

Sviluppo di uno strumento di mappatura delle competenze infermieristiche in un'azienda ospedaliera universitaria

**Franca Pinelli¹, Francesca Braschi², Rossana Marilli³, Luca Pietrini⁴, Luca Ermini⁵,
Francesco Cichero⁶, Laura Lumachi⁷, Yari Longobucco⁸, Paolo Iovino⁹, Stefano Bambi¹⁰,
Laura Rasero¹¹, Angela Brandi¹²**

¹Infermiere con Infermiere con Incarico di Funzione “Mappatura delle competenze”, Dipartimento delle professioni infermieristiche e ostetriche, AOU Careggi, Firenze, Italia

²Infermiere con Incarico di Funzione “Sviluppo dei profili di ruolo in ambito assistenziale”, Dipartimento delle professioni infermieristiche e ostetriche, AOU Careggi, Firenze, Italia

³Infermiere con Infermiere con Incarico di Funzione “Processi di sviluppo professionale e coordinatore staff dipartimentale”, Dipartimento delle professioni infermieristiche e ostetriche, AOU Careggi, Firenze, Italia

⁴Infermiere con Infermiere con Incarico di Funzione “Responsabile di linea degenze area medica”, Dipartimento delle professioni infermieristiche e ostetriche, AOU Careggi, Firenze, Italia

⁵Infermiere con Infermiere con Incarico di Funzione “Sviluppo del sistema documentale in ambito assistenziale”, Dipartimento delle professioni infermieristiche e ostetriche, AOU Careggi, Firenze, Italia

⁶Infermiere strumentista, AOU Careggi, Firenze, Italia

⁷Dirigente Piattaforma blocchi operatori, AOU Careggi, Firenze, Italia

⁸Ricercatore, Dipartimento Scienze della salute, UNIFI, Firenze, Italia

⁹Ricercatore, Dipartimento Scienze della salute, UNIFI, Firenze, Italia

¹⁰Professore associato, Dipartimento Scienze della salute, UNIFI, Firenze, Italia

¹¹Professore Associato, Dipartimento Scienze della salute, UNIFI, Firenze, Italia

¹²Direttore Dipartimento delle professioni infermieristiche e ostetriche, AOU Careggi, Firenze, Italia

Corrispondenza: pinellifr@aou-careggi.toscana.it

INQUADRAMENTO GENERALE

Ad oggi, l'economia della conoscenza (*knowledge based-economy*), definita come l'utilizzo delle informazioni per generare valore e trasferimento della stessa (Nikoloski, 2016), è da considerarsi un bene intangibile capace di generare competenze e quindi valore, innovazione e maggiore produttività (Gabrielli, 2016). Pertanto, ciò che fa la differenza tra un'azienda e il suo competitor è il capitale umano inteso come insieme di conoscenze, capacità, abilità, know-how ed expertise delle persone che ne fanno parte. Strettamente correlato al concetto di *knowledge based-economy* è quello di *knowledge management*, ad indicare l'insieme di processi, metodi e strumenti adottati al fine di creare, sviluppare, applicare e diffondere la conoscenza (Gabrielli, 2016).

Il mondo sanitario è un sistema complesso, dinamico, in rapida evoluzione e, pertanto, incerto, anche a causa dei cambiamenti demografici, epidemiologici, sociali, tecnologici ed economici. L'invecchiamento e le comorbilità della popolazione, l'immigrazione e la crisi economica esacerbata ulteriormente dalla pandemia da COVID-19 ne delineano i determinanti di salute (Maciocco, 2009).

Tra le numerose definizioni disponibili del termine “*competenza*”, applicabili al mondo sanitario ed in particolare all'infermieristica, è importante citare quelle che si orientano maggiormente a definire i domini delle conoscenze, abilità e comportamenti e quelle che hanno la capacità di influenzare le performance dei professionisti e della

azienda di cui fanno parte. In base a tali caratteristiche, Spencer e Spencer (1995) definiscono la competenza “come un insieme di caratteristiche intrinseche di un individuo, causalmente correlate a una performance, riferita a un criterio, efficace o superiore nella mansione svolta”. Patricia Benner (2003) definisce: “la competenza clinica in particolare, [che] è considerata l'adeguatezza funzionale in uno specifico contesto di pratica dove sono gestiti i problemi dei pazienti”. Infine, il Nursing and Midwifery Board of Australia classifica le competenze come una “combinazione di abilità, conoscenze, atteggiamenti, valori ed abilità, le quali sostengono una performance efficace e/o superiore in un dato ambito professionale/occupazionale” (Australia, 2010). Essendo la competenza una dimensione non statica, l'infermiere deve mantenere la stessa dinamicità nell'acquisizione, consolidamento e sviluppo delle competenze necessarie nel contesto in cui agisce professionalmente.

Mappare le competenze in un determinato setting assistenziale significa rilevare il livello di competenze possedute nel team di infermieri. Questo è il prerequisito per poter misurare l'eventuale gap esistente tra gli interventi assistenziali effettivamente attuati e ciò che viene raccomandato dalle evidenze per rispondere adeguatamente agli specifici bisogni di salute e di assistenza infermieristica.

La mappatura e valutazione delle competenze rappresenta un tema attuale, essendo strumento del management (*management per competenze*) adottato dal mondo del lavoro in generale, e che ben si adatta ai professionisti sanitari. Una gestione delle risorse umane che tenga conto delle loro competenze consente di promuovere carriere dinamiche per i professionisti più meritevoli, favorendo l'accrescimento e l'attrattività delle aziende sanitarie in una logica di “*employer branding*”, ovvero di identificazione dell'azienda come luogo di lavoro interessante e accattivante per i potenziali candidati, dipendenti e, successivamente, per i fruitori del servizio sanitario. La realizzazione di tutto ciò porterà ad un miglioramento della qualità dell'assistenza erogata e conseguentemente degli esiti sui pazienti.

Il Decreto Ministeriale (DM) 8 maggio 2018 (Presidenza del Consiglio dei Ministri Dipartimento della Funzione Pubblica, 2018) ha focalizzato l'attenzione sulla gestione delle risorse umane esortando l'abbandono della filosofia della semplice sostituzione numerica del personale in uscita (approccio quantitativo), in favore del reintegro delle competenze (approccio qualitativo) secondo un modello organizzativo centrato sulla specificità delle conoscenze, qualità delle prestazioni e motivazione verso il servizio. Il focus di questo approccio, pertanto, si sposta da “*cosa viene fatto*” al “*come viene fatto*” ponendo l'accento alle conoscenze, e alle capacità tecniche e comportamentali del singolo professionista, che sono ritenute scientificamente necessarie per svolgere il proprio ruolo in modo efficace ed efficiente all'interno delle organizzazioni.

Le Linee di indirizzo per l'individuazione dei nuovi fabbisogni da parte delle Amministrazioni Pubbliche emesse nel 2022 (Ministero della Pubblica Amministrazione, 2022), integrano la visione prospettata dal DM 8 maggio 2018 e fanno emergere l'importanza dei profili di ruolo basati su competenze professionali distintive, la cui declinazione si articola in conoscenze, abilità e comportamenti che definiscono i professionisti e le singole posizioni all'interno delle organizzazioni. Le stesse Linee di indirizzo forniscono una serie di definizioni che rendono attuale la tematica studiata, tra cui spiccano le seguenti:

- Profilo professionale: è l'insieme delle attività e caratteristiche che riempiono di contenuto la definizione di una figura professionale.
- Profilo di ruolo: è la descrizione delle finalità, responsabilità e competenze che caratterizzano un determinato ruolo.
- Profilo di competenza: insieme delle competenze necessarie per svolgere un determinato ruolo, descritte rispetto ad un modello di riferimento.
- Competenze: è l'insieme di conoscenze, capacità tecniche e capacità comportamentali.

La Regione Toscana, già nel 2021, aveva recepito quanto proposto dal DM 8 maggio 2018 e tutto ciò che risultava propedeutico all'attuazione del PNRR (CDM, 2021), emanando la Delibera n. 716 “Piano di azione per l'introduzione del modello delle competenze nella gestione delle risorse umane all'interno del servizio sanitario regionale” (Direzione Sanità, Welfare e Coesione Sociale, 2021). Al fine di rendere operativo quanto definito, la Regione ha invitato le aziende sanitarie e ospedaliere a costituire gruppi di lavoro per procedere alla prima fase di mappatura delle competenze, cui avrebbe fatto seguito l'attuazione di progetti orientati allo sviluppo professionale e alla formazione necessaria per colmare il gap tra le competenze auspiccate e quelle effettivamente possedute.

L'Azienda Ospedaliera Universitaria Careggi di Firenze, ha dato attuazione alle indicazioni della Delibera Regionale introducendo il Progetto n. 23: “*Analisi e mappatura delle competenze*”, all'interno dei percorsi progettuali di miglioramento denominati “*TOP 30 X Careggi*”. Il progetto ha previsto tre sottogruppi di lavoro, uno dei quali

specificatamente dedicato all'analisi e mappatura delle competenze dell'infermiere strumentista, dell'infermiere dei Day Hospital e Ambulatori oncologici ed oncoematologici.

Il progetto si è articolato in più fasi sequenziali: (a) individuazione di un modello e di una cornice concettuale per la definizione dei livelli di competenza del personale infermieristico; (b) costruzione di uno strumento di auto ed etero-valutazione per le competenze; (c) percorso di validazione dello strumento; (d) implementazione dello strumento; (e) sperimentazione del modello di gestione del personale per competenze. In considerazione del fatto che la validazione definitiva dello strumento è ancora in corso, il presente articolo riporta l'esperienza del gruppo di lavoro di AOUC relativa ai primi due step del progetto.

CONTESTUALIZZAZIONE DELL'ESPERIENZA

Contesto di studio

L'esperienza si è concretizzata nell'Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi (AOUC) di Firenze.

Gruppo lavoro

Il gruppo di lavoro si è costituito nell'agosto 2022 e ha compreso infermieri provenienti da esperienze lavorative diversificate, allo scopo di mettere a disposizione le specifiche conoscenze per l'elaborazione del progetto. I componenti del gruppo, quindi, sono stati un infermiere strumentista esperto di sala operatoria, e cinque infermieri con incarico di funzione in ambito di innovazione organizzativa ed assistenziale, sviluppo delle competenze e dei profili di ruolo, sviluppo professionale e gestione del personale. Del gruppo ha fatto parte anche il gruppo dirigenziale della piattaforma Blocchi Operatori.

Cornice concettuale

Primo step affrontato dal gruppo di lavoro è stato quello di effettuare una revisione della letteratura per individuare modelli teorici in grado di descrivere e misurare le competenze professionali dell'infermiere e per conoscere le esperienze di altri contesti di lavoro in ambito sanitario.

Sono state consultate banche dati scientifiche quali CINAHL, PUBMED, e GOOGLE SCHOLAR ed è stata, inoltre, condotta una ricerca su Google Chrome per individuare documenti prodotti da aziende sanitarie ed ospedaliere.

La cornice concettuale adottata per lo studio prende spunto da diverse fonti. La prima ad essere stata considerata è stata quella sviluppata da Patricia Benner (2003), in quanto specificatamente centrata sullo sviluppo della professionalità dell'infermiere. Nel suo modello, denominato *"From Novice to Expert Model"* (Benner, 2003) l'autrice adatta al nursing il modello prettamente matematico di acquisizione delle competenze dei fratelli Dreyfus (Mangano, 2021), individuando cinque livelli di *"expertise"*, in base alla formazione e alle esperienze vissute dall'infermiere (Tabella 1). Il gruppo di lavoro ha preso ispirazione da questa classificazione, operando le opportune modifiche adattate ai risultati ottenuti dalla somministrazione dello strumento di valutazione delle competenze e sulla riflessione operata in termini di applicabilità nella realtà dei contesti clinici.

Tabella 1 – Livelli di expertise individuati da Benner (2003).

Novizio	"L'infermiere novizio non ha alcuna esperienza ed agisce esclusivamente in base a dati oggettivi e regole rigide che guidano le proprie azioni, ma che prescindono dallo specifico contesto reale col quale si interfacciano. È incapace di usare il proprio giudizio per discriminare le varie situazioni"
Principiante Avanzato	"L'infermiere principiante avanzato ha già acquisito esperienza da un sufficiente numero di casi clinici reali ed è in grado di riconoscerne le principali problematiche della situazione (non solo in autonomia, ma anche con la supervisione di un tutor). Tuttavia, non riesce ancora a discernere l'ordine di priorità tra i vari aspetti"
Competente	È inquadrato come l'infermiere che lavora già da due o tre anni. È già in grado di pianificare un intervento assistenziale e attua gli interventi seguendo la pianificazione stessa. È in grado di perseguire obiettivi a lungo termine, in base ai problemi reali o

	potenziali che presenta l'assistito. Analizza il problema in maniera coscienziosa, astratta ed analitica"
Abile	"E' in grado di leggere la situazione nella sua globalità e non come una somma delle sue componenti. L'infermiere abile impara dall'esperienza quali eventi assistenziali aspettarsi in determinate situazioni, e gli interventi da mettere in atto in risposta a tali eventi. La visione olistica data dal bagaglio di esperienze accumulate permette all'infermiere abile di capire quando una situazione si discosta dalla normalità"
Esperto	"L'infermiere esperto ha una comprensione intuitiva di ogni situazione e si concentra specificatamente sulla fonte del problema senza considerare inutilmente una vasta gamma di diagnosi e soluzioni alternative. La sua attività si esplica partendo da una profonda comprensione della situazione complessiva."

Tra i metodi di valutazione e misurazione delle competenze, quello maggiormente conforme al setting di riferimento del presente progetto è descritto da Kirkpatrick (1969), e successivamente perfezionato nel 1998 con la pubblicazione intitolata *"Evaluating Training Programs: The Four Levels"* (Kirkpatrick, 1996). Questo modello è risultato utile nel presente progetto in quanto aiuta a comprendere gli stadi di valutazione dei risultati derivanti da attività educazionali e formative. Il modello di Kirkpatrick si basa su quattro livelli: reazione, apprendimento, comportamento e risultati, e rileva in specifico gli effetti della formazione sul partecipante e di conseguenza sull'organizzazione in cui è inserito. Il presente progetto si è basato inoltre, sulla tassonomia di Bloom (1956), anch'essa concepita come un sistema educativo gerarchico a più livelli che incoraggia l'apprendimento attraverso sei fasi. Tali fasi partono dalle abilità cognitive (conoscenza) per arrivare a sviluppare abilità più complesse (competenze). La scala proposta si presta, quindi, a valutare non solo l'acquisizione di conoscenze, ma anche il livello di competenze sviluppate durante l'affiancamento fino alla completa autonomia. Le due scale sopra citate sono comunemente utilizzate nel processo di valutazione inerente alla formazione, ma si prestano al presente lavoro per le caratteristiche di propedeuticità di ogni livello rispetto al successivo. Inoltre, nell'ambito professionale l'acquisizione di conoscenze conduce a "conoscenze messe in pratica" verso la costruzione di competenze.

Un ulteriore strumento individuato in letteratura per la misurazione delle competenze è la Nursing Competence Scale (NCS) (Meretoja, 2004), sviluppato in Finlandia e validato per la prima volta in Italia da Dellai (2009). La NCS contiene 73 items rappresentanti specifiche competenze, e suddivisi a loro volta in 7 sezioni: competenze di presa in carico (7 item), competenze di educazione (16 item), competenze diagnostiche (7 item), competenze di gestione della situazione (8 item), interventi terapeutici (10 item), assicurare la qualità (6 item), e ruolo ricoperto (19 item). La NCS, pur non essendo stata adottata dal presente gruppo di lavoro, è risultata utile per identificare la corretta terminologia ed il linguaggio per la descrizione delle competenze.

La ricerca bibliografia ha consentito al gruppo di lavoro di venire in contatto con numerose pubblicazioni a cura di società scientifiche e associazioni specializzate nei settori clinici di interesse, che sono state oggetto di lettura critica e riflessioni durante lo sviluppo del progetto (Tabella 2).

Tabella 2 – Società scientifiche/organizzazioni in ambito oncologico e delle sale operatorie.

SOCIETA'/ORGANIZZAZIONE	CONTENUTI DI INTERESSE
EORNA (European Operating Room Nurses Association)	Documento di raccolta delle Core Competence dello strumentista
AICO (Associazione Italiana Infermieri di Camera Operatoria)	Individuazione delle Aree di Competenza dell'infermiere strumentista
AIIAO (Associazione Italiana Infermieri di Area Oncologica)	Analisi dell'impegno assistenziale dell'infermiere nel settore di oncologia
EONS (European Oncology Nursing Society)	Organizzazione europea dedicata al supporto e allo sviluppo della disciplina infermieristica in campo oncologico
ONS (Oncology Nursing Society)	Organizzazione professionale di infermieri e altri professionisti sanitari nata negli Stati Uniti con lo scopo di promuovere l'eccellenza nel settore infermieristico oncologico
OECI (Organisation of European Cancer Institutes)	Organizzazione che si occupa dei criteri di certificazione di eccellenza nel settore oncologico

Di ulteriore utilità in termini di riflessione ed ispirazione per il presente progetto è risultato uno studio condotto dall'ex Collegio IPASVI di Firenze (attualmente OPIFIPT) avente l'obiettivo di categorizzare le competenze rilevate sul campo, tenendo in considerazione la teoria di Benner ed il progetto Tuning per la formazione universitaria (IPASVI, Documento approvato con delibera n. 79 del 25 aprile 2015) (Loknoff, 2010). I risultati di tale studio propongono un modello per la classificazione delle competenze che fa riferimento al processo di nursing ed è quindi adeguato a mappare le competenze dell'infermiere indipendentemente dal setting di afferenza. Tale modello suddivide le competenze in 5 domini: (i) valutazione dei bisogni di assistenza infermieristica, (ii) progettazione e organizzazione clinico-assistenziale, (iii) realizzazione coordinata di interventi, (iv) valutazione clinico – assistenziale, e (v) formazione, consulenza e ricerca.

Costruzione dello strumento di auto ed etero-valutazione delle competenze

Per la costruzione dello strumento di auto ed etero-valutazione delle competenze è stato adottato un processo di raccolta dati tipico della ricerca qualitativa (Chiari P, 2006) (Fain, 2004) (Streubert Speciale HJ, 2005) utilizzando un metodo induttivo. Sono stati costituiti 2 gruppi di infermieri "esperti" afferenti all'AOUC, ovvero 27 infermieri strumentisti di Sala Operatoria e 10 infermieri esperti assegnati ai Day Hospital (DH) e Ambulatori oncologici ed Oncoematologici individuati dai dirigenti e dagli incarichi di funzione del dipartimento infermieristico ed ostetrico. L'infermiere da arruolare nel gruppo è stato individuato come "esperto", sulla base di caratteristiche professionali, che comprendevano il livello di complessità dei processi e attività gestiti, e la motivazione e l'orientamento al risultato, contrapposto alla sola anzianità di servizio. L'arruolamento è avvenuto dopo l'acquisizione della firma del consenso informato per la registrazione dell'intervista.

La costituzione del campione ha previsto l'inclusione di "testimoni privilegiati", ovvero dei gestori del personale dell'azienda, e dei rappresentanti dei servizi portatori di interesse quali la Direzione Sanitaria, la UOc Politiche e Formazione del personale, il Centro di Riferimento Regionale delle Criticità Relazionali, il Dirigente della Piattaforma Blocchi Operatori (DiPIO), il Dirigente Piattaforma Degenze (DiPIO), tre infermieri incaricati di funzione, un responsabile di linea di produzione (DiPIO), due coordinatori infermieristici di tre sale operatorie e due coordinatori infermieristici dei DH e Ambulatori oncologici ed oncoematologici.

Il campione inizialmente ipotizzato è stato progressivamente incrementato fino al raggiungimento della saturazione del dato, ovvero al riscontro di una ridondanza delle competenze e dei rispettivi descrittori. Gli individui selezionati sono stati incontrati in vari momenti, utilizzando il Metodo Delphi, il quale prevede il coinvolgimento di un panel di esperti allo scopo di sviluppare un modello condiviso per la mappatura delle competenze (metodo Delphi, 1960). Il

supporto sul metodo e sulle modalità di gestione dell'intervista è stato offerto dal Centro di Riferimento Regionale delle Criticità Relazionali (CRRCR). Coerentemente con il metodo Delphi, questo progetto si è svolto in una serie di fasi elencate in Tabella 3.

Tabella 3 – Fasi del processo di individuazione delle competenze.

1. Condivisione degli scopi e delle fasi del progetto con il gruppo di lavoro;
2. Discussione sulle modalità di rilevazione delle competenze infermieristiche nelle realtà considerate;
3. Intervista di profondità mirata all'analisi delle competenze "distintive", ovvero quelle possedute e allo stesso tempo necessarie per operare nell'ambito di interesse specifico;
4. Analisi dei contenuti delle interviste fino all'estrazione dei temi ricorrenti, secondo i metodi della ricerca qualitativa, individuando le competenze attraverso la descrizione delle conoscenze, abilità e comportamenti;
5. Confronto tra tutti gli intervistatori coinvolti, allo scopo di giungere ad uno schema di sintesi di quanto rilevato;
6. Realizzazione della mappatura delle competenze "distintive" degli infermieri strumentisti di sala operatoria (SO) e degli infermieri assegnati ai DH ed ambulatori Oncologici ed Onco-ematologici;
7. Sviluppo di un panel di descrittori per definire le competenze;
8. Identificazione di un metodo per la misurazione degli standard di competenza adattato al contesto e relativi punteggi per ogni competenza;
9. Focus group con gli intervistati per la condivisione del modello, l'appropriatezza della definizione delle competenze e relativi descrittori e test sul sistema di misurazione proposto;
10. Definizione dei range di punteggio ottenuti, suddivisi per livello di expertise (apprendista, competente ed esperto).

Descrizione della scheda e del sistema di misurazione

Il processo di lavoro appena descritto ha condotto alla realizzazione della mappatura delle competenze dell'infermiere strumentista di sala operatoria (ALLEGATO 1) e la mappatura delle competenze dell'infermiere operante nei DH e Ambulatori Oncologici ed Oncoematologici (ALLEGATO 2).

Ogni scheda si compone di una serie di competenze distintive, distribuite a loro volta in cinque domini: (i) valutazione dei bisogni di assistenza infermieristica; (ii) progettazione e organizzazione clinico-assistenziale; (iii) realizzazione coordinata di interventi; (iv) valutazione clinico-assistenziale; (v) formazione, consulenza e ricerca.

La scheda è composta inoltre, da specifici descrittori che identificano le abilità necessarie per il setting specifico. Ciascun descrittore della competenza è formulato per essere misurato sia in autovalutazione, ovvero da parte del professionista, sia come eterovalutazione, ovvero da parte del tutor, secondo la scala riportata in Tabella 4.

Tabella 4 – Livelli di possesso delle competenze e descrizione.

LIVELLI	DESCRIZIONE
LIVELLO 0, ASSENZA	Non raggiunge il livello 1
LIVELLO 1, CONOSCENZA	Dispone delle informazioni/nozioni
LIVELLO 2, APPLICAZIONE CON SUPPORTO	Mette in pratica le conoscenze apprese, lavora in autonomia nelle attività di routine semplici e mediamente complesse, e lavora con supporto nei processi complessi
LIVELLO 3, APPLICAZIONE	Mette in pratica le conoscenze apprese e lavora in autonomia nei processi assistenziali complessi
LIVELLO 4, APPLICAZIONE E VALUTAZIONE	Mette in pratica le conoscenze apprese, lavora in autonomia in tutti i processi, è punto di riferimento, effettua consulenze e formazione

Le schede prodotte sono state sottoposte agli esperti attraverso una serie di focus group, i quali hanno condotto alla definizione di un range di punteggio standardizzato da 0 a 100 per ciascun dominio. La media degli score di ciascun dominio restituisce di conseguenza un punteggio totale da 0 a 100. Lo score totale così ottenuto produce una stratificazione dei professionisti in 3 classi: apprendista; competente; esperto (Tabella 5).

Facendo riferimento alla classificazione di Benner (2003) è stato però effettuato un adattamento delle definizioni che fosse maggiormente funzionale al management per competenze. Infatti, le classi originarie individuate da Benner, pur chiare da un punto di vista teorico, risultavano di difficile applicazione da un punto di vista operativo. Per tale motivo è stato assimilato l'infermiere "Novizio" all'infermiere "Neoinserito", il quale rappresenta colui che ancora non possiede alcuna conoscenza specifica nel settore e che nel modello operativo individuato non raggiunge il range della prima classe (Apprendista). L'infermiere "Principiante avanzato" è stato modificato in infermiere "Apprendista". Le due classi individuate da Benner come "Competente" e "Abile", sono state raggruppate nell'unica classe rappresentante l'infermiere "Competente", ovvero colui che opera in autonomia nei processi assistenziali routinari (Tabella 5). Abbiamo mantenuto invariata la definizione di "Esperto".

Tabella 5 – Livelli di expertise.

EXPERTISE	DESCRIZIONE
APPRENDISTA	Professionista in inserimento e con la prospettiva di proseguire il percorso verso i livelli successivi di sviluppo professionale
COMPETENTE	Infermiere che agisce in autonomia e può essere lasciato senza alcun supporto da parte di esperti su processi routinari
ESPERTO	Colui che rappresenta il punto di riferimento per l'intero gruppo, si fa carico delle criticità, manifesta particolari attitudini riconosciute dai colleghi

Obiettivi del progetto

L'obiettivo primario dell'esperienza condotta è stato quello di costruire uno strumento per la mappatura delle competenze infermieristiche, che una volta declinato con descrittori specifici, potesse adattarsi ad ogni setting operativo dell'infermiere operante nell'AOU Careggi. Lo scopo è quello di sviluppare uno strumento che promuova il management per competenze nella azienda in cui è stato sperimentato.

RISULTATI

Il modello può essere applicato sia per la valutazione del singolo, sia per una valutazione del bagaglio di competenze dell'intera equipe di infermieri. Questo restituisce la distribuzione di competenze della popolazione infermieristica secondo le tre classi; in questo modo si offre alla funzione del management le caratteristiche delle competenze e l'opportunità di valutarne l'adeguatezza per la gestione dei processi assistenziali, sia nella quotidianità, sia nella pianificazione e programmazione di medio-lungo periodo.

Il management che si appropria ad una gestione per competenze deve pertanto procedere a rilevare il livello delle competenze degli infermieri operanti in ciascun setting specifico. In base alla distribuzione delle competenze, ipotizzando la presenza di 100 individui, si potranno evidenziare tre scenari specifici ipotetici, descritti nei paragrafi seguenti.

Situazione ideale

È lo scenario più vantaggioso, nel quale vi è una ripartizione equilibrata del personale infermieristico che si colloca nella classe "Apprendista" e quello classificato come "Esperto". Vi è inoltre, una parte prevalente di personale che si colloca nella classe "competente" (Figura 1).



Figura 1 – Distribuzione di expertise.

In questo setting ideale è presente il personale esperto che può fare da tutor all'infermiere "Apprendista" in modo da poterlo accompagnare verso la classe "Competente". Allo stesso tempo il personale definito "Competente" potrà assicurare la gestione dei processi routinari avendo nel frattempo come garanzia un pool di personale "Esperto" a disposizione come punto di riferimento e per la gestione delle casistiche più complesse.

Situazione di rischio

Scenario che presenta un elevato numero di infermieri "Apprendisti" in uno specifico contesto e nel contempo un ridotto numero di infermieri "Esperti". Questa situazione di rischio è anche caratterizzata da un appropriato numero di infermieri "Competenti" (Figura 2).

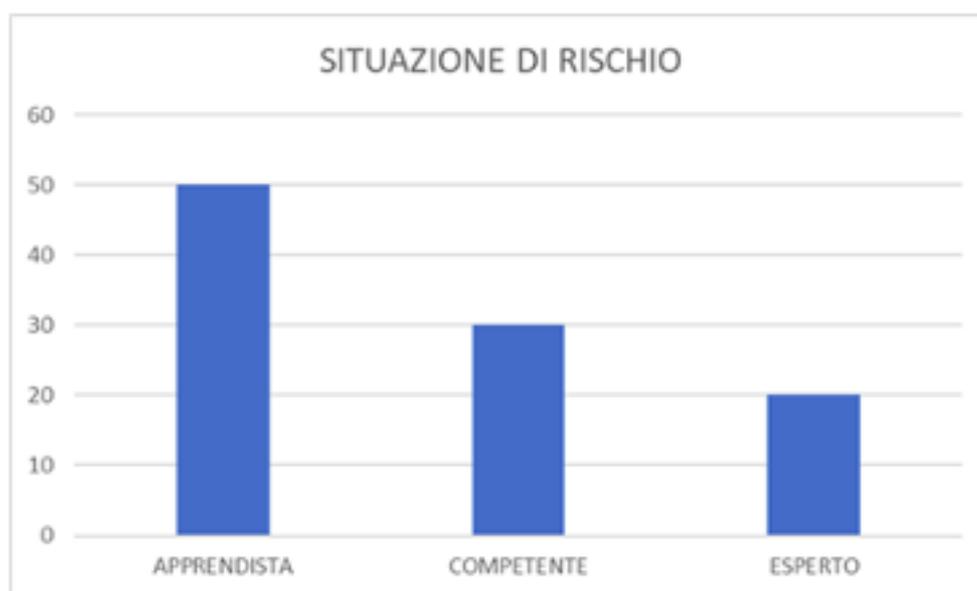


Figura 2 – Distribuzione sbilanciata per alto numero di apprendisti.

In questo caso il numero di esperti è insufficiente a gestire sia i processi assistenziali che di tutoraggio, e ciò rappresenta un alto rischio per la sicurezza e la qualità delle cure. Inoltre, un basso numero di esperti pone il setting a rischio di diventare “sprovvisto” di competenze, a causa dell’assenza o uscita programmata o meno del personale (per esempio, dovuto a malattia o pensionamento).

Situazione di squilibrio

È una situazione di squilibrio in quanto vi è un elevato numero di “Esperti” a fronte di un basso numero di “Apprendisti” e seppur tale distribuzione non rappresenti un rischio per la sicurezza e la qualità delle cure, determina un eccessivo dispendio di risorse a causa del numero di “Esperti”, e una ridotta potenzialità di sviluppo professionale. Allo stesso tempo, però, la situazione di squilibrio offre la possibilità di riassegnare gli “Esperti” ad altri setting che presentino criticità nel bilancio delle competenze (Figura 3).



Figura 3 – Distribuzione sbilanciata per alto numero di esperti.

La descrizione dei tre scenari stimola i gestori a confrontarsi con la necessità di considerare il bilancio delle competenze come uno step fondamentale per il processo di attribuzione delle risorse a tutti i livelli di responsabilità.

CONCLUSIONI

Questa esperienza ha permesso di creare uno strumento per indagare le competenze realmente agite dal personale infermieristico che opera nei due setting esplorati, fornendo un supporto per la gestione delle risorse umane in appropriatezza e sicurezza.

I risultati preliminari di questo progetto suggeriscono che lo strumento sviluppato racchiude le potenzialità di misurare in modo adeguato il livello di competenze possedute, sia individualmente dall’infermiere che dal team assistenziale, oltre a permettere la definizione di un range di punteggio per ciascun livello. Ad ogni modo, tale ipotesi potrà essere confermata solo dopo ulteriori step di validazione della scala. Dallo studio condotto è emerso, come atteso, che i range dei punteggi variano in relazione al setting indagato ed ipoteticamente anche al variare delle condizioni presenti al momento della mappatura. Per tale motivo al verificarsi di eventi nuovi (es. introduzione di nuovi protocolli terapeutici, nuove apparecchiature, modifiche dei contesti organizzativi etc) sarà necessario procedere ad una nuova mappatura. Lo strumento ad oggi è in corso di validazione.

Un limite è quello dell’applicabilità confinata a due soli setting assistenziali; pertanto, è auspicabile in futuro prevedere altre versioni dello strumento specifiche per contesti differenti da quelli considerati in quest’esperienza. Resta inoltre da verificare la sostenibilità dell’applicazione dello strumento nella gestione del personale nei momenti

critici, come ad esempio l'assenza improvvisa di personale, tenuto conto dei vincoli di turnistica e della copertura in termini di expertise.

Alla luce di quanto emerso dall'applicazione dello strumento di valutazione delle competenze nei setting considerati, si potrebbe ipotizzare in seguito di procedere alla mappatura delle competenze sugli operatori sociosanitari e ostetriche, tramite l'implementazione della medesima metodologia che ha condotto alla mappatura delle competenze dell'infermiere.

In un'ottica di Management per competenze il progetto vuole sollecitare un cambiamento nella gestione delle risorse umane volto ad assumere/allocare il personale anche sulla base delle competenze possedute in relazione alle necessità clinico-assistenziali oltre che come unità numerica. Inoltre, il progetto, si presta ad ipotizzare prospettive future, quali la definizione di un timing riferito a ciascun specifico setting per l'aggiornamento della mappatura delle competenze; lo sviluppo della job description per l'infermiere strumentista, per l'infermiere di oncologia e di qualsiasi altro professionista in relazione all'area mappata. Ulteriori possibilità possono essere la promozione di progetti formativi e lo sviluppo di percorsi di valutazione individuali, sperimentando un aggiornamento in real time in autovalutazione delle competenze possedute e in relazione all'evoluzione del proprio curriculum professionale. Infine, lo strumento può essere un valido supporto per la definizione dei percorsi di inserimento del personale di nuova acquisizione.

Conflitto di interessi

Si dichiara l'assenza di conflitto di interessi. Gli autori hanno condiviso i contenuti dello studio, la stesura dell'articolo e approvano la versione finale dello stesso.

Finanziamenti

Gli autori dichiarano di non aver ottenuto alcun finanziamento e l'assenza sponsor economici.

Bibliografia

- Anon., 2021. *PNRR, PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA*. s.l.:s.n.
- Australia, N. & M. B. o., 2010. *National competency standards for the registered nurse*. s.l.:www.nursingmidwiferyboard.gov.au.
- Australia, N. & M. B. o., 2010. *National Competency Standard for the Register Nurse*, Australia: s.n.
- B.S Bloom, M. E. E. F. W. H. D. K., 1956. *The Taxonomy of Educational Objectives, The Classification of Educational Goals*. I a cura di New York: Longmans Handbook I: Cognitive Domain.
- CDM, 2021. *PNRR, Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza*. Roma: s.n.
- Chiari P, M. D. N. E., 2006. *L'infermieristica basata su prove di efficacia guida operativa per l'evidence based nursing*. 1 a cura di Milano: McGrawHill.
- Dario, M., 2021. *Hubert Dreyfus - Dal principiante all'esperto*. Torino: Luca Sossella Editore.
- Dario, M., 2021. *Hubert Dreyfus - Dal principiante all'esperto*. I a cura di Torino: Luca Sossella Editore.
- Dellai, L, M. & R, M., 2009 Dec. Self-assessment of nursing competencies -- validation of the Finnish NCS instrument with Italian nurses. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23 (4), pp. 783-91.
- Direzione Sanità, Welfare e Coesione Sociale, 2021. *Piano di azione per l'introduzione del modello delle competenze nella gestione delle risorse umane all'interno del servizio sanitario regionale*. s.l.:Regione Toscana.
- Donald L. Kirkpatrick, B.-K., 1996. Evaluating Training Programs: The Four Levels. *American Journal of Evaluation* , 19(2), pp. 259-261.
- Fain, J. A., 2004. *La ricerca infermieristica leggerla comprenderla applicarla*. 2 a cura di Milano: McGrawHill.
- Gabrielli G, P. S., 2016. *Organizzazione e gestione delle risorse umane*. II a cura di Novara: Isedi.
- G, M., 2009. *Salute Internazionale*. [Online] Available at: <https://www.saluteinternazionale.info/2009/01/i-determinanti-della-salute-una-nuova-originale-cornice-concettuale/> [Consultato il giorno 11 giugno 2024].
- IPASVI, C. C. d. F. N. C., Documento approvato con delibera n. 79 del 25 aprile 2015. *IPASVI, evoluzione delle competenze infermieristiche*. Roma: s.n.
- Fain, J. A., 2004. *La ricerca infermieristica leggerla comprenderla applicarla*. 2 a cura di Milano: McGrawHill.
- Linee di Indirizzo per la predisposizione dei piani dei fabbisogni di personale da parte delle amministrazioni pubbliche* (2018).
- Loknoff, J. e. a., 2010. *Tuning educational Structures in Europe 2010. A Tuning guide to formulation degree programme profiles, including programme competences and programme learning outcomes*. Bilbao: Univerisidad de Bilbao.
- Maciocco, G., 2009. *Salute Internazionale*. [Online] Available at: <https://www.saluteinternazionale.info/2009/01/i-determinanti-della-salute-una-nuova-originale-cornice-concettuale/> [Consultato il giorno 11 giugno 2024].
- Mangano, D., 2021. *Hubert Dreyfus - Dal principiante all'esperto*. I a cura di Torino: Luca Sossella Editore.

- M, D., L, M. & R, M., 2009 Dec. Self-assessment of nursing competencies -- validation of the Finnish NCS instrument with Italian nurses. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23(4), pp. 783-91.
- Meretoja, I. L.-K. ..., 2004. Nurse Competence Scale: development and psychometric testing. *J Adv Nurs*.
- Ministero della Pubblica Amministrazione, 2022. *Linee di indirizzo per l'individuazione dei nuovi fabbisogni professionali da parte delle amministrazioni pubbliche*. s.l.:Gazzetta Ufficiale del 14 settembre 2022.
- Ministri, C. d., 2021. *PNRR, Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza*. Roma: s.n.
- Nikoloski, K., 2016. Society of knowledge and entrepreneurial economy: some views of Drucker. Universitatea" Constantin Brâncuși" din Târgu-Jiu, (5).. *Annals of the „Constantin Brâncuși” University of Târgu Jiu, Economy Series*, Issue Issue 5/2016, pp. 95-100.
- Benner P., t. C. C. L. R., 2003. *From Novice to Expert. L'eccellenza nella pratica clinica dell'infermiere*. I a cura di Milano: McGraw-Hill.
- Presidenza del Consiglio dei Ministri Dipartimento della Funzione Pubblica, 2018. *Linee di indirizzo per la predisposizione dei piani dei fabbisogni di personale da parte delle amministrazioni pubbliche*. s.l.:GU Serie Generale n.173 del 27-07-2018.
- Pubblica, P. d. C. d. M. D. d. F., 2018. *Linee di indirizzo per la predisposizione dei piani dei fabbisogni di personale da parte delle amministrazioni pubbliche*. s.l.:GU Serie Generale n.173 del 27-07-2018.
- Spencer L.M, S. S., 1995. *Competenza nel lavoro. Modelli per una performance superiore*. VII a cura di Milano: Franco Angeli.
- Streubert Speciale HJ, C. D., 2005. *La ricerca qualitativa: un imperativo umanistico*. Edizione Italiana a cura di M. Matarese a cura di Napoli: Casa Editrice Idelson Gnocchi.

ALLEGATI

Allegato 1 – Mappatura infermieri oncologia.

SCHEDE DI RILEVAZIONE DELLE COMPETENZE DISTINTIVE DELL'INFERMIERE DEGLI AMBULATORI E DH ONCOLOGICI ED ONCOEMATOLOGICI										
Check Valutazione Competenze	Livello 0 ASSENZA		Livello 1 CONOSCENZA		Livello 2 APPLICAZIONE		Livello 3 APPLICAZIONE		Livello 4 APPLICAZIONE	
	autovalutazione	valutaz. Tutor	autovalutazione	valutaz. Tutor	autovalutazione	valutaz. Tutor	autovalutazione	valutaz. Tutor	autovalutazione	valutaz. Tutor
	0	0	1	1	2	2	3	3	4	4
1. Valutazione dei bisogni di assistenza infermieristica	1.1 Espone i bisogni in funzione dei bisogni del paziente tenuto conto delle risorse disponibili									
	Valuta allestimento/ripristino della postazione di lavoro									
	Conserva i farmaci chemioterapici secondo le indicazioni della casa farmaceutica									
	Garantisce la stabilità dei farmaci									
	Prepara l'ambiente per gestire gli effetti collaterali e le complicanze delle chemioterapie somministrate									
	Gestisce la manutenzione dei presidi necessari alla corretta modalità di somministrazione dei farmaci chemioterapici									
	1.2 Pianifica l'assistenza in riferimento ai bisogni del singolo paziente									
	Rileva i bisogni assistenziali della persona sottoposta a chemioterapia									
	Identifica la tipologia di relazione terapeutica necessaria per soddisfare i bisogni del paziente									
	Collabora alla definizione del percorso terapeutico della persona con tutti i professionisti coinvolti									
	Identifica i protocolli terapeutici in base al percorso terapeutico definito per il paziente									
	Valuta il patrimonio venoso in caso di accesso venoso periferico									
Pianifica il controllo della pervietà, il lavaggio settimanale, la disostruzione, la medicazione degli accessi vascolari centrali										
Identifica i fattori di rischio e criteri di esclusione all'impianto CVC (esempio BMI elevato e terapia anticoagulante)										
Valuta eventuale necessità di invio della persona al CAV e il suo rientro presso il servizio										
Collabora alla prenotazione di indagini diagnostiche/esami ematici/visite utili alla definizione del percorso, utilizzando gli applicativi a disposizione										
1.3 Garantisce il rispetto delle buone pratiche										
Identifica le buone pratiche di riferimento per la sicurezza del paziente, degli operatori e dell'ambiente (compresi gli sversamenti)										
Identifica i farmaci con indicazione a somministrazione in accesso venoso centrale o periferico										
2. Progettazione e organizzazione clinico assistenziale	2.1 Rispetta le norme di sicurezza nei luoghi di lavoro									
	Pianifica l'approvvigionamento dei DPI									
	Predispone e verifica il corretto allestimento del kit di sversamento accidentale di farmaco chemioterapico									
	Tutela la propria salute rispettando i concetti di asepsi, disinfezione e sterilità, lavaggio delle mani, percorsi pulito/sporca e processo di sterilizzazione e di gestione dei rifiuti;									
	Predispone i DPI e gli ausili per la movimentazione e il posizionamento del paziente									
	2.2 Coordina le attività e promuove sinergie tra i membri dell'equipe assistenziale									
	Collabora con il resto dell'equipe alla progettazione del percorso terapeutico e alla sua condivisione con il paziente e con caregiver, spiegando i diversi passaggi e verificando la comprensione di quanto comunicato									
	Analizza il piano dei trattamenti previsti e gestisce l'allestimento delle postazioni (letto o poltrona) in base al piano e ai bisogni del singolo pz									
	2.3 Gestisce l'organizzazione dell'ambiente in funzione dei bisogni del paziente tenuto conto delle risorse disponibili									
	Acquisisce il piano dei trattamenti terapeutici del giorno successivo e verifica la corretta prescrizione dei preparati farmacologici per l'UFA									
	Verifica la presenza e integrità dei presidi e apparecchiature per la somministrazione dei farmaci									
	Organizza le sedute infusionali tenuto conto delle condizioni dei pazienti, dei protocolli terapeutici prescritti, nonché delle risorse disponibili									
3. Realizzazione coordinata degli interventi	3.1 Coordina le attività e promuove sinergie tra i membri dell'equipe assistenziale									
	Coordina l'implementazione delle attività tra i membri dell'equipe									
	3.2 Gestisce l'organizzazione dell'ambiente in funzione dei bisogni del paziente tenuto conto delle risorse disponibili									
	Accoglie il paziente e lo indirizza lungo il percorso terapeutico intercettando/anticipando i suoi bisogni e quelli del caregiver									
	Compila la cartella infermieristica e le scale di valutazione pertinenti									
	Assegna la postazione al pz in base alla durata della terapia e ad eventuali bisogni particolari									
	Utilizza i DPI specifici per la somministrazione di farmaci chemioterapici									
	Garantisce il corretto smaltimento dei DPI utilizzati									
	Controlla e allestisce il kit completo per la gestione dello sversamento di farmaco chemioterapico									
	Applica tempestivamente i principi per la sicurezza del paziente e dell'operatore in caso di sversamento di farmaco chemioterapico									
	3.3 Garantisce il rispetto delle buone pratiche									
	Verifica insieme ad altro professionista i farmaci consegnati dall'UFA ed assegnati al singolo pz e ne valuta appropriatezza e integrità									
Predispone e utilizza correttamente i dispositivi a circuito chiuso per l'infusione dei farmaci chemioterapici e ne controlla l'integrità e la sicurezza										
3.4 Attua gli interventi pianificati										
Allestisce la postazione di infusione garantendo la sicurezza dell'operatore, del paziente e dell'ambiente										
Organizza le sedute infusionali tenuto conto della tipologia di pazienti, dei protocolli terapeutici prescritti, nonché delle competenze e delle risorse disponibili										
Prepara le infusioni connettendo deflussori, pompe per infusione e presidi indicati all'accesso venoso appropriato, rispettando tempi e modi di somministrazione, in ottica di appropriatezza, sicurezza e utilizzo razionale delle risorse										
Somministra i farmaci chemioterapici e i farmaci coadiuvanti e complementari come da prescrizione e secondo i protocolli terapeutici										
Controlla il pz durante la terapia per rilevare precocemente segni di reazioni avverse										
Applica tempestivamente i principi per la sicurezza del paziente in caso di stravasamento di farmaco chemioterapico e gestisce eventuali complicanze										
Gestisce gli accessi vascolari per la somministrazione di farmaci chemioterapici, coadiuvanti e complementari										
Gestisce le radiodermiti e gli effetti collaterali e complicanze precoci										
Manifesta empatia per instaurare relazioni terapeutiche efficaci										
3.5 Assicura l'integrazione delle proprie attività con quelle del team clinico assistenziale										
Garantisce la circolazione delle informazioni all'interno dell'equipe di cura										
Promuove la collaborazione e condivisione tra le figure professionali coinvolte nel percorso terapeutico										
Utilizza gli applicativi e gli strumenti di registrazione										
Collabora all'archiviazione di referti/immagini										
Compila Handover										
3.6 Collabora nella gestione delle emergenze										
Collabora nella gestione delle emergenze cliniche										
4. Valutazione clinico -	4.1. Promuove la cultura della qualità									
	Promuove la cultura del Risk Management e del miglioramento continuo e ne applica principi, strumenti e metodi									
Collabora alla rilevazione/monitoraggio e rendicontazione in termini di efficienza/efficacia ed appropriatezza dell'attività di somministrazione di farmaci chemioterapici, coadiuvanti e complementari										
4.2. Applica la metodologia HTA										
Applica la metodologia HTA per la valutazione dei dispositivi / presidi per l'infusione della terapia chemioterapica										
5. Formazione, consulenza e ricerca	5.1. Promuove la ricerca									
	Promuove la ricerca nei propri ambiti e partecipa a protocolli di ricerca multidisciplinari									
	5.2. Promuove e attua Educazione sanitaria									
	Effettua educazione sanitaria al paziente in particolare su stili di vita ed alimentazione raccomandati									
	Effettua educazione sanitaria in relazione alle complicanze della chemio e radio terapia (ad esempio presenza di radiodermiti, eventuali medicazioni, stili di vita e alimentazione appropriata)									
5.3. Assicura la propria formazione e promuove quella dell'equipe										
Promuove la formazione propria e dell'intera équipe										
Garantisce il mantenimento delle proprie competenze attraverso la formazione continua										
5.4. Assicura la diffusione della consulenza come condivisione delle competenze										
Riconosce ed agisce sulla base del proprio livello di competenza e ricorre, se necessario, alla consulenza e all'intervento di infermieri esperti o specialisti										
Presta consulenza ponendo i suoi saperi e abilità a disposizione della propria e delle altre comunità professionali e istituzioni										

Allegato 2 – Mappatura infermieri strumentisti.

SCHEDA DI RILEVAZIONE DELLE COMPETENZE DISTINTIVE DELL'INFERMIERE STRUMENTISTA DI SALA OPERATORIA											
Check Valutazione Competenze		Livello 0		Livello 1		Livello 2		Livello 3		Livello 4	
		ASSENZA (Non raggiunge il livello 1)		CONOSCENZA (Dispone delle informaz/nozioni)		APPLICAZIONE CON SUPPORTO (Mette in pratica le conoscenze apprese, lavora in autonomia nelle routine semplici e mediamente complesse, lavora con supporto nei processi complessi)		APPLICAZIONE (Mette in pratica le conoscenze apprese e lavora in autonomia nei processi complessi)		APPLICAZIONE E VALUTAZIONE (Mette in pratica le conoscenze apprese, lavora in autonomia in tutti i processi, è punto di riferimento, effettua consulenze e formazione)	
		autovalutazione	valutaz. Tutor	autovalutazione	valutaz. Tutor	autovalutazione	valutaz. Tutor	autovalutazione	valutaz. Tutor	autovalutazione	valutaz. Tutor
		0	0	1	1	2	2	3	3	4	4
1. Valutazione dei bisogni di assistenza infermieristica	1.1 Organizza l'ambiente in funzione dei bisogni del paziente tenuto conto delle risorse disponibili										
	Reperisce la lista operatoria e la contestualizza all'attività programmata della giornata e individua la tipologia degli interventi										
	Verifica la presenza del materiale necessario										
	Verifica la disponibilità degli strumenti ed elettromedicali specifici per l'intervento programmato										
	1.2 Pianifica l'assistenza in riferimento ai bisogni del singolo paziente										
	Conosce i protocolli per l'attuazione di ogni intervento chirurgico										
	Valuta la tipologia di intervento, potenziali complicanze										
	Verifica i presupposti organizzativi e le condizioni peculiari di quel pz per l'attuazione dell'intervento chirurgico										
	Conosce i principali tipi di anestesia, indicazioni, controindicazioni e complicanze										
	1.3 Garantisce il rispetto delle buone pratiche										
Mette in atto le strategie per il corretto riconoscimento del pz, sito chirurgico e lato											
Applica i concetti di asepsi, disinfezione e sterilità, lavaggio delle mani, percorsi pulito/sporcio e processo di sterilizzazione e di gestione dei rifiuti											
Applica le raccomandazioni e le BP per la sicurezza del paziente (oltre le due sopra citate)											
2. Progettazione e organizzazione clinico assistenziale	2.1 Rispetta le norme di sicurezza nei luoghi di lavoro										
	Utilizza i DPI e gli ausili per la movimentazione e il posizionamento del paziente										
	2.2 Coordina le attività e promuove sinergie tra i membri dell'equipe assistenziale										
	Verifica la presenza dello strumentario chirurgico specifico e ne controlla integrità e scadenza, ripristina in caso di contaminazione										
	Analizza il percorso chirurgico e gestisce l'allestimento della sala operatoria secondo programmazione chirurgica										
	Armonizza le attività di ogni membro dell'equipe assistenziale nel rispetto delle responsabilità										
	Definisce, dispone e impiega la strumentazione e le apparecchiature in base alla tipologia d'intervento										
	2.3 Gestisce l'organizzazione dell'ambiente in funzione dei bisogni del paziente tenuto conto delle risorse disponibili										
	Controlla il processo di sanificazione e disinfezione e verifica il corretto processo di sterilizzazione										
	Rimuove il materiale monouso utilizzato e verifica l'integrità dello strumentario										
Valuta allestimento/ripristino della sala operatoria											
Verifica il corretto smaltimento dei rifiuti											
3. Realizzazione coordinata degli interventi	3.1 Coordina le attività e promuove sinergie tra i membri dell'equipe assistenziale										
	Capacità organizzativa e di programmazione										
	Capacità di lavorare in equipe										
	Leadership										
	Orientamento al risultato										
	3.2 Gestisce l'organizzazione dell'ambiente in funzione dei bisogni del paziente tenuto conto delle risorse disponibili										
	Prepara il tavolo operatorio in base alla tecnica di intervento e agli strumenti necessari in ottica di appropriatezza, sicurezza e razionalizzazione delle risorse										
	Verifica il posizionamento e mobilitazione del pz										
	Garantisce il mantenimento della sterilità dello strumentario										
	Controlla il mantenimento dello spazio per evitare contaminazioni										
	3.3 Garantisce il rispetto delle buone pratiche										
	Compila la check list nella sezione di propria pertinenza										
	Assicura la tracciabilità dei device e materiali monouso utilizzati										
	Monitora ed esegue rendicontazione finale di garze, taglienti, ferri e strumentari utilizzati										
	Compila Handover										
3.4 Attua gli interventi pianificati											
Gestisce e procura gli strumenti richiesti dal chirurgo e collabora alla conduzione dell'intervento											
Gestisce la tempistica in base alla fase di intervento											
Valuta drenati e sanguinamento											
Predisporre i campioni di tessuto e liquidi biologici prelevati per l'invio in laboratorio o anatomia patologica											
Utilizza gli applicativi e gli strumenti di registrazione											
3.5 Assicura l'integrazione delle proprie attività con quelle del team clinico assistenziale											
Anticipa le richieste del chirurgo											
Collabora col chirurgo per la sutura, per l'applicazione di sistemi di drenaggio e dispositivi, per la gestione medicazione											
3.6 Collabora nella gestione delle emergenze											
Predisporre strumenti e apparecchiature per gestire le complicanze e per eventuale conversione di tipologia di intervento											
Collabora nella gestione delle emergenze e rimodula la strumentazione per variare approccio intervento											
4. Valutazione clinico assistenziale	4.1. Promuove la cultura della qualità										
	Collabora alla rilevazione/monitoraggio e rendicontazione in termini di efficienza/efficacia ed appropriatezza dell'attività della sala operatoria										
Promuove la cultura del miglioramento continuo e ne applica principi, strumenti e metodi											
4.2. Applica la metodologia HTA											
Applica la metodologia HTA per la valutazione di ferri, strumentario e tecnologie											
5. Formazione, consulenza e ricerca	5.1. Promuove la ricerca										
	Promuove la ricerca nei propri ambiti e partecipa a protocolli di ricerca multidisciplinari										
	5.2. Promuove e attua Educazione sanitaria										
	Promuove ed attua l'educazione sanitaria nei propri ambiti										
	5.3. Assicura la propria formazione e promuove quella dell'equipe										
Promuove la formazione propria e dell'intera equipe											
5.4. Assicura la diffusione della consulenza come condivisione delle competenze											
Riconosce ed agisce sulla base del proprio livello di competenza e ricorre, se necessario, alla consulenza e all'intervento di infermieri esperti o specialisti											
Presta consulenza ponendo i suoi saperi e abilità a disposizione della propria e delle altre comunità professionali e istituzioni											