



università di ferrara
DA SEICENTO ANNI GUARDIAMO AVANTI.

Basi metodologiche per l'educazione alla salute

L'educazione alla salute e i professionisti sanitari

1

IL PROFESSIONISTA SANITARIO COME EDUCATORE ALLA SALUTE

2

SALUTE PER TUTTI NEL XXI SECOLO

- La strategia della "Salute per tutti nel ventunesimo secolo", adottata dalla comunità mondiale nel maggio 1998, ha lo scopo di realizzare il progetto della Salute per tutti, concetto emerso nell'Assemblea Mondiale della Sanità del 1977 e lanciato come movimento globale alla Conferenza di Alma-Ata nel 1978.
- Da quando fu introdotta nel 1980, la Salute per tutti ha reso disponibile un quadro di riferimento per il miglioramento della salute nella Regione Europea dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e ha avuto un consistente impatto sullo sviluppo della salute.
- Promuovere e proteggere la salute delle persone durante tutta la loro vita con la riduzione dell'incidenza delle principali malattie e lesioni ed alleviare le sofferenze che esse causano viene considerata dall'OMS come una missione ancor più importante di curare.

3

SALUTE PER TUTTI NEL XXI SECOLO

- Il documento **Health21** rappresenta il quadro di riferimento della strategia della Salute per tutti nella Regione Europea dell'Organizzazione Mondiale della Sanità.
- La finalità della politica HEALTH21 è caratterizzata da due obiettivi principali:
 - I. la promozione e la protezione della salute delle persone lungo l'intero arco della vita;
 - II. la riduzione dell'incidenza delle malattie e delle lesioni principali e il sollievo dalle sofferenze che esse causano.
- Tre valori costituiscono il fondamento etico di HEALTH21:
 1. la salute come diritto umano fondamentale;
 2. l'equità nella salute e la solidarietà nell'azione all'interno delle nazioni e fra di esse e i loro abitanti;
 3. la partecipazione e la responsabilità da parte di individui, gruppi, istituzioni e comunità per lo sviluppo permanente della salute.

4

SALUTE PER TUTTI NEL XXI SECOLO

- Il fondamento etico di Health 21 considera la salute come un diritto fondamentale dell'uomo.
- Inoltre appoggia l'equità nella salute e la solidarietà nelle azioni fra e all'interno di tutti i Paesi e i loro abitanti affinché la salute sia sempre in continuo sviluppo.
- Anche secondo il paradigma della salute individuale e collettiva dell'O.M.S. "le persone hanno il diritto e il dovere di partecipare individualmente e collettivamente alla progettazione e alla realizzazione dell'assistenza sanitaria di cui hanno bisogno".
- **Ma in quale scenario vanno ad inserirsi le professioni sanitarie?**
L'operato di tali figure professionali si applica dalla prevenzione, quale insieme di interventi centrati sulla rimozione delle cause di malattia, alla promozione della salute quale processo che consente alle persone di acquisire un maggior controllo della propria salute e di migliorarla.

5

SALUTE PER TUTTI NEL XXI SECOLO

REQUISITI DI UN PROFESSIONISTA SANITARIO PER INSERIRSI IN UN PROGRAMMA DI PREVENZIONE

- ✓ Adeguata conoscenza dell'eziologia dei fattori di rischio e delle strategie attuali di correzione.
- ✓ Motivazione personale.
- ✓ Capacità di comunicazione (linguaggio comprensibile ed adeguato al livello culturale e all'età del paziente).
- ✓ Imparare ad ascoltare.
- ✓ Abilità di adattare le conoscenze teoriche alle abitudini dei singoli individui.
- ✓ Abitudine a lavorare in team

6

SALUTE PER TUTTI NEL XXI SECOLO

RUOLO EDUCATIVO DEI PROFESSIONISTI SANITARI:

- I. Funzione tecnica di counseling alla prevenzione
- II. Educazione alle pratiche e agli stili di vita indirizzati al mantenimento della salute
- III. Supporto psicologico del paziente

7

RUOLO EDUCATIVO DEI PROFESSIONISTI SANITARI

- All'**infermiere** spetta l'educazione sanitaria come elemento fondamentale per promuovere stili di vita sani ed eliminare i fattori di rischio che causano l'alterazione dello stato di salute.
- Anche all'**infermiere pediatrico** vengono riconosciute specifiche funzioni educative, specie nella partecipazione degli interventi di educazione sanitaria rivolti alla famiglia e alla comunità, e nell'attuazione dei quadri di programmi di promozione della salute e prevenzione delle malattie e degli incidenti in età pediatrica.
- Nel profilo professionale dell'**ostetrica/o** si comprende quanto sia pregnante la cura educativa nei molteplici interventi assistenziali. Nella gravidanza, durante il parto e nel puerperio l'ostetrica mette in atto un'assistenza di natura tecnica, relazionale, educativa sostenendo le donne in un momento particolare della loro vita.
- Partecipa ad interventi di educazione sanitaria e sessuale sia nell'ambito della famiglia che nella comunità, così come nell'ambito della prevenzione e dell'accertamento dei tumori della sfera genitale femminile.

8

RUOLO EDUCATIVO DEI PROFESSIONISTI SANITARI

- Il **tecnico della riabilitazione psichiatrica** svolge interventi riabilitativi ed educativi sui soggetti con disabilità psichica, attua interventi volti all'abilitazione/riabilitazione dei soggetti alla cura di sé e alle relazioni interpersonali.
- In via autonoma o in collaborazione con altre figure sanitarie il **fisioterapista** svolge una specifica funzione educativa e/o rieducativa quando attua i suoi interventi di prevenzione, cura e riabilitazione nelle aree della motricità, delle funzioni corticali superiori, e di quelle viscerali conseguenti a eventi patologici, a varia eziologia, congenita od acquisita.
- Per quanto concerne la figura professionale del **logopedista** la funzione educativa viene svolta quando chiamato a prevenire e a trattare dal punto di vista riabilitativo le patologie del linguaggio e della comunicazione in età evolutiva, adulta e geriatrica.

9

RUOLO EDUCATIVO DEI PROFESSIONISTI SANITARI

- Le competenze educative del **dietista** si esprimono in tutte le attività finalizzate alla corretta applicazione dell'alimentazione e della nutrizione, ivi compresi gli aspetti educativi specifici e di collaborazione all'attuazione delle politiche alimentari, nel rispetto della normativa vigente.
- Il **tecnico di radiologia** è il responsabile, nell'ambito delle sue competenze relative all'accesso degli utenti, di tutte le attività di prevenzione, verifica e controllo in materia di igiene e sicurezza ambientale dei servizi di diagnostica per immagini, spiega la procedura e prepara il paziente per lo specifico esame che deve effettuare, applicando le opportune protezioni e somministrando quando necessario un mezzo di contrasto, di cui spiega le funzioni e gli eventuali effetti avversi, e si assicura di fornire al paziente tutte le informazioni necessarie a creare il minor disagio possibile.

10

INTERVENTO SUI FATTORI DI RISCHIO: RUOLO DEI PROFESSIONISTI SANITARI

- L'Operatore Sanitario, in qualità di educatore alla salute, può sfruttare il contatto continuo con le persone che si rivolgono all'ambulatorio.
- Il rapporto personale con il paziente rappresenta lo strumento migliore per una strategia di prevenzione, soprattutto nelle prime fasi quando va costruito un rapporto di stima, fiducia e collaborazione.
- L'approccio educativo alla salute dovrebbe basarsi sulle seguenti premesse:
 1. Quali credenze ha il paziente sulla malattia e sulla cura?
 2. Quali emozioni prova?
 3. Quanto il paziente sente di "potercela fare" a mettere in atto il piano terapeutico?

11

INTERVENTO SUI FATTORI DI RISCHIO: RUOLO DEI PROFESSIONISTI SANITARI

1. QUALI CREDENZE HA IL PAZIENTE SULLA MALATTIA E SULLA CURA?
2. QUALI EMOZIONI PROVA?

- Per rispondere a queste domande si fa riferimento al modello dell'**HBM** (Health Belief Model) [Rosenstock 1966] che punta l'attenzione sulla probabilità o meno che una persona intraprenda le giuste misure precauzionali suggerite.
- L'**HBM** sostiene che la spinta al cambiamento può derivare da fattori esterni, quali una nuova informazione, o interni, quali un sintomo ma che il suo avvio consegue al combinarsi di due ordini di elementi:
 - la percezione di vulnerabilità individuale e di gravità della malattia che ne può conseguire;
 - la possibilità di individuare benefici conseguenti alle azioni di prevenzione o di cura a cui però vanno sottratti i presunti ostacoli che si incontreranno nell'avviare tali azioni.
 - il modello sulle credenze.

12

INTERVENTO SUI FATTORI DI RISCHIO: RUOLO DELL'IP

- Nel profilo dell'Infermiere Professionale (IP) si parla di "ASSISTENZA INFERMIERISTICA PREVENTIVA" infatti la prevenzione delle malattie è una delle principali funzioni dell'infermiere insieme all'educazione sanitaria.
- Ad accentuare il concetto è anche il codice deontologico recitando che *"l'assistenza infermieristica è al servizio della persona e della collettività e che si realizza attraverso interventi specifici, autonomi e complementari, di natura tecnica, relazionale ed educativa"*.
- Nel passato l'igiene pubblica era orientata alla prevenzione e al controllo delle malattie infettive mediante interventi diretti sulla persona, sull'ambiente con l'isolamento, la contumacia, l'educazione sanitaria su l'igiene personale, la lotta alla denutrizione, l'areazione e illuminazione, lo smaltimento dei rifiuti.
- Oggi, l'igiene pubblica invece basa tutte le sue risorse all'educazione sanitaria sui comportamenti e stili di vita con interventi di sorveglianza sulla persona, sulla comunità, sull'ambiente orientati su ampie analisi epidemiologiche e sulla valutazione dei fattori di rischio.

13

INTERVENTO SUI FATTORI DI RISCHIO: RUOLO DELL'IP

1. QUALI CREDENZE HA IL PAZIENTE SULLA MALATTIA E SULLA CURA?
2. QUALI EMOZIONI PROVA?

- L'HBM sottolinea l'importanza di tenere in considerazione come la varietà culturale e socio-demografica di gruppi diversi di popolazione possa differire in termini di attitudini e percezione della malattia e del rischio.
- In sintesi, l'HBM sostiene che l'adulto sia un attore che razionalmente in una sorta di analisi del rapporto paure/benefici, e che agisca in piena libertà al fine di massimizzare il proprio capitale di salute.
- I fattori emotivi non sembrano svolgere alcun ruolo, e l'interazione con l'ambiente appare come marginale.
- Le credenze che si vanno a frapponere allo svolgimento dell'azione richiesta sono di fatto viste come false conoscenze.

14

INTERVENTO SUI FATTORI DI RISCHIO: RUOLO DELL'IP

3. QUANTO IL PAZIENTE SENTE DI «POTERCELA FARE» A METTERE IN ATTO IL PIANO TERAPEUTICO?

- Alcuni studi mostrano che una delle variabili che influenza di più gli interventi di educazione del paziente riguarda il concetto di auto-efficacia (**self efficacy**). [Sheeran P, Maki A, Montanaro E, Avishai-Yitshak A, Bryan A, Klein WM, Miles E, Rothman AJ. The impact of changing attitudes, norms, and self-efficacy on health-related intentions and behavior: A meta-analysis. *Health Psychol.* 2016 Nov;35(11):1178-1188. doi: 10.1037/hea0000387. Epub 2016 Jun 9. PMID: 27280365 Review].
- Secondo la **teoria cognitivo-sociale di Bandura**, l'apprendimento non implica esclusivamente il contatto diretto con gli oggetti, ma avviene anche attraverso esperienze indirette, sviluppate attraverso l'osservazione di altre persone, così che quando una persona pensa di riuscire a fare qualcosa, probabilmente riuscirà a farla con maggiore facilità di chi pensa di non potercela fare, o di chi pensa di non possedere le abilità necessarie.

15

Health Education & Behavior, Vol. 31 (2): 143-164 (April 2004)
DOI: 10.1177/1090198104263660
© 2004 by SOPHE

Health Promotion by Social Cognitive Means

Albert Bandura, PhD

This article examines health promotion and disease prevention from the perspective of social cognitive theory. This theory posits a multifaceted causal structure in which self-efficacy beliefs operate together with goals, outcome expectations, and perceived environmental impediments and facilitators in the regulation of human motivation, behavior, and well-being. Belief in one's efficacy to exercise control is a common pathway through which psychosocial influences affect health functioning. This core belief affects each of the basic processes of personal change—whether people even consider changing their health habits, whether they mobilize the motivation and perseverance needed to succeed should they do so, their ability to recover from setbacks and relapses, and how well they maintain the habit changes they have achieved. Human health is a social matter, not just an individual one. A comprehensive approach to health promotion also requires changing the practices of social systems that have widespread effects on human health.

Keywords: social cognitive theory; self-efficacy; self-regulation; collective efficacy; self-management model

INTERVENTO SUI FATTORI DI RISCHIO: RUOLO DELL'IP

FUMO

- Obiettivo:
 - cessazione completa
- Azioni:
 - Raccogliere la storia sull'abitudine al fumo.
 - Incoraggiare il paz. ed i familiari a smettere di fumare.
 - Fornire consigli e programmi di intervento.
 - Inviare dal medico per eventuali terapie sostitutive (cerotti di nicotina, terapia orale).

COLESTEROLO

- Obiettivo:
 - riduzione del colesterolo Ldl al di sotto dei 70 mg/dl o almeno del 50% rispetto ai valori iniziali;
- Azioni :
 - Conoscere le abitudini alimentari del paziente.
 - Fornire consigli e programmi dietetici (riunioni di educazione sanitaria).
 - Organizzare l'invio all'ambulatorio dietologico.
 - Invio al medico per eventuale terapia farmacologica.
 - Follow-up per la verifica dell'aderenza.

17

INTERVENTO SUI FATTORI DI RISCHIO: RUOLO DELL'IP

CONTROLLO DELLA PRESSIONE ARTERIOSA

- Obiettivo:
 - PA_s 130/80
- Azioni:
 - Educazione sanitaria per modificare lo stile di vita del paziente (controllo del peso, attività fisica, riduzione degli alcolici e del sale).
 - Programma di controllo della PA in tutti i pazienti.
 - Gestione della terapia farmacologica.

CONTROLLO DEL PESO

- Obiettivo:
 - IMC < 25 kg/m²
- Azioni:
 - Controllo del peso, altezza e calcolo del IMC.
 - Con la dietista prescrivere dieta ipocalorica intensa associata ad esercizio fisico adeguato.
 - Educazione alla salute, promuovendo la motricità.
 - Stabilire obiettivi raggiungibili e fornire al paziente adeguate motivazioni.

18

INTERVENTO SUI FATTORI DI RISCHIO: RUOLO DELL'IP

- L'azione educativa dell'IP viene svolta attraverso attività di **counseling infermieristico**, intesa come un *"...intervento volontario e consapevole del personale socio sanitario nei processi decisionali del paziente per il raggiungimento di un obiettivo condiviso di miglioramento dello stato di salute..."*.
- Il counseling infermieristico è una particolare forma di relazione d'aiuto che l'infermiere utilizza unendo capacità comunicative e conoscenze tecniche specifiche, allo scopo di fornire un'assistenza completa ed efficace al paziente.
- Le finalità del counseling infermieristico sono principalmente quelle di sostenere, guidare ed educare
- Alla luce della centralità del cittadino e del suo contesto, il counseling è un'attività il cui obiettivo è il miglioramento della qualità di vita del paziente, sostenendo i suoi punti di forza e le sue capacità di autodeterminazione.

19

INTERVENTO SUI FATTORI DI RISCHIO: RUOLO DELL'IP

- Il counseling offre uno spazio di ascolto e di riflessione, nel quale esplorare difficoltà relative a processi evolutivi, fasi di transizione e stati di crisi e rinforzare capacità di scelta e/o di cambiamento.
- Un esempio di tecnica del counseling: la **comunicazione empatica**.
- L'empatia (Gallese, 2013), avviene soltanto in un processo di sintonizzazione psico-fisica: è la comprensione profonda dell'altro mantenendo i propri confini, così che quando una persona dà voce a ciò che sente, chi l'ascolta fa esperienza delle sue emozioni e della sua rappresentazione del mondo (Miller & Rollnick, 2004).
- Il fatto di entrare in una sintonia espressiva con l'interlocutore dipende non solo dal percepire e accogliere i vissuti che la sua narrazione producono, ma anche dal fatto di restituirli e rispecchiarli al parlante.

20

INTERVENTO SUI FATTORI DI RISCHIO: RUOLO DELL'IP

L'IP può cercare di raggiungere gli obiettivi attraverso diverse **strategie comunicative verbali e non-verbali** [Lorig,2001;Rankin et al.,2005]:

- Sviluppare un accompagnamento alla performance attraverso la suddivisione del comportamento in piccoli obiettivi ,da raggiungere , magari in tempi scaglionati.
- Creare le condizioni per un'esperienza vicaria, per cui la persona osserva e si indentifica con un altro individuo che funge da modello, verificando in pratica quali comportamenti determinano certi risultati.
- Svolgere attività di persuasione verbale, rinforzando positivamente le abilità in possesso del paziente, in modo da spingerlo ad adottare certi comportamenti.
- Stimolare il dialogo con il paziente circa i sintomi e le emozioni da lui vissute durante il trattamento.

21

LA PIANIFICAZIONE DI UN PROGRAMMA DI EDUCAZIONE ALLA SALUTE RIVOLTO AL PERSONALE SANITARIO

22

LA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

- Il termine "programmare" significa analizzare il contesto, definire gli obiettivi da raggiungere, valutare le alternative, scegliere una strategia operativa, avviare e monitorare il programma, valutare i risultati.
- L'attività di programmazione, infatti, può essere definita come la determinazione di quell'insieme di norme, procedimenti ed obiettivi attraverso i quali i pubblici poteri cercano di:
 - sistematizzare e razionalizzare la propria attività decisionale;
 - orientare, coordinare e condizionare le attività pubbliche e private;
 - conseguire determinati obiettivi economico-sociali.

23

L'OGGETTO DELLA PIANIFICAZIONE: LA SALUTE

- Per la pianificazione sanitaria, il punto di partenza di tutto il processo deve essere la salute. Per questo motivo è importante conoscerne la definizione in modo da essere capaci di saper selezionare i problemi e di risolverli.
- OMS: "salute è uno stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non la semplice assenza di malattia".
- GOLDBERG: la salute può essere definita sulla base di un approccio percettivo (oms), un approccio funzionale e un approccio che utilizza il concetto di adattamento (dell'organismo nel suo ambiente); la malattia, quindi, corrisponde ad un cattivo adattamento.

Goldberg M1, Melchior M, Leclerc A, Lert F. Epidemiology and social determinants of health inequalities. Rev Epidemiol Sante Publique. 2003 Sep;51(4):381-401.

24

L'OGGETTO DELLA PIANIFICAZIONE: LA SALUTE

- BLUM:** "la salute fa riferimento alla capacità di un individuo di mantenere uno stato di equilibrio consono all'età e ai suoi bisogni sociali per consentire la procreazione e la realizzazione personale."

Resnick M, Blum RW, Hedin D. The appropriateness of health services for adolescents: youth's opinions and attitudes. J Adolesc Health Care. 1980 Dec;1(2):137-41
- BONNEVIE:** "la salute è la capacità comportamentale, comprendente le componenti biologiche e sociali (adattamento)". Nella pianificazione sanitaria, occorre limitare la salute agli attributi che appartengono all'individuo e distinguerla dai suoi determinanti (che possono essere di natura sociale e/o ambientale).

Bonnevie O. Changing demographics of peptic ulcer disease. Dig Dis Sci. 1985 Nov;30(11 Suppl):8S-14S.
- In altri termini, la salute deve essere considerata come una delle componenti positive della vita individuale e collettiva che interviene su tre livelli.

25

Salute, quindi, non unicamente come stato fisico-psichico "interno", ma come processo di scambio con l'ambiente.

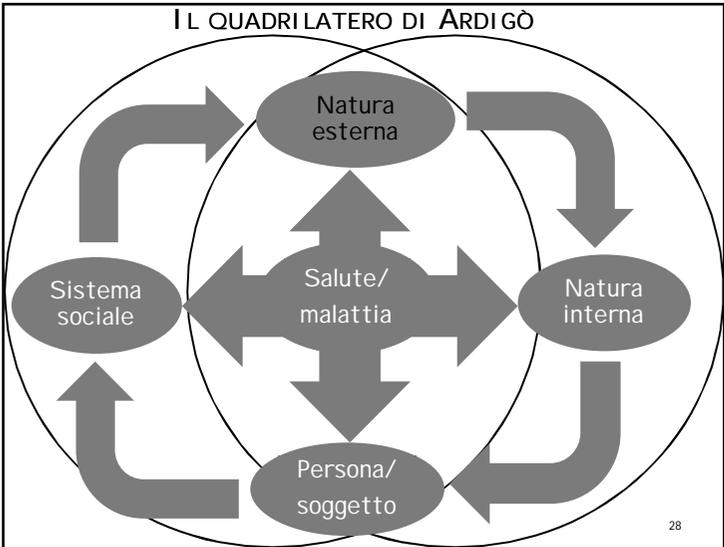
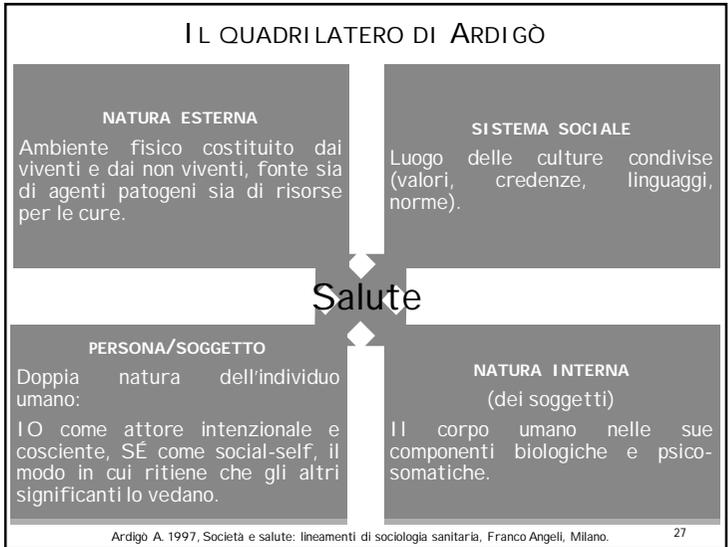
↓

Il quadrilatero di Ardigò

La salute è al centro di un quadrilatero ai cui angoli vi sono quattro concetti base:

- Natura esterna:** ambiente in cui si generano agenti patogeni ed i relativi percorsi di prevenzione/cura/riabilitazione;
- Sistema sociale:** il teatro in cui i soggetti interagiscono attraverso rapporti interpersonali, costituendo gruppi sociali semplici (famiglia) e complessi (stato);
- Soggetto:** individuo immerso nei propri mondi vitali, ossia il soggetto inteso come Ego e come Self;
- Natura interna:** dimensione bio-psichica del soggetto.

26

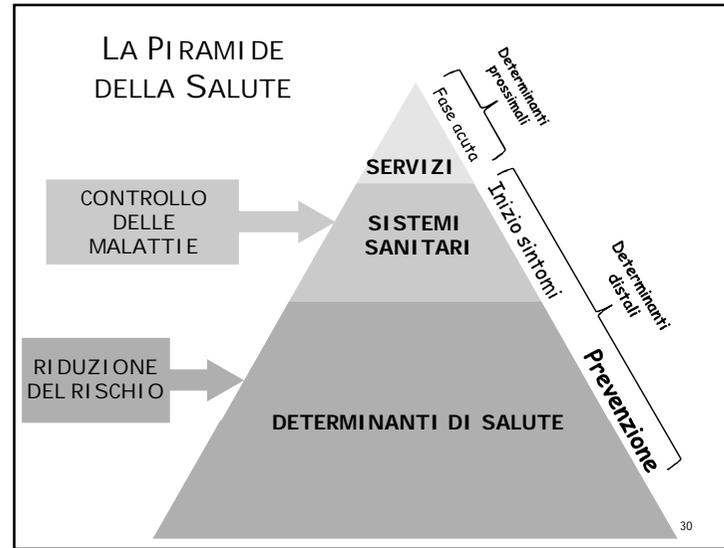


COME MISURARE L'ASPETTO "POSITIVO" DELLA SALUTE?

- E' necessario optare per una **definizione operativa di salute** e, a tal proposito, gli indicatori di morbosità, mortalità, fattori di rischio e incapacità rappresentano le misure più operative di cui si dispone (elementi quantitativi della salute).
- Ma è altrettanto importante prendere in considerazione l'**adattamento dell'individuo al suo ambiente** - prendendo in considerazione la percezione che l'individuo ha della propria funzionalità - (elementi qualitativi della salute): "un individuo in buona salute è colui che è in grado di funzionare al meglio nel suo ambiente e di dedicarsi pienamente ai suoi progetti".
- L'unione di questi due elementi (qualitativi e quantitativi) porta ad una **ridiscussione della politica sanitaria** che privilegia il prolungamento della vita e non la sua qualità.

29

LA PIRAMIDE DELLA SALUTE

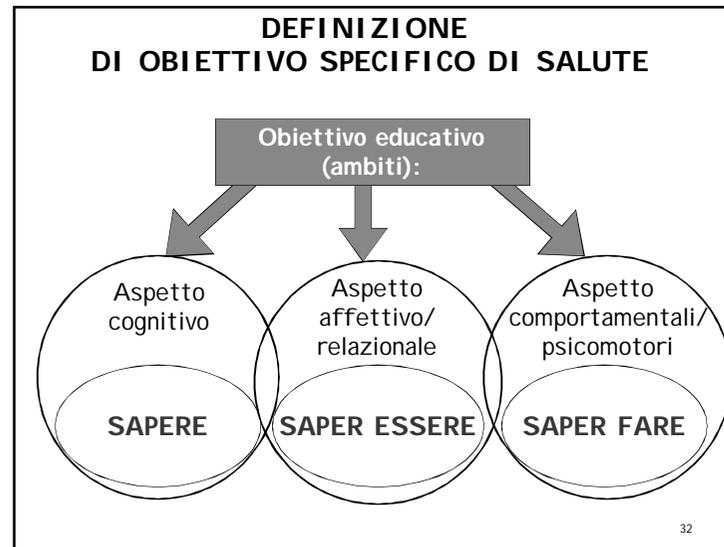


DEFINIZIONE DI OBIETTIVO SPECIFICO DI SALUTE

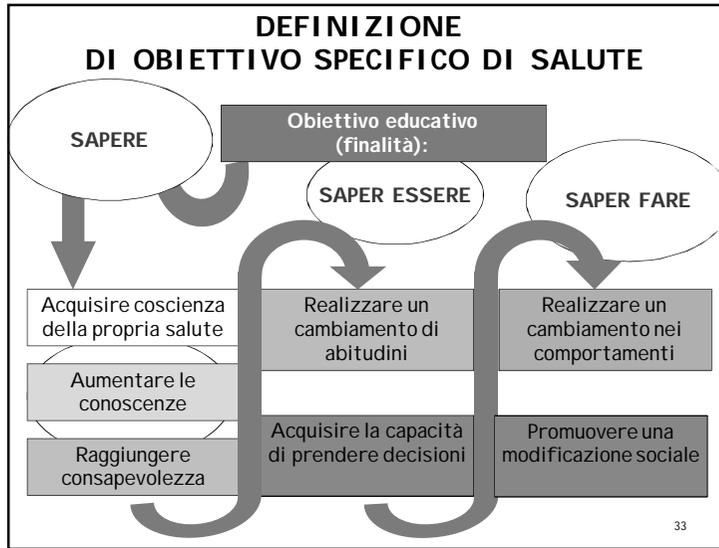


31

DEFINIZIONE DI OBIETTIVO SPECIFICO DI SALUTE



32



- ### DOCUMENTI SULLA PROMOZIONE DELLA SALUTE
- ✓ Dichiarazione di Alma Ata sull'assistenza sanitaria primaria (1978)
 - ✓ Carta di Ottawa per la promozione della salute (1986)
 - ✓ Raccomandazioni di Adelaide (1988)
 - ✓ Dichiarazione di Sundsvall (1991)
 - ✓ Dichiarazione di Budapest sugli ospedali per la promozione della salute (1991)
 - ✓ Promozione della salute e le riforme del sistema di assistenza sanitaria (1995)
 - ✓ Dichiarazione di Jakarta sulla promozione della salute del 21° secolo (1997)
 - ✓ Raccomandazioni di Vienna sugli ospedali per la promozione della salute (1997)
 - ✓ Risoluzione del Comitato Esecutivo dell'OMS sulla promozione della salute
- 34

- ### DICHIARAZIONE DI BUDAPEST
- ✓ Creare condizioni di lavoro sane per tutto il personale dell'ospedale.
 - ✓ Rendere l'ospedale un modello per servizi e per posti di lavoro sani.
 - ✓ Migliorare la comunicazione e la collaborazione con i servizi sanitari e sociali inseriti nel territorio.
 - ✓ Aumentare le opportunità offerte dall'ospedale ai pazienti e ai loro familiari.
 - ✓ Aumentare la disponibilità e la qualità della formazione per i lavoratori.
 - ✓ Sviluppare un database epidemiologico.
- 35

- ### DICHIARAZIONE DI LUSSEMBURGO
- Promozione della salute nei luoghi di lavoro dell'Unione Europea
- ✓ Miglioramento dell'ambiente e dell'organizzazione del lavoro.
 - ✓ Promozione della partecipazione attiva.
 - ✓ Incoraggiamento dello sviluppo individuale.
- 36

LA PIANIFICAZIONE DI UN PROGRAMMA DI EDUCAZIONE ALLA SALUTE RIVOLTO AL PERSONALE SANITARIO

- Definizione di un problema sanitario → ideali → definizione di un programma di intervento.
- Definizione del contesto normativo nel quale realizzare il programma di intervento → pianificazione normativa.
- Razionale della pianificazione di intervento → pianificazione "tattica":
 - definizione obiettivi, priorità, attività e risorse → pianificazione strategica;
 - ricerca, sintesi e analisi di specifici indicatori sanitari.

37

LA PIANIFICAZIONE DI UN PROGRAMMA DI EDUCAZIONE ALLA SALUTE RIVOLTO AL PERSONALE SANITARIO

Fasi del processo di pianificazione in sanità e livelli di pianificazione corrispondenti:

1. livello normativo e strategico: identificazione dei problemi; stabilire le priorità e fissare gli scopi.
 2. livello tattico: fissare degli obiettivi generali e specifici, determinare delle azioni per raggiungere gli obiettivi, previsione delle risorse richieste.
 3. livello operativo: fissare gli obiettivi operativi, messa in pratica del programma, valutazione.
- } Fase preliminare

38

LA PIANIFICAZIONE DI UN PROGRAMMA DI EDUCAZIONE ALLA SALUTE RIVOLTO AL PERSONALE SANITARIO

Questi livelli sono affiancate a tre tipi di analisi:

1. **Ricerca**: consiste nell'esplorare più dettagliatamente gli elementi di ogni livello: **INDICATORI**
2. **Sintesi**: mira a stabilire i legami tra i diversi elementi con l'aiuto di un quadro teorico;
3. **Analisi**: propone un numero ridotto di alternative.

39

LA PIANIFICAZIONE DI UN PROGRAMMA DI EDUCAZIONE ALLA SALUTE RIVOLTO AL PERSONALE SANITARIO

Gli indicatori maggiormente usati in campo sanitario possono essere raggruppati in alcune tipologie prevalenti:

- **indicatori di base** - si riferiscono a caratteristiche strutturali o dinamiche delle popolazioni umane, descritte nei loro aspetti demografici e sociali.
- **Indicatori di efficacia** - fanno riferimento a un'accezione di salute come assenza di malattia e di morte evitabile.
- **Indicatori di efficienza** - si riferiscono all'analisi costi/benefici
- **Indicatori di qualità** - misurano l'insieme degli aspetti di un intervento sanitario in termini di valutazione della qualità (efficacia, efficienza, accettabilità, soddisfazione delle persone assistite, coerenza).

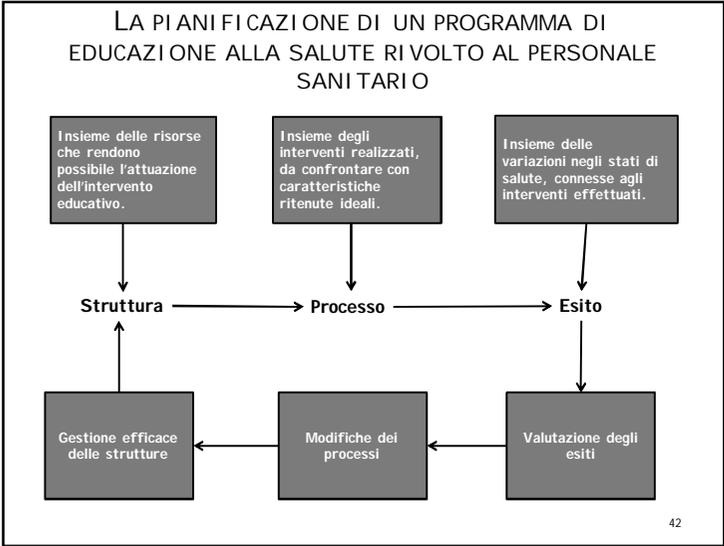
40

LA PIANIFICAZIONE DI UN PROGRAMMA DI EDUCAZIONE ALLA SALUTE RIVOLTO AL PERSONALE SANITARIO

L'**analisi** viene effettuata in base a una **check list** in cui sono elencate una serie di variabili da prendere in considerazione. Ogni singola azienda sceglie le proprie variabili. Tra le variabili si annoverano:

- **variabili relative all'assetto organizzativo;**
- **variabili che riguardano il personale** (capacità e competenze professionali dei dirigenti e dei quadri intermedi, concetto di cultura professionale, dotazione quantitativa del personale, abilità tecnico professionali, formazione e aggiornamento);
- **variabili riguardanti l'information technology**, (sistema informativo, dotazione tecnologica, logistica, organizzazione, sistemi operativi, sistemi di gestione adottati nell'area certificazione e miglioramento della qualità ed accreditamento);
- **variabili sulla qualità percepita**, (soddisfazione del personale, immagine aziendale).

41



IL MODELLO DI PIANIFICAZIONE FONDATA SUI BISOGNI

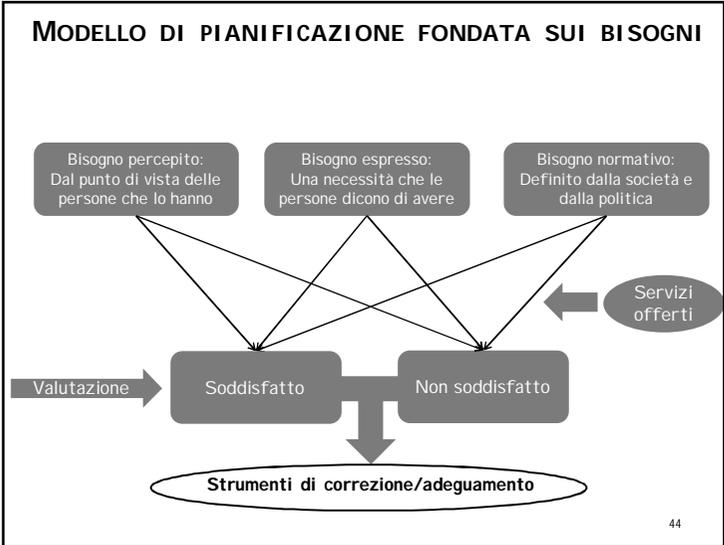
Il bisogno implica la capacità di beneficiare di un intervento. Il valore aggiunto sta nell'introdurre una valutazione dell'efficacia degli interventi, avendo definito:

- l'obiettivo (miglioramento delle condizioni sanitarie e maggiore equità di accesso alle prestazioni sanitarie);
- la carenza (scarsi risultati sanitari, disuguaglianze sanitarie);
- i mezzi per raggiungere l'obiettivo.

La valutazione dei bisogni può conoscere differenti approcci:

- **epidemiologia** (valutazioni specifiche sullo stato di salute);
- **approccio comparativo**: si basa sul confronto fra i livelli di beneficio ottenuti nelle diverse popolazioni;
- **approccio corporativo**: propaganda le esigenze e i desideri di professionisti, pazienti, forze politiche, etc.

43



MODELLO DI PIANIFICAZIONE FONDATA SUI BISOGNI

- Il modello più fedele a tale prospettiva è quello proposto da Donabedian :
 - ha come punto di partenza lo stato di salute della popolazione;
 - prende in considerazione i determinanti della salute.
- Un programma di salute si compone di tre elementi:
 1. Obiettivo di salute (stato di salute)
 2. Servizi o attività
 3. Risorse (fisiche,umane e finanziarie)



Donabedian, Avedis (2005). "Evaluating the Quality of Medical Care". The Milbank Quarterly: 691-729. Retrieved 2011-11-11.

45

MODELLO DI PIANIFICAZIONE FONDATA SUI BISOGNI

- Secondo la classica tripartizione di Avedis Donabedian gli assi della qualità sono indirizzati:
 - alla **struttura** (qualità organizzativa),
 - al **processo** (qualità professionale)
 - all'**esito** (qualità percepita).
- Quando si parla di **struttura** (qualità organizzativa) si fa riferimento alle risorse disponibili, personale, attrezzature, edifici, ecc., ed alle modalità organizzative delle stesse.
- Quando si parla di **processo** si intende il prodotto, le prestazioni, la loro tempestività e la loro appropriatezza in merito alle decisioni di intervento, al livello di effettuazione ed all'uso delle risorse.
- Quando si parla di **esito** si intendono le modificazioni delle condizioni di salute dovute agli interventi sanitari.

Donabedian, Avedis (2005). "Evaluating the Quality of Medical Care". The Milbank Quarterly: 691-729. Retrieved 2011-11-11.

46

MODELLO DI PIANIFICAZIONE FONDATA SUI BISOGNI

- La formalizzazione di questa pianificazione è il **piano di programma**.
- Riguarda le azioni da applicare al problema in funzione delle risorse investite.
- Contiene lo scopo del programma, gli obiettivi, le azioni raccomandate, le risorse richieste, il calendario, le popolazioni-bersaglio ed i criteri di valutazione per ogni obiettivo.
- Il piano serve innanzitutto a coloro che prepareranno i piani operativi, ossia a coloro che dovranno eseguire e gestire il programma.
- Il piano di programma serve anche all'informazione generale del pubblico o dei partecipanti .
- Il piano di programma fa in modo che gli obiettivi e i mezzi siano il più obiettivi possibili, attuali, logici e realisti.

47

MODELLO DI PIANIFICAZIONE FONDATA SUI BISOGNI

Un piano di programma deve contenere:

- definizione ed analisi dei problemi;
- esame e valutazione delle tecnologie di risoluzioni disponibili;
- strategie alternative di programma e stima dei loro costi rispettivi;
- la soluzione preferibile;
- un'enunciazione degli obiettivi del programma;
- un'enunciazione delle raccomandazioni generali del programma riguardanti attività, risorse e popolazioni-bersaglio;
- un piano generale di valutazione del programma.

48

MODELLO DI PIANIFICAZIONE FONDATA SUI BISOGNI

La pianificazione tattica.

- Una volta definita la strategia generale del programma, si passa alla formulazione degli obiettivi: possono essere generali, intermedi e/o specifici.
- Gli obiettivi generali corrispondono agli stati o ai comportamenti attesi dalla popolazione-bersaglio che hanno un legame diretto con lo scopo del programma.
- Gli obiettivi intermedi corrispondono agli stati o ai comportamenti attesi nella popolazione-bersaglio che hanno un collegamento diretto con un obiettivo generale.
- Gli obiettivi specifici corrispondono agli stati di salute o ai comportamenti attesi dalla popolazione-bersaglio che hanno un legame diretto con gli obiettivi di ordine superiore (corrispondono ad un'attività o ad un servizio preciso).

49

MODELLO DI PIANIFICAZIONE FONDATA SUI BISOGNI

La pianificazione operativa (mezzi, risorse, organizzazione)

- Riguarda il progetto concreto di operatività e di attuazione del programma:
 - gli obiettivi sono operativi;
 - le decisioni sono a breve termine;
 - riguarda lo svolgimento delle attività, il calendario delle esecuzioni e la gestione delle risorse.
- Questi diversi livelli di pianificazione costituiscono una rete organizzata, un sistema integrato di pianificazione i cui elementi sono interdipendenti → **prospettiva integrata**.

50

PROGETTO PER LA PROMOZIONE DELLA SALUTE DEL PERSONALE OSPEDALIERO

- ✓ Atto formale dell'impegno dell'Azienda Sanitaria.
- ✓ Principi e metodi della promozione della salute.
- ✓ Tempo stabilito.
- ✓ Almeno tre progetti.
- ✓ Project management.

51

OBIETTIVI

- ✓ Promozione della salute nelle strutture sanitarie pubbliche e private.
- ✓ Programmi specifici (diabete sul posto di lavoro, ipertensione, assistenza prenatale, scuola di postura della colonna, servizi sanitari senza fumo, etc.).
- ✓ Gestione rischio biologico, uso di farmaci antiblastici, etc.
- ✓ Formazione professionale.

52

PROGETTO PER LA PROMOZIONE DELLA SALUTE DEL PERSONALE OSPEDALIERO

Direttrici di riflessione e azione:

- ✓ Riformulazione delle politiche a tutti i livelli del sistema ospedaliero.
- ✓ Creazione e mantenimento di ambiente di lavoro che di per sé promuove la salute.
- ✓ Incentivazione per i singoli ad adottare comportamenti positivi.
- ✓ Sollecitazione ad una partecipazione concreta.
- ✓ Ridimensionamento e dotazione di moderni servizi sanitari rispetto a specifici bacini di utenza.



PROGETTO PER LA PROMOZIONE DELLA SALUTE DEL PERSONALE OSPEDALIERO

- ✓ Valutare i rischi.
- ✓ Evitare i rischi.
- ✓ Sostituire ciò che è pericoloso con ciò che non lo è o lo è meno.
- ✓ Combattere i rischi alla fonte.
- ✓ Applicare provvedimenti collettivi.
- ✓ Adeguarsi al progresso tecnico.
- ✓ Informazione e formazione dei lavoratori.

54

PROGETTO PER LA PROMOZIONE DELLA SALUTE DEL PERSONALE OSPEDALIERO

APPROCCIO BASATO SUGLI AMBIENTI ORGANIZZATIVI (Setting-based approach)

- ✓ Luogo fisico
- ✓ Persone che lo vivono
- ✓ Sua organizzazione e struttura
- ✓ Obiettivi che segue
- ✓ Comportamenti e relazioni interpersonali
- ✓ Norme e valori
- ✓ Aspettative
- ✓ Mandato

55

AZIONI

- ✓ Messa in rete dei sistemi di prevenzione interni alle strutture sanitarie.
- ✓ Definizione di standard ed indicatori.
- ✓ Azione di controllo nei luoghi di lavoro.

56

INDICATORI DI RISULTATO

- ✓ Unità operative aderenti al progetto
- ✓ Numero di procedure e standard di prevenzione
- ✓ Numero di operatori sanitari controllati

57

I PROGETTI EDUCATIVI IN SANITÀ

58

PROGETTO EDUCATIVO RIVOLTO AL PERSONALE INFERMIERISTICO E MEDICO SULLA PREVENZIONE DELLE INFEZIONI OSPEDALIERE

Diagnosi educativa: alterazione dei comportamenti degli operatori durante le manovre assistenziali per la presenza del 9% delle infezioni ospedaliere.

Obiettivo generale: Promuovere negli operatori la consapevolezza di mettere in atto comportamenti adeguati secondo l'evidenza scientifica per standard accettabili di I.O.

Obiettivi intermedi:

Definire le principali cause di infezione
Definire i pazienti a rischio
Identificare linee guida
Utilizzare ausili e manovre
Valutare il ruolo dell'ambiente

59

PROGETTO EDUCATIVO RIVOLTO AL PERSONALE INFERMIERISTICO E MEDICO SULLA PREVENZIONE DELLE INFEZIONI OSPEDALIERE

Obiettivi specifici

Gli operatori devono essere in grado di:

1. Elencare per ogni realtà di degenza almeno 5 cause (oppure le cause secondo protocollo) di I.O. alla fine dell'intervento educativo (i.e.).
2. Descrivere, dato un elenco di casi assistenziali, tutti i pazienti a rischio di infezioni dopo una settimana dall'inizio dell'i.e.
3. Utilizzare gli ausili di D.P. secondo procedura al termine dell'addestramento.
4. Utilizzare le linee guida secondo CDC Atlanta al termine i.e.

60

**PROGETTO EDUCATIVO RIVOLTO AL PERSONALE
INFERMIERISTICO E MEDICO SULLA PREVENZIONE DELLE
INFEZIONI OSPEDALIERE**

Obiettivi specifici

Gli operatori devono essere in grado di:

5. Utilizzare la procedura adeguata del lavaggio delle mani rispetto alla manovra assistenziale secondo le indicazioni dell'evidenza scientifica dopo tre incontri educativi.
6. Rimuovere i fattori di rischio ambientale e strumentale secondo le linee guida entro una settimana dal termine dell'i.e.
7. Identificare attraverso le indagini epidemiologiche gli standard di I.O. secondo le raccomandazioni di CDC Atlanta entro tre mesi dall'i.e.

61

**PROGETTO EDUCATIVO RIVOLTO AL PERSONALE
INFERMIERISTICO SULLA PREVENZIONE DELLE PATOLOGIE
DEL RACHIDE**

- Il personale sanitario addetto all'assistenza di pazienti non autosufficienti risulta, nella letteratura scientifica nazionale ed internazionale, tra le categorie lavorative maggiormente affette da patologie e disturbi acuti e cronici del rachide dorso-lombare.
- Numerose indagini hanno infatti dimostrato come, in diverse manovre di trasferimento manuale di pazienti, si generino compressioni assiali ai dischi intervertebrali lombari ben superiori ai valori di circa 350 kg, considerati come livello di riferimento per non indurre danni al rachide lombare.
- E' un dato ormai ampiamente condiviso in letteratura che gli operatori sanitari addetti all'assistenza di pazienti non autosufficienti rientrano tra le categorie per le quali è possibile dimostrare un aumento di incidenza e di prevalenza dei casi di lombalgia, ma anche, più in generale, di patologie muscolo-scheletriche correlate all'attività lavorativa.

62

**PROGETTO EDUCATIVO RIVOLTO AL PERSONALE
INFERMIERISTICO SULLA PREVENZIONE DELLE PATOLOGIE
DEL RACHIDE**

- ✓ Il rischio da movimentazione manuale di carichi e di pazienti è, oltre a quello di tipo biologico, il più diffuso.
- ✓ Il numero dei probabili esposti a movimentazione dei pazienti, nel settore ospedaliero italiano, è di 461.545 (fonte ISTAT 2012-2013), considerando il personale infermieristico, socio sanitario e addetto alla riabilitazione ed assistenza operanti negli istituti di cura pubblici e privati.
- ✓ La categoria più esposta a danni della colonna vertebrale, da una indagine svolta dal NIOSH1, è risultata quella degli infermieri, seguita dagli ausiliari socio sanitari. Infatti, a causa dell'elevata presenza di pazienti non autosufficienti, esiste un'alta probabilità che insorgano patologie a carico del rachide lombosacrale per la loro movimentazione manuale.
- ✓ Alla movimentazione manuale dei carichi è stato dedicato il titolo V del D.Lgs. 626/94, artt. 47, 48, 49 e allegato VI.

63

**PROGETTO EDUCATIVO RIVOLTO AL PERSONALE
INFERMIERISTICO SULLA PREVENZIONE DELLE PATOLOGIE
DEL RACHIDE**

Indicatori di rischio

- ✓ Il numero di operatori addetti all'assistenza per turno lavorativo.
- ✓ La conoscenza e l'utilizzo di adeguate manovre di movimentazione.
- ✓ Ulteriori studi correlano il rischio da movimentazione manuale pazienti anche a:
 1. entità della disabilità del paziente;
 2. tipo di operazione di movimentazione effettuata;
 3. frequenza giornaliera delle attività di sollevamento
 4. inadeguatezza dei letti o assenza di attrezzature (ausili per il sollevamento dei pazienti).

64

**PROGETTO EDUCATIVO RIVOLTO AL PERSONALE
INFIRMERISTICO SULLA PREVENZIONE DELLE PATOLOGIE
DEL RACHIDE**

- ✓ Gli infermieri, in particolar modo quelli geriatrici, hanno una maggior frequenza, per le patologie del rachide lombare.
- ✓ Infatti durante uno studio effettuato in USA (LBP = Low Back Pain, dolore posteriore basso), su 3912 infermieri il 43% soffriva di lombalgia.
- ✓ La Legge 626/94 all'ART. 49 riguarda l' **informazione** e **formazione** che il datore di lavoro deve attuare nei confronti dell'operatore sanitario (infermiere, OSS, ecc), in particolare per quanto concerne il peso di un carico, la movimentazione corretta dei carichi e i rischi che si corrono se non si eseguono i movimenti in maniera corretta.

65

**PROGETTO EDUCATIVO RIVOLTO AL PERSONALE
INFIRMERISTICO SULLA PREVENZIONE DELLE PATOLOGIE
DEL RACHIDE**

Obiettivi specifici

- ✓ Migliorare le condizioni di lavoro rispetto alla movimentazione manuale dei carichi.
- ✓ Prevalenza del fenomeno e sua incidenza.
- ✓ Organizzazione dell'Azienda.
- ✓ Rilevanza economica delle assenze dovute a patologie del rachide.
- ✓ Valutazione dei rischi con redazione del documento.
- ✓ Nomina delle figure previste dalla DM 626.
- ✓ Disponibilità di alcune professionalità chiave.
- ✓ Garantire una mobilitazione corretta e non traumatica.
- ✓ Messaggio educativo proposto dall'Azienda sanitaria.

66

**PROGETTO EDUCATIVO RIVOLTO AL PERSONALE
INFIRMERISTICO SULLA PREVENZIONE DELLE PATOLOGIE
DEL RACHIDE**

**Dal laboratorio "back school" ad un laboratorio permanente su
"l'educazione alla movimentazione"**

- ❖ Pensare ad un'educazione al movimento lavorativo corretto, significa estendere l'attenzione dai problemi del rachide (back-school) ai disturbi a carico di tutto il corpo che possono comparire con maggiore probabilità in seguito ad un'attività di movimentazione di carichi, con particolare riferimento agli arti, sia superiori che inferiori.

❖ **Metodologia**

1. Esercitazioni in gruppo (preferibilmente non superiori a 15 persone)
2. La frequenza degli incontri viene concordata all'interno delle proprie situazioni lavorative
3. La durata di ogni incontro può variare da una a 2 ore a seconda delle scelte del gruppo formatore e delle trattative aziendali.

67

**PROGETTO EDUCATIVO RIVOLTO AL PERSONALE
INFIRMERISTICO SULLA PREVENZIONE DELLE PATOLOGIE
DEL RACHIDE**

**Dal laboratorio "back school" ad un laboratorio permanente su
"l'educazione alla movimentazione"**

Contenuti

- ✓ Dimostrazione e sperimentazione pratica di sequenze motorie finalizzate all'apprendimento dei principi fondamentali dell'ergonomia e dell'ergomotricità adattati alla morfologia e gestualità individuali, attraverso:
 - a) esercizi mirati all'allungamento ed al rinforzo della muscolatura del tronco e degli arti ed alla stabilizzazione del rachide;
 - b) esercizi, anche di emissione vocale, mirati alla ricerca di modalità di respirazione corrette e adatte a controllare le tensioni e le emozioni proprie;
 - c) ricerca di strategie posturali e di movimento mirate alla ricerca del benessere soggettivo.

68

PROGETTO EDUCATIVO RIVOLTO AL PERSONALE INFERMIERISTICO SULLA PREVENZIONE DELLE PATOLOGIE DEL RACHIDE

Dal laboratorio "back school" ad un laboratorio permanente su "l'educazione alla movimentazione"

Verifica

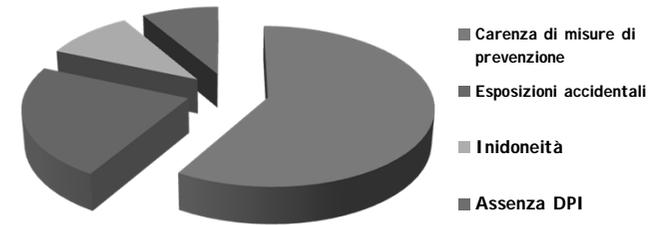
Viene effettuata attraverso l'elaborazione dei dati raccolti attraverso i seguenti due strumenti:

1. Questionario di gradimento del laboratorio formativo da somministrare ai partecipanti a fine corso.
2. Questionario a breve e lungo termine per valutare l'efficacia della formazione anche a distanza di tempo.

69

PROGETTO EDUCATIVO RIVOLTO AL PERSONALE OSPEDALIERO SULLA PREVENZIONE DEL RISCHIO BIOLOGICO

FATTORI DI RISCHIO



70

PROGETTO EDUCATIVO RIVOLTO AL PERSONALE OSPEDALIERO SULLA PREVENZIONE DEL RISCHIO BIOLOGICO

Obiettivi per il personale sanitario

- ✓ Conoscere l'epidemiologia delle infezioni occupazionali.
- ✓ Migliorare la conoscenza del rischio occupazionale.
- ✓ Ridurre l'incidenza delle esposizioni accidentali al rischio biologico.
- ✓ Ridurre il numero dei soggetti suscettibili di ammalare di infezioni occupazionali.

71

PROGETTO EDUCATIVO RIVOLTO AL PERSONALE OSPEDALIERO SULLA PREVENZIONE DEL RISCHIO BIOLOGICO

Obiettivi per la Comunità (familiari di pazienti, visitatori, etc)

- ✓ Ridurre il rischio di esposizione ad agenti biologici per i visitatori e per i familiari.
- ✓ Migliorare le conoscenze generali per favorire comportamenti corretti in ospedale e nelle strutture sanitarie territoriali.
- ✓ Promuovere stili di vita sani.
- ✓ Costituire un modello di comportamento corretto per la Comunità.
- ✓ Accreditare le strutture sanitarie private che documentano analoghi obiettivi aziendali.

72

PROGETTO EDUCATIVO RIVOLTO AL PERSONALE OSPEDALIERO SULLA PREVENZIONE DEL RISCHIO BIOLOGICO

Azioni strutturali

- ✓ Migliorare le condizioni ambientali.
- ✓ Uso di DPI in misura adeguate.
- ✓ Cartellonistica e stampati per informazioni generali sui comportamenti corretti per determinati servizi o reparti.
- ✓ Contenitori adeguati allo smaltimento dei rifiuti speciali

73

PROGETTO EDUCATIVO RIVOLTO AL PERSONALE OSPEDALIERO SULLA PREVENZIONE DEL RISCHIO BIOLOGICO

Azioni di prevenzione

- ✓ Nomina del gruppo di lavoro.
- ✓ Raccolta dati eventi occupazionali a rischio biologico.
- ✓ Sorveglianza sanitaria dei dipendenti.
- ✓ Linee guida per l'acquisto dei dispositivi.
- ✓ Strategia vaccinale.

74

PROGETTO EDUCATIVO RIVOLTO AL PERSONALE OSPEDALIERO SULLA PREVENZIONE DEL RISCHIO BIOLOGICO

Azioni formative

- ✓ Valutazione delle conoscenze del rischio biologico e applicazione dei comportamenti corretti del personale dei reparti a rischio.
- ✓ Distribuzione materiale informativo in occasione di visita periodica, infortunio od altro.
- ✓ Diffusione dei dati epidemiologici a tutto il personale.
- ✓ Consegna ai pazienti infetti di materiale educativo sulle norme igieniche da seguire per ridurre il rischio di trasmissione.
- ✓ Informazione a tutti i pazienti sui comportamenti corretti da adottare nei servizi sanitari.

75

PROGETTO EDUCATIVO RIVOLTO AL PERSONALE OSPEDALIERO SULLA PREVENZIONE DEL RISCHIO BIOLOGICO

Azioni formative

La formazione deve avvenire in occasione :

- ✓ dell'assunzione in servizio
- ✓ del trasferimento o cambiamento di mansioni
- ✓ dell'introduzione di nuove attrezzature di lavoro,
- ✓ di nuove procedure lavorative,
- ✓ di nuove sostanze e preparati pericolosi.

Per ogni unità operativa deve essere individuata una figura incaricata dell'informazione ed addestramento del personale.

76

PROGETTO EDUCATIVO RIVOLTO AL PERSONALE OSPEDALIERO SULLA PREVENZIONE DEL RISCHIO BIOLOGICO

Azioni formative

Ogni nuovo dipendente che entra a far parte di una unità operativa deve ricevere informazioni su:

- ✓ i rischi a cui può andare incontro, riferiti al posto di lavoro e alle mansioni;
- ✓ le misure che deve adottare per evitarli o per ridurli al minimo; (modalità d'uso dei DPI, manovre e procedure corrette, precauzioni da adottare ecc.);
- ✓ le procedure che riguardano gli incidenti a rischio biologico;
- ✓ i diritti e i doveri dei lavoratori in materia di sicurezza e salute sul posto di lavoro;
- ✓ i servizi aziendali incaricati della sicurezza e salute sui luoghi di lavoro (Servizio di Prevenzione e Protezione, Servizio di Sorveglianza Sanitaria, CIO);
- ✓ i nominativi dei rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza.

77

LA FORMAZIONE DEGLI OPERATORI SANITARI: L'ACQUISIZIONE DELLE COMPETENZE EDUCATIVE

78

- La **Legge 10 agosto 2000 n. 251** dal titolo DI SCIPLI NA DELLE PROFESSIONI SANI TARI E INFERMI ERI STICHE, TECNICHE, DELLA RI ABI LI TAZI ONE, DELLA PREVENZI ONE NONCHÉ DELLA PROFESSI ONE OSTETRI CA, nel riaffermare il principio dell'autonomia professionale delle singole professioni, sottolinea che tali professionisti "...svolgono con autonomia professionale attività dirette alla prevenzione, alla cura e salvaguardia della salute individuale e collettiva, espletando le funzioni individuate dalle norme istitutive dei relativi profili professionali nonché dagli specifici codici deontologici...".
- In riferimento all'esercizio professionale appartenente ad una delle quattro macro aree (infermieristica e ostetrica, riabilitativa, tecnica sanitaria e della prevenzione), la cura assume la forma di prevenzione, e/o di salvaguardia della salute, di riabilitazione e di valutazione funzionale, di verifica e controllo in materia di igiene e di controllo ambientale mantenendo al proprio interno specifiche **competenze educative**.

79

LA COMPETENZA

- ✓ La Direttiva emanata dal Dipartimento della Funzione Pubblica il 13 Dicembre 2001 sostiene che "tutte le organizzazioni, per gestire il cambiamento e garantire un'elevata qualità dei servizi, devono fondarsi sulla conoscenza e sulle competenze.
- ✓ Devono, pertanto, assicurare il diritto alla formazione permanente, attraverso una pianificazione e una programmazione delle attività formative che tengano conto anche delle esigenze e delle inclinazioni degli individui".
- ✓ Si definisce **competenza** l'insieme delle caratteristiche individuali che concorrono all'efficace presidio di una situazione lavorativa, di una prestazione, di un'attività.
- ✓ Secondo Le Boterf, "...la competenza esprime una relazione tra un soggetto e una specifica situazione lavorativa; essa scaturisce dall'analisi del "soggetto in azione", dalla considerazione del tipo di risorse che mette in campo e dalla modalità con cui le combina per raggiungere i risultati di volta in volta richiesti."

80

LA COMPETENZA

- ✓ Il riconoscimento normativo dell'avanzamento delle competenze delle professioni sanitarie è iniziato con la **Legge 42**, che permette di identificare le competenze come capacità (e non come pertinenze) e afferma che sono da far salve e da rispettare reciprocamente quelle che corrispondono alle capacità progressivamente acquisite dai professionisti sanitari con la garanzia della formazione post-base.
- ✓ **Comma 2 dell'articolo 1 della legge 42** "... Il campo proprio di attività e di responsabilità delle professioni sanitarie ..., è determinato dai contenuti dei decreti ministeriali istitutivi dei relativi profili professionali e degli ordinamenti didattici dei rispettivi corsi di diploma universitario e di formazione post-base nonché degli specifici codici deontologici, fatte salve le competenze previste per le professioni mediche e per le altre professioni del ruolo sanitario per l'accesso alle quali è richiesto il possesso del diploma di laurea, nel rispetto reciproco delle specifiche competenze professionali."

81

LA COMPETENZA

La **COMPETENZA EDUCATIVA** è formata da tre componenti:

- ✓ la **conoscenza**, cioè l'ambito del sapere concettuale;
- ✓ l'**abilità** (o Skill), cioè l'aspetto operativo della competenza, il mettere in atto i principi che appartengono alla conoscenza;
- ✓ il **comportamento** (o modo d'agire), cioè la parte relativa al modo di eseguire le attività che incide sui rapporti con gli altri e sull'efficacia della mobilitazione dell'intera competenza stessa.

Queste tre componenti sono strettamente legate tra loro e vanno a costituire gli ambiti complessi del saper agire.

82

LA COMPETENZA

- ✓ **COMPETENZE DI BASE** sono le capacità che tutti i professionisti devono possedere all'ingresso nel mondo del lavoro e comprendono l'inglese, l'informatica, l'organizzazione aziendale e il diritto del lavoro.
- ✓ **COMPETENZE TRASVERSALI** sono le capacità comunicative e relazionali che ogni professionista dovrebbe possedere in qualunque settore professionale e che acquisisce durante l'arco della vita.
- ✓ **COMPETENZE TECNICO PROFESSIONALI** sono le capacità distintive identificate da diverse funzioni in base alla figura professionale che caratterizzano.
- ✓ **COMPETENZE TECNICO PROFESSIONALI TRASVERSALI** identificano le funzioni che descrivono le competenze comuni ad ogni professionista dell'ambito sanitario e comprendono la gestione, la formazione, la ricerca e la consulenza.

83

LA COMPETENZA

DEFINIZIONE DI BILANCIO DI COMPETENZE

- ✓ E' l'insieme delle azioni che consentono agli individui di analizzare le proprie competenze personali e professionali, così come le loro motivazioni e bisogni, allo scopo di definire un progetto/percorso professionale e/o di formazione individuale e personalizzato.
- ✓ Nel lavoro è indispensabile analizzare nel dettaglio il bagaglio di competenze già acquisite per essere pienamente consapevoli delle proprie capacità e potenzialità e quindi poter valutare, di conseguenza, il percorso professionale e di carriera più coerente con la propria esperienza oppure l'eventuale distanza fra il proprio "patrimonio professionale" e la posizione a cui si aspira.
- ✓ Per potere fare il punto sulla propria storia professionale occorre riflettere accuratamente sulle esperienze maturate e soffermarsi a considerare diversi elementi.

84

LA COMPETENZA

DEFINIZIONE DI BILANCIO DI COMPETENZE

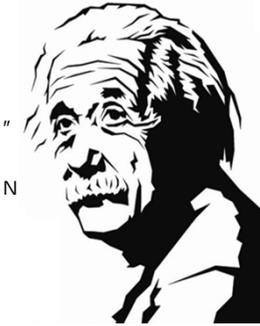
Per quanto riguarda le finalità specifiche il bilancio delle competenze serve per :

- I. Identificazione di Competenze e Potenzialità che l'utente può investire nella Elaborazione/Realizzazione di un progetto di Inserimento Sociale e Professionale;
- II. L'acquisizione di Autonome Capacità di Autovalutazione, di Attivazione e di Scelta;
- III. Lo sviluppo di Quadri di Riferimento Socio-culturali e di registri emotivi appropriati per reggere situazioni di transizioni/Cambiamento e per investire/reinvestire sulle propria progettualità;
- IV. La costruzione di un Progetto di Sviluppo Lavorativo-Professionale.

85

"Gli intellettuali risolvono i problemi; i geni li prevengono."

ALBERT EINSTEIN



86