati
- organizzazione per settori e valorizzazione ruolo infermieristico
- sviluppo di studio per infezioni legate all'uso di protesi per l'idrocefalo

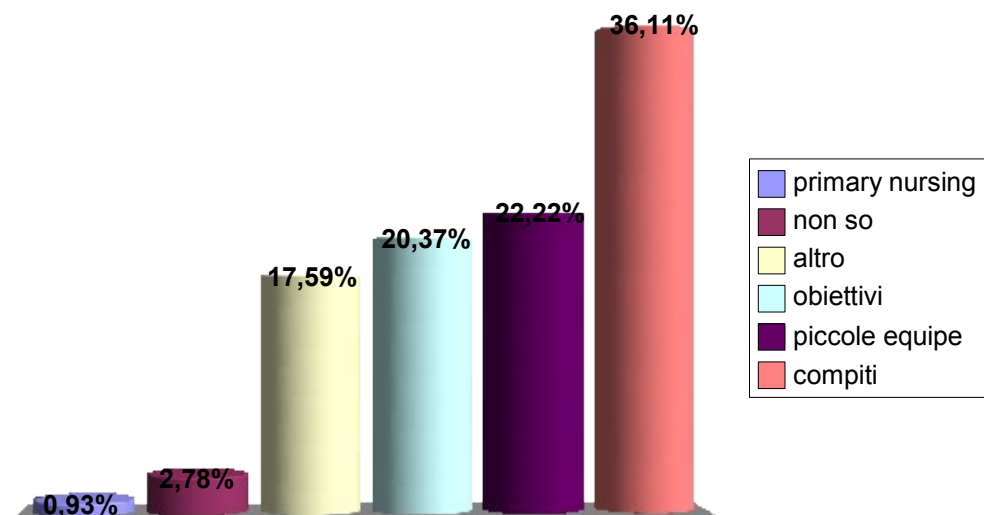
ITEM 11.

Si valuta il tipo di assistenza erogata, se il coordinatore o l'azienda si sono adeguati al nuovo profilo professionale dell'infermiere, il quale non prevede più un'organizzazione dell'assistenza per compiti. Purtroppo dalle risposte si evidenzia che il 40,44 % sono ancora per compiti, ma sia i coordinatori che le aziende si stanno adeguando.

MODELLO DI ASSISTENZA	
piccole equipe	24
primary nursing	1
compiti	39
obiettivi	27
non so	3
altro* settori/modulare	19
TOT**	113

* Dea (?)

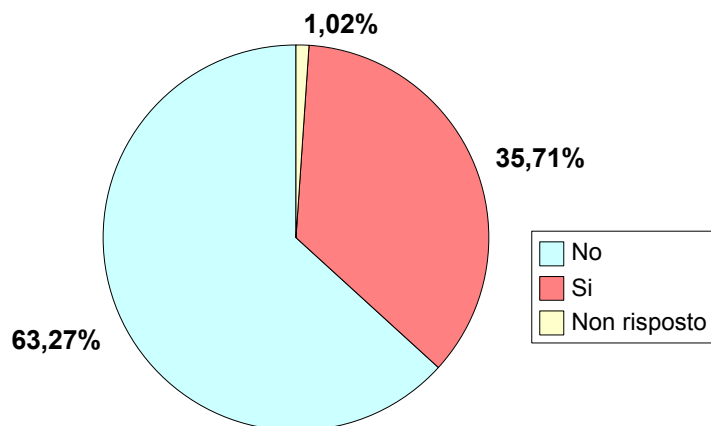
**La somma è superiore a 100 in quanto in alcuni reparti utilizzano un tipo di assistenza mista



ITEM 12

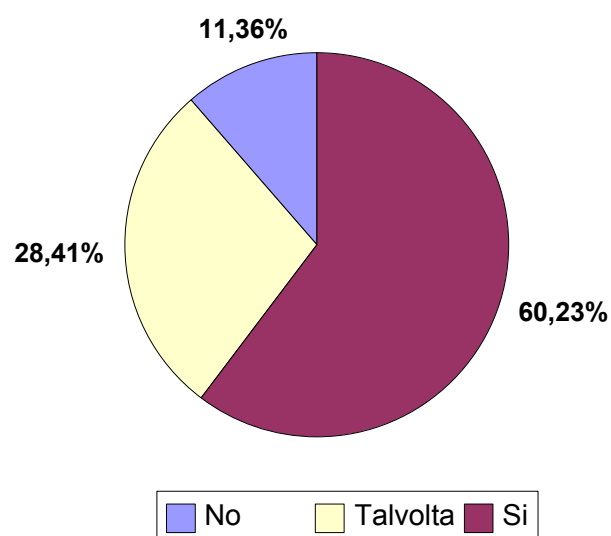
In questo item viene chiesto ai coordinatori se utilizzano una procedura per la valutazione del personale. Le procedure sono previste dalle norme per l'accreditamento istituzionale, dal CCNL sanità pubblica per la progressione di carriera, inoltre si possono utilizzare al fine di un sistema premiante.

Si	35
No	62
Non risposto	1
Tot	98



ITEM 13. Questa domanda cerca di comprendere se il coordinatore si sente riconosciuto dagli altri nella sua veste di professionista competente.

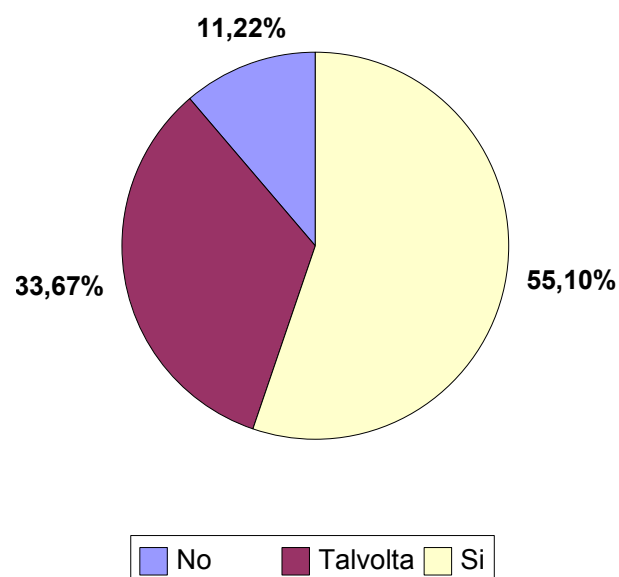
Si	53
No	10
Talvolta	35
Tot	98



ITEM 14.

Si chiede al coordinatore, se normalmente controlla il piano di lavoro ed individua eventuali azioni correttive?

Si	54
No	11
Talvolta	33
Tot	98



ITEM 15.

In questa domanda si chiede ai coordinatori quali attività creano maggiori problemi. Si è chiesto loro, di dare una priorità a 10 attività tra le 13 scritte. Mi fermo a sole 5 priorità in quanto non tutti i coordinatori sono arrivati a 10 scelte. Sono state escluse come negli altri casi le risposte con crocetta, senza priorità o con priorità uguali.

ATTIVITÀ PROBLEMATICHE	tot	%	prio rità				
			<i>I</i>	<i>II</i>	<i>III</i>	<i>IV</i>	<i>V</i>
Attività amministrativa	41	41,84	21	7	5	4	4
Gestire relazioni interpersonali/conflitti	59	60,2	26	13	9	8	3
Utilizzo di linee guida	12	12,24		3	2	1	6
rilevazione carichi di lavoro	37	37,76	2	12	9	7	7
costruzione di protocolli	24	24,49	3	4	6	5	7
sistematiche riunioni del personale	28	28,57	1	4	11	8	4
aggiornamento del personale	23	23,47	2	4	5	8	4
gestione del budget	32	32,65	5	9	9	5	4
assistenza diretta	7	7,14	1		4	2	
controllo qualità	32	32,65	5	6	7	8	6
inserimento, addestram. e valutaz. del person.	29	29,59	7	6	5	5	6
gestione turni del personale	28	28,57	3	9	4	9	7
attività di ricerca infermieristica	38	38,76	13	8	10	6	2
altro*			3				

- *rapporti con la dirigenza a livello di azienda
- relazione tra pari = competizione tra pari
- assenza di tempo

I. Gestire relazioni interpersonali/conflitti

II. Attività amministrativa

III. Attività di ricerca infermieristica

IV. Rilevazione carichi di lavoro

V. Gestione del budget e controllo qualità

ITEM 16.

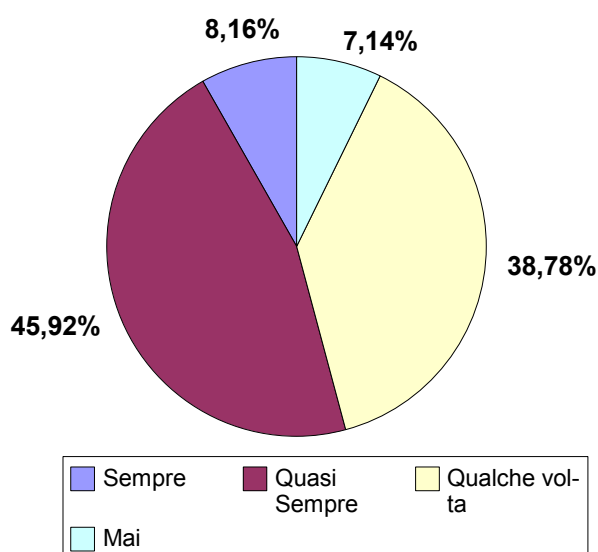
Si è chiesto ai coordinatori se anche nei momenti di difficoltà riescono ad essere una guida per gli altri.

Sempre	13	13,27%
Quasi Sempre	54	55,10%
Qualche volta	31	31,63%
Tot	98	100%

ITEM 17.

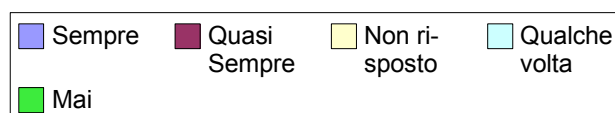
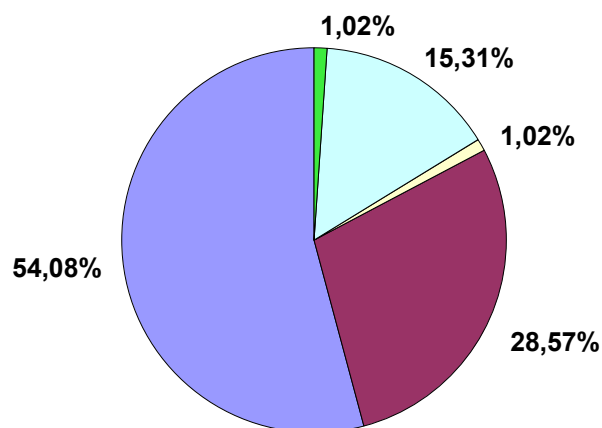
Il tempo a disposizione durante la giornata per occuparsi efficientemente di “tutto” è in molte realtà esiguo, con questa domanda si cerca di capire quanti di loro hanno tempo sufficiente da dedicare per organizzare in modo efficiente le risorse umane a loro disposizione. (anche se il tempo è sempre poco, molti di loro mi hanno riferito che “devono” trovarlo facendo anche straordinari).

Sempre	8
Quasi Sempre	45
Qualche volta	38
Mai	7
Tot	98



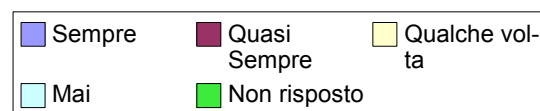
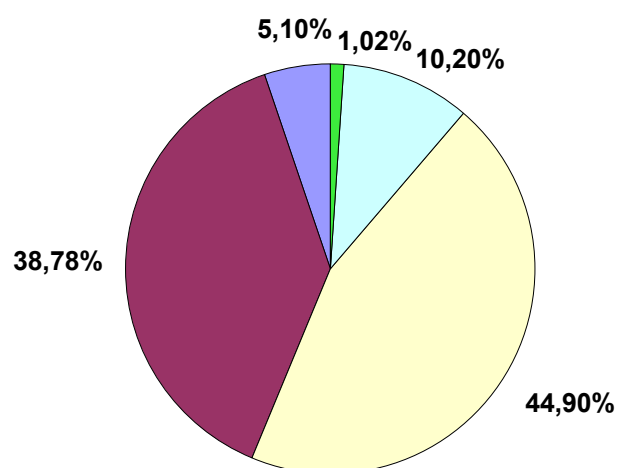
ITEM 18. In questo item si vaglia se i coordinatori ritengono necessaria la formazione a livello Universitario di Management Infermieristico.

Sempre	53
Quasi Sempre	28
Qualche volta	15
Mai	1
Non Risposto	1
Tot	98



ITEM 19. La disponibilità del tempo è sempre ridotta in questa domanda si è chiesto se trovano il tempo necessario per curare il lavoro nei **minimi** dettagli?

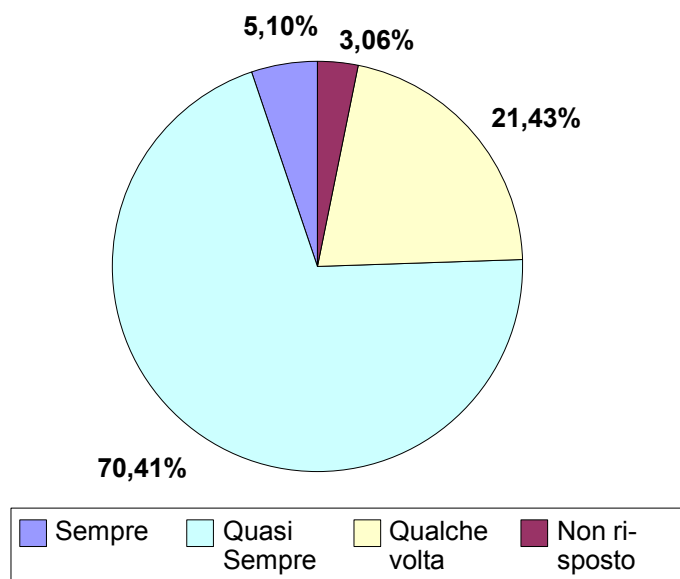
Sempre	5
Quasi Sempre	38
Qualche volta	44
Mai	10
Non Risposto	1
Tot	98



ITEM 20. Con questa domanda si valuta se i coordinatori riescono ad ottenere il consenso dai propri collaboratori, anche se è una domanda che doveva essere rivolta ai collaboratori stessi.

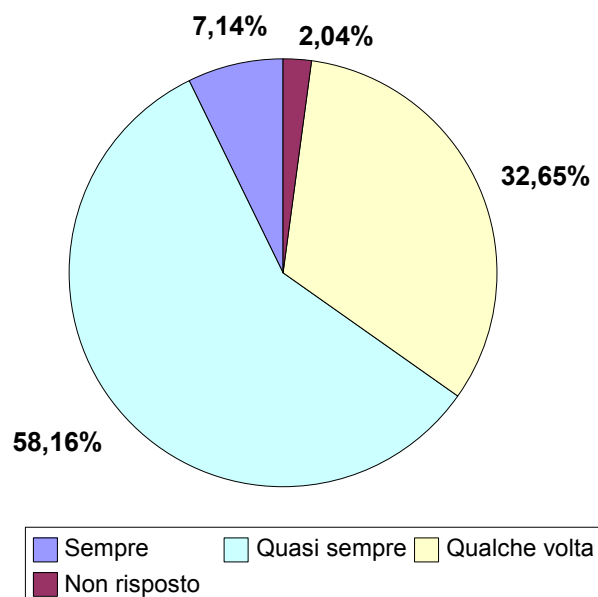
E' emerso, da colloqui individuali, che talvolta non dipende solo dalla capacità personale del coordinatore (autorevolezza), ma anche dall'equipe infermieristica/tecnica/assistenziale.

Sempre	5
Quasi Sempre	69
Qualche volta	21
Mai	0
Non Risposto	3
Tot	98



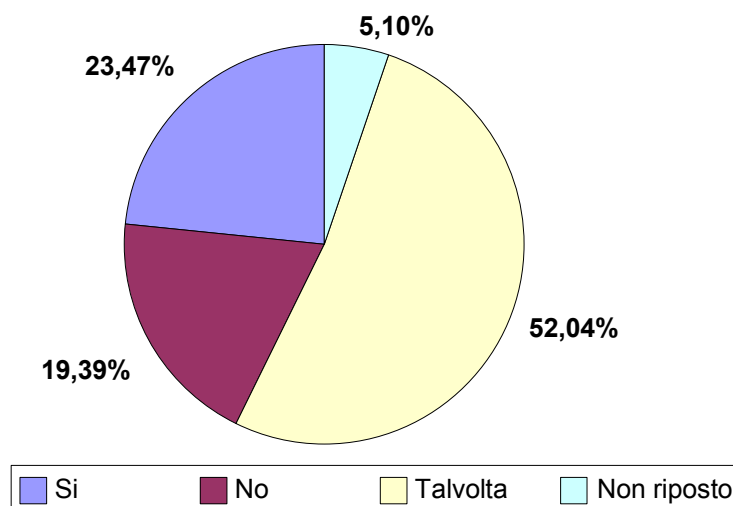
ITEM 21. Questo item mira a verificare una delle competenze previste dalle linee guida IPASVI. Riesce a valorizzare le attitudini e le competenze altrui ?

Sempre	7
Quasi Sempre	57
Qualche volta	32
Mai	0
Non Risposto	2
Tot	98



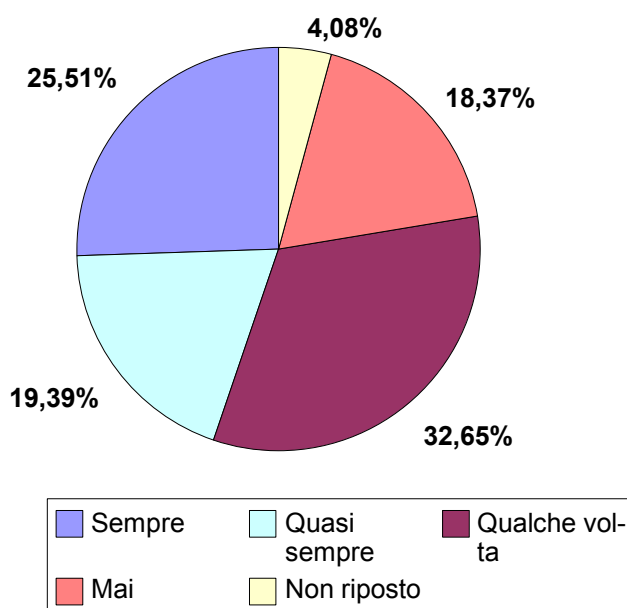
ITEM 22. Anche questa domanda andava posta ai sottoposti, è una competenza molto delicata ma costruttiva, che dipende soprattutto dal tipo di collaboratori che si hanno. Riesce a promuovere e sviluppare i processi di valutazione tra pari?

Si	23
No	19
Talvolta	51
Non Risposto	5
Tot	98



ITEM 23. Un'altra delle competenze del coordinatore tratte dalle linee Guida della federazione IPASVI è quella di identificare i centri di responsabilità e di costo. Viene chiesto ai coordinatori se è uno dei loro compiti.

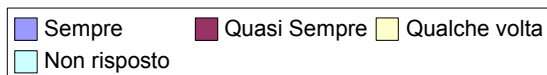
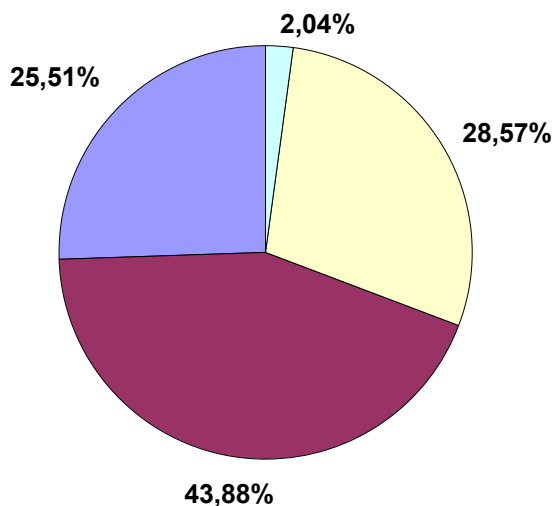
Sempre	25
Quasi Sempre	19
Qualche volta	32
Mai	18
Non Risposto	4
Tot	98



ITEM 24.

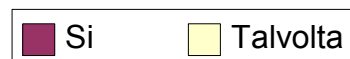
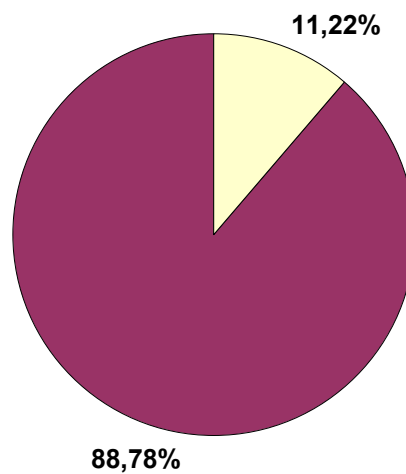
Sia le norme per l'accreditamento istituzionale che quelle per la certificazione di qualità prevedono il miglioramento continuo della qualità. Con l'88,78 % dei coordinatori orientati al miglioramento continuo della qualità, non si capisce perché solo il 25,51 % dei coordinatori, intraprende "sempre" azioni per migliorare la qualità dei servizi/prodotti offerti.

Sempre	25
Quasi sempre	43
Qualche volta	28
Non risposto	2
Mai	0
Tot	98



ITEM 25. E' orientato al Miglioramento continuo di Qualità?

Si	87
No	0
Talvolta	11
Tot	98

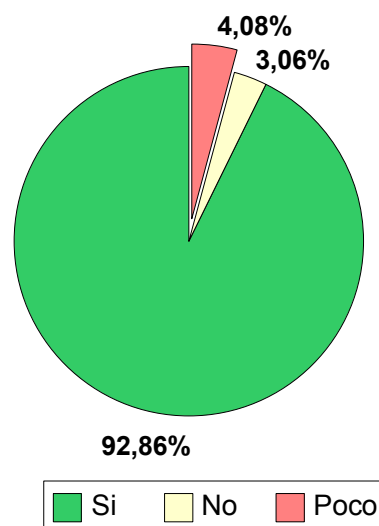


ITEM 26.

Il computer è uno strumento fondamentale per chi deve svolgere attività manageriali e non , oggi tutto è informatizzato. Alla domanda: “Sa utilizzare supporti informatici?”, i coordinatori hanno risposto:

Si	91
No	3
Poco*	4
Tot	98

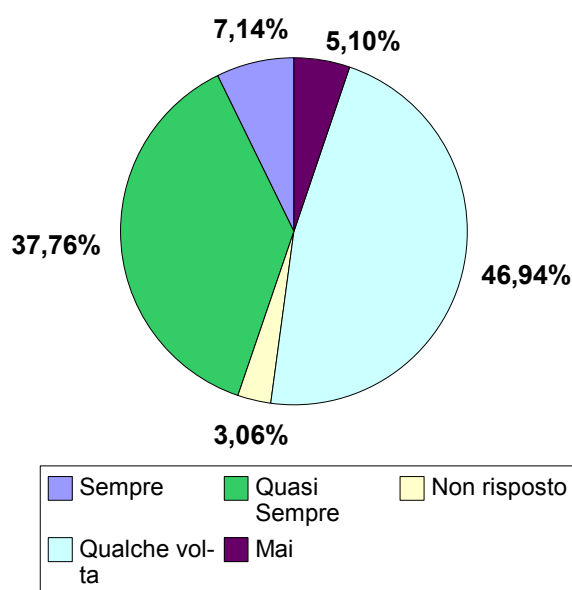
* voce aggiunta da 4 persone



ITEM 27.

Riesce ad organizzare processi tecnici e gestionali attraverso la definizione e diffusione di linee guida?

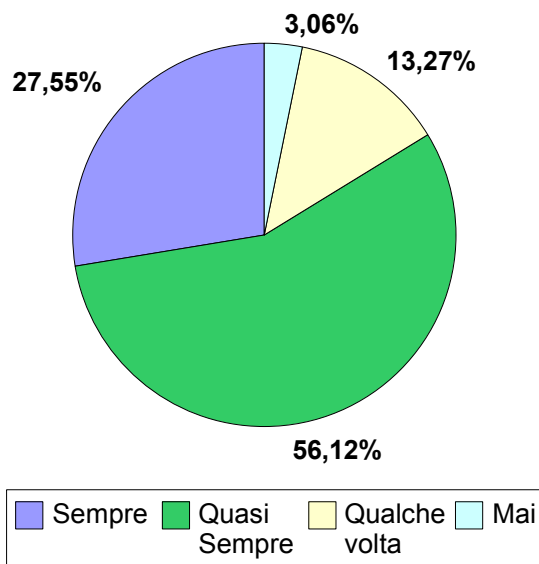
Sempre	7
Quasi Sempre	37
Qualche volta	46
Mai	5
Non Risposto	3
Tot	98



ITEM 28.

Un'altra competenza presa dalle linee guida della federazione IPASVI:
Identifica i suoi bisogni formativi e dei suoi collaboratori?

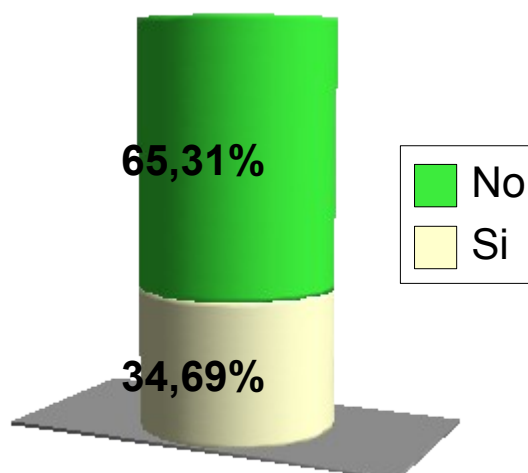
Sempre	27
Quasi Sempre	55
Qualche volta	13
Mai	3
Tot	98



ITEM 29.

Progetta attività di ricerca? Questa attività anche se richiede molto tempo, oltre ad essere stimolante e gratificante per gli operatori coinvolti è anche un preciso dovere di ogni infermiere contemplato nel codice deontologico (3.1).

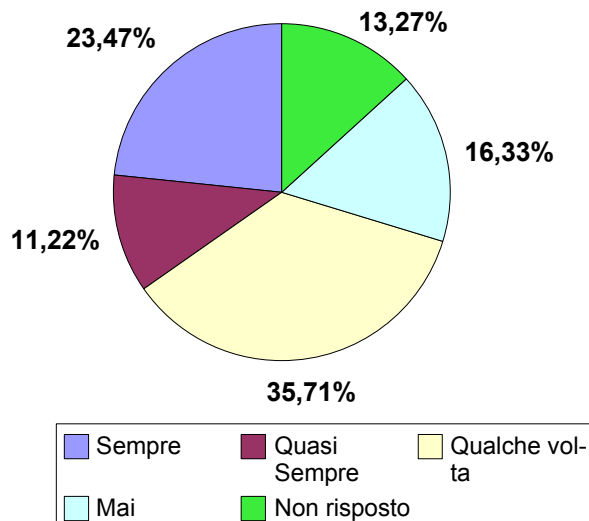
Si	34
No	64
Tot	98



ITEM 30.

A questa domanda: "Svolge attività di preposto?", hanno risposto sempre il 35,71% dei coordinatori e Qualche volta il 23,47%. Nella domanda per un errore non era specificato : "attività di preposto ai sensi del D.Lgs. 626/94", difatti il 13,27 % non ha risposto.

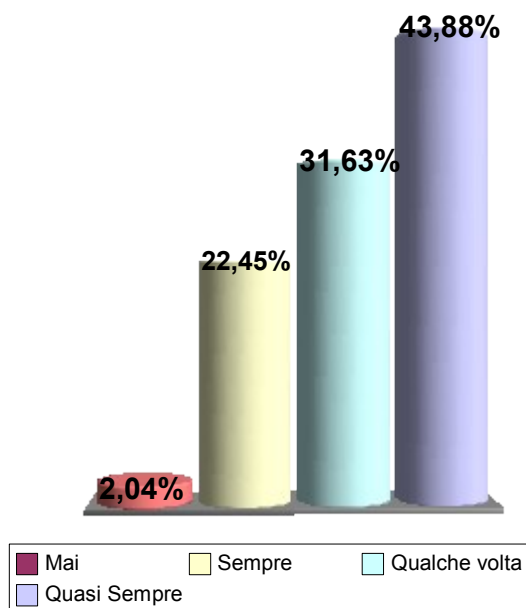
Sempre	23
Quasi Sempre	11
Qualche volta	35
Mai	16
Non Risposto	13
Tot	98



ITEM 31.

Propone o realizza azioni tese a migliorare la soddisfazione dei clienti esterni o interni in termini di qualità ed eticità dei servizi forniti?

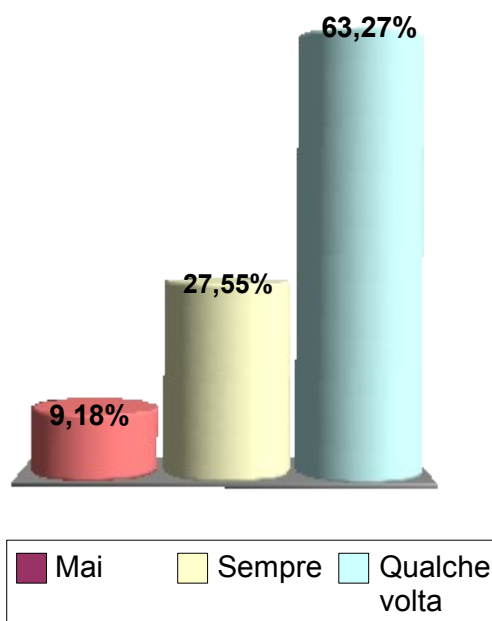
Sempre	22
Quasi Sempre	43
Qualche volta	31
Mai	2
Tot	98



ITEM 32.

Il tempo a sua disposizione le permette di occuparsi efficacemente della gestione delle risorse tecnico-strumentali, dei presidi sanitari e farmacologici ?

Sempre	27
Qualche volta	62
Mai	9
Tot	98



ITEM 33. A questo ultimo item hanno aderito molti coordinatori fornendomi Consigli, Suggerimenti, Commenti, Altro.....:

- *Il ruolo del Coordinatore Infermieristico è molto complesso, occorrono doti e capacità organizzative, di comunicazione, di mediazione, di tolleranza, di conoscenze culturale e tecnica della professione. Bisogna avere una visione allargata dell'organizzazione per vedere tutto il percorso dei processi nei quali si è inseriti. Il Coordinatore è portatore di cambiamento e può contribuire enormemente alla trasformazione in positivo di una Azienda o Struttura nella quale è inserito. E' importante quindi una formazione universitaria e continuativa affinché questo ruolo sia trainante all'interno di un gruppo di lavoro.*
- *Stiamo vivendo una fase di transizione, ricca di cambiamenti e la figura del coordinatore deve avere il tempo per "ritrovarsi" nella nuova organizzazione.*
- *Il questionario risulta sicuramente chiaro, forse troppo legato a un ruolo di coordinatore ideale, Nella realtà invece le cose sono ben diverse ed esistono variabili che bloccano l'iniziativa e le azioni basate su scelte basate su evidenza o su logica. Sei costretto a sottostare a regole imposte e imm modificabili che hanno lo scopo di garantire lo status quo o particolari situazioni su cui non si può mediare ma che si devono accettare, figlie delle solite cose esigenze mediche,*
- *Cercare di creare gruppo.*
- *Essere predisposti a rapportarsi con l'equipe, dare il giusto valore al loro ruolo, essere capaci di imporsi all'amministrazione.*
- *Dare sempre una continuità al lavoro, si ha la responsabilità di un gruppo.*

- *Le segnali due libri" essere leader "d.Goleman ed. Bur, "Le competenze e la valorizzazione del patrimonio umano in sanità" T.Gandini ed. Angeli.*
- *L'attività dei coordinatori competenti, andrebbe adeguatamente monitorata e gratificata dal punto di vista economico.*
- *Al coordinatore sono state date troppe responsabilità, non ha la bacchetta magica per risolvere ogni problema.*
- *Amare il prossimo ed il proprio lavoro e si superano tutte le difficoltà.*
- *Non posso pensare di far parte di un mondo e non impegnarmi a renderlo migliore, almeno provarci. In caso contrario sopravviverei ed io voglio vivere la mia vita anche se questo può portare sofferenza impegno e fatica.*
- *Sicuramente occorre alla scuola per la formazione, più tempo dedicato alla pratica, affiancati a coordinatori già praticanti. Solo la scuola, senza pratica e/o formazione sul campo non è sufficiente.*
- *SERVE UN ADEGUAMENTO DEI COORDINATORI IN LINEA CON LE INNOVAZIONI SANITARIE*
- *Il coordinatore può/deve dare un contributo fondamentale all'interno della sua organizzazione. Deve essere in grado di farlo da ciò di evince che deve essere formato e valutato (sui progetti..), ma soprattutto deve poter avere il tempo di fare ciò che è chiamato a fare (ricoprire il suo ruolo).*
- *non amo i questionari e rispondere e' sempre difficoltoso, perche' non corrispondono alla realta. Vedi analisi delle statistiche, bisogna sempre interpretarli.*
- *le domande con indicate le priorità sono scritte in maniera contorta.*

- *Il questionario non parla dei mezzi di trasmissione delle informazioni e se esiste integrazioni tra i ruoli aziendali e del territorio circostante (condizione per garantire ad un dirigente/coordinatore la ragion d'essere ed operare e far lavorare con il sensi di appartenenza), nel 2006 con la nostra realtà vasta, improvvisare è la realtà per sopravvivere!*
- *“ricorda sempre che la mente è l'orto + bello da coltivare e i pensieri liberi sono il loro frutto migliore”* (DZ, 26genn'06 h.15.⁵⁸)
- *La formazione ha fatto passi da gigante, ma la realtà non va pari passo.*
- *crescere culturalmente, anche se, la legislazione ha fatto dei grandi passi per quanto riguarda il personale infermieristico. La cat. Inf. si sente ancora molto subordinata non solo alla cat medica ma anche nei confronti delle altre figure prof non mediche.*
- *etica che non esiste più, umiltà e rispetto per l'utente*
- *L'impegno per una realtà complessa e articolata dove lavoro, spesso mi crea criticità in quanto non sempre riesco a dare risposte immediate! Rimango sempre molto perplessa di fronte al menefreghismo che gli operatori sanitari (di qualsiasi categoria essi siano) evidenziano nei confronti dei clienti/pazienti). Occorre dare più informazioni e conoscenze sulla gestione del budgetma basta una password per accedere all' area gestione bilanci*
- *Ritengo indispensabile una formazione approfondita anche sugli aspetti legislativi, quindi non solo sugli aspetti “professionali e manageriali”, intese come tecniche di conduzione.*
- *Le risposte in bianco sono tali perché non mi è chiara la domanda. (sesso, età, 3, 20, 22, 23).*

- *Come mai non viene chiesto quale è l'area di lavoro ? C'è molta differenza oggi tra ospedale, territorio, reparti per acuti e post acuti*
- *Caro studente hai fatto bene a frequentare il corso universitario in quanto, come saprai martedì scorso la Camera ha approvato il DDL di unificazione DL1645, 1928, 2159, 3336 . Auguri dalla tua collega R.C.*
- *Non so quanto vi possano essere utili le mie risposte, perché alcune sono un po' estremizzate in quanto le domande sono rivolte ad un Coordinatore Infermieristico e non Tecnico come lo sono io. Ad alcune domande non ho risposto per questo motivo. Grazie comunque!*
- *Non è stata considerata l'importanza dell'attività di benchmarking. Non è stata considerata la grande differenza che esiste tra lavorare in dipartimenti ospedalieri e lavorare sul territorio. In assistenza domiciliare per esempio che oggi rappresenta la possibilità più ampia di sviluppo della professione infermieristica.*

4.2. CONCLUSIONI

Il livello di adesione da parte dei coordinatori contattati è stato alto (82,25 %) e questo indica, oltre alla disponibilità a collaborare per un lavoro di ricerca, anche sensibilità e interesse verso l'argomento oggetto della ricerca stessa. Molti infatti, hanno chiesto di essere informati dell'esito dell'indagine.

Dall'elaborazione dei dati del questionario emerge il profilo di un coordinatore¹ di età compresa dai 41 ai 50 anni, prevalentemente di sesso femminile (84,38 %), che svolge il proprio ruolo ed è nella stessa azienda da più di dieci anni.

Il livello culturale è medio-alto in quanto il 43 % ha conseguito un diploma di maturità quinquennale, il 74,04 % è in possesso del certificato abilitante alle funzioni direttive e poco più della metà (55,06 %) trovano necessaria la formazione Universitaria in Management Infermieristico. Il coordinatore oggi, si sente per il 60,23%, riconosciuto nella veste di professionista competente, “Quasi Sempre” (70,41 %) riesce ad ottenere il consenso dai propri collaboratori e “quasi sempre” (55,01 %) riesce ad essere una guida per gli altri nei momenti di difficoltà. Il coordinatore, ritiene che per dirigere sia fondamentale l'esperienza, non il talento, possedere una buona capacità organizzativa (68,37 %), ma che deve essere supportata da una buona capacità di leadership (61,22 %) e da una preparazione specifica (45,92 %) quest'ultima è ritenuta dal 29.59% dei coordinatori al 1° posto. Ritiene inoltre che per svolgere bene il proprio ruolo sia fondamentale la consulenza e il

¹ Non ho notato divari nelle risposte tra i coordinatori ed i 7 dirigenti che hanno risposto al questionario, se non per il possesso del titolo dirigenziale (DAI, IID, DDSI), per cui di seguito scriverò solo “coordinatore” e non coordinatore/dirigente.

supporto ai singoli collaboratori, anche se il 16.32% ritiene ancora che lo sia l'assistenza diretta. Non meno importante è l'aggiornamento del personale, la gestione del budget e il controllo della qualità.

Nonostante il 46,32 % dei coordinatori si sforzi ad assolvere in maniera adeguata il proprio ruolo, le aziende non mettono loro a disposizione gli strumenti necessari. Infatti, non ci sono sostanziali differenze tra le regioni prese in esame, ma ci sono invece tra i presidi ospedalieri. Inoltre, il 58,62 % dei coordinatori, giudica che l'azienda non ha messo loro disposizione neppure i materiali per far bene il proprio lavoro. Essi, risentono soprattutto della mancanza di:

- Organico infermieristico/risorse umane/OTA e OSS
- Benchmarking con altri coordinatori, e corsi di formazione sulla relazione e comunicazione e gestione del gruppo.
- Un personal computer personale
- Supporto amministrativo e dalla direzione
- un supporto coordinato e continuativo della dirigenza
- ufficio/sala riunioni/ stampante a colori/elenco telefono aziendale
- Interlocutori con l'alta dirigenza
- Spazio fisico/ Strumenti/ Qualità
- Regolamenti aziendali
- Tempo e Motivazione
- Corretti percorsi/ Comunicazione
- Formazione
- Chiarezza di obiettivi

Le tematiche formative che i coordinatori ritengono prioritarie, sono:

1. leadership e gestione dei conflitti (85,39 %),
2. tecniche manageriali (74,15 %)
3. criteri di valutazione del personale (71.91 %)
4. ricerca infermieristica (58,48 %)

5. gestione de budget (56,47 %).

Tali attività erano state prese in considerazione anche nella ricerca di Management infermieristico 1/2001, dalla quale si evinceva che al primo posto vi erano le tecniche manageriali, al secondo la leadership e gestione dei conflitti, al terzo la ricerca infermieristica e al quarto i criteri di valutazione del personale. Risposte comunque molto simili, ciò potrebbe indicare un quinquennio di carenza di formazione manageriale per i coordinatori da parte delle aziende o degli stessi.

I coordinatori sono per la maggior parte (85,71 %), impegnati nel processo di cambiamento/miglioramento delle loro Unità operative.

I lavori a cui si stanno dedicando, sono rivolti soprattutto all'accreditamento istituzionale, allo sviluppo/revisione delle procedure e dei protocolli, alla documentazione infermieristica, all'inserimento dei nuovi operatori e all'organizzazione dell'attività infermieristica. Nonostante questo impegno, solo il 5,1 % sta trasformando il modello assistenziale, che purtroppo, è per il 36,11% ancora per compiti. Per quanto riguarda le competenze manageriali previste dalle linee guida I.P.A.S.V.I. per i Master Universitari per le funzioni di coordinamento, i coordinatori oggi, non sono coinvolti per 61,22 % nel progettare o gestire un sistema premiante, per il 40,82% i coordinatori non sanno attuare in modo adeguato politiche di programmazione sanitaria. Anche se la maggior parte dei coordinatori possiede il certificato A.F.D., formazione che senza opportuni aggiornamenti, risulta oggi obsoleta per il nuovo panorama sanitario.

Il processo di valutazione tra pari risulta difficoltoso per il 52,04 % dei coordinatori, difatti nelle attività che creano maggiori problemi, al primo posto hanno scelto la gestione delle relazioni interpersonali e dei conflitti (59,60 %). L'attività di ricerca infermieristica è un problema per il 38,75 %, difatti il 65,31 % dei coordinatori non

progetta detta attività. L'attività amministrativa invece è un problema per il 41,84 % e per il 32,65 % lo è il controllo della qualità e la gestione del budget.

Un altro grosso problema è il tempo, per organizzare in modo efficiente le risorse umane a loro disposizione, solo il 45,92 % trova “quasi sempre” il tempo necessario, e il 44,90 % lo trova “qualche volta” per curare il lavoro nei minimi dettagli. Una buona percentuale di coordinatori, l' 88,78 % è orientato al miglioramento della qualità, ma solo il 25,51 % intraprende azioni per migliorarla. (quasi sempre 43,88 %). Solo per il 32,58 % dei coordinatori, “qualche volta” è un loro compito identificare i centri di responsabilità e di costo.

Con l'aumentare delle conoscenze scientifiche, con l'avvento delle E.B.N. (evidence based nursing) e delle E.B.C.H (evidence based health care) tutti i processi di lavoro sanitari dovrebbero essere basati esclusivamente sulla scientificità di metodo attraverso la diffusione e l'utilizzo di linee guida². Purtroppo solo il 47,19 %, qualche volta (sempre il 7,87 %) organizza processi tecnici e gestionali attraverso la definizione e diffusione di linee guida.

Il coordinatore, normalmente controlla il piano di lavoro e ne individua eventuali azioni correttive (55,10 %) e “Quasi Sempre” riesce a valorizzare le attitudini e competenze altrui (59,55 %).

Con l'introduzione obbligatoria delle E.C.M, il coordinatore, dovrebbe sempre identificare i suoi bisogni formativi e dei suoi collaboratori, per poter organizzare corsi mirati (es. E.C.M on the job) e utili sia alla crescita professionale che alla formazione permanente, ma solo il 26,98% lo fa “sempre” (56,12 % quasi sempre).

Non so come interpretare le risposte alla domanda numero 30 “svolge attività di preposto”, dato che in questa, purtroppo, per errore, ho

² www.evidencebasednursing.it

omesso di specificare che la sudetta figura si riferiva all'attività di preposto ai sensi del D.Lgs. 626/94”.³

Mi pare comunque, che a proposito delle risposte date alla domanda di cui sopra, possano essere date le seguenti interpretazioni :

- chi ha risposto “sempre”: forse ha inteso giustamente ai sensi del D.Lgs 626/94, oppure, ha inteso il significato di “preposto” che si trova nel vocabolario della lingua italiana "chi è posto a capo di un organo o ufficio".
- Chi ha risposto mai, forse ha inteso che la funzione di preposto viene svolta da altre figure.
- .. e chi ha risposto invece qualche volta?

E' interessante notare come un errore in un quesito abbia messo in evidenza una debolezza di questa figura professionale, infatti in altri campi sarebbe difficile che figure di tipo manageriale, rispondessero con tali percentuali (c.a. 86%) ad una domanda non propriamente formulata. Infatti l'unica risposta corretta è quella di chi non ha risposto, ha richiesto delucidazioni, oppure ha correttamente specificato 626/94.

Il coordinatore oggi, deve saper assumere il ruolo di *coach* nei confronti dei suoi collaboratori, allo scopo di ottenere un gruppo di lavoro motivato, agendo anche attraverso l'*empowerment* e l'utilizzo di nuovi modelli organizzativi dell'attività infermieristica. Per poter riuscire in questo intento il coordinatore deve possedere conoscenze e competenze specifiche che consentano l'esercizio di una leadership positiva e l'utilizzo di una comunicazione assertiva e che, dipendono tanto da caratteristiche personali, quanto da una formazione sistematica,

³ Il coordinatore esercita un'azione di sorveglianza e controllo dell'attività lavorativa nell'ambito della sicurezza ed igiene del lavoro.”

mirata ed adeguata in grado di trasformare doti naturali in competenze professionali. Tale considerazione, alla fine riconduce alla nostra ipotesi iniziale, questa volta confermandola. Anche se non esiste una "sovrapposizione" dei ruoli di fatto gli infermeri non si occupano sempre, come invece dovrebbero, della gestione dell'organizzazione clinica, vi è comunque una "confusione" dei ruoli alimentata da una mancanza di formazione adeguata che a quanto pare non riguarda solo il coordinatore ma anche i suoi collaboratori e del resto è stato ampiamente ribadito come la professionalizzazione passa inevitabilmente attraverso alla formazione.

4.3. CONSIDERAZIONI PERSONALI

Mentre scrivo i risultati della presente tesi, il Parlamento ha finalmente (visto che disegno legge è stato proposto nel 2002) approvato il 25 gennaio 2006, il disegno legge 1645, il cui titolo è " 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".

Il Governo è delegato ad adottare, entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, uno o più decreti legislativi al fine di istituire, per le professioni sanitarie i relativi ordini professionali, e di trasformare i collegi professionali esistenti in ordini professionali.

All' Art.6, vi è l' *Istituzione della funzione di coordinamento*:
L'esercizio della funzione di coordinamento è espletato da coloro che siano in possesso dei seguenti requisiti:

a) *master* di primo livello in *management* o per le funzioni di coordinamento nell'area di appartenenza, rilasciato ai sensi dell'articolo 3, comma 8, del regolamento di cui al decreto del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica 3 novembre 1999, n. 509, e dell'articolo 3, comma 9, del regolamento di cui al decreto del Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca 22 ottobre 2004, n. 270;

b) esperienza almeno triennale nel profilo di appartenenza.

Il certificato di abilitazione alle funzioni direttive nell'assistenza infermieristica, incluso quello rilasciato in base alla pregressa normativa, è valido per l'esercizio della funzione di coordinatore.

Ritengo la presente "legge" (a oggi non è ancora stata pubblicata sulla G.U.)⁴ un grande traguardo per tutti coloro che, come noi intendono mettere a frutto le competenze acquisite nel Master di 1 livello per le funzioni di coordinamento. Esprimo inoltre l'augurio che le aziende sanitarie possano mettere a disposizione dei coordinatori senza specifica formazione, corsi di aggiornamento che li pongano nella condizione di "gestire il cambiamento".

La maggior parte delle organizzazioni sanitarie, però, non riesce ad andare a pari passo con la formazione, in quanto vi sono ancora grosse discrepanze del "nuovo sapere" dal "vecchio fare", in alcuni casi vi sono invece lacune formative, innovative e strutturali.

Per comprendere l'importanza dei processi formativi non è necessario guardare tanto avanti ma è sufficiente leggere la nostra storia:

"Il mondo, e in special modo quello ospedaliero, è in movimento così rapido che è troppo facile prendere, senza accorgersene, delle cattive abitudini; è ancor più facile lasciar trascorrere il tempo senza esserci proposte un vero programma di autoformazione. Dopo tutto, la formazione che ci viene data non ha che un unico scopo: insegnarci a formare noi stesse, ad osservare, a pensare".

1873, Florence Nightingale

⁴L'articolo 73 della nostra Costituzione prevede che le leggi siano pubblicate subito dopo la promulgazione (che avviene entro un mese dall'approvazione) e che entrino in vigore il quindicesimo giorno successivo alla pubblicazione

4.3.RINGRAZIAMENTI

Desidero ringraziare TUTTI coloro che hanno collaborato alla realizzazione della mia tesi.

In particolare, la mia relatrice la Prof.ssa DAI Meris Fiamminghi, per la pazienza ed il tempo dedicatomi.

La Prof.ssa DDSI Sabrina Maioli, per il suo aiuto nella distribuzione e ritiro dei questionari nella sua azienda (Poliambulanza), ma soprattutto per i suoi "endemici" e preziosi consigli. Grazie per essere stata "Musa" ispiratrice e maggiore sostenitrice del mio percorso formativo/professionale.

Il Prof. DAI Mauro Taglioni per la sua disponibilità e come esempio dell'ottima organizzazione, innovazione ed efficienza del presidio ospedaliero che dirige (S.I.T.R.A. Fo); le coordinatrici Paglionico e Boghi per il tempo dedicatomi e la speciale cortesia nella distribuzione e ritiro dei questionari.(Fo, Ra)

La dirigente IID Ivana Barlati, che con gentilezza e tempestività, ha risolto "il problema dei questionari" nella sua azienda.(Ra)

Il Tecnico di Laboratorio Giorgio Maioli per l'aiuto nella distribuzione e ritiro dei questionari nell'azienda di Gavardo.

I colleghi del Master, Ostetrica Dipietro Laura che si è attivata per aiutarmi nella distribuzione e raccolta via e-mail dei questionari nell'Azienda di Trieste, e l'Infermiere Luca Vanturini che si è reso disponibile a mettere on line il mio questionario (sul sito www.chittalink.it, via web, purtroppo non ha aderito nessuno).

Il Prof. Dott. DAI Gianni Bagni, che durante il corso, ci ha sostenuto trasmettendoci grande motivazione, aiutandoci sempre a raggiungere gli obiettivi prefissati del Master.

BIBLIOGRAFIA :

- W. Levati “Il modello delle competenze” ed. Franco Angeli.2005
- M.Buckingham C.Coffman “Primo: rompere le regole” ed. Baldini Castoldi Dalai.2004
- M.Bergamaschi “L'organizzazione nelle aziende sanitarie “ Mc Graw Hill.2002
- C.Calamandrei “La dirigenza Infermieristica” Mc Graw Hill.2002
- Linee guida per il Mater di primo livello “Management infermieristico per le funzioni di Coordinamento” Federazione IPASVI. 2001
- P. Rocchetti, il contributo dei caposala nel processo di cambiamento - presentazione dei risultati della ricerca svolta a livello nazionale. In: Atti del V congresso nazionale Rimini, 1995, p. 41
- C.Calamandrei, L.D'Addio, Commento al nuovo codice deontologico dell'infermiere, McGraw-Hill, Milano 1999, cap. 7.
- L. D'Addio, Il nuovo Codice Deontologico dell'infermiere: implicazioni per coordinatori e dirigenti infermieristici, in: Management Infermieristico, rivista n. 3/1999, Lauri Edizioni, Milano.
- "Razionalizzazione dell'organizzazione delle amministrazioni pubbliche e revisione della disciplina in materia di pubblico impiego".
- D.M. 739/94, art.1, comma3: "l'infermiere: Partecipa all'identificazione dei bisogni di salute della persona e della collettività; identifica i bisogni di assistenza infermieristica della persona e della collettività e formula i relativi obiettivi;

pianifica, gestisce e valuta l'intervento assistenziale infermieristico; garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico terapeutiche (...)"

- G. Pontello, Management infermieristico organizzare e gestire i servizi infermieristici negli anni 2000, Masson, Mi, 2002, op. cit. pag II e 12, op. cit.cap. 3.
- "Determinazione degli standard del personale ospedaliero", G.U. n° 225 del 24/9/88.
- M. Cantarelli M., prefazione in: G. Pontello: Management infermieristico organizzare e gestire i servizi infermieristici negli anni 2000, Masson, Milano 2002.
- "Il processo di professionalizzazione degli infermieri un 'analisi sociologica", in: Guida all'Esercizio Professionale per il Personale Infermieristico, Tecnico-sanitario e della Riabilitazione, C.G. Edizioni Medico Scientifiche, Torino 1990, cap. XV.
- G.P. Quaglino/S. Casagrande: gruppo di lavoro lavoro di gruppo un modello di lettura della dinamica di gruppo una proposta di intervento nelle organizzazioni, Raffaello Cortina Editore, 1993.
- A. De Santi/I. Simeoni : I gruppi di lavoro nella sanità comunicazione efficace, gestione dei conflitti, leadership, Carrocci-Faber, 2003, cap. 3.
- L. Sasso "Il master in management infermieristico per le funzioni di coordinamento", in: Management infermieristico, rivista n. 4/200 1, Lauri Edizioni, Milano.
- Il Galoppini P., Peroni A., Il management intermedio: la figura del caposala tra passato e futuro. In: Management infermieristico, rivista n. 3/200 1, Lauri Edizioni, Milano.
- M. Bergamaschi, L'organizzazione nelle aziende sanitarie,

McGraw-Hill, Milano, 2000, pag 113.

- E. Auteri, Management delle risorse umane, Guerrini e associati -terza edizione, 2001.
- F. De Bartolomeis, "La ricerca come antipedagogia", La nuova Italia Editrice, Firenze 1993, pp. 77
- C. Calamandrei/C. Orlandi, "Caposala: risultati di un 'indagine", in: Management Infermieristico, LAURI Edizioni, Milano, n. 1/2001, pp. 8 – 19.
- G. Pellicciari, G. Tinti: "Tecniche di ricerca sociale", Franco Angeli Editrice, Milano, 1986, pag.244.
- Linee guida per un progetto di laurea specialistica. Federazione IPASVI, 2002.
- Kim Manley A conceptual framework for advanced practice an action research project operationalizing an advanced practitioner/consultant nurse role. Journal of Clinical Nursing, 1997, vol 6 pag. 179-190.

Sitografia:

- www.infermierionline.it
- www.ausl.ra.it
- www.burlo.trieste.it
- www.ausl.fo.it
- www.ancelle.org/poliambulanza/welcome.html
- www.aod.it
- www.senato.it

	JOB DESCRIPTION COORDINATORE INFERMIERISTICO Preposto ai sensi del D.Lgs. 626/94	S/JD...REV.0 pag 1/2
--	---	---

Interfaccia a MONTE	Interfaccia a Valle	Rapporto Funzionale
Direttore Sanitario Direttore Infermieristico	I.P. OSS/OTA	RAQ/Uff. e Servizi coinvolti nella programm. dell'attività

Criteri di selezione:

Laureato in scienze infermieristiche in possesso di *master* di primo livello in *management* per le funzioni di coordinamento nell'area di appartenenza, rilasciato ai sensi dell'articolo 3, comma 8, del regolamento di cui al decreto del MURST 3 novembre 1999, n. 509; con un'esperienza almeno triennale nel profilo di appartenenza. Oppure, Infermiere in possesso di certificato di abilitazione a funzioni direttive secondo la normativa antecedente al 1999 e che dimostri capacità di programmazione per obiettivi, indirizzo e coordinamento dell'assistenza infermieristica. (DDL 1645 del 25/01/06)

Ruolo professionale:

Responsabilità dell'organizzazione del lavoro e del suo corretto svolgimento attuata mediante processi di MANAGEMENT che sono:

Programmazione: selezionare gli obiettivi strategici, definire le attività, sviluppare piani mirati e dettagliati, riconoscere e valutare i fattori presenti e futuri che possono condizionare il raggiungimento delle mete stabilite.

Organizzazione: stabilire qualifiche, descrivere posizioni, l'impiego e valutazione delle risorse umane e tecnologiche, progettare strutture organizzative e relazioni umane per il conseguimento del risultato.

Direzione: coordinare, delegare, motivare, gestire i cambiamenti. Raggiungere gli obiettivi attraverso le persone, guidare il gruppo verso le mete. Creare una leadership come guida finalizzata all'obiettivo e coordinamento mediante ottimizzazione della collaborazione tra le diverse figure professionali volta a favorire la massima efficacia dell'approccio multidisciplinare al processo di cura.

Formazione: sviluppare al massimo le potenzialità degli operatori nello svolgimento del proprio ruolo professionale, favorire il cambiamento degli atteggiamenti di fronte a condizioni organizzative e sociali che vanno rapidamente modificandosi, rafforzare il senso di appartenenza degli operatori al sistema e di aderire agli obiettivi formulati dal vertice strategico, stimolare riflessioni e confronti.

Controllo: stabilito l'obiettivo, fare delle verifiche periodiche con l'apporto se necessario di adeguate correzioni.

REDAZIONE			VERIFICA			APPROVAZIONE		
Funzione	Data	Visto	Funzione	Data	Visto	Funzione	Data	Visto
	feb 2006	Elena Maioli						

	JOB DESCRIPTION COORDINATORE INFERMIERISTICO Preposto ai sensi del D.Lgs. 626/94	S/JD...REV. 0 pag 2/2
--	---	--

Il coordinatore, Esercita un'azione di sorveglianza e controllo dell'attività lavorativa nell'ambito della sicurezza ed igiene del lavoro.

Competenze

Gestire persone e relazioni, Gestire il budget, Gestire informazioni e comunicare, Gestire processi, progetti e valutazioni, Gestire la ricerca.

Necessità di formazione:

In funzione del conseguimento del numero minimo di crediti formativi previsti per il mantenimento della qualifica (E.C.M., d.lgs n. 502/92, d.lgs n. 229/99 e successivi provvedimenti del ministero della salute), partecipa a corsi, convegni e seminari, sia interni sia esterni all'azienda attinenti a tematiche organizzative e problematiche sanitarie specifiche per il proprio profilo professionale, programmando le sue attività di aggiornamento e formazione.

Allegati:

lista delle **COMPETENZE DELL'INFERMIERE CON FUNZIONE DI COORDINAMENTO IN AREA INFERMIERISTICA**

REDAZIONE			VERIFICA			APPROVAZIONE		
Funzione	Data	Visto	Funzione	Data	Visto	Funzione	Data	Visto
	feb 2006	Elena Maioli						

COMPETENZE DELL' INFERMIERE CON FUNZIONE DI COORDINAMENTO IN AREA INFERMIERISTICA

(dalle linee guida della federazione IPASVI 2001 per l'attivazione dei Master in
Management Infermieristico)

Gestire persone e relazioni:

- Definire la missione la vision del Servizio coordinato in coerenza con quelli dell'Azienda
- Promuovere identità e senso di appartenenza al Servizio" coordinato e all'Azienda
- Valorizzare attitudini, competenze, impegno e risultati
- Coinvolgere i collaboratori nella costruzione dei progetti
- Gestire un sistema premiante orientato alla qualità esplicitandone i criteri
- Preparare e condurre riunioni e gruppi di lavoro
- Promuovere e pianificare la formazione permanente orientata alla qualità
- Gestire direttamente momenti formativi specifici
- Gestire relazioni interpersonali e conflitti, negoziare, presidiare il clima
- Costruire e mantenere una rete di relazioni esterne al Servizio coordinato
- Promuovere e sviluppare processi di valutazione tra pari
- Gestire quanti/ qualitativamente la dotazione organica
- Promuovere lo sviluppo professionale e di carriera dei collaboratori
- Collaborare con i dirigenti infermieristici per sviluppare linee strategiche aziendali
- Attribuire compiti, responsabilità, poteri e risorse valutando attitudini, competenze e motivazione.
- Verificare le risorse disponibili

Gestire il budget:

- Identificare i centri di responsabilità e di costo
- Identificare tipologia e costi delle risorse strumentali e ambientali nel Servizio coordinato .Utilizzare le risorse applicando criteri di costo/efficacia
- Valutare la congruità delle risorse In rapporto ai risultati conseguiti
- Collaborare alla definizione degli obiettivi di budget con criteri di qualità coerenti con il piano strategico
- Collaborare alla Negoziazione del budget del servizio coordinato
- Monitorare processi e risultati
- controllo dell'attività lavorativa nell'ambito della sicurezza ed igiene del lavoro.

Gestire informazioni e comunicare

- Rendere omogenei e comprensibili a tutti il linguaggio e i modelli di analisi dell'organizzazione utilizzati nel Servizio coordinato
- Diffondere vision e mission del Servizio coordinato garantendone la coerenza con quelli aziendali
- Impostare il sistema informativo del Servizio coordinato garantendone la coerenza con quello aziendale e orientandolo alle finalità di ruolo e al Miglioramento Continuo di Qualità (MCQ)
- Analizzare e interpretare la domanda relativa al Servizio coordinato
- Valutare e utilizzare informazioni finalizzate alla gestione organizzativa e

tecnica del Servizio coordinato

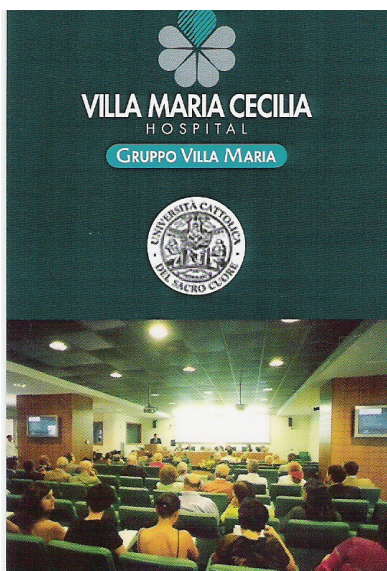
- Identificare e proporre soluzioni ai problemi organizzativi del Servizio coordinato
- Fornire consulenza di processo ai collaboratori orientandolo al miglioramento di qualità
- Identificare definire il ruolo degli interlocutori del Servizio coordinato (esterni ed interni all'Azienda) in base agli obiettivi di salute della comunità *a* alla mission.
- Verificare i processi di comunicazione tra Servizio coordinato e i propri interlocutori
- Collaborare alla costruzione della Carta dei Servizi del Servizio coordinato curandone l'aggiornamento e la pubblicizzazione
- Condurre strategie di comunicazione appropriate agli obiettivi e agli interlocutori
- Impostare e gestire un sistema di supporto per l'accesso all'informazione tecnico-scientifica
- Organizzare i processi tecnici e gestionali attraverso la definizione e la diffusione di linee guida di buona qualità.
- Definire ed esplicitare criteri, indicatori e standard di riferimento e livelli soglia accettabili .

Gestire processi, progetti e valutazioni

- Individuare e selezionare problemi in base a criteri di buona qualità
- Identificare la domanda, gli output, gli outcomes del Servizio coordinato
- Selezionare le priorità tra problemi utilizzando tecniche di comparazione costo/risultato
- Formulare progetti operativi rispondenti a criteri di buona qualità di tutte le componenti
- Individuare risorse disponibili o rinegoziabili nel contesto
- Identificare tra quelle disponibili o negoziabili nel contesto, le tecnologie appropriate per la soluzione di problemi pertinenti al mandato
- Effettuare valutazioni di struttura, di processo e di risultato utilizzando criteri espliciti .
- Identificare i bisogni formativi propri e dei propri collaboratori.
- Progettare e valutare percorsi formativi.
- Valutare l'impatto delle attività formative promosse/realizzate

Gestire la ricerca:

- Progettare attività di ricerca.
- Individuare i campi di ricerca pertinenti alle finalità del servizio Coordinato.
- Gestire le procedure di consultazione di agenzie che finanziano attività di ricerca;
- Impostare e gestire una funzione di supporto per la consulenza tecnico-scientifica;
- Promuovere l'ingresso del servizio coordinato in reti di ricerca; individuare canali di pubblicazione delle ricerche effettuate.



Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma
in collaborazione con
Villa Maria Cecilia Hospital di Cotignola (Ravenna)

MASTER IN MANAGEMENT INFERMIERISTICO PER LE FUNZIONI DI COORDINAMENTO
ANNO ACCADEMICO 2004-2005

DISCUSSIONE DELLE TESI E ASSEGNAZIONE DEI DIPLOMI

Aula Magna - Area Convegni
Villa Maria Cecilia Hospital
Ospedale Privato di Alta Specialità Accreditato con il S.S.N.

Venerdì 17 febbraio 2006
Dalle ore 8.30 Discussione delle Tesi
Dalle ore 16.30 Consegna dei Diplomi

Per informazioni: Gianni Bagni: tel. 0545 217448 • Morena Golnelli: tel. 0545 217310
Si ringraziano fin da ora tutti coloro che vorranno essere presenti.

