

Report di restituzione analisi del progetto formativo **partecip@asl.bari.it alla costruzione di mappe delle competenze**

a cura di Carmine Clemente (Università di Bari)

1. Premessa

Il pacchetto delle riforme compiuto negli Anni '90 e le successive modifiche (miniriforme) che hanno riguardato il sistema sanitario ha impattato sull'organizzazione delle strutture sanitarie e ha obbligato il management aziendale ad affrontare con competenza e precisione crescente le sfide che si pongono.

Le dinamiche, ormai pluricitarie, che determinano le linee di indirizzo ed al tempo stesso vincolano l'azione delle amministrazioni sono: la cronicizzazione delle patologie e l'invecchiamento della popolazione; lo sviluppo continuo delle conoscenze e delle tecnologie; la tensione sugli aspetti economici e, dunque, sulla scarsità delle risorse.

Parallelamente osserviamo una riorganizzazione dell'intero sistema azienda sia a livello ospedaliero sia a livello sociosanitario territoriale nella logica dell'Hub&Spoke e in senso corrispondente ai paradigmi della sanità d'attesa (urgenza e acuzie) e della sanità d'iniziativa (cure primarie).

Si rendono necessarie riflessioni sul cambiamento nelle pratiche gestionali e si aprono nuovi spazi per il confronto e la collaborazione interdisciplinare e multiprofessionale.

Queste trasformazioni del lavoro e della relazione tra organizzazione e lavoratore sono sempre più incentrate sulla necessità di negoziare processi di "innovazione organizzativa" che consentano di definire un metodo razionale per gestire le risorse umane all'interno dell'organizzazione aziendale, in modo tale da massimizzarne la performance.

Ai lavoratori viene chiesto, quindi, oltre le competenze tecnico-scientifiche, di possedere anche ulteriori competenze utili per poter gestire processi multidisciplinari in cui la comunicazione e la relazione efficace – in alcuni casi anche poliglotta – e l'uso delle tecnologie sono parte rilevante della propria attività individuale e di processo.

In questa direzione si muove questo progetto promosso dal CUG ASL BA con la collaborazione dell'Università di Bari e cioè avere un'occasione per costruire una mappa delle competenze dei lavoratori dell'ASL Bari nella logica di avviare in modo strategico un percorso di valorizzazione culturale delle professionalità.

Cosa si intende per Competenza?

La competenza viene qui intesa in termini di conoscenze, capacità/abilità e comportamenti (come valore aggiunto) del professionista, che viene messa in atto in un determinato contesto per raggiungere un determinato scopo. La mappatura delle competenze porta a modificare il sistema in cui è inserito il professionista perché implica *l'analisi di diverse coordinate*: • valorizzazione dell'esperienza; centralità del soggetto; • centralità dell'apprendere ad apprendere; • formazione intesa come processo continuo.

Nel presente report si sintetizzano i principali risultati dei *focus group* attraverso un'elaborazione descrittiva dei dati raccolti attraverso le principali informazioni emerse nei diversi incontri e la cui metodologia è riportata più avanti.

2. La costruzione della mappa delle competenze

L'analisi delle competenze tende a ricostruire gruppi di profili professionali e che non può prescindere, quindi, dalla partecipazione dei lavoratori stessi.

Si sono costituiti allora 4 gruppi che si sono riuniti una volta ciascuno nei giorni 4 novembre e 12 novembre presso la sede dell'ASL Bari dell'Ospedale San Paolo, 17 novembre presso la sede dell'Ospedale di Altamura e 2 dicembre presso la sede dell'ex Ospedale di Putignano.

Il metodo scelto è quello consolidato dall'Isfol - (Istituto per lo Sviluppo della Formazione professionale dei Lavoratori) che opera in collaborazione con il ministero del Lavoro, con altre Amministrazioni dello Stato e con le Regioni per lo sviluppo della formazione professionale - delle UFC (Unità Formative Capitalizzabili) circa le categorie: *competenze di base, competenze trasversali e competenze tecnico-professionali*. La sperimentazione dell'Isfol è stata ulteriormente contestualizzata al settore sanitario ed è stata identificata un'ulteriore macroarea rispetto alle tre citate e cioè le *competenze tecnico professionali trasversali al settore sanitario*.

Ecco di seguito spiegato cosa si intende per:

- **COMPETENZE DI BASE** sono le capacità che tutti i professionisti devono possedere all'ingresso nel mondo del lavoro.
- **COMPETENZE TRASVERSALI** sono le capacità comunicative e relazionali che ogni professionista dovrebbe possedere in qualunque settore professionale.
- **COMPETENZE TECNICO PROFESSIONALI** sono le capacità distintive della figura professionale.
- **COMPETENZE TECNICO PROFESSIONALI TRASVERSALI AL SETTORE SANITARIO** dimostrano la contestualizzazione del modello nell'ambito sanitario, identificando le Aree di attività/funzioni caratterizzanti che descrivono le competenze tipiche di ogni professionista, con laurea minima triennale, che opera in questo settore.

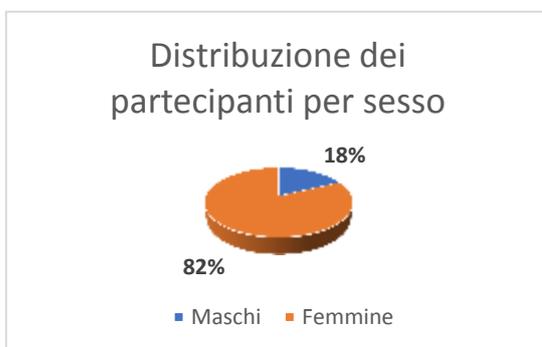
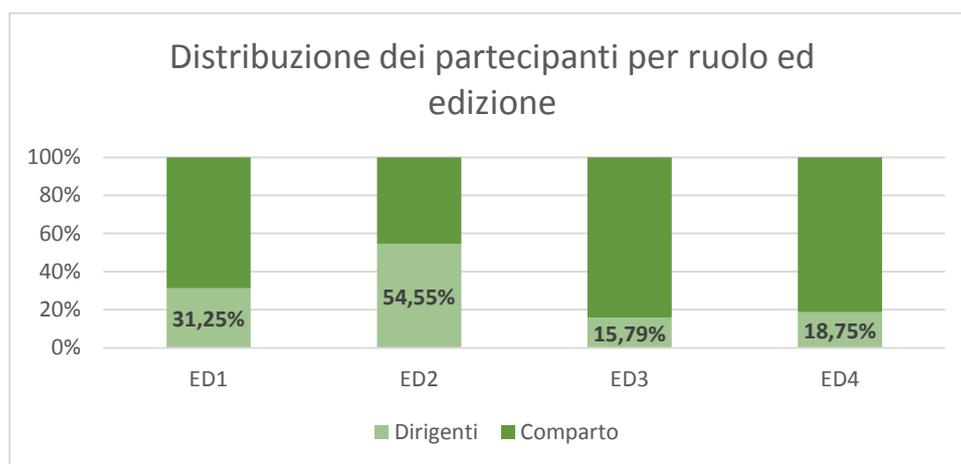
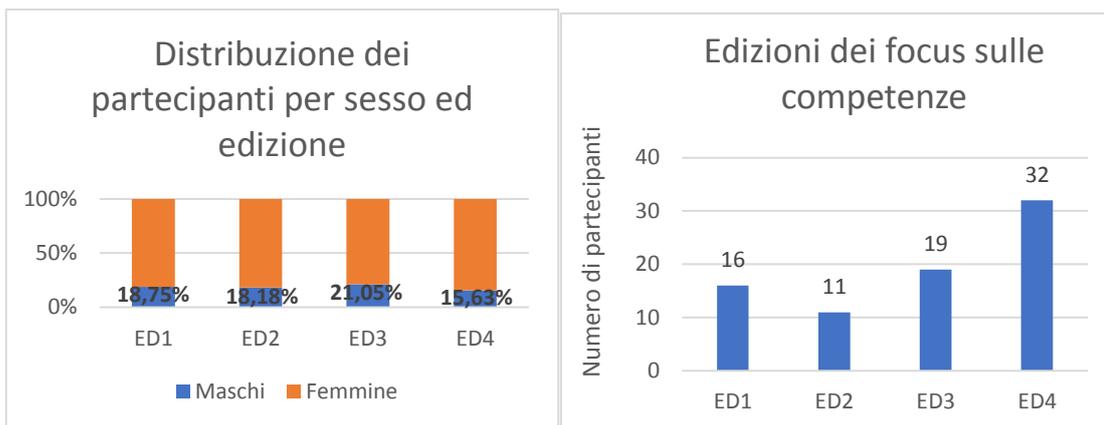
Isfol			In sanità
Competenze di base	Competenze trasversali	Competenze tecnico professionali	Competenze tecnico professionali trasversali al settore sanitario

Definito, quindi, cosa s'intende per competenze si sono utilizzate quattro schede per ciascuna di esse che comprendevano al proprio interno – in termini di items – le UFC. In una quinta scheda, invece, si sono raccolti i dati relativi a mansione e comparto, genere e età.

Le quattro schede sono state utilizzate per i focus group che hanno visto la partecipazione di professionisti appartenenti alle aree da analizzare.

Il *focus group* è stata la tecnica qualitativa scelta per la raccolta di informazioni riguardanti il benessere organizzativo, le pari opportunità e la discriminazione. Attraverso i *focus group* si è stabilita una forma attiva di partecipazione e di coinvolgimento grazie all'interazione tra i dipendenti dell'ASL BA. Queste tematiche, considerate gli obiettivi informativi dell'iniziativa, hanno guidato molte delle scelte relative sia alla organizzazione sia alla composizione dei *focus group*, così come quelle riguardanti il disegno campionario complessivo. L'utilizzo del focus come strumento di tipo *bottom-up* ha facilitato l'identificazione di criticità, bisogni e proposte dal basso verso l'alto.

Nelle rappresentazioni che seguono vi sono alcuni dati circa il numero/comparto dei partecipanti.



3. Risultati

3.1 Competenze di base: inglese (1), informatica (2), diritto del lavoro (3), organizzazione aziendale (4)

(1) Inglese. In generale emerge per la competenza Inglese una buona capacità di rispondere al telefono, effettuare prenotazioni e salutare e presentarsi mentre per le altre attività previste nella scheda 1 (COMPETENZE DI BASE) si registra una minore capacità.

Nella discussione aperta sono emersi alcuni spunti importanti. La maggior parte delle situazioni in cui è richiesta la competenza dell'Inglese si verifica nella forma scritta o può essere gestita in questa forma. Per esempio, chiedere di interagire via mail piuttosto che al telefono e utilizzare strumenti di traduzione.

Naturalmente, diversa è la casistica in cui vi è l'emergenza o non si può *delegare* alla modalità scritta dove la comunicazione deve essere immediata.

Un altro aspetto che emerge è che questa competenza base, fatta salva la capacità per tutti di *gestire* situazioni semplici, non deve necessariamente coinvolgere tutti.

Qui emergono diverse proposte orientate alle modalità e contenuti di percorsi di formazione/apprendimento:

- **Formazione mirata:** con sistema formale di certificazione finale e premialità (chi fa il corso viene nominato responsabile di quella mansione. Ciò potrebbe motivare il dipendente *per fare il salto di qualità ed essere responsabilizzato nell'intraprendere il percorso formativo e continuarlo.*

- **Modalità dei corsi:** in presenza o misti, *se si rende il corso interessante, che riguarda una competenza spendibile, potrebbe essere anche svolta al di fuori dell'orario di lavoro*, auspicabilmente presso la propria sede di lavoro (in house) anche con "personale interno" nella veste di formatori.

- **Vocabolario specifico e contenuti:** *formazione in inglese mirata a dei ruoli e delle situazioni specifiche con pacchetti setting-conversazionali (role play) anche in formato video-tutorial* (farebbe abbattere i costi della formazione); vocabolario sociosanitario

- **Percorsi dedicati:** nei servizi in cui più frequentemente ricorre la presenza di stranieri, soprattutto territoriali, *si potrebbe pensare a creare percorsi ad hoc per gli stranieri e formare nello specifico il personale per queste mansioni.*

- **Ulteriori proposte:** per gli **assistenti sociali** la conoscenza approfondita della lingua inglese, tra altre, deve diventare requisito indispensabile; integrare interventi e competenze con incontri periodici per analizzare insieme le problematiche e criticità del territorio. condivisione di *Best practices* tra Distretti; censimento distrettuale dei dipendenti che hanno alta competenza in questo settore al fine di *valorizzare competenze interne.*

Competenza: Inglese	
Formazione mirata	sistema formale di certificazione finale e <u>premialità</u> (chi fa il corso viene nominato responsabile di quella mansione. Ciò potrebbe motivare il dipendente <i>per fare il salto di qualità ed essere responsabilizzato nell'intraprendere il percorso formativo e continuarlo.</i>
Modalità dei corsi	in presenza o misti, <i>se si rende il corso interessante, che riguarda una competenza spendibile, potrebbe essere anche svolta al di fuori dell'orario di lavoro</i> , auspicabilmente presso la propria sede di lavoro (in house) anche con "personale interno" nella veste di formatori.
Vocabolario specifico e contenuti	<i>formazione in inglese mirata a dei ruoli e delle situazioni specifiche con pacchetti setting-conversazionali (role play) anche in formato video-tutorial</i> (farebbe abbattere i costi della formazione); vocabolario sociosanitario
Percorsi dedicati	nei servizi in cui più frequentemente ricorre la presenza di stranieri, soprattutto territoriali, <i>si potrebbe pensare a creare percorsi ad hoc per gli stranieri e formare nello specifico il personale per queste mansioni.</i>
Ulteriori proposte	assistenti sociali la conoscenza approfondita della lingua inglese, tra altre, deve diventare requisito indispensabile; integrare interventi e competenze con incontri periodici per analizzare insieme le problematiche e criticità del territorio. condivisione di <i>Best practices</i> tra Distretti; censimento distrettuale dei dipendenti che hanno alta competenza in questo settore al fine di <i>valorizzare competenze interne.</i>

(2) Informatica. Anche per Informatica si registra un buon livello dei partecipanti circa la capacità di gestire alcune operazioni più semplici e minore per operazioni più elaborate.

Su questa competenza si registra una esplicita criticità su diverse questioni: le persone con le migliori competenze vanno negli ospedali, *nel distretto si ricicla chi non va più bene negli ospedali*. Nei distretti pochissimi giovani, molti prossimi alla pensione. Problema di dotazione di strumenti tecnologici, soprattutto nel caso di chi lavora a domicilio. Scarsa disponibilità dei dipendenti a fare corsi in orari diversi da quelli di lavoro. Per i dirigenti, anche se si hanno delle competenze informatiche, c'è bisogno di figure specifiche del tipo assistente tecnico per situazioni più complesse (tipo il lavoro con i database) e per la creazione di strumenti digitali che sostituiscono quelle cartacee attraverso il portale.

Proposte per percorsi di formazione/apprendimento

Potrebbero essere fatti per distretti anche per ridurre spostamenti e ammortizzare i tempi.

Formazione specifica per settori, come ad esempio quello economico (excel, tabelle, grafici) o quello giuridico (access).

Farsi che la programmazione formativa annuale esca all'inizio dell'anno in modo che ogni uno possa decidere in anticipo a quale corso partecipare.

Attivare un avvio di notifica per le comunicazioni in generale, ma anche in particolare per i corsi di formazione

Creare una figura intermedia più manageriale e funzionale che si possa occupare di altre cose, tipo i corsi di formazione. Sostenere la formazione agendo sui responsabili/direttori di strutture.

Formare su competenze specifiche di base. Si potrebbero identificare delle persone chiave con competenze più sviluppate che possono accompagnare gli altri o servire da ponte per comunicare le esigenze a chi si occupa dei sistemi informatici che vengono utilizzati in azienda.

Inserire la figura dell'informatico (analista informatico) a livello distrettuale per guidare questi processi da vicino, per guidare la futura digitalizzazione prevista dal PNRR.

Infine, si evidenziano alcuni aspetti comuni della competenza di base Inglese/Informatica e cioè la differenza generazionale, soprattutto per l'informatica, che vede i *giovani più digitalizzati*.

(3) Diritto del lavoro e (4) Organizzazione aziendale

Mentre si registra un buon livello di competenze per l'area del diritto del lavoro appare più problematica quella sull'organizzazione aziendale.

Ad esempio, vi è confusione fra direzione medica e sanitaria e viene avvertita l'esigenza di conoscere meglio seppure a grandi linee l'organizzazione sanitaria e in modo più completo quella della struttura di appartenenza. *Non sono chiari i modelli organizzativi, né quali sono le loro differenze, né le prestazioni, articolazioni diverse.*

Proposte: *Per alimentare l'appartenenza potrebbe essere importante conoscere la definizione della strategia organizzativa, essere parte della mission, del raggiungimento degli obiettivi.* Viene sollecitata un a maggiore partecipazione della condivisione degli obiettivi aziendale, feedback della valutazione (scheda della performance) non solo alla fine ma in itinere. Arricchire il portale del

dipendente per pubblicare documenti, protocolli, linee guida, tutorial divisi per tematica o per strumento.

3.2 Competenze trasversali: Area gestionale (a), Area innovativa (b), Area delle relazioni (c). Competenze competenze tecnico professionali trasversali nel settore sociosanitario (gestione, formazione, ricerca e consulenza)

Per quest'area di competenze emerge subito l'importanza dell'area relazionale che assorbe gran parte della discussione. Infatti, per le aree gestionale e innovativa l'attenzione è ricaduta soprattutto sull'esigenza di pianificare l'affiancamento per il passaggio di competenze tra figure uscenti ed entranti per evitare il blocco delle attività.

Lavoro di equipe, collaborazione trasversale, come base per attuare qualsiasi misura. Il doversi conoscere aiuta a riconoscersi e semplifica e agevola il lavoro quotidiano. *Quindi creare attività lavorative dove cooperare sia obbligo*, facilita ulteriori esperienze (esempio, medici di base che sono stati chiamati a vaccinare nei distretti, buona prassi da mantenere). Trovare delle occasioni di interazioni di incontro tra ospedalieri e distretto (di lavoro e non solo), dove condividerci come affrontare delle situazioni ma soprattutto arricchisci lo scambio.

Sebbene non espressamente indagate dai *focus group*, il processo partecipativo ha fatto emergere alcune criticità di sistema, di natura organizzativa e gestionale, che dovrebbero essere esaminate e poste all'attenzione del decisore pubblico, se si ha l'interesse a promuovere un sistema sanitario di qualità.

✓ Avere contatti con altri pari per confrontarsi e condividere esperienze. Si possono proporre incontri tra gli stessi uffici in territori diverse, per uno scambio di modi di fare, di strategie. Creare incontri periodici per discutere dei casi, delle esperienze. Questo aiuterebbe a omogeneizzare le pratiche, modularle, i protocolli. Criticità di sistema/organizzativo-gestionali

✓ l'esigenza di un radicale cambiamento della cultura professionale alla collaborazione – orizzontale e verticale - in cui, oltre al bisogno d'informazione e formazione, venga garantito l'ascolto, il supporto al benessere e la sicurezza.

✓ carenze organizzative: indefinita divisione dei compiti e carenza di figure di controllo/verifica/coordination; esigenza di una valutazione per tutti, compresi i dirigenti che valutano il personale sanitario;

✓ approccio burocratico e routinario al lavoro piuttosto che investimento sulle competenze di ciascun dipendente: le figure vengono assegnate ai ruoli senza capitalizzare le esperienze precedenti (ad es. a un terapeuta della riabilitazione che per anni ha lavorato con i bambini vengono assegnati pazienti adulti);

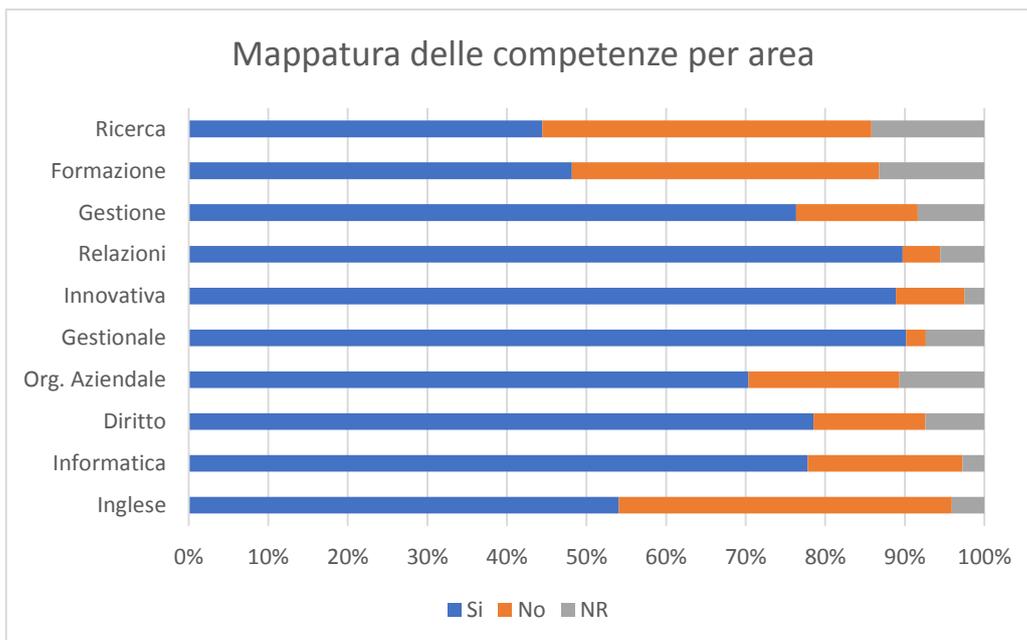
✓ scarsa attitudine al lavoro cooperativo/individualismo funzionale non coordinato; ciò riduce inevitabilmente la qualità delle cure e della risposta ai bisogni integrati della persona/paziente;

✓ reparti e distretti "cenerentola", che lottano contro grandi mancanze per garantire un minimo livello di servizio all'utenza e sono il risultato diretto della distribuzione non equa delle risorse sia economiche sia umane all'interno dell'ASL.

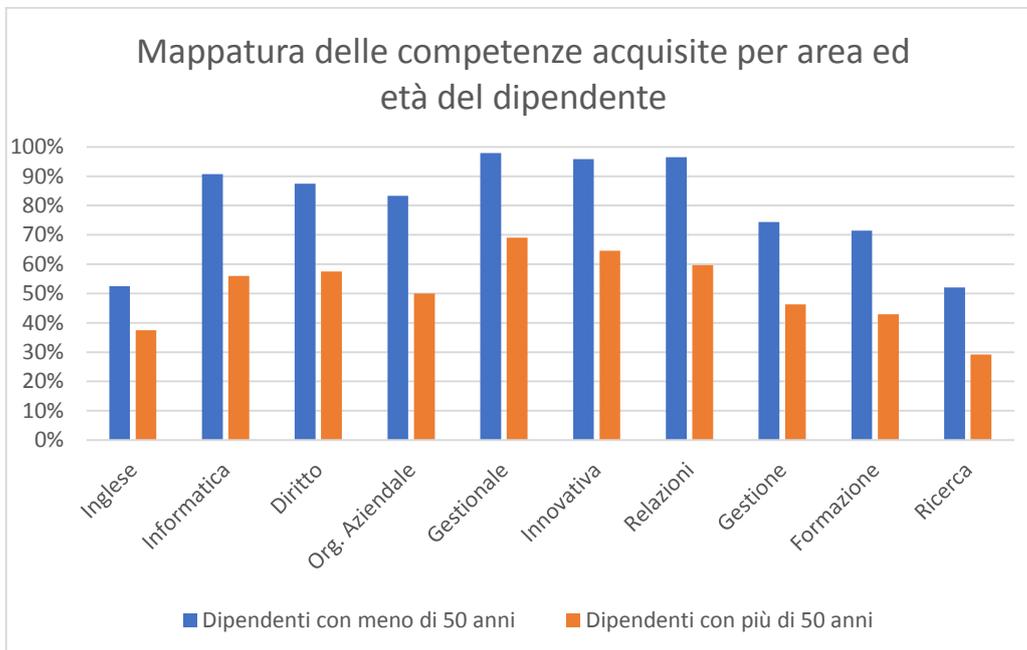
Quadro riassuntivo

Criticità	Proposte per superare le criticità
✓ Autorizzazioni <i>dall'alto</i> per la formazione	✓ Implementare spazi di ascolto confronto e condivisione (delle criticità del personale)
✓ Dotazione tecnologica	✓ Prevedere momenti di formazione e confronto per la condivisione di obiettivi e decisioni dell'organizzazione, maggiore partecipazione nei processi decisionali
✓ Confusione sui modelli organizzativi	✓ Implementare tutor che possano affiancare/formare i dipendenti nel primo periodo dopo l'introduzione di un'innovazione tecnologica o procedurale
✓ Al Distretto assegnati lavoratori meno motivati e giovani	✓ Cambiamento culturale e vision collettiva
✓ Scarsa formazione alle innovazioni introdotte	✓ Creazione di gruppi di lavoro per uniformare le procedure e condividere <i>best practices</i>
✓ Individualismo ed inefficacia delle azioni dei singoli dipendenti	✓ Implementare regolamenti condivisi e trasparenti
✓ Logica meccanicistica e temporalizzata delle prestazioni e scarsa attenzione alla dimensione clinico-terapeutica e relazionale dei processi di cura	✓ Migliorare il lavoro di equipe e supportare la dimensione relazionale all'interno dell'azienda e incentivare lo sviluppo di competenze empatiche nei manager/dirigenti.
✓ Stress/sovraccarico per compiti di tipo amministrativo, burocratico, informatico che non rientrano nelle proprie mansioni	✓ Si potrebbe creare un team di motivati (esperì in determinati ambiti) che potrebbero essere disposti a trasmettere i loro saperi
✓ Nessuna condivisione degli obiettivi dell'azienda (imposizione piuttosto che co-costruzione)	✓ Prevedere momenti di condivisione dei macro-obiettivi per dare un senso alle singole attività
✓ Carenze organizzative nei corsi formativi	✓ Sperimentare modalità di erogazione a distanza e rilevare i reali bisogni formativi di specifici gruppi di dipendenti (per territorio e servizi)

Infine, come emerge dai dati dei due grafici che seguono (che non è possibile stratificare per genere e per ruolo dato che i maschi e i dirigenti partecipanti non costituiscono una percentuale significativa rispetto all'intero gruppo) le competenze dell'Inglese, della formazione e della ricerca sono le più critiche. In base alle risposte fornite dai partecipanti sulle schede, vi è un buon livello di competenze in tutte le macroaree, con percentuali che si attestano per alcune competenze tra il 70 e l'80% e per altre (gestionale, innovativa e relazioni) si registra un dato molto alto del 90% circa.



Risulta interessante anche la mappa delle competenze per età nei gruppi infra e over 50enni. Appare chiaro come il primo gruppo “più giovane” ha una maggiore dotazione di competenze in tutte le aree e, in particolare, in quelle dell’Informatica, dell’Organizzazione aziendale, dell’Innovazione e delle Relazioni.



Tuttavia, si segnala la possibile distorsione dei dati che sono emersi dalle risposte scritte sulle schede. Questa convinzione deriva anche dalla narrazione che i partecipanti hanno prodotto e che sono state considerate sia nell’interpretazione complessiva che si restituisce con il presente report sia nelle osservazioni finali che seguono.

4. Alcune osservazioni finali: resistenza – vittimismo - sovversivi

Sullo sfondo della costruzione della mappa delle competenze sono emersi alcuni aspetti molto rilevanti.

Resistenza: In questa categoria è possibile collocare la posizione di “contrapposizione” da parte di alcuni dipendenti nei confronti dell’organizzazione intesa come sistema di potere, ossia un’organizzazione che impone la propria volontà nonostante un’eventuale volontà contraria, o la resistenza passiva o attiva, da parte di un altro soggetto o gruppo di soggetti. **Potere** quindi non come caratteristica degli attori sociali, ma **della relazione** fra attori sociali. La resistenza al cambiamento è il comportamento difensivo attuato dagli attori coinvolti nel cambiamento che lo vedono come riduzione del proprio potere negoziale.

Vittimismo: In questo gruppo è possibile collocare la discussione che tendeva a mettere al centro le criticità e difficoltà proprie del sistema nel poter svolgere in modo adeguato le proprie competenze. In questo caso il dipendente assumeva e interpretava il focus group come un’attività di valutazione delle proprie competenze e non come una discussione partecipativa sull’esigenza di organizzare un cambiamento a partire dallo stato dei fatti.

Sovversivi: In questo gruppo è possibile collocare la discussione che ha visto avanzare delle proposte e soprattutto che ha condiviso una serie di “metodi di lavoro informali” ma positivi e sempre tesi a affrontare la situazione in ogni modo e trovare una soluzione che potesse soddisfare il bisogno del paziente. In questa logica si sono anche avanzate proposte di condivisione di *best practices*.

Competenze e cambiamento	Giovani	Anziani	Dirigenti
Resistenza	-	+	-
Vittimismo	-	+	+ -
Sovversivi	+	-	+ -

Si deve passare quindi dall’insegnamento, inteso come trasferimento di conoscenze dove la figura centrale è il docente, all’apprendimento inteso come un processo che comporta un CAMBIAMENTO relativamente stabile nel modo di pensare, sentire e agire, che modifica l’organizzazione di conoscenze ed esperienze e che porta all’esercizio di nuove capacità modificando l’immagine di sé e del proprio ruolo. L’apprendimento è un fenomeno emozionale e intellettuale. La figura centrale è il professionista che sviluppa nuove competenze. In questo contesto anche il singolo professionista godrà di maggiori garanzie sul riconoscimento della propria professionalità e avrà la possibilità di autovalutare le proprie competenze per inserirsi in percorsi formativi individualizzati e professionalizzanti.

Tutto ciò ha come obiettivo principale la garanzia della qualità dei servizi sanitari centrati sulla professionalità delle risorse umane. I cittadini vedranno aumentate le loro garanzie sulla competenza delle figure professionali sanitarie.

Le Aziende Sanitarie che devono dare una risposta immediata ai bisogni dei cittadini in termini di miglioramento della qualità dei servizi potranno contare su innovativi piani di formazione continua basati sulla programmazione per competenze.