



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Medicina

Corso di Laurea in Infermieristica

TESI DI LAUREA

La valutazione delle competenze infermieristiche nell'Area Chirurgica
dell'Azienda ULSS 18 di Rovigo: implementazione della *Nurse
Competence Scale*.

Relatore : Dott.ssa Girotto Erica

Laureando : Bontempi Cesare

ANNO ACCADEMICO 2014 – 2015

INDICE

RIASSUNTO	1
INTRODUZIONE	3
CAPITOLO 1 : Quadro teorico delle competenze	5
1.1 Etimologia	5
1.2 Aspetti teorici generali	5
1.3 Le competenze infermieristiche in Italia	8
CAPITOLO 2 : L'analisi sistematica delle competenze	11
2.1 Origine del lavoro	11
2.2 L'infermiere di Area Chirurgica dell'A.U.L.S.S. 18 di Rovigo	12
2.3 Scopo dello studio	14
2.4 Ricerca della letteratura	14
CAPITOLO 3 : Materiali e metodi	15
3.1 Disegno dello studio	15
3.2 Popolazione e campionamento	15
3.3 Raccolta dati	16
3.4 Strumento di valutazione: la <i>Nurse Competence Scale</i>	17
3.5 Analisi dei dati	18
CAPITOLO 4 : Risultati	19
4.1 Descrizione del campione	19
4.2 Analisi e descrizione delle competenze	21
4.2.1 Sezione 1 – <i>Competenze di Presa in Carico: livelli di competenza</i>	24
4.2.2 Sezione 2 – <i>Competenze di Educazione: livelli di competenza</i>	25
4.2.3 Sezione 3 – <i>Competenze Diagnostiche: livelli di competenza</i>	26
4.2.4 Sezione 4 – <i>Competenze di Gestione delle Situazioni: livelli di competenza</i>	27
4.2.5 Sezione 5 – <i>Interventi Terapeutici: livelli di competenza</i>	29
4.2.6 Sezione 6 – <i>Assicurare Qualità: livelli di competenza</i>	30
4.2.7 Sezione 7 – <i>Ruolo ricoperto: livelli di competenza</i>	31
CAPITOLO 5 : Discussione e conclusioni	33
5.1 Discussione	33
5.2 Limiti dello studio	35

5.3 Conclusioni ed implicazioni per la pratica	36
BIBLIOGRAFIA	39
ALLEGATI	41

RIASSUNTO

Scopo dello studio

Un'assistenza infermieristica di qualità si configura come obiettivo raggiungibile se, e solo se, il personale infermieristico possiede livelli di competenza adeguati al contesto in cui opera quotidianamente. Il presente studio si propone come obiettivo l'analisi delle competenze degli infermieri dell'Area Chirurgica della Azienda ULSS 18 di Rovigo, al fine di individuare i punti di forza e le criticità.

Materiali e metodi

Lo studio è stato condotto su un campione di 40 infermieri. Si è deciso di utilizzare come strumento di indagine la *Nurse Competence Scale* (NCS, versione italiana), composta da 73 items, suddivisi in sette sezioni, ciascuna riguardante un ambito di competenza infermieristica. Per ciascun item gli infermieri potevano assegnare un punteggio da 0 (competenza assente) a 10 (massimo grado di competenza), rispettivamente alla valutazione del loro livello di competenza. Si sono poi individuati tre livelli di competenza: punteggio ≤ 5 livello "basso"; da 6 a 8 livello "intermedio"; >8 livello "alto".

Risultati

Il 30% del campione si colloca complessivamente in un livello "alto" di competenza, il 60% in quello "intermedio" ed un 10% in un livello "basso". La sezione in cui il campione riporta i migliori risultati è nella "Gestione delle situazioni" (37% livello "alto", 56% livello "intermedio", 7% livello "basso"). La sezione che invece presenta maggiori criticità è "Assicurare qualità" (19% livello "alto", 65% livello "intermedio", 16% livello "basso"). Sommarariamente i punti di forza più solidi riguardano competenze rivolte alla pratica quotidiana, alle consuetudini di reparto e all'ottica rivolta verso il paziente. Criticità si sono riscontrate nell'ambito della ricerca, nell'approccio ai modelli teorici e al tutoraggio degli studenti.

Conclusioni

I risultati evidenziano che le competenze degli infermieri si collocano complessivamente in un livello medio – alto, che si traduce in una pratica clinica caratterizzata da professionalità e competenza adeguate al contesto, seppur con margini di miglioramento colmabili attraverso interventi formativi aziendali mirati.

INTRODUZIONE

Le competenze infermieristiche sono un argomento di studio e di trattazione tanto essenziale da approfondire per permettere un'assistenza infermieristica ottimale alla comunità, quanto complicato da definire con nozioni univoche ed accettabili, comuni a tutti gli ambiti in cui esse vengono messe in pratica. La motivazione di una così grande difficoltà (almeno per quanto concerne i professionisti che operano entro i confini nazionali) può essere racchiusa nell'articolo 1, comma 2, del Profilo Professionale dell'Infermiere (D.M. 14 settembre 1994, n. 739). Qui si cita infatti che *“l'assistenza infermieristica preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa è di natura tecnica, relazionale ed educativa”*. Risulta ovvio che queste tre diverse “nature” traggano origine, ciascuna, da fonti di disciplina teorica molto diverse tra loro (bio-medica, psicologica, pedagogica e filosofica), in molte situazioni anche contrastanti l'una verso l'altra. A questo bagaglio culturale va anche aggiunta una componente attitudinale che porterà ciascun infermiere ad essere maggiormente predisposto, ad esempio, sul versante tecnico piuttosto che su quello relazionale, e viceversa. Non è possibile dire quale delle tre qualità sia più importante, poiché dotate di assoluta equipollenza, e ciò è dimostrato dal fatto che la professionalità dell'infermiere si spende quotidianamente nei confronti della persona. Una persona dotata di sentimenti e capace di provare emozioni. Una persona che ha dei ruoli e delle relazioni all'interno della società in cui è collocata, siano essi familiari, amicali o lavorative. Una persona che, in molti casi, necessita di consigli e di interventi educativi a tutela della propria salute (persa e riacquistabile, mantenibile ed addirittura migliorabile) e di quella di chi gli sta intorno. Una persona che può accusare problemi di altra eziologia, oltre a quello salutare per cui si presenta alla nostra attenzione, e quindi può assumere comportamenti talvolta contrastanti, che ben si presterebbero a facili pregiudizi. Fondamentalmente una persona che, da uno stato di benessere ed indipendenza, si viene a trovare (in modo più o meno graduale) in una condizione di dipendenza (o perché il problema riguarda la propria figura, o perché riguarda una persona di cui si dovrà prendere cura) da figure sanitarie che lo aiutino, si presuppone al massimo delle loro capacità, ad affrontare le sfide cui la vita ci mette di fronte, nessuno escluso.

Oltre al saper agire attraverso interventi tecnici, relazionali ed educativi, oltre alle propensioni innate, è essenziale menzionare anche il fattore esperienza che l'infermiere acquisisce col passare degli anni, durante tutta la sua carriera. L'esperienza non è solo un valore aggiunto, bensì l'elemento sinergico che fornisce al professionista il carburante per raggiungere livelli di competenza sempre più alti, in minor tempo, con minor spreco di risorse e con maggior senso di responsabilità. L'esperienza rende l'infermiere certamente più sicuro di se stesso, ma non lo solleva comunque dal dovere di continua formazione ed aggiornamento, così come disciplina l'articolo 1, comma 4, del suddetto Profilo Professionale, per cui: *“L'infermiere contribuisce alla formazione del personale di supporto e concorre direttamente all'aggiornamento relativo al proprio profilo professionale e alla ricerca”*.

L'infermiere che presta assistenza in Area Chirurgica è perfettamente cimentato in questa visione, e ciò dimostrato dal fatto che ivi afferiscono pazienti i quali necessitano di svariate tipologie di intervento (di chirurgia maggiore o minore). Tutti questi gravitano dunque attraverso uno stadio “acuto” (immediato post-operatorio) ed attraverso uno “riabilitativo” (qualche giorno dopo l'intervento, per qualche settimana a seguire). La maggior parte di questi pazienti viene accompagnata da familiari o caregivers che si prenderanno cura di loro, e che necessitano quindi dell'idonea educazione. Allo stesso modo, quasi la totalità degli stessi pazienti sperimenta sentimenti di ansia e paura verso le procedure che si stanno apprestando a “subire”, e vanno quindi assistiti tenendo conto delle loro emozioni. Inoltre, le prestazioni “tecniche” che si eseguono in un reparto chirurgico sono ai massimi livelli, sia in termini di quantità, che di varietà.

Si può tranquillamente asserire che un elevato livello di competenza infermieristica è senza dubbio obiettivo da perseguire all'interno dell'Area Chirurgica di un ospedale.

CAPITOLO 1

Quadro teorico delle competenze

1.1 Etimologia

Il termine “competenza” deriva dal verbo latino *competere*, una fusione tra *cum* (preposizione semplice di compagnia, unione e contemporaneità/concomitanza) e *petere* (verbo transitivo della III coniugazione che esprime sostanzialmente un’azione di moto verso qualcosa o qualcuno), ovvero “chiedere, dirigersi a”. Ciò significa andare insieme, far convergere in un medesimo punto, mirare ad un obiettivo comune. Tuttavia lo stesso termine, visto sotto un’altra ottica comunque giusta e coerente con la sua etimologia può anche voler dire finire insieme, incontrarsi, corrispondere, coincidere e gareggiare.

Sempre di etimologia latina, l’aggettivo “competente” deriva invece dal termine *competens –entis* di diritto romano, ovvero colui che è responsabile, autorizzato e qualificato ad operare in un certo ambito disciplinare e professionale. Colui che quindi è abilitato ad agire servendosi di prestazioni tecnicamente valide ed eticamente corrette e coerenti con i valori di un gruppo sociale.

1.2 Aspetti teorici generali

Visto ed introiettato quanto sopra brevemente riportato, è facile capire quanto possa essere complicato dare al termine competenza un significato univoco e comunemente approvato, non solo dal punto di vista concettuale. Infatti la competenza può assumere diverse sfumature a seconda dell’ambito culturale, teorico e professionale sul quale ci si vuole focalizzare. Certo è che l’individuo che opera in un qualsiasi contesto sociale e presta la propria opera con professionalità non può esimersi dall’acquistare un livello di competenze, pertinenti alla propria disciplina, almeno pari alla media posseduta dai professionisti che fanno parte di quel suo stesso mondo lavorativo.

La professione infermieristica non può certo svincolarsi dal rispetto di questi canoni, anzi ne è ancor più assoggettata in quanto profondamente avviluppata nella società, a quasi tutti i livelli, e direttamente responsabile della presa in carico assistenziale della persona, sia essa sana o malata. Proprio per questo motivo attualmente la “competenza” è uno dei termini più utilizzati nel mondo del nursing su scala internazionale; essa è una componente

essenziale nonché parametro affidabile che permette di misurare accuratamente le abilità possedute dal professionista nel portare a termine quotidianamente un'assistenza infermieristica di qualità.

Purtroppo la difficoltà che si riscontra nell'assegnazione di un significato di comune accordo a tale parola si incanala sulla stessa rotaia anche nella professione infermieristica, così da rendere l'argomento di non semplice trattazione, ma al contempo altrettanto cruciale al fine di assicurare un'assistenza al paziente sicura ed efficace^{1,2}.

Ad esempio lo United Kingdom-based nursing & Midwifery Council definisce la competenza clinica come un "set globale di conoscenze, abilità ed atteggiamenti richiesti al fine di operare in regime di sicurezza ed efficacia senza necessità di una diretta supervisione". Il Nursing and Midwifery Board of Australia le classifica come una "combinazione di abilità, conoscenze, atteggiamenti, valori ed abilità che sostengono una performance efficace e/o superiore in un dato ambito professionale/occupazionale". In Canada, ad esempio, una commissione composta da dieci organi infermieristici regolamentati ha dato un'ulteriore interpretazione della competenza clinica, definendola "capacità dell'infermiere di integrare ed applicare le conoscenze, le abilità, la capacità di giudizio e gli attributi personali che sono richiesti per operare in sicurezza ed eticamente ricoprendo un determinato ruolo in un determinato ambiente"^{2,3}.

In molti contesti rimane ancora ben radicata l'interpretazione di Patricia Benner nel suo rivoluzionario articolo *"From Novice to Expert"* la quale adattò al nursing il modello prettamente matematico di acquisizione delle competenze dei fratelli Dreyfus. Essa asserì che il grado di competenza di un infermiere dipende imprescindibilmente dalla sua esperienza e dal suo livello di educazione. Tutto ruota infatti attorno alla dipendenza dai concetti teorici appresi (corso di studio, formazione continua, protocolli, linee guida, ecc.) e dal continuo bagaglio di esperienza concreta che l'infermiere accumula durante la sua carriera lavorativa. Si potrebbe metaforicamente mettere sui due piatti di una bilancia (che rappresenta l'infermiere) i paradigmi sopra riportati: da una parte l'educazione teorica appresa; dall'altra l'esperienza acquisita nel tempo. Continuando ad immaginare la medesima bilancia gravata da queste due variabili, si può vedere all'inizio (della carriera) un netto sbilanciamento dal lato dell'educazione teorica appresa. Col passare poi del tempo (avanzamento della carriera) tale sbilanciamento viene pareggiato a favore dell'esperienza acquisita, anzi questa diviene preponderante fino al punto in cui la bilancia rileverà quasi

esclusivamente il peso di questa sola variabile (l'infermiere con massimo livello di esperienza si affiderà praticamente solo alle proprie esperienze concrete assimilate nel corso della sua carriera).

La Benner suddivide schematicamente questo continuum temporale su cinque livelli di competenza acquisita:

- Livello I – Novizio : non ha alcuna esperienza ed agisce quindi esclusivamente in base a dati oggettivi e regole imparate che guidino le proprie azioni, ma che prescindono dallo specifico contesto reale col quale si interfacciano. E' incapace di usare il proprio giudizio per discriminare le varie situazioni.
- Livello II – Principiante Avanzato : ha già fatto fronte ad abbastanza casi clinici reali da riconoscerne le principali componenti degne di nota (non solo in autonomia, ma anche con la supervisione di un tutor). Non riesce tuttavia ancora a discernere l'ordine di priorità tra i vari aspetti, affidandosi così a tutti; non ha ancora abbastanza esperienza.
- Livello III – Competente : inquadrato come l'infermiere che lavora già da due o tre anni. Si tratta di colui che è già in grado di pianificare un intervento assistenziale ed interviene seguendo la pianificazione stessa; ha dunque un'ottica a lungo termine. Gli obiettivi che si prefissa sono dettati in base agli aspetti reali e potenziali di rilevanza che presenta l'assistito. Analizza il problema in maniera coscienziosa, astratta ed analitica.
- Livello IV – Abile : è quell'infermiere che legge la situazione nella sua globalità e non la vede come una somma delle sue componenti. L'esperienza gli insegna quali eventi tipici aspettarsi in determinate situazioni, e gli interventi da mettere in atto per risolvere il nuovo quadro clinico o meglio per evitare il verificarsene. La visione olistica data dal bagaglio di esperienza accumulato gli permette in sostanza di capire quando una situazione è discostante dalla normalità.
- Livello V – Esperto : dopo almeno cinque anni di continuo lavoro, l'enorme bagaglio di esperienza accumulato gli permette di svincolarsi dal contesto analitico (protocolli, linee guida, ecc.) e di agire in base al proprio intuito. Ciò non per affermare che l'infermiere esperto non si avvale mai degli strumenti analitici; questi gli possono sempre tornare utili in caso di errata intuizione. Opera valutando la situazione sin dal suo profondo ⁴.

Tale modello fu però successivamente criticato da Cash, poiché non del tutto libero dalla componente di alta formazione scolastica di cui erano dotati tutti gli infermieri presi a modello da Benner per descrivere le caratteristiche del professionista esperto. A questa classificazione fu anche rimproverato di essersi avvalsa di una commissione di valutazione che considerasse un ambiente clinico specifico, a discapito della generalizzazione. Infine le fu opposto il fatto di aver posto enfasi esclusivamente alla pratica clinica, trascurando ogni tipo di formalismo quale ad esempio l'esistenza di modelli teorici del nursing⁵.

Quindi si può nuovamente ben notare la considerevole difficoltà nel dare una corretta definizione di competenza, nemmeno utilizzando un modello analitico, in quanto argomento che racchiude in sé sia elementi oggettivi (conoscenze teoriche e tecniche date dall'educazione scolastica e dall'esperienza clinica; titolo di studio ed eventuali corsi di formazione/specializzazione in diverse aree cliniche), sia elementi puramente soggettivi (comportamenti, attitudini, emozioni e intenzionalità nel continuo miglioramento della propria figura professionale, non solo per se stessi, ma anche per mettersi al servizio della comunità). In tale contesto è inevitabile una fusione tra la dimensione teorica, tecnica, olistica ed anche legislativa, con il fine ultimo di raggiungere un valido consenso a livello internazionale e dare così alla professione infermieristica maggior autonomia, riconoscimento e uniformità di interventi, come si può per maggior semplicità schematizzare in Allegato 1, Figura 1^{3,6,7}.

1.3 Le competenze infermieristiche in Italia

Anche l'Italia si trova in accordo con le altre organizzazioni internazionali, asserendo 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" (direttiva emanata dal Dipartimento della Funzione Pubblica il 13 dicembre 2001). A questa direttiva di carattere generico non fanno eccezione le Aziende Sanitarie Locali, di conseguenza anche i professionisti che ivi operano quotidianamente, infermieri inclusi.

Gli ultimi quarant'anni di "storia dell'infermieristica" del nostro paese sono stati fondamentali nell'edificazione dell'attuale figura infermieristica, sotto tutti i punti di vista.

Si ha il riconoscimento della figura dell'infermiere sia dal punto di vista giuridico e normativo, sia dal punto di vista operativo. Egli, da mero esecutore "ausiliario" interamente sotteso al DPR 225/1974 (il cosiddetto "mansionario"), diviene figura "professionale" ed infine "professionista" vero e proprio, totalmente responsabile dell'assistenza infermieristica alla persona ed alla comunità con il D.M. n. 739 del 14 settembre 1994 ("Profilo Professionale dell'Infermiere") e con la Legge n. 42 del 26 febbraio 1999 ("Disposizioni in materia di Professioni Sanitarie"). Non ultima anche la presenza di un Codice Deontologico (ultima modifica del 2009) che guida la professione infermieristica facendole seguire determinati valori (etici, morali e giuridici) verso un obiettivo comune: il *caring*⁷.

Ma senza dubbio alcuno, il motore che ha spinto l'autodeterminazione del ruolo infermieristico come oggi lo vediamo è l'affermarsi sempre più ponderato del concetto di competenza infermieristica non tanto intesa come competenza giuridica, ovvero ciò che è assegnato dalla normativa, bensì intesa in termini di "conoscenze, capacità/abilità e comportamenti messi in atto dal professionista in un determinato contesto, per raggiungere un determinato scopo"⁸. Riprendendo i concetti fin qui riportati tale frase racchiude in sé quattro concetti fondamentali: la valorizzazione dell'esperienza; la centralità del soggetto; la centralità dell'apprendimento e la formazione intesa come processo continuo. Si tratta di una nuova visione di apprendimento in cui il professionista avrà la possibilità di autovalutare (con strumenti idonei messi a disposizione dalle Aziende Sanitarie) le proprie competenze e di conseguenza sarà più motivato ad inserirsi in percorsi formativi individualizzati e professionalizzanti. L'obiettivo finale è quello di acquisire maggiori capacità modificando positivamente l'immagine di sé e del proprio ruolo e quindi di essere sempre più riconosciuto a livello sociale come professionista sanitario. Il continuo aumento di riconoscimento a sua volta porterà ad una maggior garanzia di qualità dei servizi sanitari (centrati per forza di cose sulla professionalità delle risorse umane che ne fanno parte) che si ripercuoterà su una migliore risposta ai bisogni dei cittadini.

CAPITOLO 2

L'analisi sistematica delle competenze

2.1 Origine del lavoro

L'elaborato che ci si sta apprestando a redigere prende origine da un'esperienza di tirocinio fatta durante il secondo anno di corso di studi, nel marzo del 2014, nell'Unità Operativa Complessa, che di seguito verrà denominata UOC (già SOC, ovvero Struttura Operativa Complessa), di chirurgia generale.

Nel corso degli ultimi quattro anni il Dipartimento Chirurgico Generale e Specialistico dell'Azienda ULSS 18 di Rovigo ha subito profondi cambiamenti: si è assistito ad un progressivo passaggio da UOC di degenza autonome ad un accorpamento delle stesse, non solo dal punto di vista organizzativo ed amministrativo (direttori medici di unità, coordinatori infermieristici, centri di costo, ecc.), ma anche in termini di allocazione dei posti letto di degenza e soprattutto di risorse umane (infermieri ed OSS).

Il destinatario principale di tale evoluzione è stato il Dipartimento Chirurgico Generale, composto (tralasciando le varie UOS di pertinenza che non vogliono essere oggetto del presente studio) dalle UOC di Chirurgia Generale, Chirurgia Vascolare, Chirurgia Toracica, Urologia (50 posti letto totali), Week Surgery (degenze per interventi di chirurgia minore che prevedono un ricovero inferiore alla settimana) (21 posti letto) ed Ortopedia e Traumatologia (30 posti letto). Ancora oggi l'Ortopedia e Traumatologia mantiene un'autonomia organizzativa (con propri direttore di UOC, Coordinatrice Infermieristica e personale infermieristico e di supporto) e strutturale (propri ambulatori e reparto di degenza). L'accorpamento vero e proprio è stato a carico soprattutto della Chirurgia Generale, Vascolare, Week Surgery ed Urologia; in ultima battuta dal punto di vista cronologico anche la Chirurgia Toracica. Fino a tutto il 2014, i primi quattro reparti appena elencati erano localizzati tutti su un piano del presidio ospedaliero "Santa Maria della Misericordia" di Rovigo (ospedale provinciale e centro Hub dell'ULSS 18), suddivisi in tre settori. La Chirurgia Toracica e una parte della chirurgia generale (interventi di chirurgia minore e maggiore, compresa la chirurgia mammaria) erano invece allocati presso l'ospedale "S. Luca" di Trecenta (RO). A partire dal gennaio 2015 vi è stato un'ulteriore sostituzione tra la Chirurgia Toracica e la Week Surgery, per cui la prima è stata trasferita

a Rovigo, mentre l'altra a Trecenta, attribuendo così al "S. Luca" la sola chirurgia minore a regime elettivo. La Chirurgia Generale, la Vascolare, la Toracica e l'Urologia sono attualmente sottese all'UOC Chirurgia (diretta a livello medico da un dirigente per ogni singola branca di specialità, ma da un'unica Coordinatrice Infermieristica). Trecenta, con l'UOC Week Surgery, ha un proprio dirigente medico ed una propria Coordinatrice Infermieristica.

La situazione del Dipartimento Chirurgico Specialistico è già diversa, ma non del tutto priva di complessità. Esso è infatti composto (sempre focalizzandosi sulle UOC di degenza, tralasciando così tutte le UOS ivi annesse) dalle UOC di Otorinolaringoiatria, di Chirurgia Maxillo-Facciale e di Dermatocirurgia (18 posti letto); tutte disposte su un'unica corsia, fuse in quella che è così divenuta la UOC Chirurgia Specialistica (diretta a livello medico da un dirigente per ogni singola branca di specialità, ma da un'unica Coordinatrice Infermieristica).

Trascurando ora tutto ciò che compete il management, e che non intende essere argomento di trattazione del presente lavoro (in quanto di competenza gestionale), la volontà è quella di focalizzarsi sul problema delle risorse umane che hanno dovuto subire e far fronte a questi continui cambiamenti. In particolar modo gli infermieri che prestano assistenza nei reparti chirurgici che stanno assumendo sempre più connotazioni multispecialistiche e multidisciplinari.

2.2 L'infermiere di Area Chirurgica dell'A.U.L.S.S. 18 di Rovigo

Ciò che appare evidente è che il prodotto di questa sorta di fusione non abbia tanto intaccato la sfera medica, quanto più quella infermieristica. Tale dato è rilevabile non solo sulla carta ma anche sulla pratica quotidiana: il personale infermieristico di questi reparti, a sommaria parità di livello di formazione standard, avendo acquisito vasta esperienza assistenziale (talvolta pluriventennale) nelle aree chirurgiche specialistiche in cui ha prestato servizio (fino a quando si è verificata la riunificazione sopra esposta), si deve ora adattare ad un'ottica multispecialistica in cui gli interventi possono variare a seconda della tipologia di paziente. Giusto per fare un esempio della realtà dell'UOC Chirurgia, può succedere che un infermiere effettui un turno intero nel settore dove sono raggruppati i pazienti "urologici" per poi essere assegnato nel turno successivo alla "chirurgia vascolare". Questa osservazione è ben lungi dall'essere una critica, viste poi tutte le più

recenti direttive regionali che mirano ad una riorganizzazione degli ospedali suddivisi in base ai livelli di complessità e non più di “specialità”. Tuttavia bisogna tenere conto anche dell’importanza della soddisfazione percepita dal personale sanitario, evitando inutili frustrazioni, stress e rischio di *malpractice* causate da un eventuale senso di inadeguatezza che spesso si verifica di fronte a nuove situazioni. Tutto ciò si ripercuote inevitabilmente sulla qualità del servizio fornito al cittadino e quindi sugli *outcomes* assistenziali. La qualità è uno degli indicatori principi su cui si fonda l’attività di un’Azienda Sanitaria, e gli infermieri, attraverso le loro competenze possono erogare assistenza infermieristica di alta qualità e contribuire pesantemente su questo indicatore.

Ci troviamo in un’epoca in cui si sta assistendo ad un invecchiamento esponenziale della popolazione (gli adulti oltre i 65 anni ricoprono approssimativamente il 38% di tutti i ricoveri ospedalieri e circa il 60% dei ricoveri nei reparti chirurgici) che si traduce in uno sbilanciamento del rapporto numerico infermiere/paziente. Recenti studi condotti da esperti del settore e da agenzie governative americane, hanno dimostrato che il paziente anziano, rispetto ad uno più giovane, è notevolmente più a rischio di andare incontro a complicanze ed eventi avversi che minano la sua sicurezza, a prescindere dalla tipologia di intervento alla quale si è sottoposto (circa 4,18 cadute ogni 1.000 pazienti; una prevalenza dell’11,9% di lesioni da decubito; un aumento dell’utilizzo di tecniche di contenzione fisica con un indice pari a 3-123 giorni di contenzione ogni 1.000 pazienti; non da meno sono le infezioni del tratto urinario dovute a cateterismo vescicale). Queste, oltre a tante altre, sono le difficoltà quotidiane che l’infermiere deve affrontare, a maggior ragione se presta servizio nei reparti chirurgici. In più la crisi finanziaria ed economica internazionale ha avuto un impatto negativo anche sul mondo della Sanità, con conseguente difficoltà nell’allocazione di risorse ed organizzazione di programmi educativi e formativi. Ecco perché una delle sfide più ardue delle organizzazioni sanitarie è quella di indirizzare la pratica infermieristica verso uno sfruttamento ottimale delle competenze, un’arma vincente per evitare molte delle suddette difficoltà^{9,10}.

Partendo da queste premesse un lavoro di valutazione sistematica delle competenze infermieristiche diviene ampiamente giustificabile.

2.3 Scopo dello studio

Lo scopo dello studio è analizzare le competenze degli infermieri del Dipartimento Chirurgico Generale e Specialistico della Azienda ULSS 18 di Rovigo al fine di individuare quali siano i punti di forza e quali le criticità nel prestare un'assistenza infermieristica chirurgica di qualità. Per condurre tale analisi si è deciso di utilizzare un questionario di matrice finlandese, creato da Meretoja et al. tra il 1997 ed il 2003^{11,12}, validato in italiano da Dellai et al. in uno studio del 2007¹³: la *Nurse Competence Scale*.

2.4 Ricerca della letteratura

Per rendere possibile la stesura del presente elaborato sono state condotte sia ricerche libere, sia ricerche mirate con l'utilizzo di parole chiave. Le banche dati consultate sono PUBMED, CINAHL e Google Scholar. In particolare, CINAHL (in quanto specifico per il nursing) è stato consultato sia per la ricerca libera che per quella mirata; PUBMED e Google Scholar sono stati consultati per la sola ricerca libera.

L'obiettivo dello studio ha fatto sì che il metodo di ricerca fosse condotto su due fronti: da un lato il reperimento di letteratura che avesse ad oggetto la "competenza infermieristica in area chirurgica" dal punto di vista teorico, e che fungesse da spunto per gettare le basi di presentazione; dall'altro la ricerca di studi che riguardassero esclusivamente la Nurse Competence Scale (strumento che si era già deciso di utilizzare per esaudire i propositi motivo di studio). Sul primo fronte la ricerca mirata purtroppo non ha sortito risultati molto soddisfacenti; gli articoli utilizzati sono dunque, per la maggior parte, il risultato di ricerche libere eseguite nel periodo compreso tra gennaio 2015 e luglio 2015. Per quanto attiene invece la Nurse Competence Scale, CINAHL si è dimostrato essere alquanto provvisto di letteratura che riguardasse tale strumento di indagine (Allegato 2).

CAPITOLO 3

Materiali e metodi

3.1 Disegno dello studio

L'elaborato consiste in una ricerca osservazionale di tipo quantitativo, con disegno descrittivo a campionamento non probabilistico di convenienza. Lo studio è rivolto agli infermieri.

3.2 Popolazione e campionamento

La popolazione dello studio è composta dagli infermieri delle UOC di Chirurgia, Chirurgia Specialistica, Ortopedia e Traumatologia del presidio ospedaliero “Santa Maria della Misericordia” di Rovigo e dell’UOC Week Surgery del “San Luca” di Trecenta, per un totale di 66 infermieri. In tale studio non sono state incluse le coordinatrici infermieristiche dei relativi reparti.

Il campione oggetto di studio è composto da tutti quegli infermieri che hanno accettato di compilare il questionario in un arco di tempo pari a 10 settimane (dal 15/05/2015 al 31/07/2015). A scadenza di tale termine il campione ha raggiunto un totale di 40 infermieri, suddivisi come da Tabella I di seguito riportata.

Tabella I – Quadro riassuntivo campione

	UOC	Organico infermieri	Questionari compilati
O.C. “Santa Maria della Misericordia” di Rovigo	Chirurgia	27	15 (55,56%)
	Chirurgia Specialistica	10	8 (80,00%)
	Ortopedia e Traumatologia	16	5 (31,25%)
O.C. “San Luca” di Trecenta	Week Surgery	13	12 (92,31%)
Totale		66	40 (60,61%)

Criteri di inclusione:

- Personale infermieristico in servizio presso le UOC oggetto d'indagine;
- Sesso maschile e femminile;
- Partecipanti che hanno risposto a più del 50% degli item presenti nel questionario;
- Consenso alla partecipazione allo studio.

Criteri di esclusione:

- Personale infermieristico che non presta servizio nelle UOC oggetto d'indagine;
- Coordinatori Infermieristici;
- Partecipanti che hanno risposto a meno del 50% degli item presenti nel questionario;
- Mancato consenso alla partecipazione allo studio.

Il presente studio non espone i partecipanti ad alcun rischio fisico, psichico o sociale. Il consenso alla partecipazione si intende evaso nel momento in cui ogni partecipante consegna il questionario compilato in tutto o in parte.

3.3 Raccolta dati

Prima di iniziare lo studio è stato necessario ottenere da parte dei Direttori Medici delle UOC oggetto di indagine l'autorizzazione scritta per effettuare la raccolta dati.

Nel periodo immediatamente precedente l'inizio della raccolta dei dati è stato fatto un colloquio con ciascuna coordinatrice infermieristica. In tale occasione, per accrescere l'interesse e l'informazione, è stato illustrato lo strumento da somministrare ed esposto lo scopo dell'elaborato di tesi. Con la UOC di Chirurgia si è anche svolto un incontro formativo al quale hanno partecipato parte del personale (Infermieri, Responsabile Infermieristica Dipartimentale Chirurgica e Coordinatrici Infermieristiche).

Al fine di raggiungere una percentuale di adesione allo studio soddisfacente si è deciso di effettuare la raccolta dei dati nel periodo compreso tra il 15 maggio 2015 ed il 31 luglio 2015. Si è ritenuto che un arco temporale discretamente lungo, tenendo conto del periodo di ferie estive del personale, avrebbe consentito agli infermieri in reparto di venire a conoscenza del questionario di autovalutazione e decidere se dare consenso alla partecipazione.

Il plico contenente le copie dello strumento di valutazione è stato depositato presso ciascuna guardiola infermieristica di reparto, ben visibile a tutto il personale, e riportante in frontespizio tutte le indicazioni per una corretta compilazione (Allegato 3).

Per tutto il periodo di raccolta dati, hanno seguito visite cadenzate presso le UOC. In tale sede veniva fatta formazione ed informazione individuale agli infermieri in turno e, nel caso fossero interessati, venivano loro consegnate copie del questionario; quindi ritirate quelle già compilate.

Non si è reso necessario alcun permesso a procedere da parte della Commissione Etica, in quanto campione composto da professionisti sanitari che possono volontariamente determinare la loro partecipazione allo studio con mero consenso verbale. Si precisa che il questionario è redatto in forma anonima che non va a trattare alcun dato personale e/o sensibile del partecipante.

3.4 Strumento di valutazione: la Nurse Competence Scale

La raccolta dati prevede l'utilizzo della *Nurse Competence Scale (NCS)* (Allegato 4). Essa si struttura in due parti: la prima (*Parte 1*) contenente i 73 items oggetto di indagine, suddivisi a loro volta in 7 sezioni (Tabella II); la seconda (*Parte 2*) riportante invece dei dati demografici tra cui sesso, fascia di età, reparto presso cui si presta servizio, titolo di studio ed anzianità di servizio presso il reparto di pertinenza (espressa in anni).

Tabella II – *Suddivisione in sezioni della NCS*

Le 7 sezioni della Nurse Competence Scale	
SEZIONE 1	Competenze di presa in carico (7 item)
SEZIONE 2	Competenze di educazione (16 item)
SEZIONE 3	Competenze diagnostiche (7 item)
SEZIONE 4	Competenze di gestione della situazione (8 item)
SEZIONE 5	Interventi terapeutici (10 item)
SEZIONE 6	Assicurare la qualità (6 item)
SEZIONE 7	Ruolo ricoperto (19 item)

Il livello di competenza per ciascun item viene misurato con una scala VAS (*Visual Analogue Scale*) da 0 (competenza assente) a 10 (massimo grado di competenza). Per fini pratici si è poi suddiviso tale range in tre livelli di competenza, prendendo come cut-off di sufficienza il valore autovalutato su scala VAS pari a 6: da 0 a 5 “livello basso”; da 6 a 8 “livello intermedio”; > 8 “livello alto”.

L'affidabilità dello strumento è stata oramai comprovata da numerosi studi condotti in svariati ambiti clinici di paesi tra cui Finlandia ¹⁰, Germania ^{14,15}, Norvegia ¹⁶, Australia ¹⁷ ed Iran ¹⁸.

Nel nostro paese, Dellai et al., nel 2007, ne hanno per primi verificato la validità culturale, sottoponendola nella sua versione inglese (previa traduzione letterale) ad un campione di dieci infermieri provenienti da reparti di medicina interna, cardiologia e terapia intensiva, suddivisi a seconda degli anni di esperienza lavorativa ¹³. Finotto et al. hanno condotto uno studio simile nel 2009, provandone la validità sia culturale che linguistica, asserendo l'evidenza circa l'improponibilità di una traduzione letterale degli items componenti le sezioni della scala, poiché *“avrebbero perso l'efficacia della versione originale e avrebbero indotto dubbi di comprensione”* ¹⁹. In ottemperanza a ciò la versione originale ha subito, in sede di traduzione da parte di esperti condotta a doppio cieco, adattamenti tenendo conto degli aspetti culturali, linguistici ed emozionali della realtà infermieristica italiana. Ulteriori indagini che hanno confermato gli studi appena citati sono state condotte da Sponton et al. nel 2013 e da Scavone et al. nel 2014 ^{20,21}.

3.5 Analisi dei dati

I dati risultanti dalle NCS restituite sono stati inseriti in un foglio di lavoro Microsoft Excel (Vers. 2007) e analizzati con l'ausilio del software SPSS (IBM, Chicago, Illinois, USA) vers. 20. L'accorpamento delle variabili prevede l'utilizzo di indici statistici descrittivi: frequenza; media; deviazione standard.

CAPITOLO 4

Risultati

4.1 Descrizione del campione

L'analisi è stata condotta su un campione di 40 infermieri. Di questi, il 62% è di sesso femminile (25 soggetti) ed il 15% è di sesso maschile (6 soggetti); il restante 23% (9 soggetti) ha deciso di non riferire tale informazione (Grafico 1).

La fascia di età a maggior frequenza è quella che va dai 41 ai 50 anni, con un 47% del totale (19 soggetti). A seguire, in ordine decrescente di frequenza, si riscontra che il 18% (7 soggetti) ha più di 50 anni; il 15% (6 soggetti) ha tra i 31 ed i 40 anni e solo il 5% (2 soggetti) ha un'età compresa tra i 21 ed i 30 anni. Il restante 15% (6 soggetti) ha deciso di non riferire tale informazione (Grafico 2).

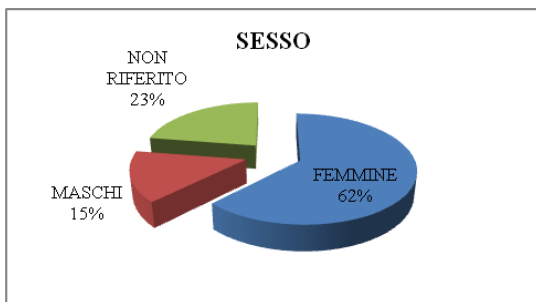


Grafico 1

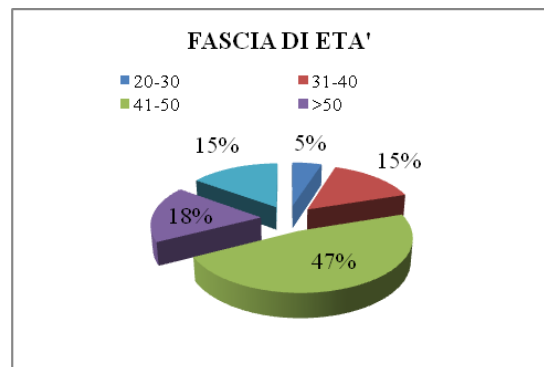


Grafico 2

Si è poi chiesto agli infermieri di indicare presso quale UOC prestassero servizio e da quanti anni. Dalle risposte raccolte ed analizzate si evince che il 37% proviene dalla UOC Chirurgia (15 soggetti), il 30% dalla Week Surgery di Trecenta (12 soggetti), il 20% dalla Chirurgia Specialistica (8 soggetti) ed il 13% proviene infine dall'Ortopedia e Traumatologia (5 soggetti) (Grafico 3).

Il campione risulta avere una media di anzianità di servizio presso ciascun reparto pari a 14,25 anni (DS 9,61), tenendo presente che il 17,5% (7 soggetti) ha deciso di non riferire tale informazione.

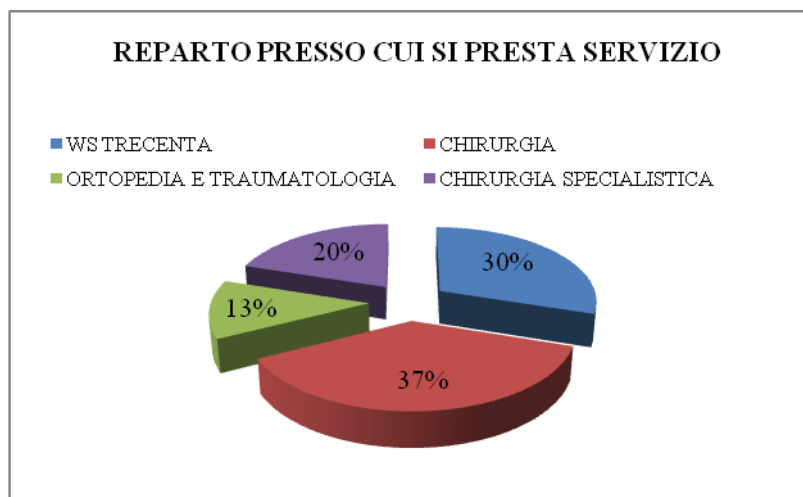


Grafico 3

Quando si è poi domandato a ciascun partecipante quale titolo di studio possedesse, il 60% ha dichiarato di possedere il Diploma Professionale Regionale (24 soggetti), il 20% ha dichiarato di possedere la Laurea in Infermieristica (8 soggetti), il 2% ha dichiarato di possedere il Diploma Universitario per Infermiere (1 soggetto). Nessun partecipante ha dichiarato di essere Infermiere Generico, né di possedere la Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche. Il restante 18% (7 soggetti) ha deciso di non riferire tale informazione (Grafico 4).

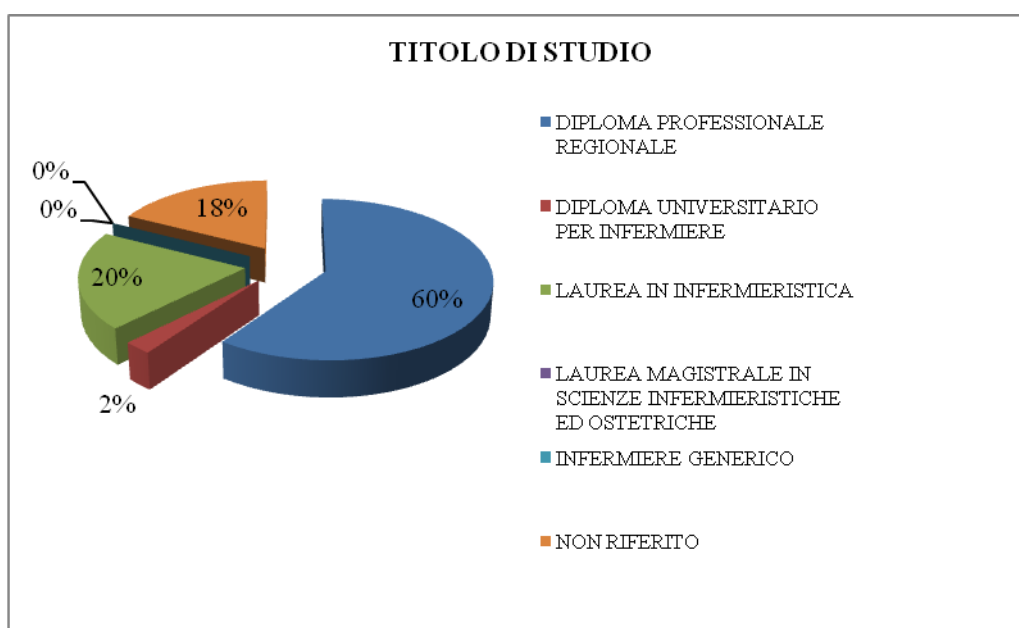


Grafico 4

Sull'intero campione, un solo soggetto riferisce di aver conseguito un Master in Coordinamento.

4.2 Analisi e descrizione delle competenze

Si procederà ora ad analizzare la competenze infermieristiche del campione in oggetto, dapprima fornendo una versione risultante dalla visione *in toto* della scala di valutazione, andando poi a declinare le medesime competenze più nello specifico, per ciascuna delle sette sezioni. Per assolvere tale obiettivo verrà esposta, in primo luogo, l'analisi descrittivo-analitica delle risposte ricevute, sulla base dei semplici valori risultanti su scala VAS da 0 a 10. A titolo poi di maggior semplificazione, e anche per andare a soddisfare in maniera più mirata gli obiettivi di tale elaborato, si analizzeranno le competenze del campione sezione per sezione. Il rationale si fonda sulla suddivisione nei tre livelli (basso, intermedio e alto) già menzionati al Capitolo 3 (pag.18), prendendo in considerazione le frequenze dei punteggi con cui ciascun infermiere del gruppo ha risposto ad ogni domanda. Il livello di competenza medio complessivo del campione, calcolato su tutte e sette le sezioni del questionario, risulta pari a 7,52 su 10 (DS 0,41).

Nella suddivisione del campione per classi di competenza, si riscontra che il 30% ha complessivamente un livello di competenza "alto" (sommatoria ponderata di tutte le risposte con punteggio maggiore di 8), il 60% ha un livello di competenza "intermedio" (sommatoria ponderata di tutte le risposte con punteggio compreso tra 6 e 8) ed il 10% ha un livello di competenza "basso" (sommatoria ponderata di tutte le risposte con punteggio compreso tra 0 e 5) (Grafico 5).

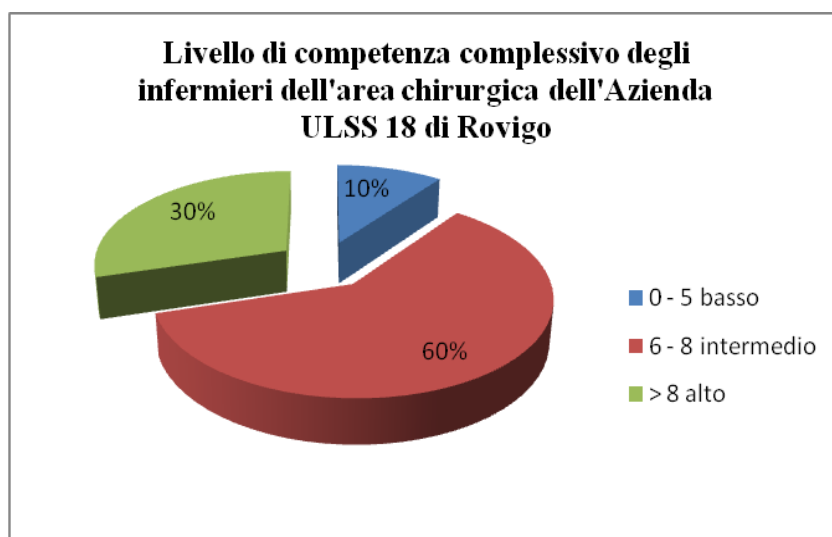


Grafico 5

La sezione della NCS in cui gli infermieri si sentono maggiormente competenti è la quarta – “*Gestione delle Situazioni*” – con una media di risposte pari a 7,86 (DS 0,43). La sezione che presenta invece maggiori criticità riferite è la sesta – “*Assicurare Qualità*” – in cui la media si pone sul 7,00 (DS 0,32). In ordine di competenza media decrescente troviamo la sezione 7 – “*Ruolo Ricoperto*” – con un valore di 7,66 (DS 0,23); la sezione 1 – “*Competenze di Presa in Carico*” – con 7,60 (DS 0,21); la sezione 5 – “*Interventi Terapeutici*” – con una media di 7,54 (DS 0,46); la sezione 2 – “*Competenze di Educazione*” – con 7,50 (DS 0,31) e la sezione 3 – “*Competenze Diagnostiche*” – che riporta una media di 7,18 (DS 0,31) (Grafico 6).

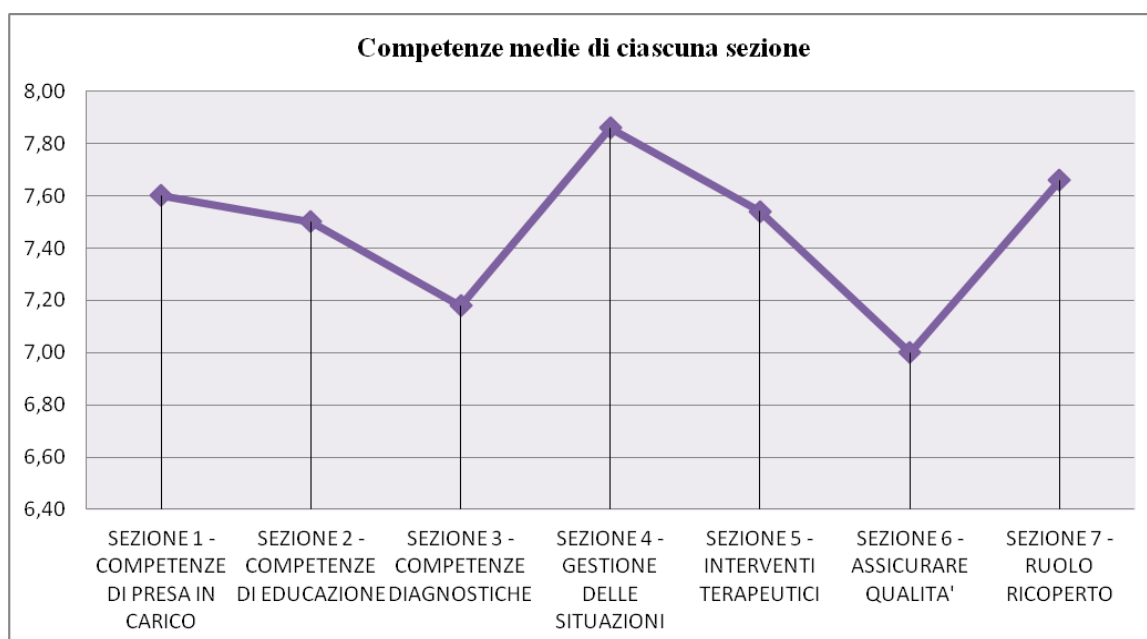


Grafico 6

Per quanto riguarda la sezione 1, l’item a cui si è mediamente risposto con punteggi maggiori è stato “*Fondare la presa di decisioni su valori etici*”, con un 7,80 (DS 1,36). L’item con la media più alta della sezione 2 è stato “*Riconoscere i bisogni di educazione del paziente*”, con un 7,95 (DS 1,39). Nella sezione 3 il punteggio massimo è attribuibile a “*Gestire e migliorare la documentazione del paziente assistito*”, con una media pari a 7,55 (DS 1,78). L’item con la media più alta della sezione 4 è “*Mantenere le attrezzature in buone condizioni*”, con 8,54 (DS 1,19). Nella sezione 5 si ha “*Prendere decisioni riguardo all’assistenza personalizzandola per ogni paziente*”, con 8,08 (DS 1,56). Nella sezione 6 la skill con la media più alta è “*Valutare sistematicamente il grado di soddisfazione del*

paziente per l'assistenza erogata", con 7,47 (DS 1,39). Infine, in sezione 7, il massimo livello di competenze si è riscontrato sul *"Contribuire a sviluppare un buon clima di lavoro"*, con 8,33 (DS 1,49) (Grafico 7).

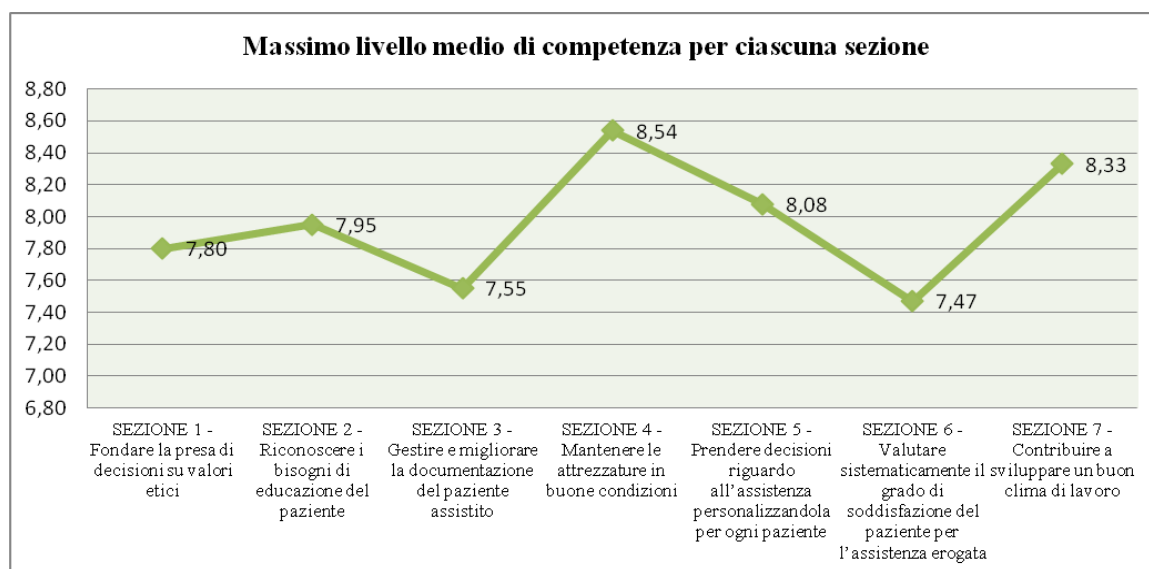


Grafico 7

I punti più critici di ciascuna sezione, sempre sulla base dei punteggi medi ottenuti sono: *"Utilizzare i risultati della ricerca nella presa in carico dei pazienti"*, per la sezione 1, con un punteggio di 7,21 (DS 1,30); *"Supportare gli studenti infermieri nel raggiungimento degli obiettivi"*, per la sezione 2, con un punteggio di 7,00 (DS 2,14); *"Analizzare lo stato di salute del paziente utilizzando diversi modelli teorici"*, per la sezione 3, con un punteggio di 6,59 (DS 1,85); *"Sostenere i membri dell'equipe a gestire le situazioni di cambiamento"*, per la sezione 4, con un punteggio di 7,20 (DS 1,65); *"Contribuire a sviluppare percorsi diagnostico-terapeutici multidisciplinari"*, per la sezione 5, con un punteggio di 6,76 (DS 1,90); *"Proporre problemi da approfondire con la ricerca"*, per la sezione 6, con un punteggio pari a 6,66 (DS 1,65). L'item della sezione 7 a cui è stato attribuito il punteggio medio più basso è *"Svolgere il tutoraggio degli studenti presenti nell'unità operativa"*, con il 6,87 (DS 2,29) (Grafico 8).

Nel complesso si può dedurre che l'item in cui il campione di infermieri ha mediamente ritenuto di sentirsi più competente appartiene alla Sezione 4, ed è *"Mantenere le attrezzature in buone condizioni"*. All'opposto, l'item in cui essi si sentono mediamente

più carenti è imputabile alla Sezione 3, ed è “*Analizzare lo stato di salute del paziente utilizzando diversi modelli teorici*” (Grafico 9).

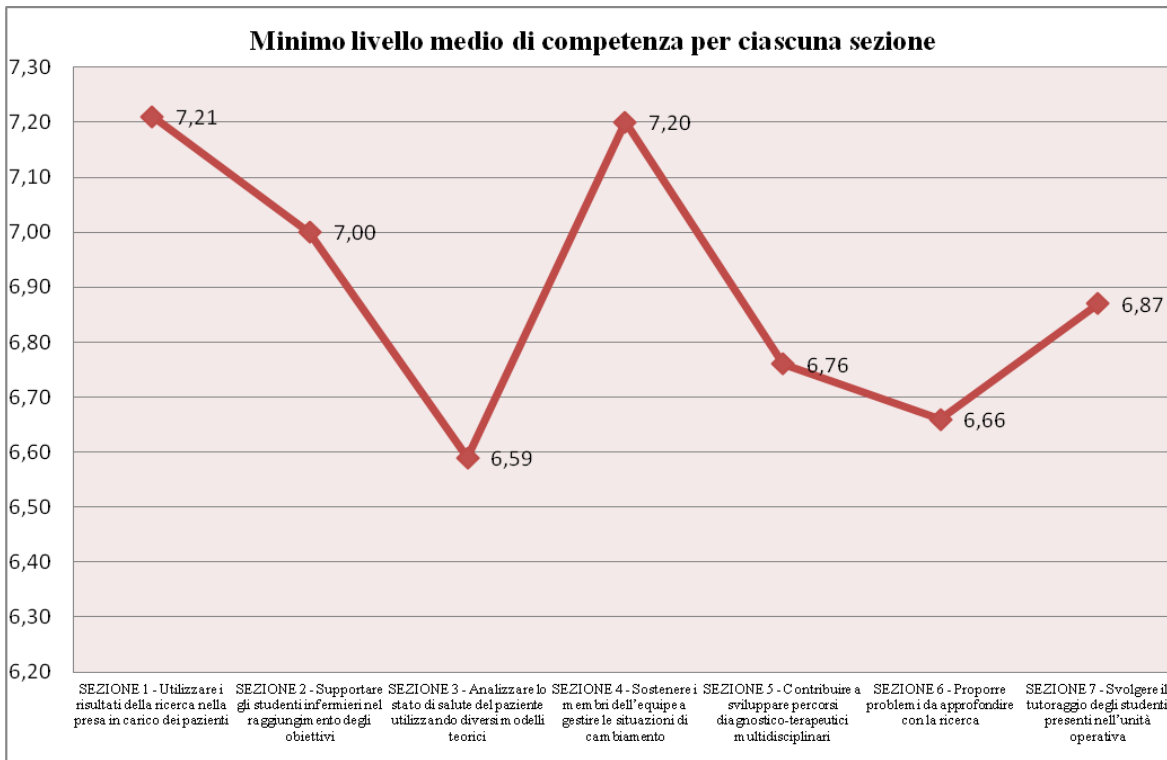


Grafico 8

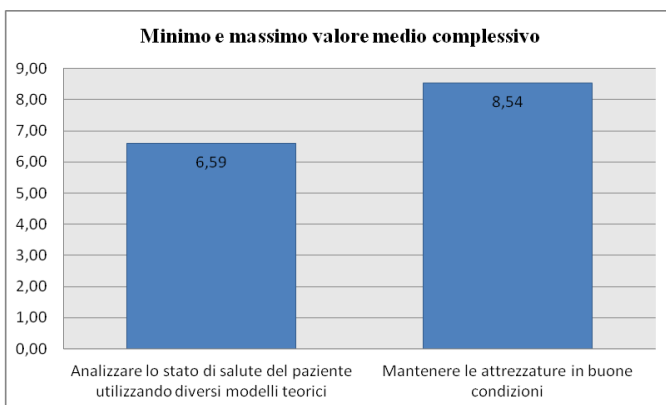


Grafico 9

4.2.1 Sezione 1 – Competenze di Presa in Carico: livelli di competenza

Per quanto compete alla Sezione 1, l’8% del campione si assesta su un livello di competenza “basso”, il 66% su un livello “intermedio”, mentre il 26% ritiene di possedere un “alto” livello (Grafico 10).

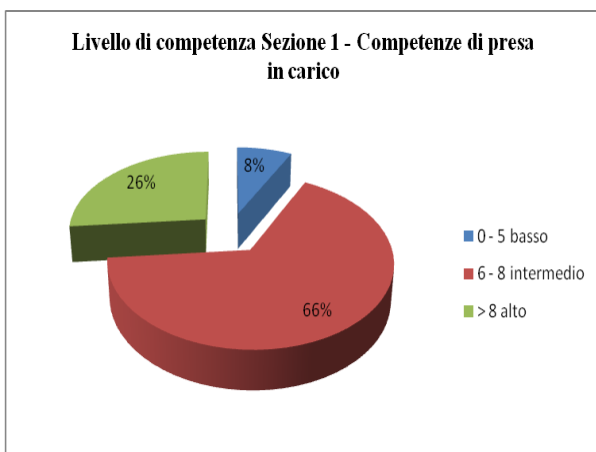


Grafico 10

L'item che presenta la più alta frequenza di risposte di livello "basso", ovvero 5 infermieri su 40 (12,5% del campione), è *"Valutare criticamente la propria filosofia del nursing, la sua congruenza con i bisogni degli utenti e la sua applicazione nella pratica quotidiana"*. Lo stesso item, tuttavia, presenta anche la maggior frequenza di risposte di livello "alto" della Sezione, varrebbe a dire 13 su 40 (32,5% del campione) (Grafico 10.4).

Per la consultazione dei restanti items componenti la Sezione, vedasi Allegato 5, Grafici da 10.1 a 10.7.

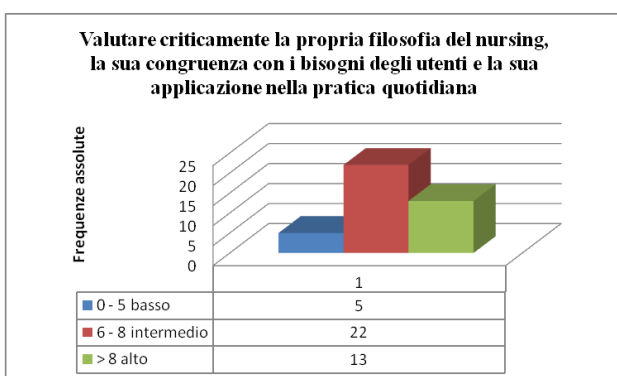


Grafico 10.4

4.2.2 Sezione 2 – Competenze di Educazione: livelli di competenza

Per quanto attiene alla Sezione 2, si può notare che il 9% del campione di assesta su un livello di competenza "basso", il 66% su un livello "intermedio", il 25% su un livello "alto" (Grafico 11).

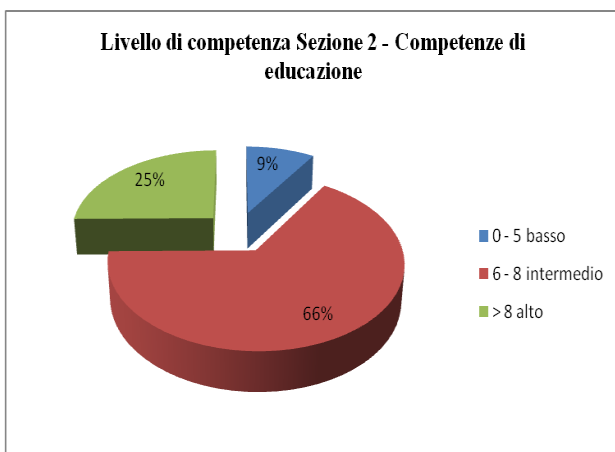


Grafico 11

L'item che presenta la più alta frequenza di risposte di livello "basso", 9 infermieri su 40 (22,5% del campione), è *"Supportare gli studenti infermieri nel raggiungimento degli obiettivi"* (Grafico 11.9). All'opposto, con la più alta frequenza di risposte di livello "alto", 16 infermieri su 40 (40% del campione), troviamo *"Riconoscere i bisogni di educazione del paziente"* (Grafico 11.1).

Per la consultazione dei restanti items componenti la Sezione, vedasi Allegato 5, Grafici da 11.1 a 11.16.

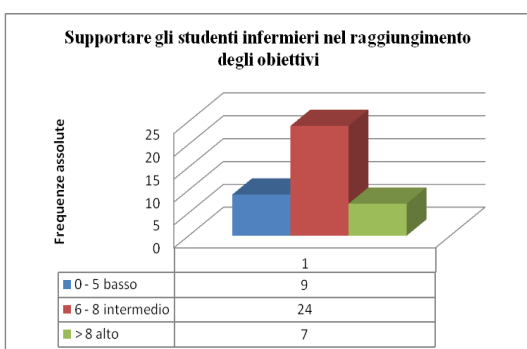


Grafico 11.9

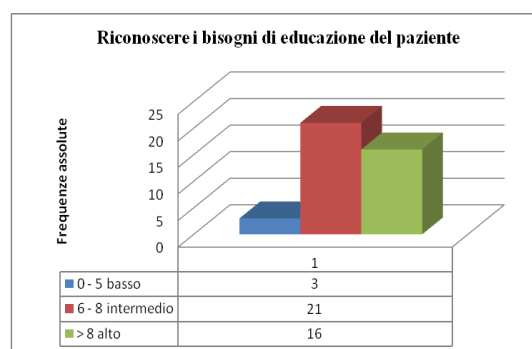


Grafico 11.1

4.2.3 Sezione 3 – Competenze Diagnostiche: livelli di competenza

La Sezione 3 risulta essere la seconda più critica in quanto il 13% degli infermieri ritiene di avere un livello "basso" di competenza, il 64% pensa invece di localizzarsi su un livello "intermedio", mentre il 23% sente di possedere un "alto" livello di competenza diagnostica (Grafico 12).

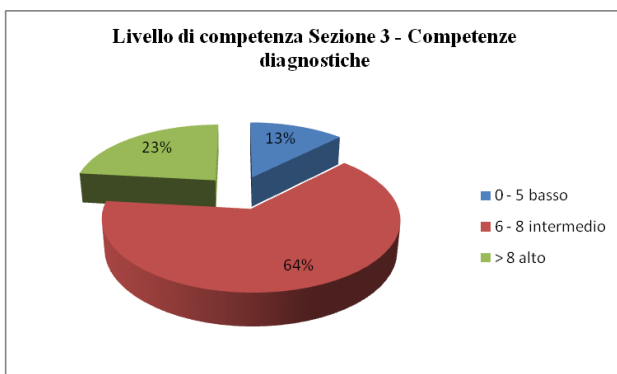


Grafico 12

L'item al quale il campione ha risposto con la più alta frequenza di livello "basso" è "Analizzare lo stato di salute del paziente utilizzando diversi modelli teorici", con 8 infermieri su 40 (20% del campione) (Grafico 12.1). Dalla parte opposta, "Accertare i bisogni psicologici del paziente" risulta essere l'item della Sezione che ha avuto il maggior feedback di risposte di livello "alto", con 13 infermieri su 40 (32,5% del campione) (Grafico 12.2).

Per la consultazione dei restanti items componenti la Sezione, vedasi Allegato 5, Grafici da 12.1 a 12.7.

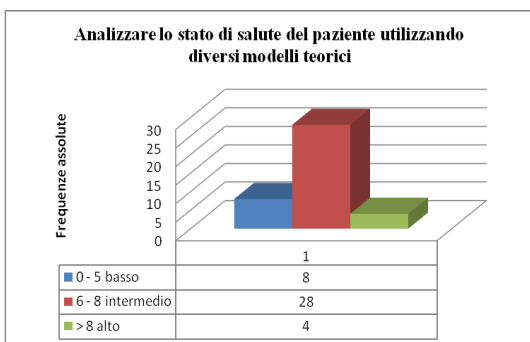


Grafico 12.1

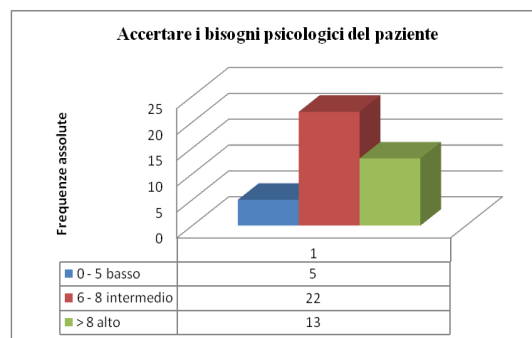


Grafico 12.2

4.2.4 Sezione 4 – Competenze di Gestione delle Situazioni: livelli di competenza

In accordo con i dati descrittivi di inizio capitolo, gli infermieri del campione si valutano complessivamente più competenti nella gestione delle situazioni rispetto alle altre tipologie fornite dallo strumento di valutazione somministrato. Infatti solo il 7% del campione staziona su un livello "basso" di competenza; il 56% su un livello "intermedio" e ben il 37% su un livello "alto" (Grafico 13).

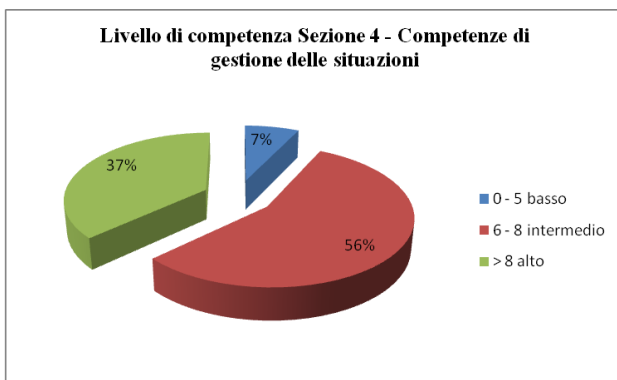


Grafico 13

L'item della Sezione con la maggior frequenza di livello "basso", ove 5 infermieri su 40 non ritengono di avere una sufficiente competenza (12,5% del campione), è *"Pianificare l'assistenza tenendo conto delle risorse disponibili"* (Grafico 13.6). *"Mantenere le attrezzature in buone condizioni"* si dimostra essere l'item con il livello più "alto" (23 infermieri su 40, ossia il 57,5% del campione, hanno fornito risposte superiori a 8) (Allegato 5, Grafico 13.7). Ma ciò che risalta ancor più fulgido è che, con una frequenza di risposte di livello "alto" appena inferiore a quest'ultimo item, troviamo *"Riconoscere precocemente situazioni critiche per la vita del paziente"*, in cui 19 infermieri su 40 (47,5% del campione) ritengono di possedere un "alto" livello di competenze (superano addirittura di due punti e mezzo percentuali la frequenza di risposte "intermedie") (Grafico 13.1).

Per la consultazione dei restanti items componenti la Sezione, vedasi Allegato 5, Grafici da 13.1 a 13.8.

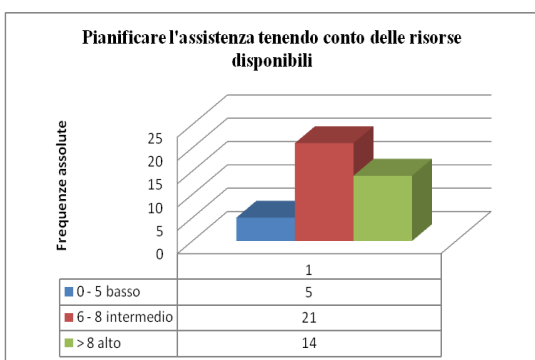


Grafico 13.6

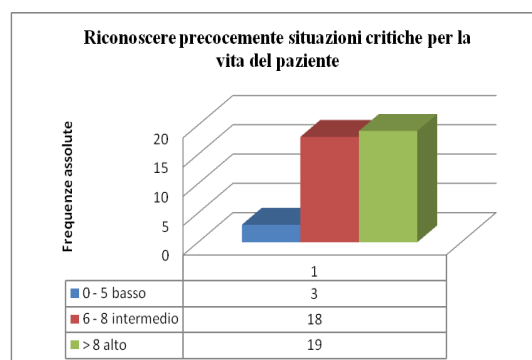


Grafico 13.1

4.2.5 Sezione 5 – Interventi Terapeutici: livelli di competenza

In materia di interventi terapeutici, si contegga che il 12% della popolazione studiata ha un livello “basso” di competenza; che il 58% si posiziona su un livello “intermedio” e che il restante 30% viaggia a livelli “alti” (Grafico 14).

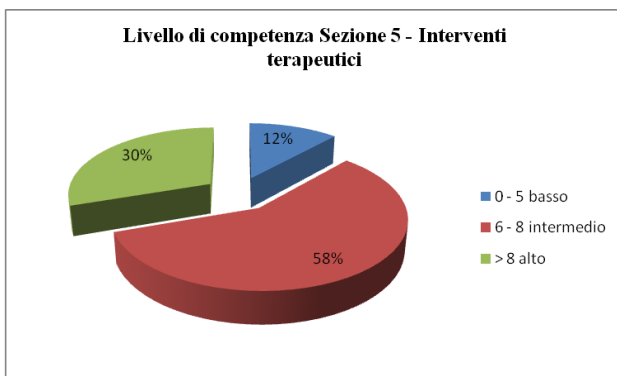


Grafico 14

I due items in cui il campione ha ritenuto possedere il livello più “basso” e più “alto” di competenza sono, rispettivamente: *“Contribuire a sviluppare percorsi diagnostico-terapeutici multidisciplinari”* (Grafico 14.10) e *“Prendere decisioni riguardo all’assistenza personalizzandola per ogni paziente”* (Allegato 5, Grafico 14.2). Il primo vede il riscontro di 9 risposte di livello “basso” su 40 (22,5% del campione); il secondo invece una frequenza di 18 risposte di “alto” livello su 40 (45% del campione). Altro item che purtroppo si posiziona quasi a pari livello di insufficienza è *“Aggiornare protocolli /linee guida”*, con 8 infermieri su 40 (20% del campione) che danno feedback di “basso” livello (Grafico 14.5).

Per la consultazione dei restanti items componenti la Sezione, vedasi Allegato 5, Grafici da 14.1 a 14.10.

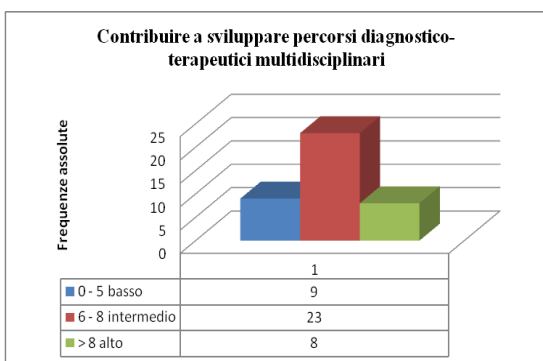


Grafico 14.10

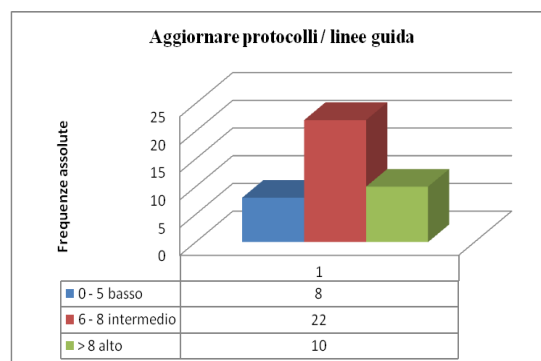


Grafico 14.5

4.2.6 Sezione 6 – Assicurare Qualità: livelli di competenza

Si è già visto come la sesta sezione abbia riportato la media complessiva più bassa ($7,00 \pm 0,32$) di punteggio all'interno del campione esaminato. Ben il 16% degli infermieri presi a campione ritiene di avere un livello “basso” nell'assicurare qualità. Il restante 84% si localizza entro la soglia di sufficienza: di questi, il 65% nel livello “intermedio” ed il 19% nel livello “alto” (Grafico 15).

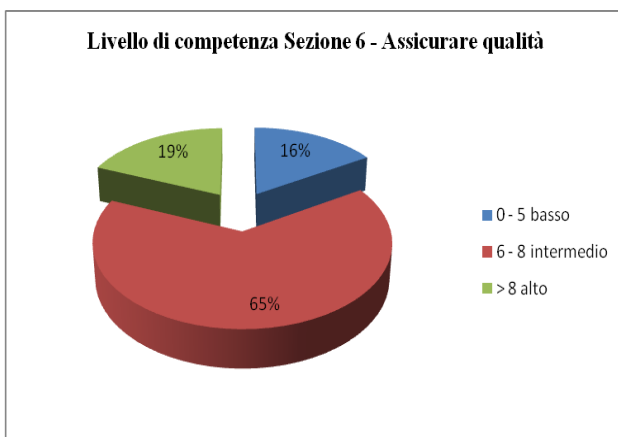


Grafico 15

A questo punto è interessante far notare che, dei sei item di cui è composta questa Sezione della NCS, solamente due sono oggetto di preponderanza di livello “alto” rispetto a quello “basso”. Ad entrambi, con 10 infermieri su 40 (25% del campione), è stata attribuita una pari frequenza di risposte maggiori di 8; tali item sono: *“Ispirarsi, durante la pratica, al modello assistenziale scelto dall’equipe infermieristica”* (Grafico 15.1) e *“Valutare sistematicamente il grado di soddisfazione del paziente per l’assistenza erogata”* (Allegato 5, Grafico 15.4). Tra rimanenti quattro item, in cui non accade mai che la percentuale di livello “basso” scenda al di sotto del 15% del campione, troviamo ai livelli di frequenza più critici: *“Utilizzare i risultati della ricerca per ulteriori sviluppi dell’assistenza infermieristica”*, con 9 risposte di livello “basso” su 40, il che corrisponde al 22,5% del campione (Allegato 5, Grafico 15.5); e *“Proporre problemi da approfondire con la ricerca”*, con 10 risposte di livello “basso” su 40 (item con la media più bassa di sezione, $6,66 \pm 1,65$), pari al 25% dell’intero campione (Grafico 15.6).

Per la consultazione dei restanti items componenti la Sezione, vedasi Allegato 5, Grafici da 15.1 a 15.6.

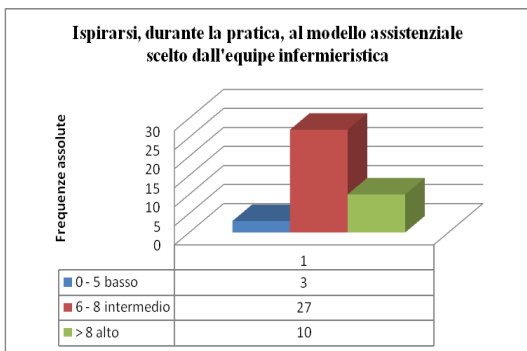


Grafico 15.1

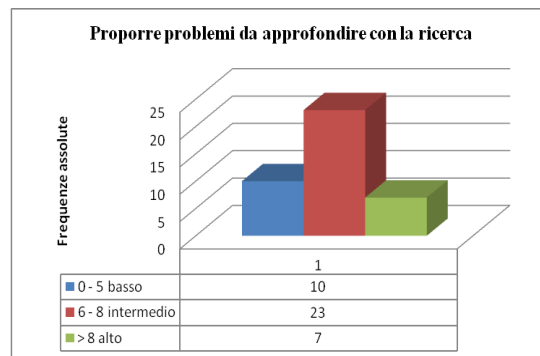


Grafico 15.6

4.2.7 Sezione 7 – Ruolo Ricoperto: livelli di competenza

Infine si riportano i risultati della settima sezione, la quale, con un 10% di livello di competenza “basso”, un 53% di livello “intermedio” ed un 37% di livello “alto” (Grafico 16), si posiziona nella fascia centrale della “classifica” (tenuto conto delle percentuali del campione che ha fornito risposte da 0 a 5 su 10).

Essa è preceduta, in ordine decrescente di competenza dalla sezione 4 (7% di livello “basso”), 1 (8% di livello “basso”) e 2 (9% di livello “basso”); mentre è seguita dalla sezione 5 (12% di livello “basso”), 3 (13% di livello “basso”) e 6 (16% di livello “basso”).

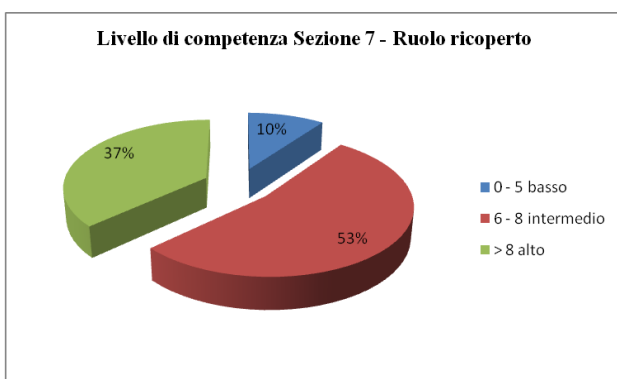


Grafico 16

Si tratta anche della sezione composta dal maggior numero di item (19), molti dei quali sono stati oggetto di ottimo riscontro in termini di livelli di competenza. Di questi si possono sottolineare: “Essere consapevole dei propri limiti”, con 23 risposte di “alto” livello su 40 (57,5% del campione) (Grafico 16.2); “Agire autonomamente”, con 21 su 40 (52,5% del campione) (Allegato 5, Grafico 16.9); e “Contribuire a sviluppare un buon clima di lavoro” che, con 21 infermieri su 40 (52,5% del campione) che hanno deciso di

rispondere con punteggi superiori ad 8, si aggiudica anche il grado medio di risposte più elevato (Allegato 5, Grafico 16.19).

Infine, i due items a cui il campione esaminato risponde più frequentemente con punteggi compresi tra 0 e 5 sono: “Svolgere il tutoraggio degli studenti presenti nell’unità operativa” (9 risposte di livello “basso” su 40 infermieri, pari al 22,5% del totale) (Grafico 16.6) e “Svolgere l’affiancamento per i neo-assunti” (8 risposte di livello “basso” su 40 infermieri, pari al 20% del totale) (Allegato 5, Grafico 16.7).

Per la consultazione dei restanti items componenti la Sezione, vedasi Allegato 5, Grafici da 16.1 a 16.19.

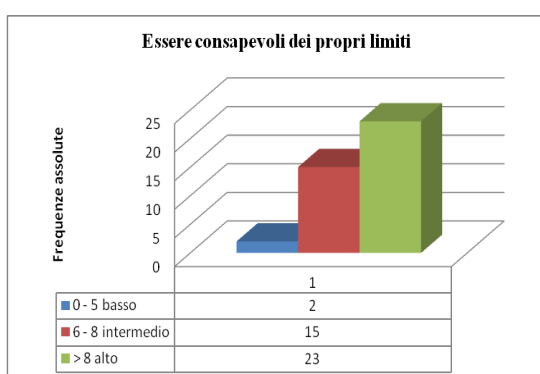


Grafico 16.2

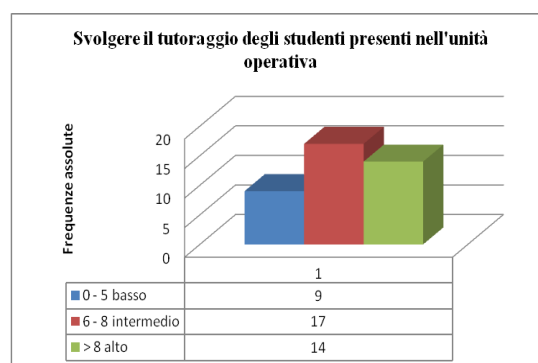


Grafico 16.6

CAPITOLO 5

Discussione e conclusioni

5.1 Discussione

E' ormai appurato che un'assistenza infermieristica di qualità si configura come obiettivo raggiungibile se, e solo se, il personale infermieristico possiede livelli di competenza adeguati al contesto in cui opera quotidianamente. Ciò è realizzabile solo nell'evenienza in cui vi sia una spinta da parte del professionista stesso ad accrescere continuamente le proprie competenze, ma anche una precisa volontà da parte del Sistema Sanitario di mettere a disposizione strumenti ed occasioni che rendano il tutto agilmente praticabile.

Il Dipartimento Chirurgico Generale (cui afferiscono le UOC di Chirurgia, Ortopedia e Traumatologia, Week Surgery) e Specialistico (con la UOC di Chirurgia Specialistica) dell'Azienda ULSS 18 di Rovigo ha recentemente subito profondi cambiamenti organizzativi, amministrativi e logistici; tutti proiettati verso un'ottica di chirurgia multispecialistica. Si è ritenuto che un'analisi delle competenze infermieristiche, attraverso la Nurse Competence Scale (NCS), del gruppo di infermieri dell'Area Chirurgica fosse di primaria importanza per stabilire quali fossero i loro punti di forza, e quali le principali criticità.

Allo studio ha deciso di partecipare la maggior parte del personale a cui è stata rivolta l'attenzione (60,61%); infatti, dei 66 infermieri arruolabili, ben 40 hanno restituito il questionario compilato entro i termini di consegna (Vedi Capitolo 3, Tabella I). Già da questo primo confortante dato si può intravedere la sensibilità degli infermieri dell'Area Chirurgica nei confronti dell'argomento "competenze infermieristiche", nonostante la sua delicatezza. Il campione evidenzia una netta prevalenza di soggetti di sesso femminile (62%), e la fascia di età che si dimostra più copiosa è quella che va dai 41 ai 50 anni (47%), la qual cosa ci fa intuire il bagaglio di esperienza di cui sono dotati questi professionisti. Tale affermazione acquista maggior valore se si va a vedere la media di anzianità di servizio, ovvero 14,25 anni. Il titolo di studio più diffuso all'interno della compagine è il Diploma Professionale Regionale, posseduto dal 60% degli infermieri; seguito dal 20% che invece ha conseguito una Laurea in Infermieristica. E' doveroso far presente che, su tutte le domande di natura "demografica", circa un 19% del campione ha

deciso di non riferire tali informazioni. Ciò si è considerato a giustificazione della volontà, più che lecita, di mantenere la massima anonimità nella restituzione del questionario stesso, visto poi che tutti hanno invece deciso di rispondere a tutti i 73 item della NCS sottoposta.

Riportando ora i livelli di competenza del campione (Vedi Capitolo 4, Grafico 5), calcolati su tutte le domande di cui si compone lo strumento di rilevazione, notiamo che il 90% (in cui il 60% si localizza entro un livello “intermedio” ed il 30% entro un livello “alto”) di questi professionisti si ritiene più che sufficientemente competente. Solamente il 10% valuta il proprio livello di competenza “basso”.

Non vi sono grandi discrepanze tra i livelli di risposte calcolati nelle sette sezioni prese singolarmente; tutto sommato vi è un certo equilibrio nei livelli di competenza riscontrati. Ma siccome il presente elaborato di tesi si propone come obiettivo finale quello di individuare punti di forza, ma anche criticità in ciò che si è voluto analizzare, si può tranquillamente informare del fatto che il campione degli infermieri ha dato feedback dei migliori livelli di competenza in materia di “*Gestione delle Situazioni*” (Sezione 4). I dati desunti dall’analisi di questa sezione presa singolarmente, rapportandola ai dati complessivi di tutta la scala, vedono un cospicuo incremento dei livelli superiori alla sufficienza. Per l’appunto, il 93% (Vedi Capitolo 4, Grafico 13), suddiviso in un 56% che si ritiene competente ad un livello “intermedio” ed un 37% che si ritiene altamente competente, ha restituito risposte superiori al 6 su 10. Il restante 7% ha restituito risposte inferiori al 6, valutando di avere qualche lacuna in tale ambito assistenziale. L’item di questa sezione in cui il campione si sente meno competente è “*Pianificare l’assistenza tenendo conto delle risorse disponibili*”; punto di forza risulta invece “*Mantenere le attrezzature in buone condizioni*” (è anche l’item con il punteggio medio complessivo più alto di $8,54 \pm 1,19$). E’ davvero molto interessante notare che, a seguire, sono stati riportati ottimi livelli anche per “*Riconoscere precocemente situazioni critiche per la vita del paziente*”. Va da sé la comprensione di quanto una tale competenza specifica sia importante per il professionista sanitario, ancor più in un contesto chirurgico, in cui la criticità del paziente (soprattutto dopo un intervento di chirurgia maggiore) può presentare vari gradi di stabilità, e quindi di pericolo di vita.

D’altro canto, la sezione che riporta maggiori criticità è la sesta e raggruppa tutti gli item atti ad individuare le competenze infermieristiche nell’ “*Assicurare Qualità*”. Si tratta di

criticità comunque non allarmanti, poiché anche in questo caso l'84% (Vedi Capitolo 4, Grafico 15) del campione esaminato si valuta più che abbondantemente competente (in particolare il 65% si colloca entro livelli "intermedi" ed il 19% entro valori "alti"). Il dato che attira di più l'attenzione è che, coloro che ritengono di possedere ottime *quality skills* siano quantitativamente pressochè equivalenti a coloro che invece non si ritengono sufficientemente provvisti (il 16% ha riportato valori di "basso" livello). In tutti i sei items di cui è composta la sezione prevale sempre la categoria "intermedia". Vi sono quattro items in cui il numero di risposte di livello "basso" supera addirittura quelle di livello "alto"; tra questi ve ne sono due che riportano un minimo comune denominatore, ovvero la "ricerca", e sono (Vedi, rispettivamente, Allegato 5, Grafici 15.5 e 15.6): *"Utilizzare i risultati della ricerca per ulteriori sviluppi dell'assistenza infermieristica"* e *"Proporre problemi da approfondire con la ricerca"* (in entrambi il 22,5% del campione riporta valori critici). Ma dalla parte opposta possiamo notare, con non poca soddisfazione, che il gruppo di infermieri manifesta coesione e rispetto verso i colleghi e verso la consuetudine di reparto, con un occhio di riguardo puntato sempre ai bisogni dell'assistito. Tale considerazione la si può dedurre dal momento che il 25% di questi riporta alti livelli di competenza nell'*"Ispirarsi, durante la pratica, al modello assistenziale scelto dall'equipe infermieristica"* e nel *"Valutare sistematicamente il grado di soddisfazione del paziente per l'assistenza erogata"* (Vedi, rispettivamente, Allegato 5, Grafici 15.1 e 15.4).

Ciò che si può finalmente desumere, a seguito dell'analisi dei dati, è che le funzioni e le attività svolte dai professionisti infermieristici nell'Area Chirurgica dell'Azienda ULSS 18 di Rovigo risultano più che garantite, pertanto rappresentano una più che accettabile professionalità degli stessi.

5.2 Limiti dello studio

Lo studio presenta alcuni limiti, riferiti alla natura concettuale del problema oggetto di studio, allo strumento utilizzato e al metodo di raccolta dati effettuato. Primo limite riscontrato è appunto correlato alla delicata sensibilità dell'argomento che si è voluto analizzare, ovvero quello delle "competenze infermieristiche", e allo spirito di autocritica che si è richiesto assumere a ciascun infermiere dell'area chirurgica. Un secondo limite lo si è individuato nello strumento di raccolta stesso (Nurse Competence Scale) il quale, seppur validato nel nostro paese ^{13,19,20,21}, sembra risultare frammentario e complesso

(suddivisione in sette sottocategorie, numerosità eccessiva degli items e scarsa comprensività di alcuni di questi). Ci si trova inoltre in accordo con lo studio di Sponton et al.²⁰ quando si considera un limite il fatto che l'adesione complessiva abbia superato di poco il 60,61%, ed anche che *“le competenze autovalutate con la NCS potrebbero non coincidere con quelle reali, valutate con strumenti oggettivi”*.

Altro limite è riconducibile alla tipologia di raccolta dati effettuata, che probabilmente non ha donato la massima visibilità dello strumento a tutta la popolazione potenzialmente arruolabile, ma che è tuttavia sembrata essere la più efficace in rapporto agli strumenti operativi ed ai tempi a disposizione.

5.3 Conclusioni ed implicazioni per la pratica

Il presente studio, sulla base dei risultati derivanti dall'analisi dei dati inseriti nelle schede di raccolta della NCS, ha dimostrato il più che soddisfacente livello generale di competenza degli infermieri presi a campione nell'Area Chirurgica dell'Azienda ULSS 18 di Rovigo. Lievi criticità, pur sempre colmabili, sono apparse soprattutto in ambito di attività assistenziali collegate alla ricerca, ai modelli teorici infermieristici ed al tutoraggio degli studenti infermieri durante il loro tirocinio clinico. Sarebbe veramente auspicabile che l'Azienda Sanitaria, sulle fondamenta gettate dal presente elaborato di tesi, progettasse una filiera di valutazione delle competenze cadenzate nel tempo, estendendole a tutto il personale infermieristico. Nel mettere in atto tutto ciò avrebbe di certo le più idonee disponibilità, sia economiche che intellettive per abbattere i limiti sopra riscontrati; ad esempio promuovendo incontri con gli infermieri finalizzati a declinare tutte le parti di cui è composta la NCS, rendendola quindi molto più comprensibile e familiare agli occhi del professionista che deve autovalutarsi. Questo contribuirebbe a far aumentare anche le percentuali di adesione. Un piano aziendale ben strutturato metterebbe in pratica strategie di “pubblicizzazione” sicuramente più efficaci, ovvero porrebbe la NCS più in evidenza, casomai consegnandola *ad personam* o inviandola a ciascun dipendente infermieristico al proprio indirizzo di posta elettronica aziendale (solo per citare qualche esempio).

Infine, dalla conoscenza delle skills più critiche risultanti, si potrebbero organizzare corsi di formazione sempre più mirati, volti a far sì che tutto il personale presenti mediamente gli stessi livelli di competenza. Ciò contribuirebbe ad un grado di soddisfazione maggiore

nel singolo professionista nel prestare attività assistenziale quotidiana, con una indiscussa ripercussione sulla qualità della stessa e quindi del livello di soddisfazione dell'assistito.

BIBLIOGRAFIA

1. Garside JR, Nhemachena JZZ. A concept analysis of competence and its transition in nursing. *Nurse Educ Today*, 2013 May;33(5):541-545.
2. Schub T. *Clinical Competence Assessment*. Glendale: CINAHL Information System; 2014 Aug.
3. Yanhua C, Watson R. A review of clinical competence assessment in nursing. *Nurse Educ Today*, 2011 May;31:832-836.
4. Benner P. From novice to expert. *The American Journal of Nursing*, 1982;82(3):402-407.
5. Cash K. Benner and expertise in nursing: a critique. *Int J Nurs Stud*, 1995 Dec;32(6):527-534.
6. Cowan DT, Norman I, Coopamah VP. Competence in nursing practice: A controversial concept – a focused review of literature. *Nurse Educ Today*, 2005 Jul;25(5):355-362.
7. Federazione Nazionale Collegi Infermieri professionali, Assistenti sanitari, Vigilatrici d'infanzia (IPASVI) [internet]. Note di storia. (examined 21 jul 2015). Available from: <http://www.ipasvi.it/chi-siamo/note-di-storia.htm>
8. AA.VV. Perché l'analisi delle competenze. *L'infermiere*, 2007;4:2-11.
9. Boltz M, Capezuti E, Wagner L, Rosenberg MC, Secic M. Patient Safety in Medical-Surgical Units: Can Nurse Certification Make a Difference?. *Medsurg Nursing*, 2013 Jan-Feb;22(1):26-32, 37.
10. Numminen O, Meretoja R, Isoaho H, Leino-Kilpi H. Professional competence of practising nurses. *J Clin Nurs*, 2013 May;22(9-10):1411-1423.
11. Meretoja R, Isoaho H, Leino-Kilpi H. Nurse Competence Scale: development and psychometric testing. *J Adv Nurs*, 2004 Jul;47(2):124-133.
12. Meretoja R, Leino-Kilpi H, Kaira AM. Comparison of nurse competence in different hospital work environments. *J Nurs Manag*, 2004 Sep;12(5):329-336.
13. Dellai M, Mortari L, Meretoja R. Self-assessment of nursing competencies – validation of the Finnish NCS instrument with Italian nurses. *Scand J Caring Sci*, 2009 Dec;23(4):783-791.

14. Müller M. Nursing competence: psychometric evaluation using Rasch modeling. *J Adv Nurs.*, 2013 Jun;69(6):1410-1417.
15. Martin JS, Frei IA, Suter-Hofmann F, Fierz K, Schubert M, Spirig R. Evaluation of nursing and leadership competencies -- a baseline for practice development [German]. *Pflege*, 2010 Jun;23(3):191-203.
16. Wangensteen S, Johansson IS, Nordström G. Nurse Competence Scale- psychometric testing in a Norwegian context. *Nurse Educ Pract.*, 2015 Jan;15(1):22-29.
17. Lima S, Newall F, Kinney S, Jordan HL, Hamilton B. How competent are they? Graduate nurses self-assessment of competence at start of their careers. *Collegian*, 2014;21(4):353-358.
18. Bahreini M, Moattari M, Shahamat S, Dobaradaran S, Ravanipour M. Improvement of Iranian nurses' competence through professional portfolio: a quasi-experimental study. *Nurse Health Sci*, 2013 Mar;15(1):51-57.
19. Finotto S, Cantarelli W. Gli indicatori della competenza infermieristica: validazione linguistica e culturale della Nurse Competence Scale. *Professioni Infermieristiche*, 2009 Jan-Mar;62(1):41-48.
20. Sponton A, Zoppini L, Iadeluca A, Angeli C, Caldarulo T. Mappare le competenze infermieristiche per lo sviluppo organizzativo: utilizzo della Nursing Competence Scale. *Evidence*, 2013 Apr;5(4):e1000041.
21. Scavone R, Ausili D, Di Mauro S. La valutazione delle competenze infermieristiche: uno studio di validazione della Nurse Competence Scale. *L'Infermiere*, 2014; 51(6):69-79.

ALLEGATI

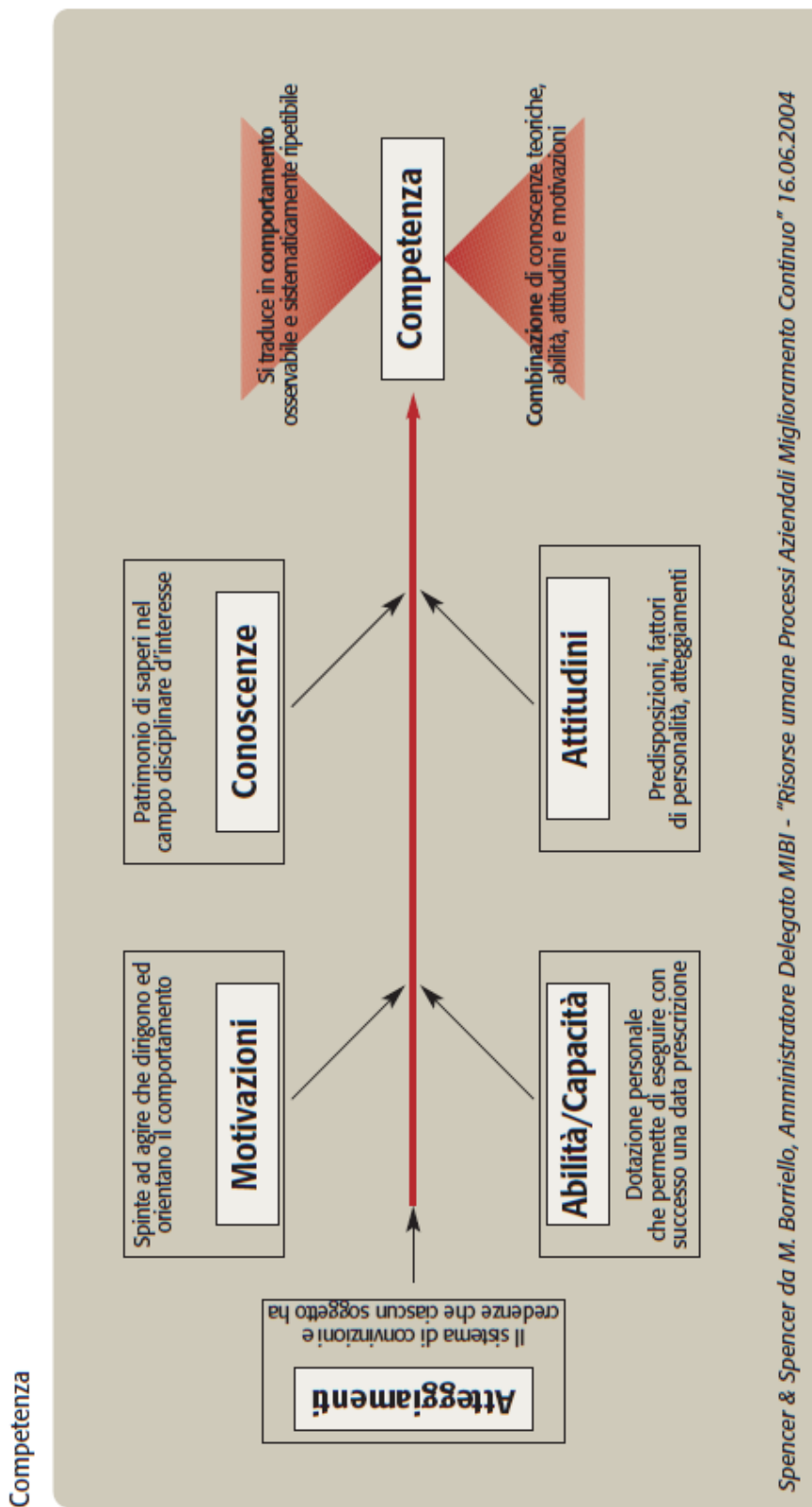


Figura 1 – Quadro sinottico delle competenze. Tratto da “Perché l’analisi delle competenze”, L’Infermiere 4/2007, pag. 3.

ALLEGATO 2: Revisione della letteratura

QUESITO 1

Quali sono le competenze che deve possedere un infermiere che lavora presso un reparto chirurgico?

PIO/PICO

P : infermiere che lavora in un reparto chirurgico

I : analisi delle competenze

O : individuazione delle competenze

PAROLE CHIAVE

Competence, nursing, practice, surgical nursing

La ricerca è stata eseguita nella banca dati CINAHL.

A seguire i risultati della ricerca:

BANCA DATI	PAROLE CHIAVE	LIMITI	TROVATI	SELEZIONATI
CINAHL	nursing AND competence AND practice AND surgical nursing	Published date: 2010/01/01 – 2015/12/31	38	Patient Safety in Medical-Surgical Units: Can Nurse Certification Make a Difference? Boltz, Marie; Capezuti, Elizabeth; Wagner, Laura; Rosenberg, Marie-Claire; Secic, Michelle; MEDSURG Nursing, 2013 Jan-Feb; 22 (1): 26-37. (journal article - research, tables/charts) ISSN: 1092-0811 PMID: 23469496 CINAHL AN: 2011909469
				Professional competence of practising nurses. Numminen, Olivia; Meretoja, Riitta; Isoaho, Hannu; Leino-Kilpi, Helena; Journal of Clinical Nursing, 2013 May; 22 (9/10): 1411-23. (journal article - research, tables/charts) ISSN: 0962-1067 PMID: 23574296 CINAHL AN: 2012074544

QUESITO 2

La Nurse Competence Scale (NCS) è uno strumento affidabile per indagare le competenze infermieristiche?

PIO/PICO

P : competenze infermieristiche

I : utilizzo della NCS

O : valutazione delle competenze infermieristiche

PAROLE CHIAVE

Nurse, Competence, Scale

La ricerca è stata eseguita nella banca dati CINAHL.

A seguire i risultati della ricerca:

BANCA DATI	PAROLE CHIAVE	LIMITI	TROVATI	SELEZIONATI
CINAHL	nurse AND competence AND scale	Published date: 2000/01/01 – 2015/12/31	30	Assessing nurses' competencies: a validation study of the Nurse Competence Scale [Italian]. Scavone, Rosaria; Ausili, Davide; Di Mauro, Stefania; L'Infermiere, 2014; 51 (6): e69-79. (journal article - equations & formulas, research, tables/charts) CINAHL AN: 2012847010
				Nurse Competence Scale: development and psychometric testing. Meretoja R; Isoaho H; Leino-Kilpi H; Journal of Advanced Nursing, 2004 Jul; 47 (2): 124-33. (journal article - questionnaire/scale, research, tables/charts) ISSN: 0309-2402 PMID: 15196186 CINAHL AN: 2004190543

				<p>Nurse's competence indicators: linguistic and cultural validation of the Nurse Competence Scale [Italian]. Finotto S; Cantarelli W; Professioni Infermieristiche, 2009 Jan-Mar; 62 (1): 41-8. (journal article - research, tables/charts) ISSN: 0033-0205 PMID: 19356328 CINAHL AN: 2010275771</p>
				<p>Nurse Competence Scale -- Psychometric testing in a Norwegian context. Wangensteen, Sigrid; Johansson, Inger S.; Nordström, Gun; Nurse Education in Practice, 2015; 15 (1): 22-9. (journal article - research, tables/charts) ISSN: 1471-5953 PMID: 25434831 CINAHL AN: 2012921184</p>
				<p>Nursing competence: psychometric evaluation using Rasch modelling. Müller, Marianne; Journal of Advanced Nursing, 2013 Jun; 69 (6): 1410-7. (journal article - research) ISSN: 0309-2402 PMID: 22989303 CINAHL AN: 2012075769</p>
				<p>Self-assessment of nursing competencies -- validation of the Finnish NCS instrument with Italian nurses. Dellai M; Mortari L; Meretoja R; Scandinavian Journal of Caring Sciences, 2009 Dec; 23 (4): 783-91. (journal article - research, tables/charts) ISSN: 0283-</p>

				9318 CINAHL AN: 2010472575
				Improvement of Iranian nurses' competence through professional portfolio: A quasi-experimental study. Bahreini, Masoud; Moattari, Marzieh; Shahamat, Shohreh; Dobaradaran, Sina; Ravanipour, Mariam; Nursing & Health Sciences, 2013 Mar; 15 (1): 51-7. (journal article - research, tables/charts) ISSN: 1441-0745 PMID: 22934971 CINAHL AN: 2012045225
				Evaluation of nursing and leadership competencies -- a baseline for practice development [German]. Martin JS; Frei IA; Suter-Hofmann F; Fierz K; Schubert M; Spirig R; Pflege, 2010 Jun; 23 (3): 191-203. (journal article - research, tables/charts) ISSN: 1012-5302 PMID: 20509115 CINAHL AN: 2010690709
				Professional competence of practising nurses. Numminen, Olivia; Meretoja, Riitta; Isoaho, Hannu; Leino-Kilpi, Helena; Journal of Clinical Nursing, 2013 May; 22 (9/10): 1411-23. (journal article - research, tables/charts) ISSN: 0962-1067 PMID: 23574296 CINAHL AN: 2012074544

ALLEGATO 3

REGIONE VENETO
AZIENDA ULSS 18
ROVIGO

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA
Medicina e Chirurgia
Corso di Laurea in Infermieristica
Sede di Rovigo



Effettuazione raccolta dati finalizzato alla Tesi di Laurea del Corso in Infermieristica

Studente: **CESARE BONTEMPI** matr. **1048234**

Relatore: **Dott.ssa ERICA GIROTTO**

“L’UTILIZZO DELLA NURSE COMPETENCE SCALE NELL’AREA CHIRURGICA DELL’AZIENDA ULSS 18 DI ROVIGO”

Periodo di rilevazione: **MAGGIO – LUGLIO 2015**

GENTILE INFERMIERE/A,

**ALL’INTERNO DI QUESTO CONTENITORE GIALLO TROVERA’ UNA BUSTA CONTENENTE
IL QUESTIONARIO CHE LE CHIEDO CORTESAMENTE DI COMPILARE ENTRO I TERMINI
DI RILEVAZIONE SOPRA INDICATI.**

**UNA VOLTA COMPILATA LA SUA COPIA LA RIPONGA SEMPRE ALL’INTERNO DEL
MEDESIMO CONTENITORE GIALLO, MA AL DI FUORI DELLA BUSTA.**

SARA’ MIA CURA PASSARE IN REPARTO PER RACCOGLIERE IL MATERIALE.

RINGRAZIO ANTICIPATAMENTE PER LA CORTESIA

Lo studente assicura che la raccolta dati verrà effettuata nel rispetto delle norme di garanzia della privacy e i dati raccolti verranno utilizzati esclusivamente per la realizzazione del lavoro di tesi.

ALLEGATO 4

NURSE COMPETENCE SCALE QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE DELLE COMPETENZE INFERMIERISTICHE

Gentile Infermiere/a, il seguente questionario, da compilarsi cortesemente in maniera anonima, è strutturato su due stages : il primo in cui sono presentate una serie di competenze specifiche relative alla Sua professione; il secondo Le richiede invece dei dati relativi alla Sua posizione lavorativa ed alla sua formazione.

Per ogni item riportato nello stage 1 riporti una "X" in corrispondenza del livello di competenza che ritiene di possedere prendendo come metro di valutazione una scala VAS (Visual Analogue Scale) ove 0 corrisponde ad un livello nullo di competenza e 10 un livello ottimo.

La ringraziamo anticipatamente per la cortese collaborazione.

STAGE 1												
COMPETENZE COMPONENTI LA SEZIONE		LIVELLO DI COMPETENZA RITENUTO ACQUISITO										
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
SEZIONE 1 COMPETENZE DI PRESA IN CARICO	Pianificare l'assistenza infermieristica in riferimento ai bisogni del singolo paziente											
	Modificare il piano assistenziale in riferimento ai bisogni del singolo paziente											
	Supportare le strategie di adattamento alla malattia del paziente											
	Valutare criticamente la propria filosofia del nursing, la sua congruenza con i bisogni degli utenti e la sua applicazione nella pratica quotidiana											
	Utilizzare i risultati della ricerca nella presa in carico dei pazienti											
	Migliorare la cultura della presa in carico nell'unità operativa											
	Fondare la presa di decisioni su valori etici											
SEZIONE 2 COMPETENZE DI EDUCAZIONE	Riconoscere i bisogni di educazione del paziente											
	Individuare il momento ottimale per attuare interventi educativi rivolti al paziente											
	Padroneggiare i contenuti degli interventi educativi rivolti al paziente											
	Fornire un'educazione personalizzata per ogni paziente											
	Gestire il processo educativo del paziente											
	Riconoscere i bisogni educativi dei familiari											
	Agire autonomamente nell'educare i familiari											
Tenere conto del livello di abilità posseduto dagli studenti infermieri durante il tirocinio clinico												

		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
SEZIONE 3 COMPETENZE DIAGNOSTICHE	Supportare gli studenti infermieri nel raggiungimento degli obiettivi											
	Valutare i risultati dell'educazione al paziente con il paziente stesso											
	Valutare i risultati dell'educazione al paziente con i familiari											
	Valutare i risultati dell'educazione al paziente con l'equipe assistenziale											
	Attivarsi per mantenere e migliorare le proprie abilità professionali											
	Sviluppare il processo educativo nei confronti del paziente all'interno dell'unità operativa											
	Incoraggiare gli altri ad assumersi le proprie responsabilità											
	Contribuire a sviluppare percorsi di inserimento nell'unità operativa per gli infermieri neo-assunti											
SEZIONE 3 COMPETENZE DIAGNOSTICHE	Analizzare lo stato di salute del paziente utilizzando diversi modelli teorici											
	Accertare i bisogni psicologici del paziente											
	Accertare i bisogni psicologici dei familiari											
	Organizzare per il paziente la consulenza di un esperto (infermieristico e non)											
	Concorrere a sviluppare con gli altri membri dell'equipe l'osservazione del paziente											
	Concorrere a sviluppare con gli altri membri dell'equipe l'uso di strumenti diagnostici (es. scale di valutazione)											
	Gestire e migliorare la documentazione del paziente assistito											
SEZIONE 4 COMPETENZE DI GESTIONE DELLE SITUAZIONI	Riconoscere precocemente situazioni critiche per la vita del paziente											
	Ridefinire le priorità delle attività in funzione del modificarsi delle situazioni											
	Agire appropriatamente in situazioni di pericolo di vita del paziente (emergenze)											
	Concorrere ad individuare momenti di confronto con l'equipe su casi assistenziali quando necessario											
	Sostenere i membri dell'equipe a gestire le situazioni di cambiamento											
	Pianificare l'assistenza tenendo conto delle risorse disponibili											

		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Mantenere le attrezzature in buone condizioni											
	Cooperare, mostrando flessibilità, in situazioni che cambiano rapidamente											
SEZIONE 5 INTERVENTI TERAPEUTICI	Pianificare le proprie attività in relazione alla situazione clinica del paziente											
	Prendere decisioni riguardo all'assistenza personalizzandola per ogni paziente											
	Coordinare le proprie attività assistenziali con quelle degli altri membri dell'equipe multidisciplinare											
	Coordinare le proprie attività assistenziali con quelle dell'equipe infermieristica											
	Aggiornare protocolli/linee guida											
	Esprimere il proprio punto di vista, all'interno dell'equipe, su problemi assistenziali											
	Utilizzare i risultati della ricerca per attuare interventi appropriati											
	Valutare sistematicamente i risultati dell'assistenza al paziente											
	Possedere conoscenze approfondite per erogare assistenza di qualità											
	Contribuire a sviluppare percorsi diagnostico-terapeutici multidisciplinari											
SEZIONE 6 ASSICURARE QUALITÀ	Ispirarsi, durante la pratica, al modello assistenziale scelto dall'equipe infermieristica											
	Identificare aree di approfondimento e di ricerca nell'assistenza la paziente											
	Contribuire all'identificazione di criticità nel modello assistenziale scelto dall'equipe infermieristica											
	Valutare sistematicamente il grado di soddisfazione del paziente per l'assistenza erogata											
	Utilizzare i risultati della ricerca per ulteriori sviluppi dell'assistenza infermieristica											
	Proporre problemi da approfondire con la ricerca											
SEZIONE 7 RUOLO RICOPERTO	Riconoscere i bisogni di supporto e di aiuto dei colleghi											
	Essere consapevole dei propri limiti											
	Riconoscere l'identità professionale come una risorsa per la professione infermieristica											
	Dimostrare responsabilità nell'utilizzo (spreco) delle risorse											
	Coordinarsi con i membri dell'equipe in merito alla distribuzione delle attività											

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Svolgere il tutoraggio degli studenti presenti nell'unità operativa											
Svolgere l'affiancamento per i neo-assunti											
Arricchire l'equipe assistenziale con le proprie competenze											
Agire autonomamente											
Attribuire attività al personale di supporto											
Migliorare l'assistenza attraverso l'apporto di nuove conoscenze											
Assicurare il procedere di un'assistenza priva di pericoli attraverso la delega di compiti											
Mettere in atto strategie per evitare lo stress eccessivo (controllare le proprie emozioni)											
Utilizzare le tecnologie informatiche nel lavoro											
Coordinare l'assistenza la paziente nella sua globalità											
Gestire completamente le situazioni che gli si presentano innanzi											
Dare feedback costruttivi relativamente all'attività dei colleghi											
Sviluppare l'assistenza al paziente all'interno di un'equipe multidisciplinare											
Contribuire a sviluppare un buon clima di lavoro											

STAGE 2			
SESSO : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		FASCIA DI ETA' : <input type="checkbox"/> 20 -30 <input type="checkbox"/> 31-40 <input type="checkbox"/> 41-50 <input type="checkbox"/> >50	
STRUTTURA PRESSO CUI SI PRESTA SERVIZIO	U.O.C. Chirurgia	U.O.C. Ortopedia e Traumatologia	Week Surgery Trecenta
	U.O.C. Chirurgia Specialistica		
TITOLO DI STUDIO	Diploma Professionale Regionale	Diploma Universitario per Infermiere	Laurea in Infermieristica
	Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche	Infermiere Generico	Eventuali altri Master:
TEMPO DI COPERTURA DI TALE RUOLO NEL SERVIZIO SOPRA INDICATO (<i>espresso in anni</i>) :			

Allegato 5: Grafici

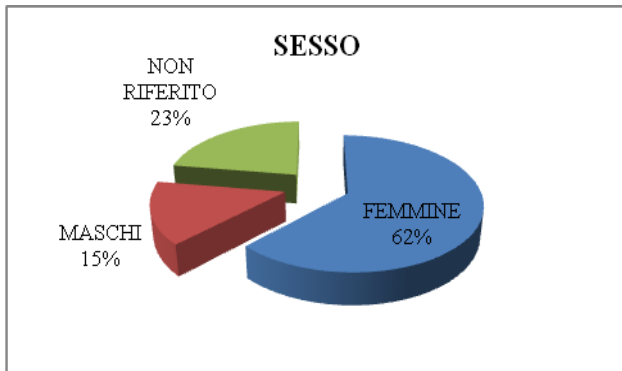


Grafico 1

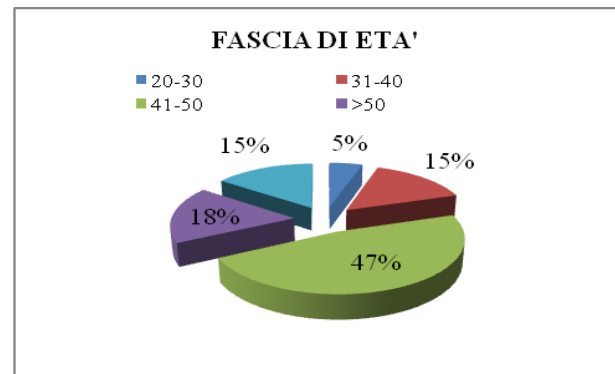


Grafico 2

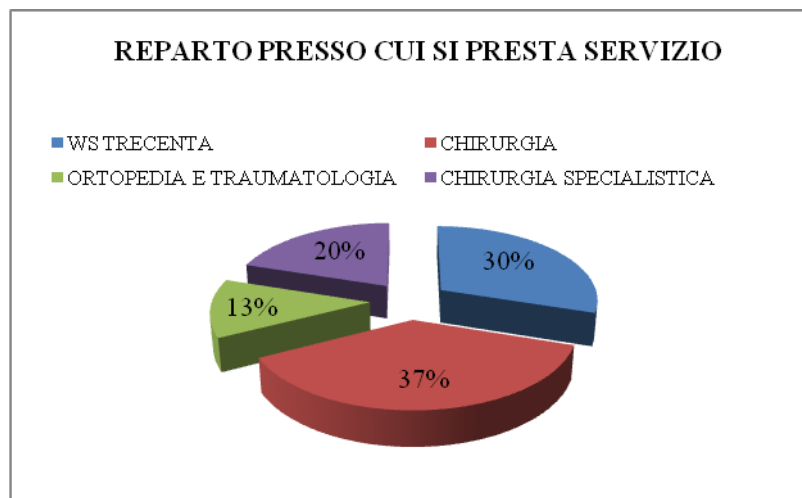


Grafico 3

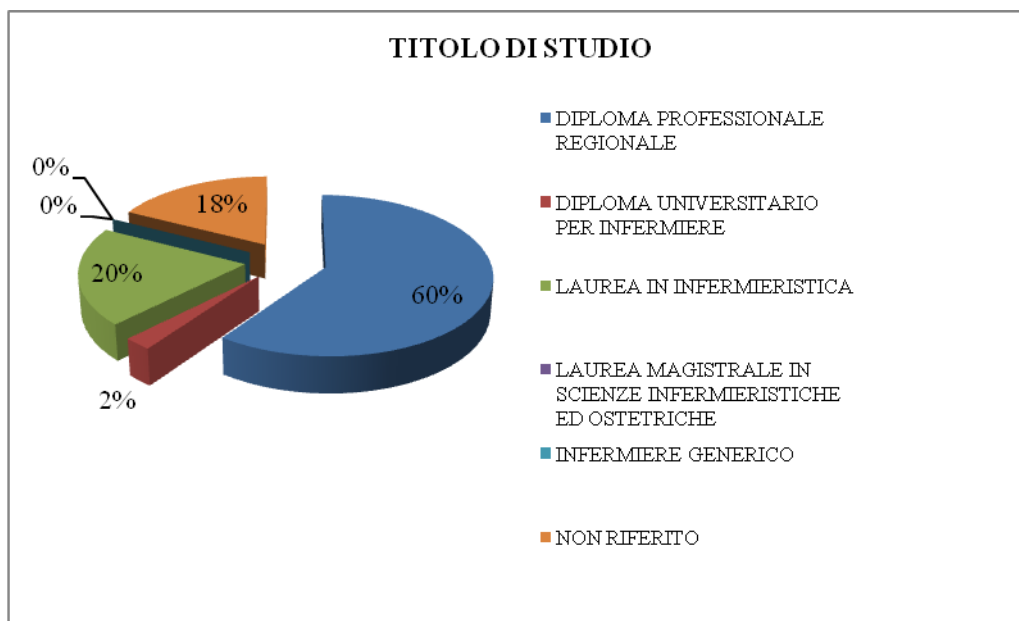


Grafico 4

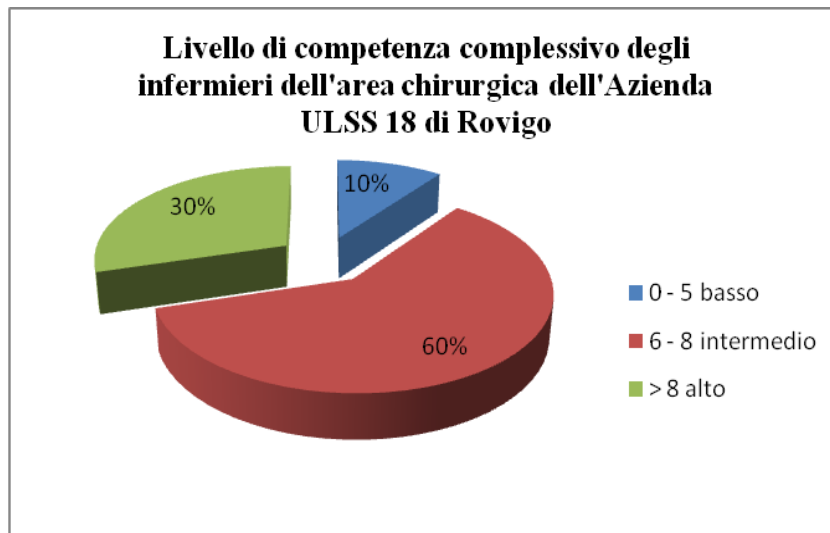


Grafico 5

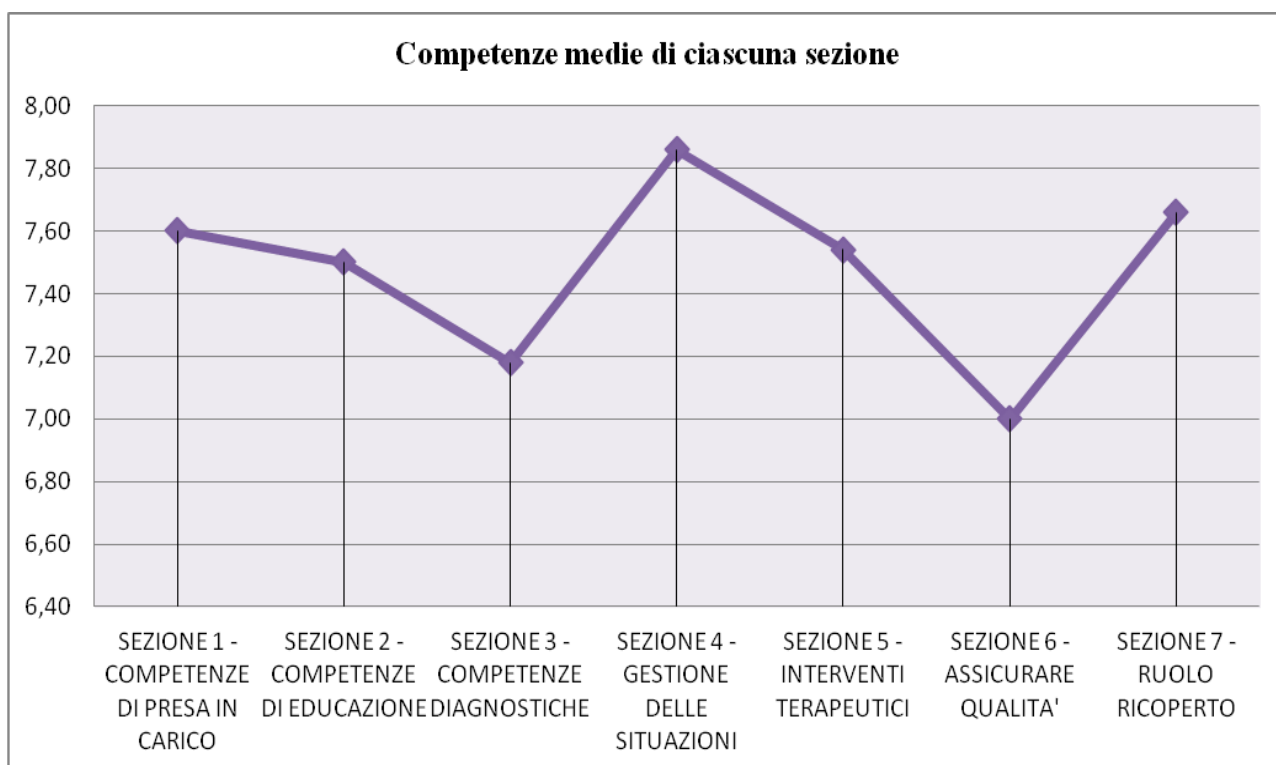


Grafico 6

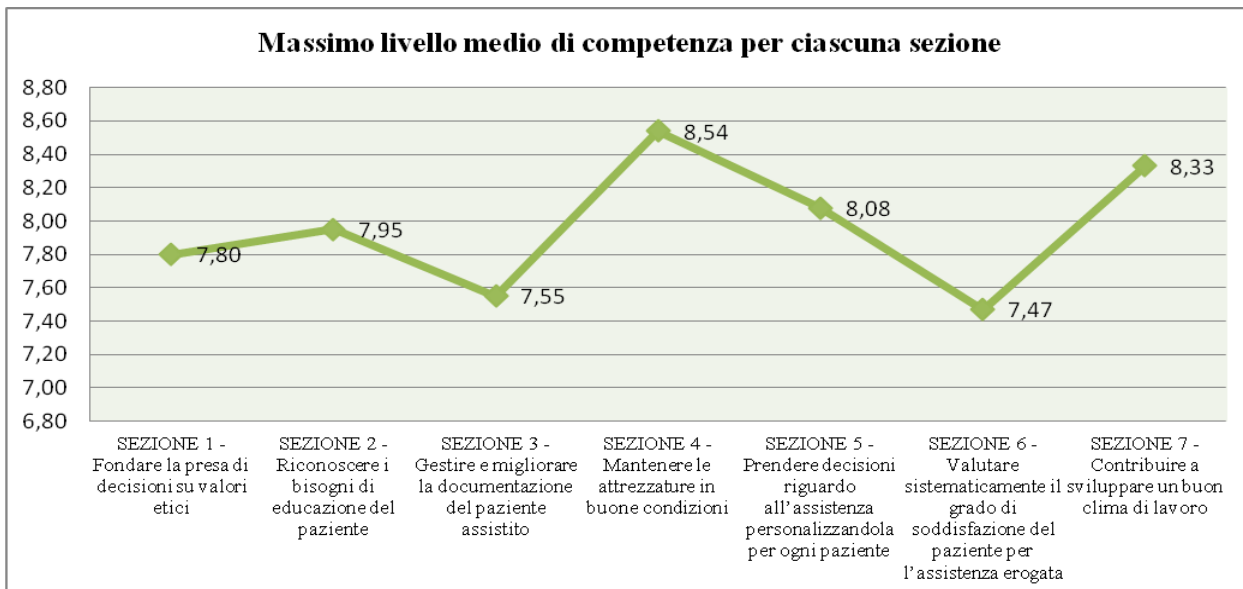


Grafico 7



Grafico 8

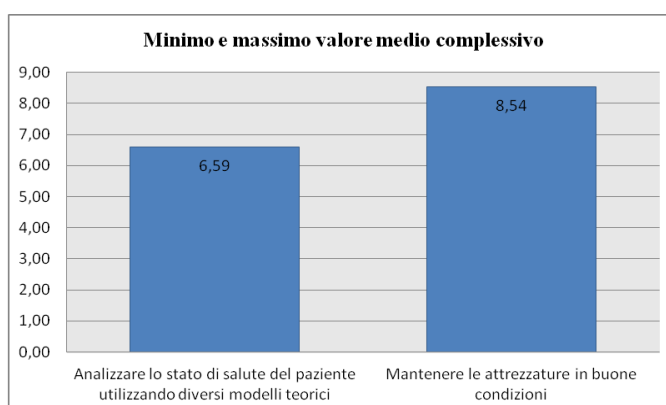


Grafico 9

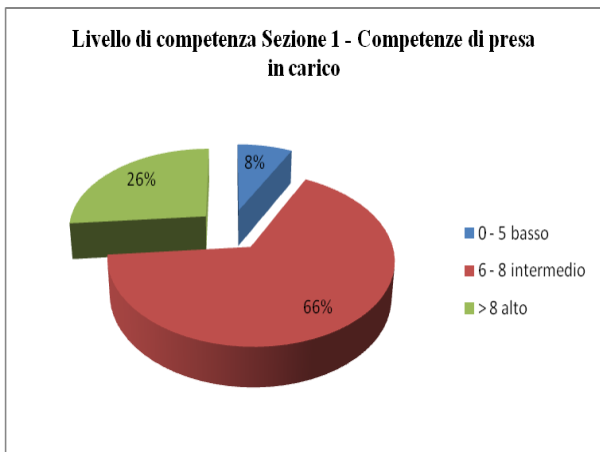


Grafico 10

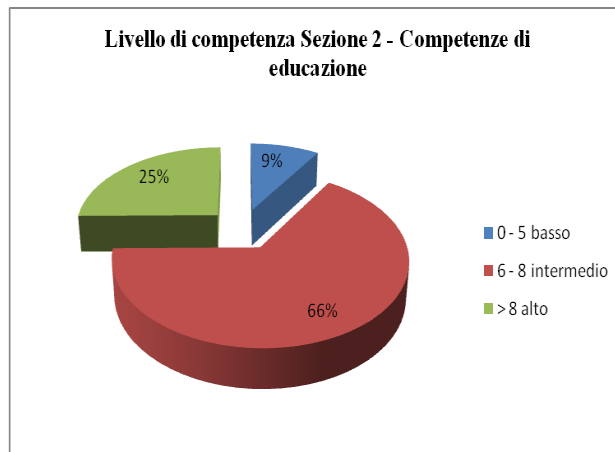


Grafico 11

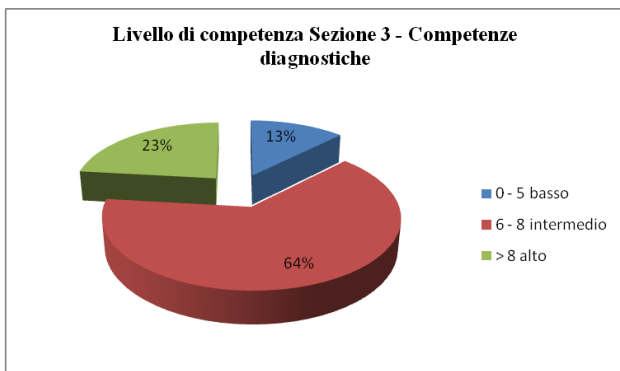


Grafico 12

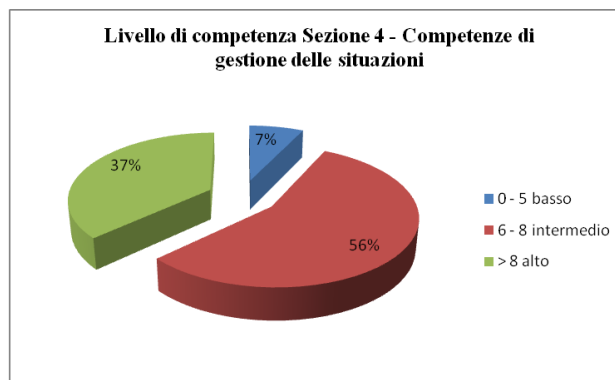


Grafico 13

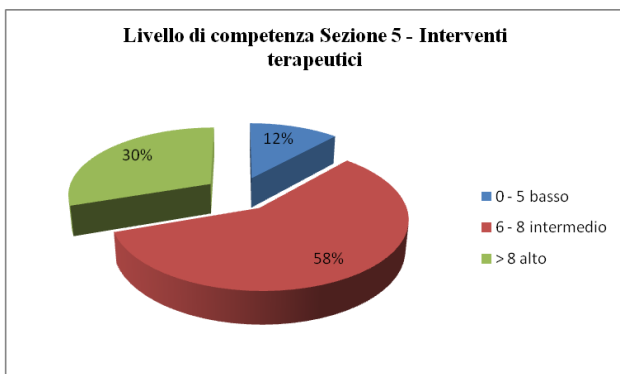


Grafico 14

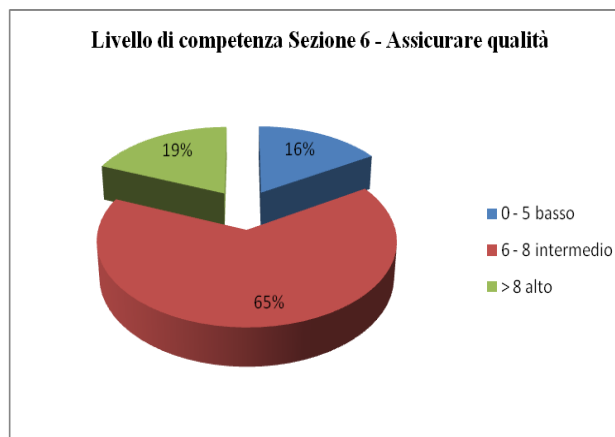


Grafico 15

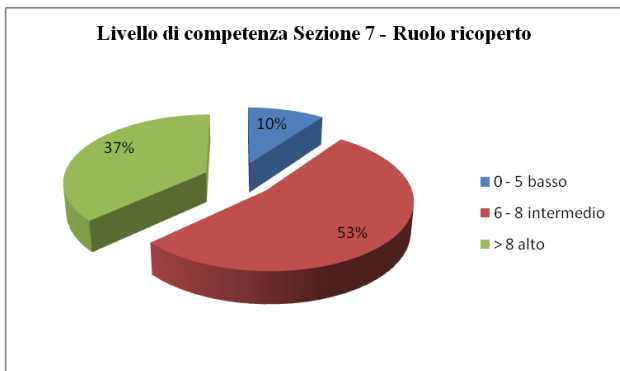


Grafico 16

SEZIONE 1 – Competenze di presa in carico

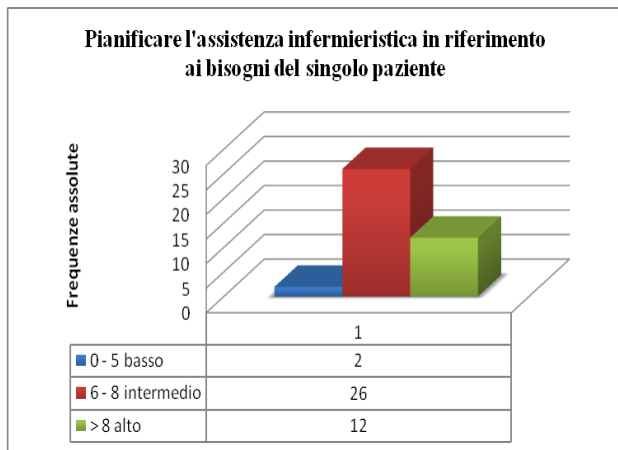


Grafico 10.1

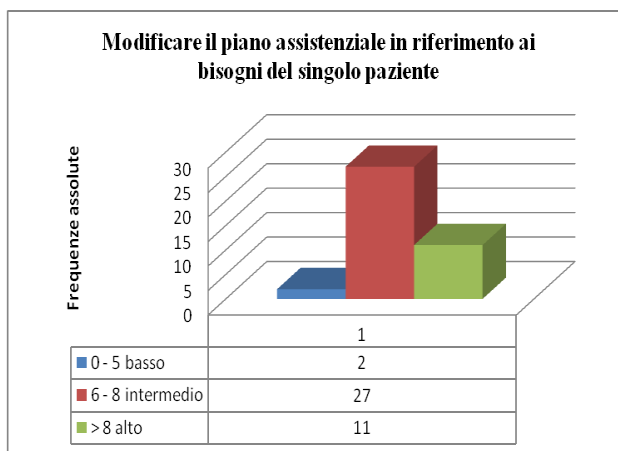


Grafico 10.2

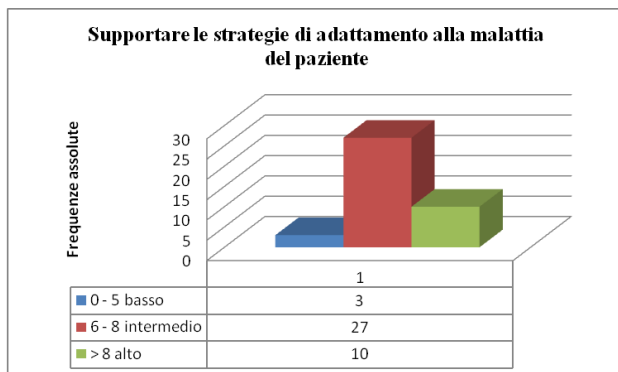


Grafico 10.3

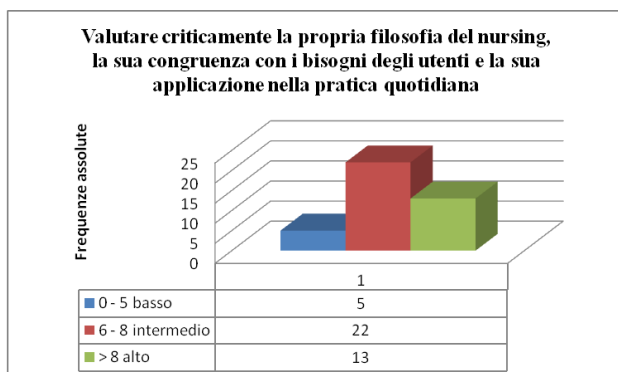


Grafico 10.4

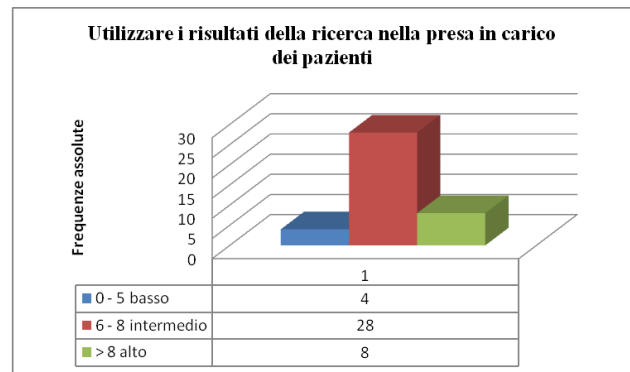


Grafico 10.5

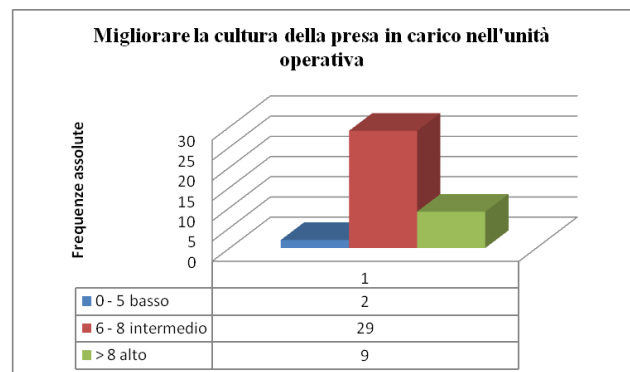


Grafico 10.6

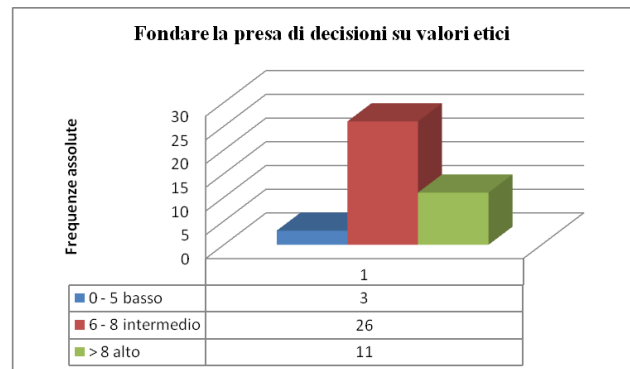


Grafico 10.7

SEZIONE 2 – Competenze di educazione

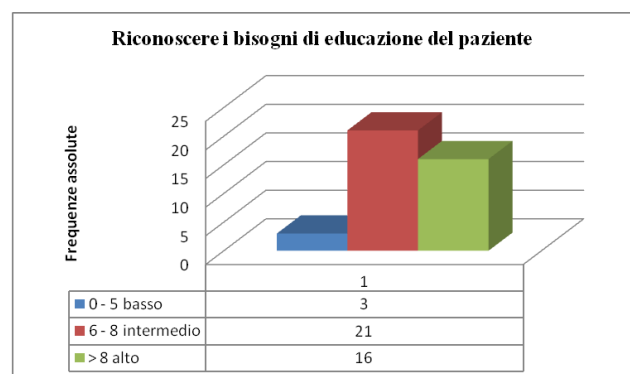


Grafico 11.1

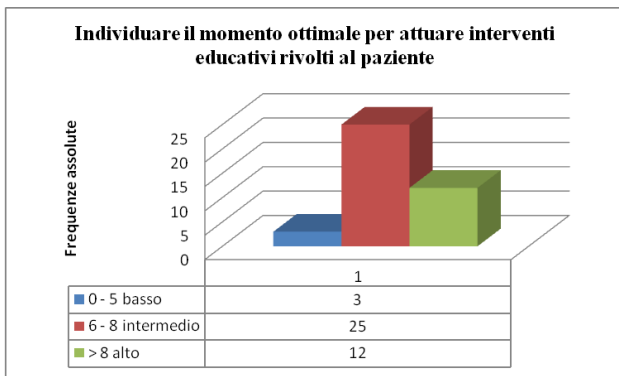


Grafico 11.2

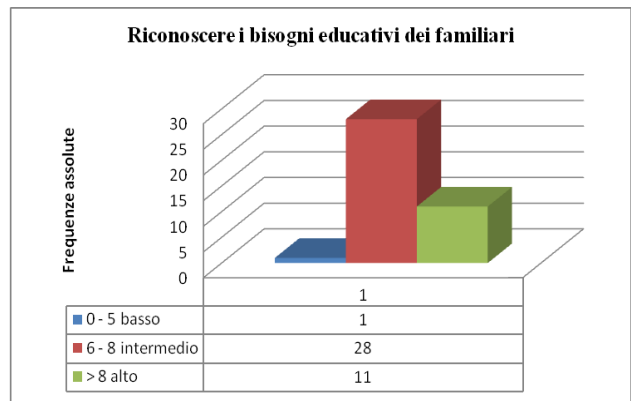


Grafico 11.6

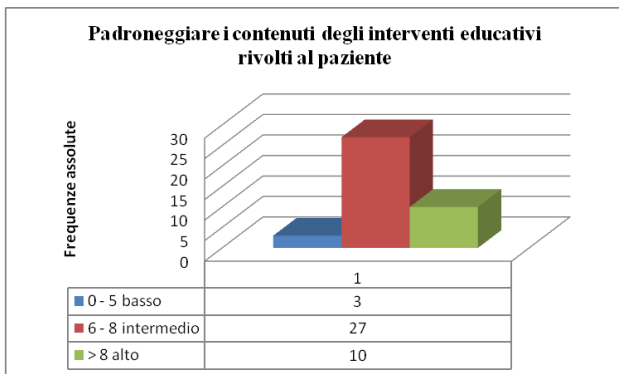


Grafico 11.3

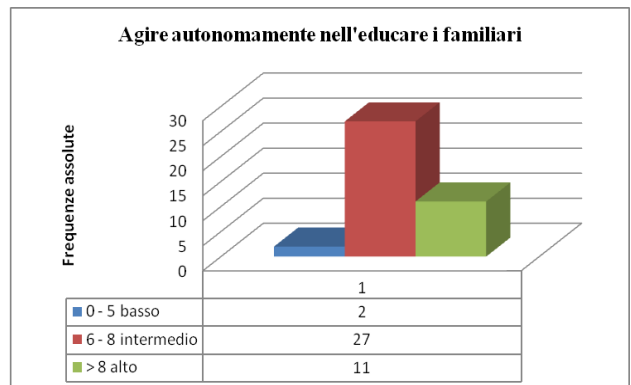


Grafico 11.7

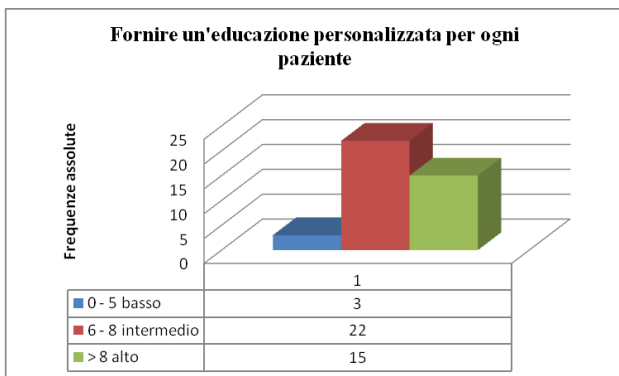


Grafico 11.4

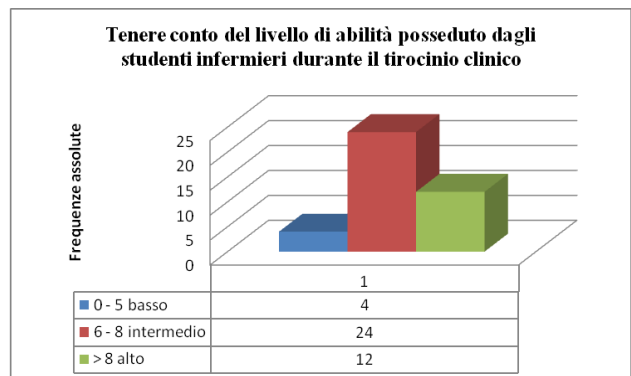


Grafico 11.8

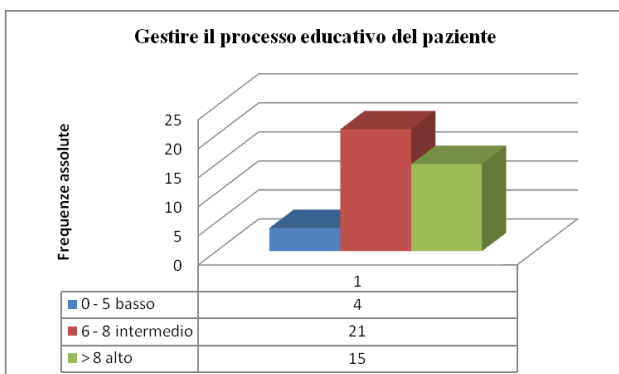


Grafico 11.5

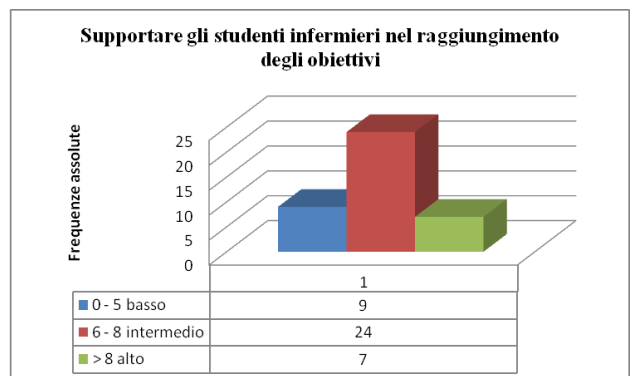


Grafico 11.9

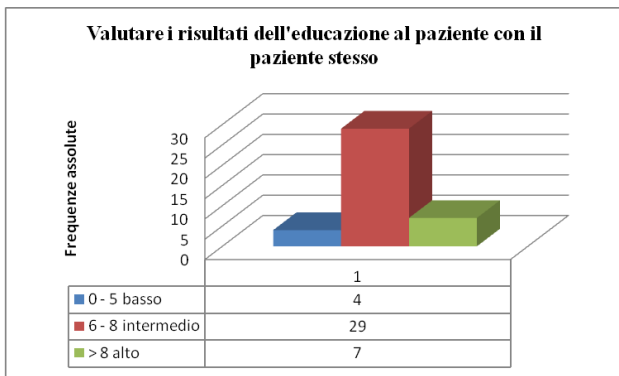


Grafico 11.10

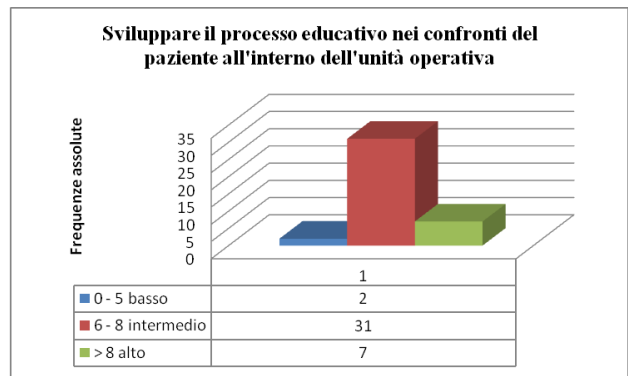


Grafico 11.14

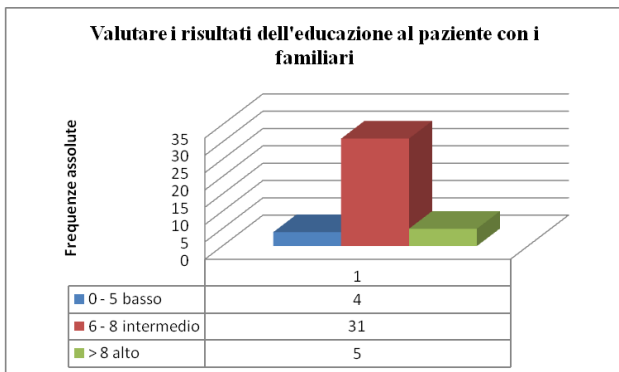


Grafico 11.11

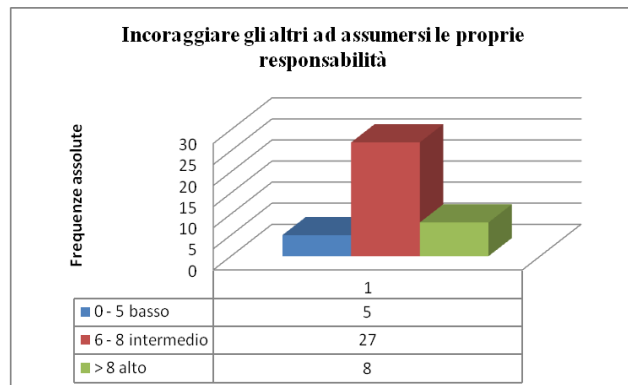


Grafico 11.15

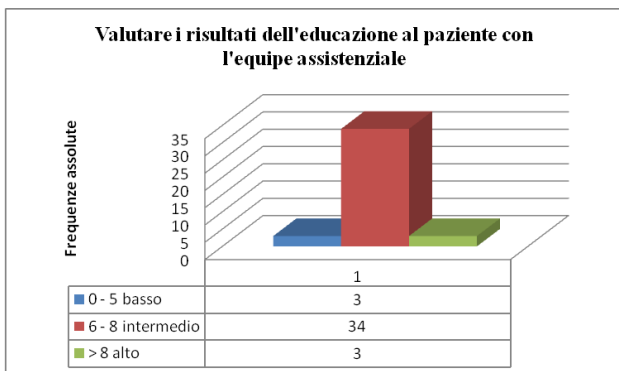


Grafico 11.12

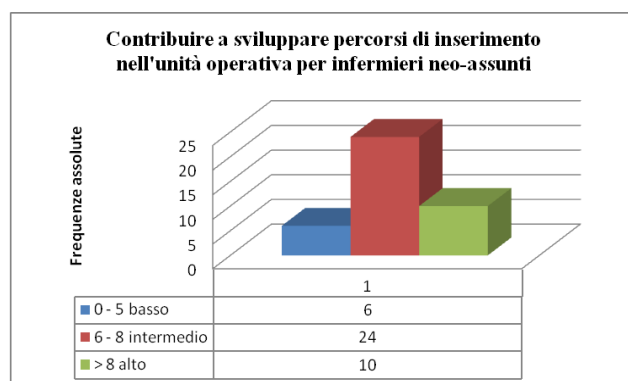


Grafico 11.16

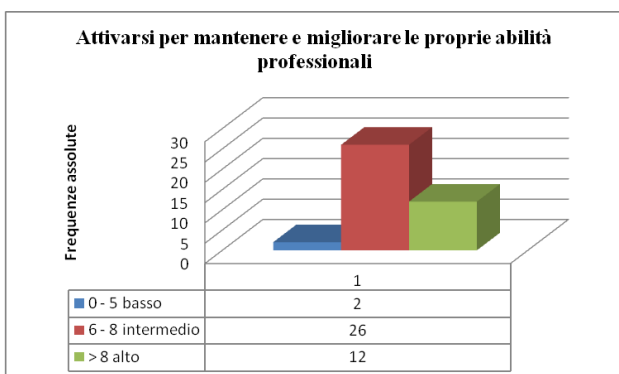


Grafico 11.13

SEZIONE 3 – Competenze diagnostiche

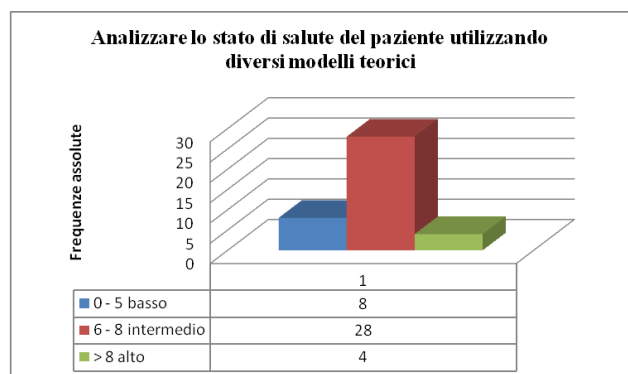


Grafico 12.1

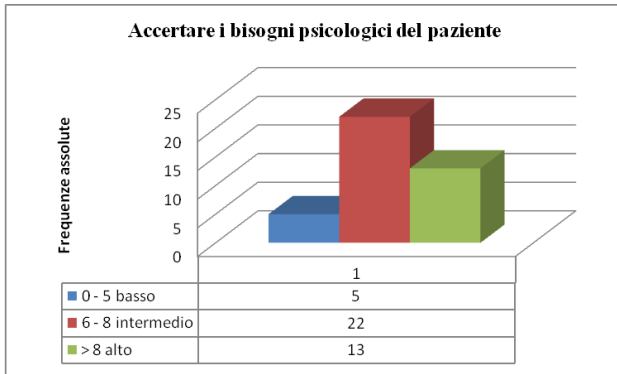


Grafico 12.2

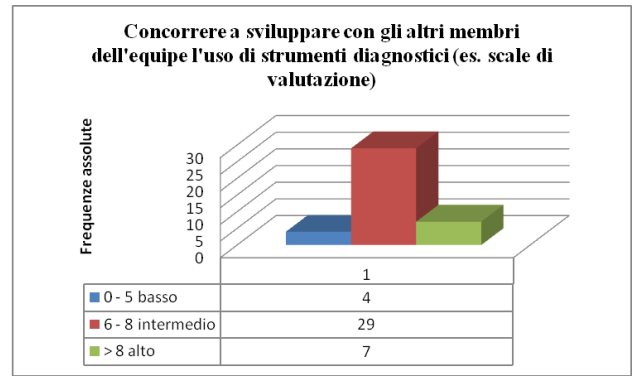


Grafico 12.6

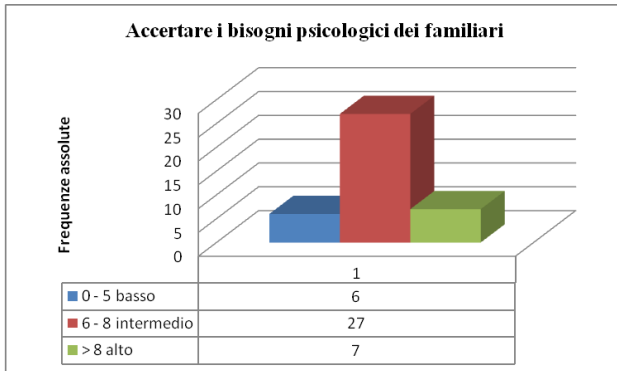


Grafico 12.3

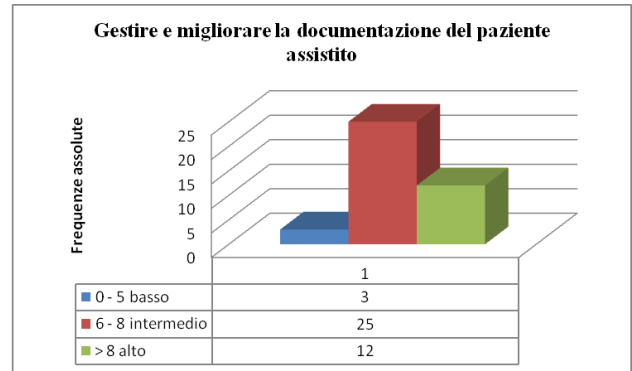


Grafico 12.7

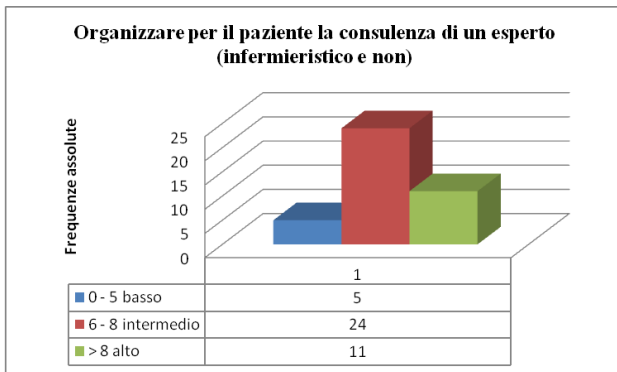


Grafico 12.4

SEZIONE 4 – Competenze di gestione delle situazioni

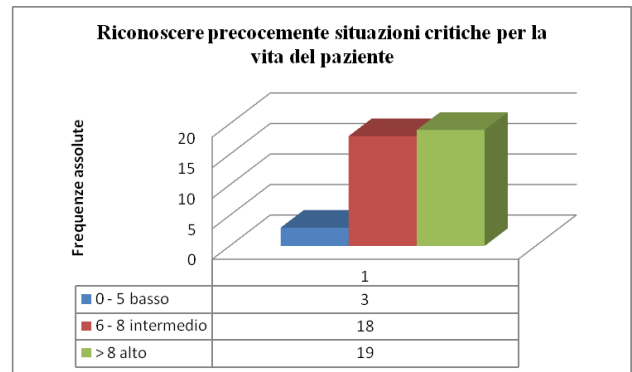


Grafico 13.1

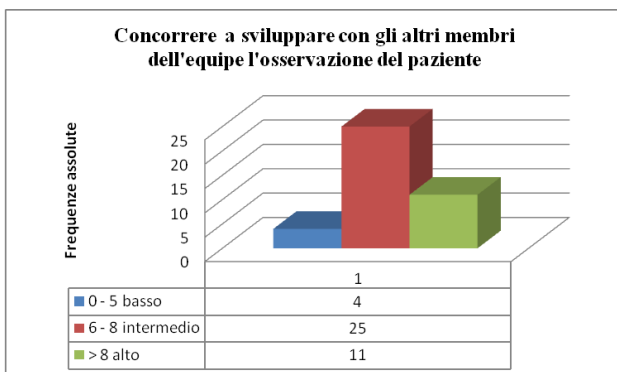


Grafico 12.5

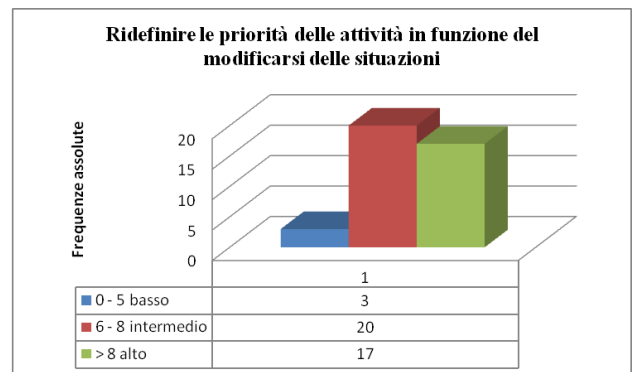


Grafico 13.2

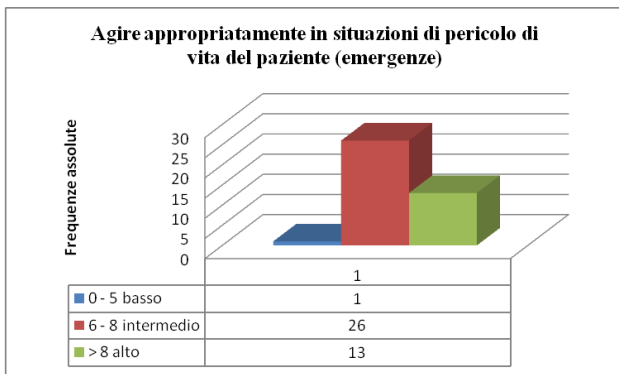


Grafico 13.3

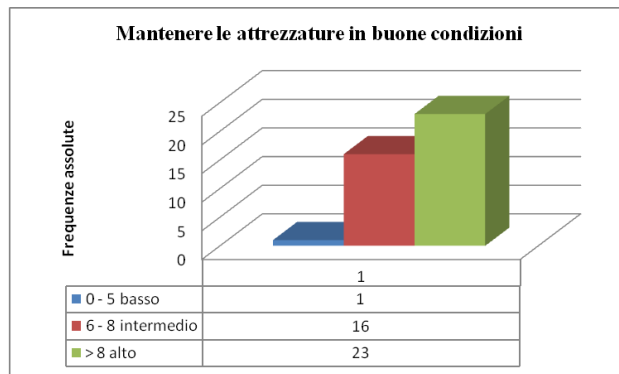


Grafico 13.7

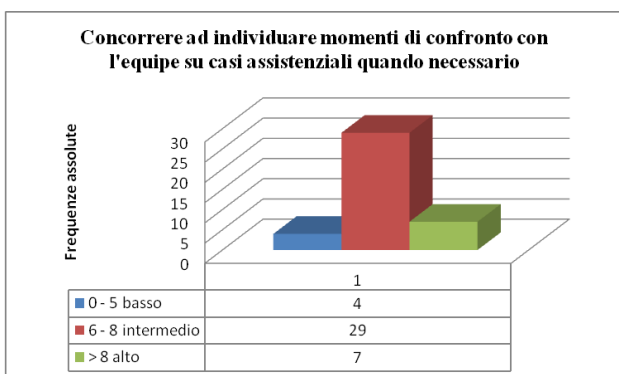


Grafico 13.4

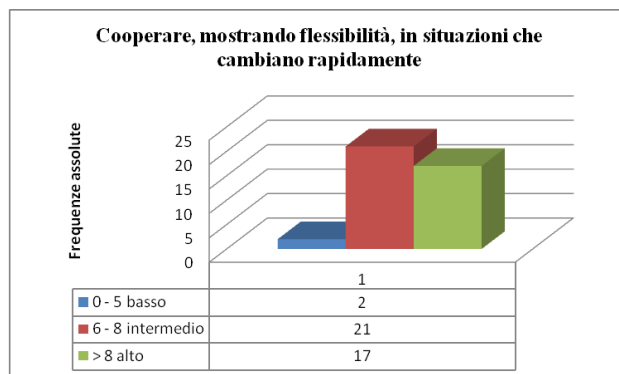


Grafico 13.8

SEZIONE 5 – Interventi terapeutici

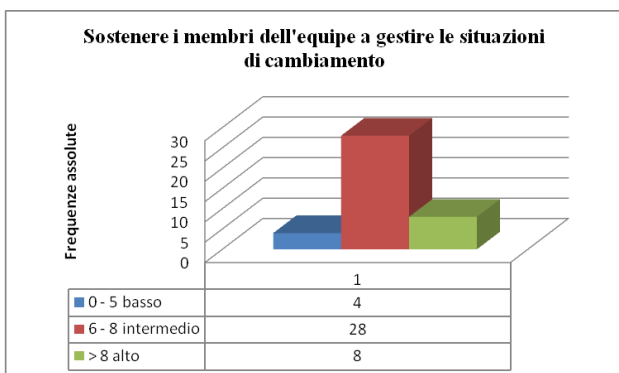


Grafico 13.5

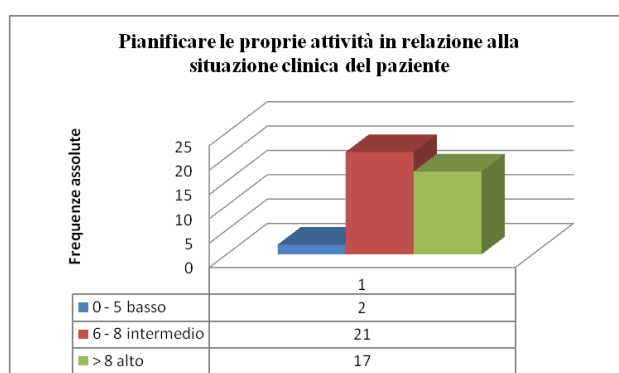


Grafico 14.1

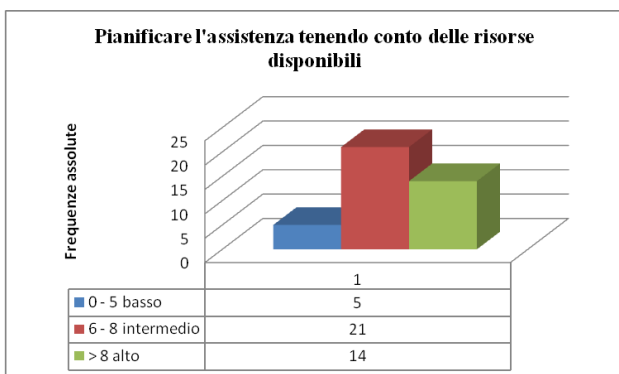


Grafico 13.6

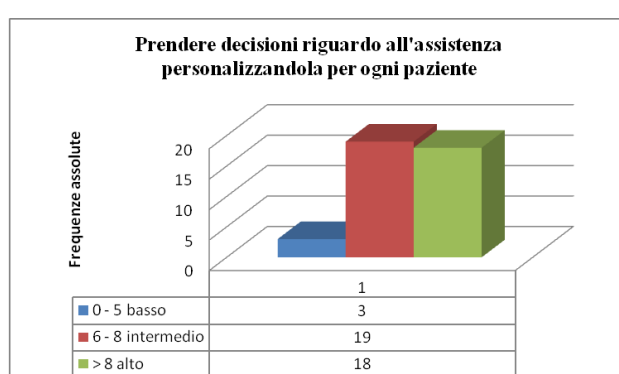


Grafico 14.2

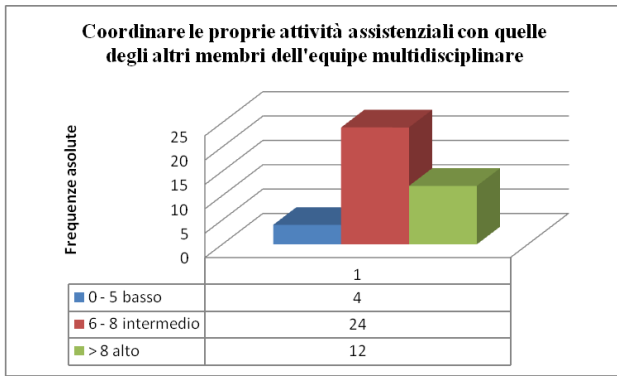


Grafico 14.3

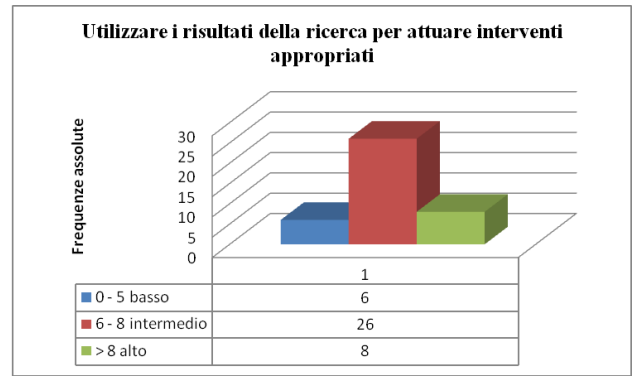


Grafico 14.7

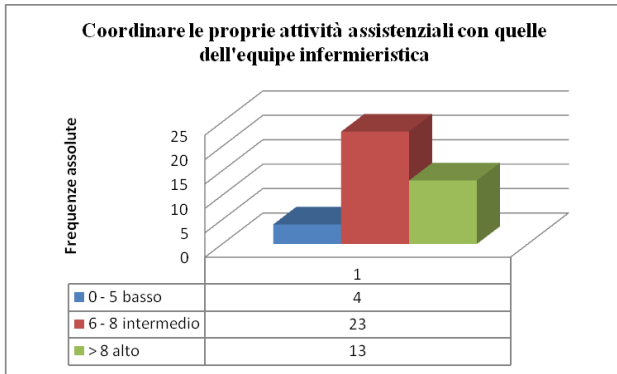


Grafico 14.4

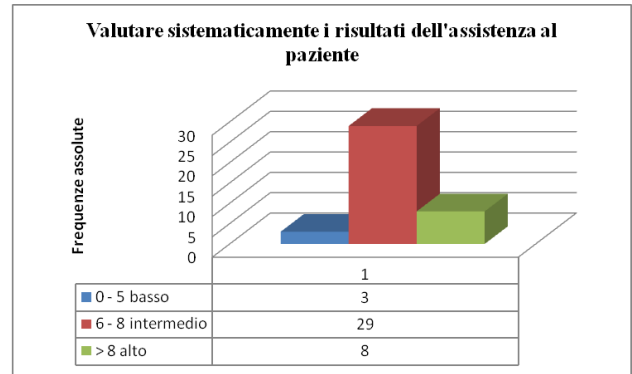


Grafico 14.8

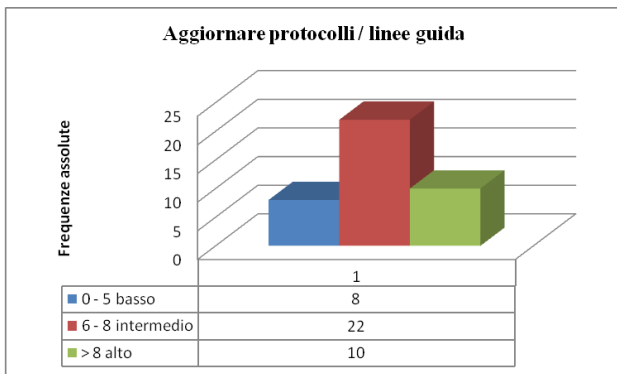


Grafico 14.5

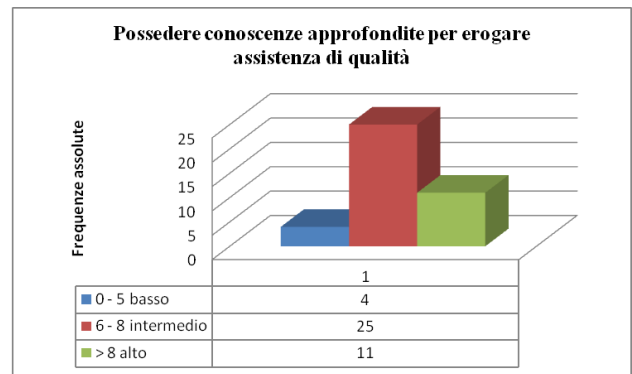


Grafico 14.9

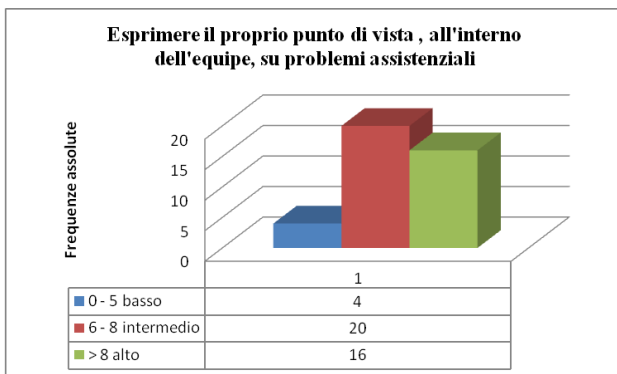


Grafico 14.6

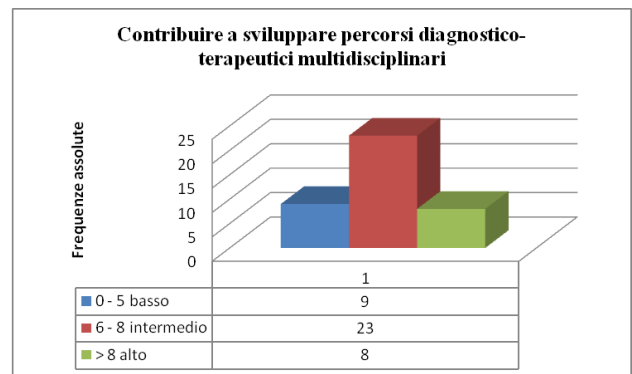


Grafico 14.10

SEZIONE 6 – Assicurare qualità

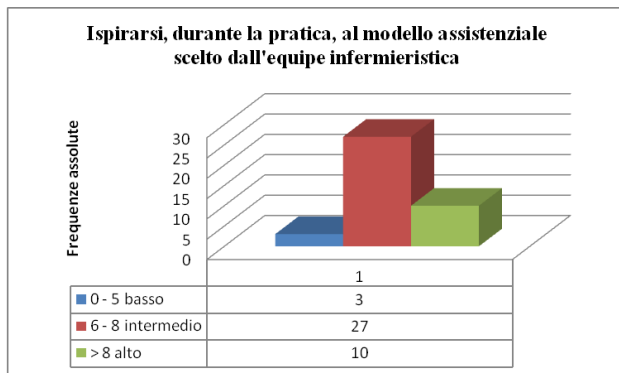


Grafico 15.1

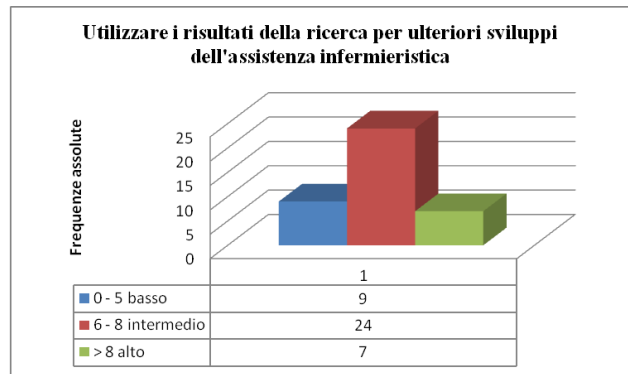


Grafico 15.5

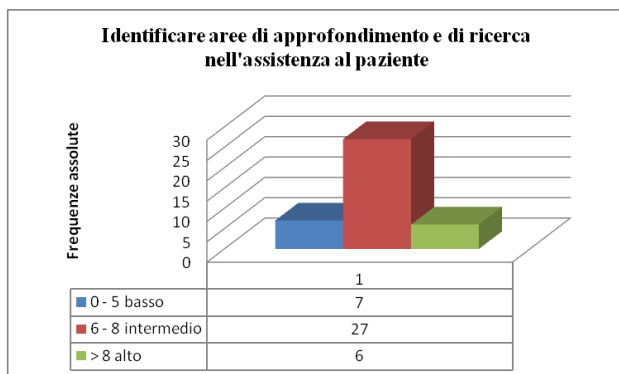


Grafico 15.2

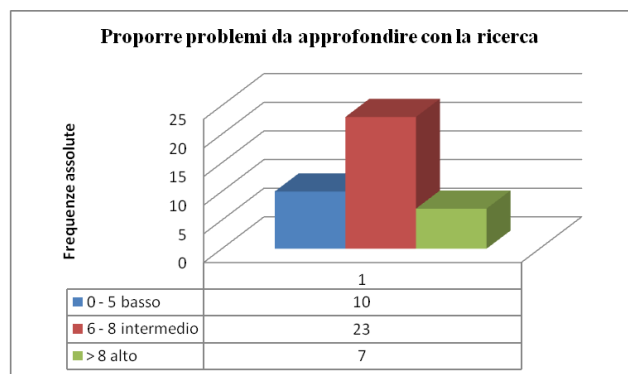


Grafico 15.6

SEZIONE 7 – Ruolo ricoperto

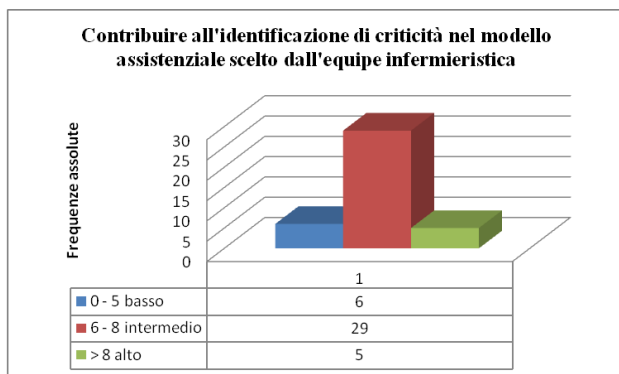


Grafico 15.3

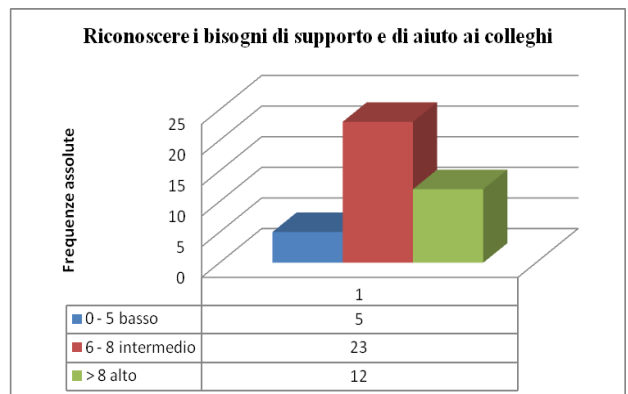


Grafico 16.1

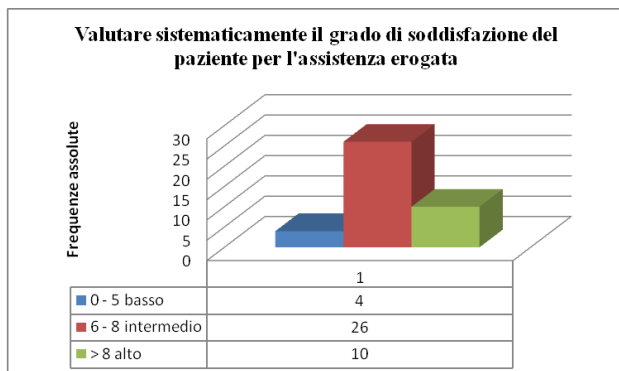


Grafico 15.4

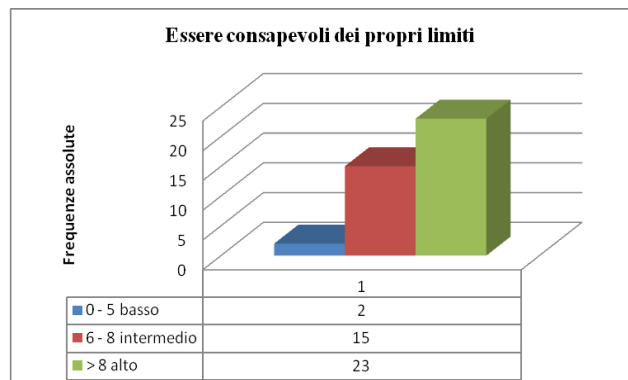


Grafico 16.2

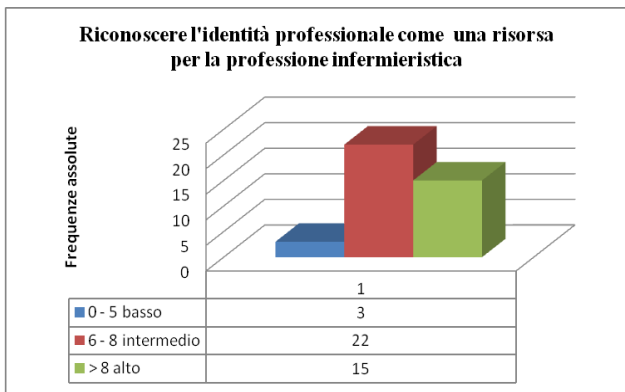


Grafico 16.3

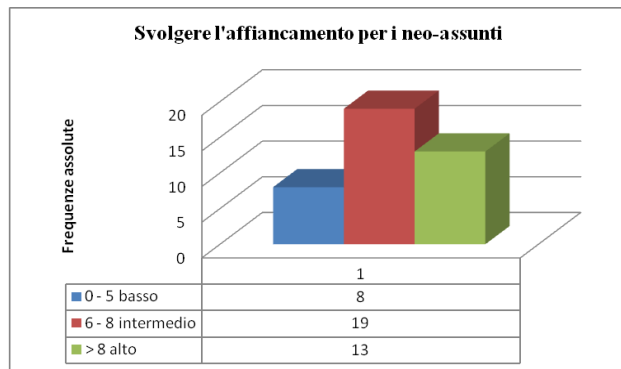


Grafico 16.7

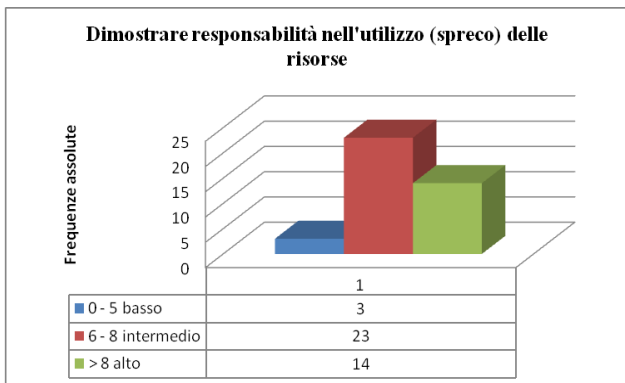


Grafico 16.4

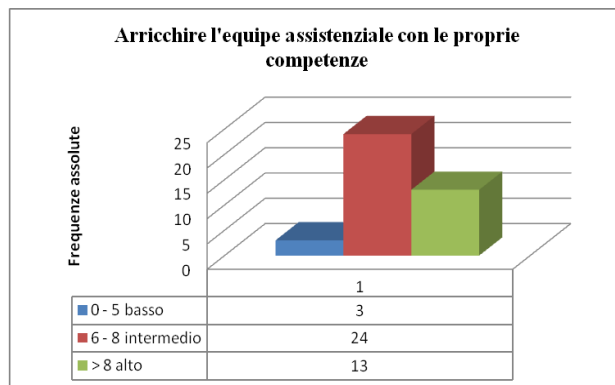


Grafico 16.8

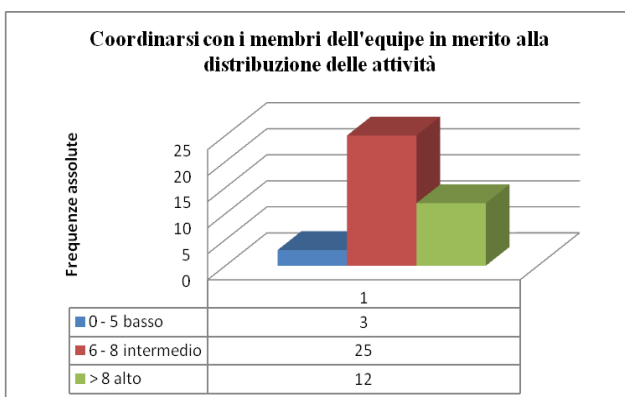


Grafico 16.5

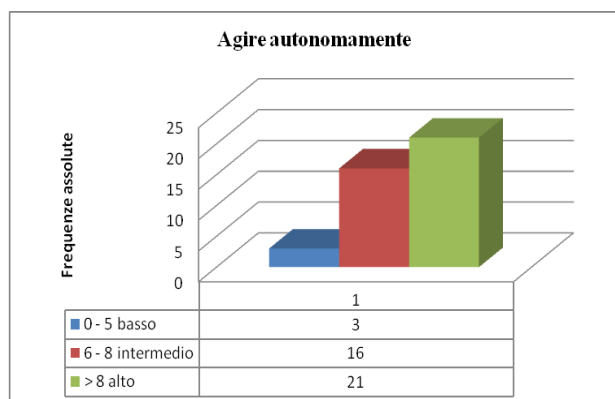


Grafico 16.9

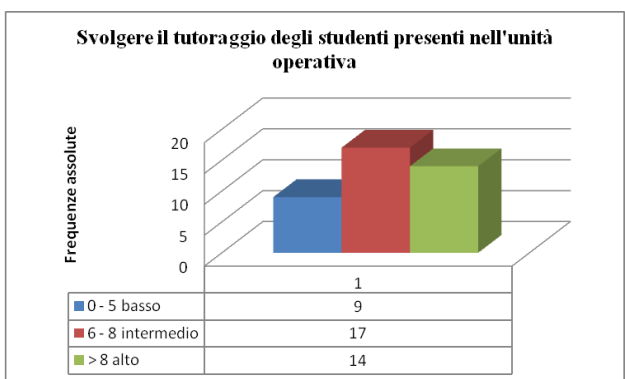


Grafico 16.6

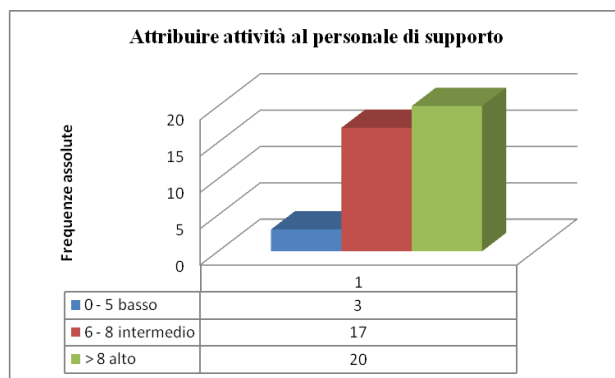


Grafico 16.10

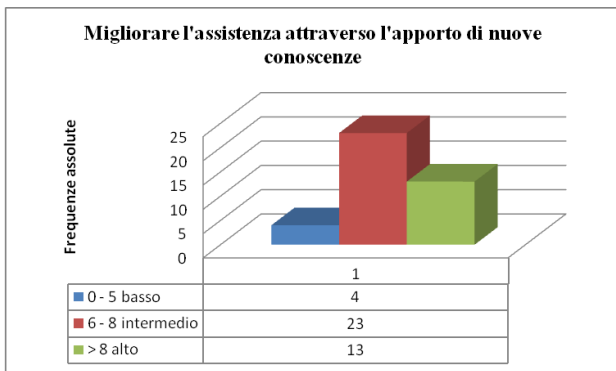


Grafico 16.11

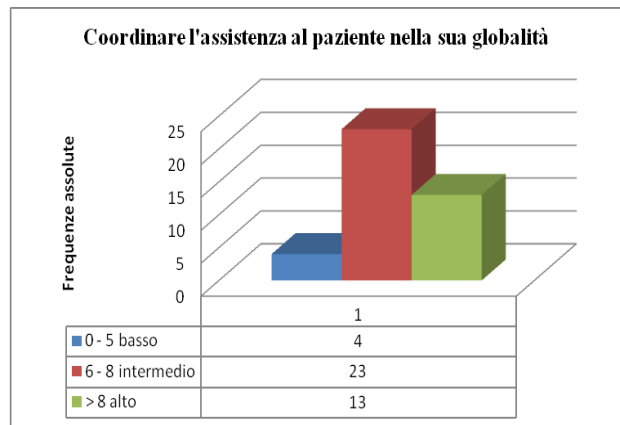


Grafico 16.15

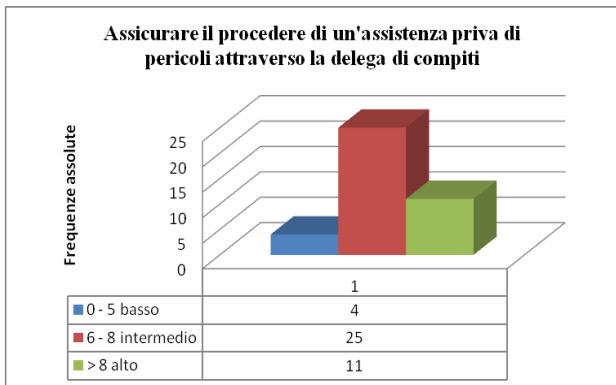


Grafico 16.12

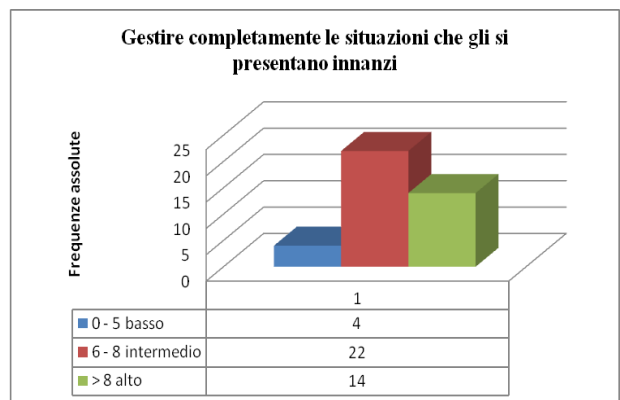


Grafico 16.16

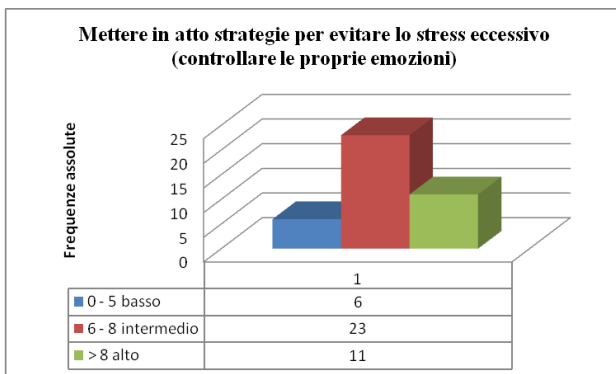


Grafico 16.13

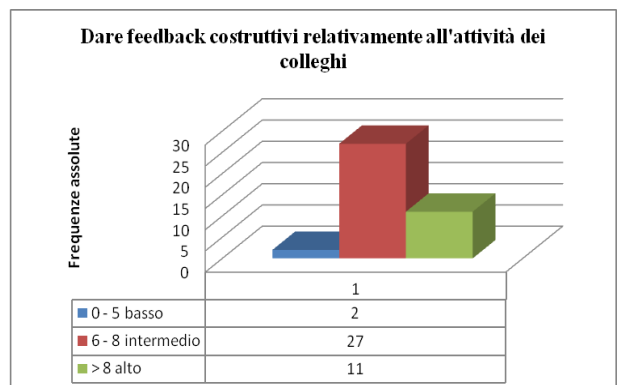


Grafico 16.17

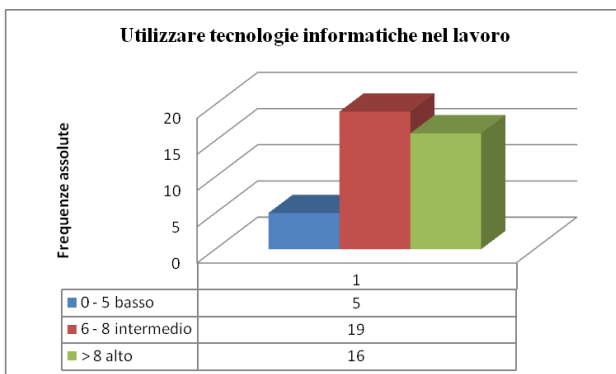


Grafico 16.14

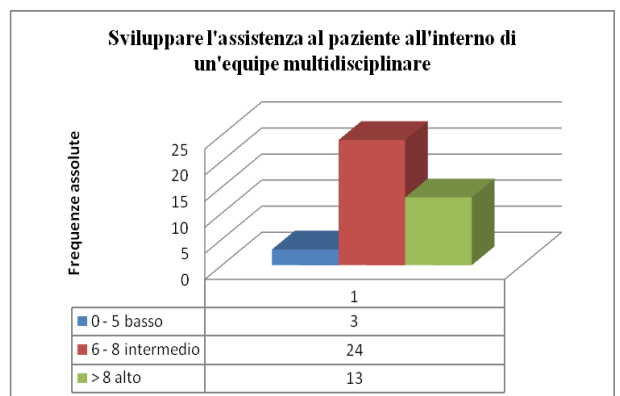


Grafico 16.18

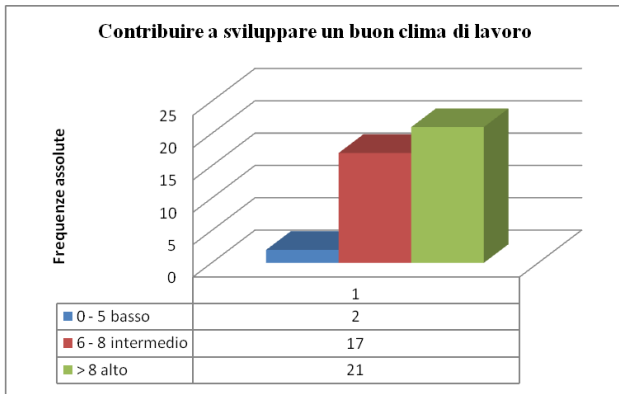


Grafico 16.19

