

Mappare le competenze infermieristiche per lo sviluppo organizzativo: utilizzo della *Nursing Competence Scale*

Anna Sponton¹, Laura Zoppini^{2*}, Antonio Iadeluca³, Cinzia Angeli⁴, Tiziana Caldarulo⁵

¹ Infermiere, Coordinatore Didattico Corso di Laurea Infermieristica Università degli Studi di Milano, sezione AO G. Salvini, Garbagnate Milanese (MI), ² Infermiere, Dirigente SITRA, AO G. Salvini, Garbagnate Milanese (MI), ³ Infermiere, Tutor Corso di Laurea Infermieristica Università degli Studi di Milano, sezione AO G. Salvini, Garbagnate Milanese (MI), ⁴ Infermiere, Coordinatore infermieristico SITRA, AO G. Salvini, Garbagnate Milanese (MI), ⁵ Medico Chirurgo, Direttore Sanitario, AO G. Salvini, Garbagnate Milanese (MI)

ABSTRACT

Background. La performance clinica dell'infermiere è da tempo oggetto di discussione: attraverso le politiche di formazione oggi le organizzazioni sanitarie governano lo sviluppo delle competenze verso cambiamenti organizzativi richiesti dalla complessità assistenziale. Tra il 1997 e il 2003 in Finlandia è stato elaborato lo strumento *Nurse Competence Scale* (NSC) finalizzato all'autovalutazione delle competenze infermieristiche e a far emergere bisogni formativi altrimenti non espressi. La NSC è stata validata in Italia nel 2003.

Obiettivi. Effettuare una mappatura delle competenze degli infermieri dell'Azienda Ospedaliera di Garbagnate Milanese, in relazione all'area di appartenenza, utilizzando la NCS; guidare lo sviluppo delle abilità e delle conoscenze e capacità, considerando che nel nuovo ospedale di Garbagnate saranno previsti nuovi modelli organizzativi; identificare le aree in cui sviluppare azioni formative.

Metodi. Nel febbraio 2012 sono stati coinvolti tutti gli infermieri in servizio presso i quattro presidi ospedalieri aziendali. Le loro competenze sono state mappate con la NCS che si articola su 7 domini di competenza, per un totale di 73 item. Il livello di competenza è stato valutato utilizzando una scala VAS da 0 (livello di competenza nullo) a 100 (livello di competenza ottimo). Per valutare il raggiungimento di ogni singola competenza è stata utilizzata una scala Likert a 5 item. L'analisi statistica è stata

effettuata attraverso l'analisi della varianza (ANOVA).

Risultati. Tra i 670 (65%) infermieri rispondenti è emerso un buon livello di competenze pur con margini di miglioramento. Nel presidio di Garbagnate gli score hanno mostrato un andamento significativamente più alto rispetto agli altri presidi ($p < 0.05$), ad eccezione del dominio "Assicurare la qualità" che ha ottenuto score significativamente più bassi ($p < 0.05$) rispetto agli altri presidi (score medio 0.63, IC 95% 0.60-0.66). Gli infermieri si valutano meno competenti nel proporre problemi da approfondire con la ricerca (score medio 0.58, IC 95% 0.55-0.60). Il dominio dove si rilevano gli score più elevati è "Competenze di gestione della situazione" ($p < 0.05$). Gli item che richiedono un intervento sono comuni a tutti i presidi ospedalieri con differenze statisticamente significative ($p < 0.05$). Unica eccezione è rappresentata dal dominio "Competenze diagnostiche".

Limiti. Adesione complessiva di poco superiore al 65%. Inoltre, le competenze autovalutate con la NSC potrebbero non coincidere con quelle reali, valutate con strumenti oggettivi.

Conclusioni. I risultati hanno dimostrato un buon livello di competenza in tutti i presidi ospedalieri ed un bisogno formativo trasversale. I domini a cui gli infermieri hanno attribuito gli score più bassi sono quelli fondamentali per lo sviluppo dei nuovi modelli organizzativi.

Citazione. Sponton A, Zoppini L, Iadeluca A et al. Mappare le competenze infermieristiche per lo sviluppo organizzativo: utilizzo della *Nursing Competence Scale*. Evidence 2013;5(4): e1000041.

Ricevuto 18 febbraio 2013 | **Accettato** 20 marzo 2013 | **Pubblicato** 29 aprile 2013

Copyright. 2013 Sponton. Questo è un articolo open-access, distribuito con licenza *Creative Commons Attribution*, che ne consente l'utilizzo, la distribuzione e la riproduzione su qualsiasi supporto esclusivamente per fini non commerciali, a condizione di riportare sempre autore e citazione originale.

Fonti di finanziamento. Nessuna.

Conflitti d'interesse. Nessuno dichiarato.

Provenienza. Non commissionato; sottoposto a peer-review.

* E-mail: lzoppini@aogarbagnate.lombardia.it

BACKGROUND

Le professioni sanitarie non mediche svolgono un ruolo cruciale per il funzionamento delle aziende sanitarie, grazie a professionisti che contribuiscono al benessere sociale, mantenendosi responsabilmente a buoni livelli di competenza. Tali competenze acquistano a loro volta rilevanza strategica attraverso l'azione che lega l'attività del singolo a un più ampio processo di azioni coordinate che attuano e sviluppano le finalità organizzative definite dalla struttura stessa. Oggi l'organizzazione chiede di adeguare lo sviluppo di tali competenze al contesto clinico attuale, dove l'assistenza infermieristica, sempre più complessa, deve rimodulare processi e modelli organizzativi con i quali i professionisti soddisfano i bisogni assistenziali^{1,2}.

Nello sviluppo delle competenze riveste un ruolo chiave la formazione continua, che favorisce la crescita personale, la responsabilizzazione professionale e la carriera dell'infermiere.

La mappatura delle competenze porta a modificare il sistema in cui è inserito il professionista, perché implica l'analisi di diversi fattori quali la valorizzazione dell'esperienza, la centralità del soggetto, la centralità dell'apprendimento e la formazione intesa come apprendimento permanente. Pertanto è un indispensabile passaggio obbligato sia sotto il profilo etico, sia per il momento attuale caratterizzato dalla crisi dei tipici paradigmi organizzativo-assistenziali^{1,3}.

La *Nurse Competence Scale* (NCS) è uno strumento di autovalutazione delle competenze infermieristiche sviluppato in Finlandia tra il 1997 e il 2003, poi sperimentato in altri paesi tra cui Australia, Inghilterra e Italia, dove è stato validato nel 2009. La NCS è stata sperimentata in diversi setting (emergenza, terapia intensiva, sala operatoria, medicina, chirurgia, neurologia, psichiatria) ed utilizzata sia su infermieri novizi che esperti. La NCS è suddivisa in 7 sezioni (box), derivanti dal quadro delle competenze definite da Benner, ciascuna delle quali prevede una serie di competenze specifiche, per un totale di 73 item.

OBIETTIVI

L'Azienda Ospedaliera (AO) G. Salvini di Garbagnate Milanese comprende 4 presidi ospedalieri ed è strutturata secondo il modello dipartimentale. Nell'ambito di un progetto collaborativo tra il Servizio Infermieristico Tecnico Riabilitativo Aziendale (SITRA) e il Corso di Laurea in Infermieristica dell'AO, la NCS è stata somministrata a tutto il personale infermieristico al fine di:

- confrontare le competenze autovalutate dagli infermieri in relazione al presidio di appartenenza;
- guidare lo sviluppo delle abilità e l'ampliamento delle conoscenze/skills, tenendo in considerazione che il nuovo ospedale di Garbagnate utilizzerà modelli organizzativi differenti, in quanto sarà strutturato secondo il modello dell'intensità di cura;

Box. Le 7 sezioni della *Nursing Competence Scale*

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

- identificare le aree di intervento in cui sviluppare azioni formative mirate.

METODI

Nel febbraio 2012 alla popolazione inclusa nello studio (1.030 infermieri) è stato somministrato un questionario a risposta multipla in busta chiusa per garantire l'anonimato suddiviso in 2 sezioni finalizzate a rilevare le variabili strutturali (caratteristiche del campione) e le variabili di studio (NCS). Il contesto lavorativo del campione è così rappresentato: il 46% circa del personale infermieristico indagato appartiene al Dipartimento di Medicina (31,22%) e di Chirurgia (14,82%), mentre il restante 54% è distribuito tra i Dipartimenti di Area Critica, Materno-Infantile e Salute Mentale con variazioni nei diversi presidi ospedalieri (tabella 1).

Il livello di competenza viene misurato con una scala VAS con valori da 0 (competenza assente) a 100 (competenza eccellente), suddivisa a fini pratici in quartili: 0-25 livello basso, 26-50 livello discreto, 51-75 livello buono; 76-100 livello ottimo^{5,6}. Inoltre, è stata prevista una scala di Likert a 5 item (tabella 2) con la quale ciascun infermiere ha valutato il grado di raggiungimento delle singole competenze su ciascuno dei 73 item. Successivamente, sommando gli score ottenuti dal campione, per ciascuno dei 73 item, sono stati individuati i quattro intervalli di classe omogenei rispondenti alla VAS: la somma dei vari item determina uno score tanto maggiore quanto più elevata è la competenza del professionista.

I risultati sono stati analizzati valutando frequenze assolute e relative, percentuali, medie e deviazioni standard (DS). Per il confronto multiplo di dati quantitativi

Tabella 1. Distribuzione del campione per presidi e dipartimenti

Dipartimento	Garbagnate	Rho	Bollate	Passirana	Totale
Medico	34,0	19,8	21,6	72,0	31,2
Chirurgico	12,0	23,9	11,7	1,5	14,8
Area Critica	28,3	26,9	39,7	11,8	28,0
Materno-Infantile	14,2	19,8	14,4	0,0	14,5
Salute Mentale	11,5	9,6	12,6	14,7	11,5
Totale	100	100	100	100	100

Tabella 2. Scala Likert a 5 punti

Score	Livello di competenza	Significato
0 punti	Nulla	Competenza non acquisita dal professionista
1 punto	Scarso	Competenza nota al professionista che, però, non possiede le conoscenze necessarie e sufficienti
2 punti	Discreto	Competenza raggiunta dal professionista solo parzialmente, ma in modo sufficiente
3 punti	Buono	Competenza raggiunta in toto dal professionista, ma che necessita un maggiore approfondimento
4 punti	Ottimo	Competenza acquisita e propria del bagaglio culturale del professionista

del campione l'analisi statistica è stata effettuata con l'analisi della varianza (test ANOVA). È stata considerata la significatività statistica per un p-value < 0.05 del Test di Wilcoxon della somma dei ranghi e individuazione di intervalli di confidenza.

RISULTATI

Sono stati restituiti 670 questionari, con un tasso di rispondenza del 65%. Il campione è costituito per il 58% da infermieri con età superiore ai 40 anni e per l'86% da personale che esercita la professione da oltre 10 anni, con un'esperienza media di circa 11 anni (DS ±8,03) nell'attuale unità operativa. L'85% del campione possiede il diploma regionale di Infermiere Professionale, mentre il 15% ha una formazione universitaria di base (il 1993 è l'anno medio e mediano di acquisizione del titolo di studio). Solo 32 (4,8%) degli infermieri rispondenti possiede un titolo di studio post-laurea.

Complessivamente è emerso un buon livello di competenze all'interno dei gruppi (VAS compresa tra 50 e 75 punti), con margini di miglioramento in specifiche aree. Come riportato in figura 1, gli score rilevati nel presidio di Garbagnate Milanese mostrano un trend più elevato rispetto agli altri presidi ($p < 0,05$), anche se in tale presidio è stato evidenziato il tasso di rispondenza più basso (56,03%). La sezione della NCS "Assicurare la qualità" ha ottenuto score significativamente più bassi ($p < 0,05$) rispetto agli altri in tutti i Presidi Ospedalieri (score medio 0,63, IC 95% 0,60; 0,66), con un trend simile nei presidi di Rho, Bollate e Passirana (figura 2). Gli infermieri si valutano meno competenti nel "Proporre problemi da approfondire con la ricerca" (score medio 0,50, IC 95% 0,55-0,60). Il dominio che ha ottenuto gli score più elevati è "Competenze di gestione della situazione" ($p < 0,05$).

Dall'analisi delle criticità per ciascuna sezione NCS è emerso che gli item con gli score più bassi sono comuni nei 4 presidi con differenze significative ($p < 0,05$). Unica eccezione è rappresentata dal dominio "Competenze Diagnostiche", che ha posto in evidenza tre item diversi (tabella 3).

Gli item con lo score medio più basso in assoluto appartengono alla sezione "Competenze di Educazione": item 8 "Tenere conto del livello di abilità posseduto da-

gli studenti infermieri durante il tirocinio clinico" (score medio 0,55, IC 95% 0,48; 0,62) e item 9 "Supportare gli studenti infermieri nel raggiungimento degli obiettivi dell'educazione al paziente con il paziente stesso" (score medio 0,55, IC 95% 0,48; 0,62). Gli item di natura organizzativa che hanno ottenuto gli score inferiori sono relativi alla sezione 1 (Competenze di presa in carico) e 6 (Assicurare la qualità). Per quanto riguarda la sezione 1 gli item critici sono "Utilizzare i risultati della ricerca nella presa in carico dei pazienti" (score medio 0,62, IC 95% 0,52; 0,71) e "Migliorare la cultura della presa in carico nell'unità operativa" (score medio 0,62, IC 95% 0,59; 0,65). Per quanto riguarda la sezione 6 in tutti i presidi l'item più critico è "Proporre problemi da approfondire con la ricerca".

Infine, i risultati della sezione 3 (Competenze Diagnostiche), evidenziano una eterogeneità di fabbisogni formativi: i presidi di Rho e Garbagnate Milanese mostrano fab-

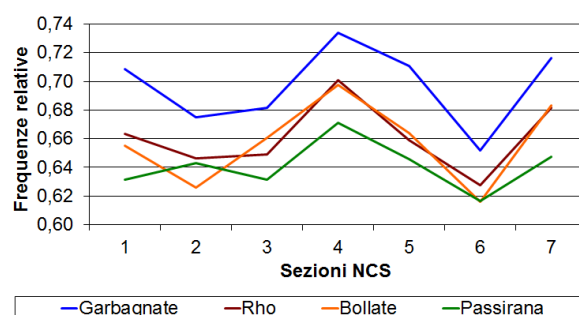


Figura 1. Confronto tra valori medi delle 7 sezioni della NCS nei 4 presidi ospedalieri

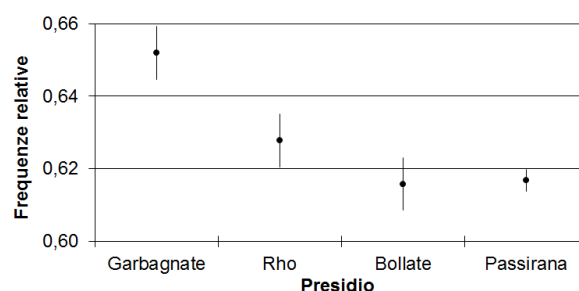


Figura 2. Score medi (IC 95%) della sezione 6 relativi ai 4 presidi ospedalieri

Tabella 3. Bisogni formativi emersi per ciascuna sezione della NCS nei 4 presidi ospedalieri

Sezione	Garbagnate	Rho	Bollate	Passirana
1. Presa in carico	Utilizzare i risultati della ricerca nella presa in carico dei pazienti Migliorare la cultura della presa in carico nell'unità operativa			
2. Educazione	Tenere conto del livello di abilità posseduto dagli studenti infermieri durante il tirocinio clinico Supportare gli studenti infermieri nel raggiungimento degli obiettivi dell'educazione al paziente con il paziente stesso			
3. Diagnostiche	Analizzare lo stato di salute del paziente utilizzando diversi modelli teorici		Gestire e migliorare la documentazione del paziente assistito	Organizzare per il paziente la consulenza di un esperto
6. Assicurare la qualità	Proporre problemi da approfondire con la ricerca			

bisogni simili relativi all'item "Analizzare lo stato di salute del paziente utilizzando diversi modelli teorici"; per Bollate l'item è "Gestire e migliorare la documentazione del paziente assistito" e per Passirana "Organizzare per il paziente la consulenza di un esperto" ($p < 0,05$) (tabella 3).

DISCUSSIONE

Il campione indagato è caratterizzato da un'età anagrafica elevata, un'esperienza lavorativa rilevante, e da una formazione prevalentemente regionale. L'analisi per sottogruppi ha mostrato una eterogeneità per area di appartenenza verosimilmente dovuta alla diversa specializzazione che ciascun Presidio Ospedaliero ha acquisito negli anni. Tale differenza emerge con maggior chiarezza nella sezione delle "Competenze Diagnostiche", in cui il fabbisogno formativo si diversifica su tre item differenti. I risultati (tabella 1) dimostrano che nel momento in cui i gruppi tendono ad allinearsi per area di appartenenza del personale infermieristico (Garbagnate e Rho), l'autovalutazione delle competenze identifica un'unica area di intervento, mentre dove le caratteristiche strutturali sono sostanzialmente diverse tende a diversificarsi (Passirana e Bollate).

Nonostante le differenti caratteristiche dei presidi ospedalieri, il campione ha mostrato risultati simili nell'identificare la sezione "Assicurare la Qualità" come prioritaria per l'erogazione di un intervento formativo. In tale contesto viene evidenziato come lo sforzo formativo possa prevedere un'area di intervento trasversale all'azienda (tabella 3). Questo trend risulta conservato anche per altre sezioni, non prioritarie come score medio, ma meritevoli di attenzione e monitoraggio.

Inoltre, i risultati emersi mostrano come l'intervento formativo necessario per lo sviluppo delle competenze sia riconducibile non solo all'aspetto clinico della presa in carico, ma anche all'area della ricerca, della formazione e dell'organizzazione dei servizi. In queste aree il bisogno formativo non si diversifica tra i presidi, te-

stimoniando l'omogeneità del culturale del personale infermieristico dell'intera azienda. La necessità di un intervento formativo trasversale è documentato anche dall'andamento generale degli score medi sulle competenze acquisite che risulta significativamente differente solo per il gruppo di Garbagnate Milanese, dove tuttavia il tasso di rispondenza è stato sensibilmente più basso.

LIMITI

Il limite principale è rappresentato dall'adesione complessiva di poco superiore al 65%, che ha influito maggiormente sulla rappresentatività del gruppo relativo ai dipartimenti di Medicina e di Chirurgia. Inoltre, le competenze autovalutate con la NSC potrebbero non coincidere con quelle reali, valutate con strumenti oggettivi.

CONCLUSIONI

I risultati hanno documentato un buon livello di competenza (VAS 50-75) in tutti i presidi. Considerato che qualunque piano di formazione aziendale richiede un'analisi dei fabbisogni formativi, l'autovalutazione con lo strumento NCS, oltre a permettere ai professionisti di esprimere il proprio fabbisogno previa identificazione di potenzialità e limiti, consente all'organizzazione di identificare quali conoscenze trasmettere e quali competenze sviluppare e potenziare nei professionisti, coerenti con il modello organizzativo e con gli obiettivi aziendali. In particolare è stato possibile identificare le aree di intervento, per le quali attivare successivamente lo sviluppo delle competenze relative alle sezioni a cui gli infermieri hanno attribuito score inferiori, il cui sviluppo è fondamentale per implementare nuovi modelli organizzativi, oltre che per la complessità stessa dell'assistenza infermieristica.

CONTRIBUTO DEGLI AUTORI

Ideazione e disegno dello studio: Anna Sponton
Acquisizione, analisi e interpretazione dei dati: Anna Sponton, Antonio Iadeluca, Cinzia Angeli

Stesura dell'articolo: Anna Sponton, Laura Zoppini, Antonio Iadaluca

Revisione critica di importanti contributi intellettuali: Laura Zoppini

Approvazione finale della versione da pubblicare: Tiziana Calderulo

BIBLIOGRAFIA

1. Cowan DT, Norman IJ, Coopman VP. Competence in nursing practice: a controversial concept – A focused review of literature. *Nurs Educ Today* 2005;25:355-62
2. Meretoja R, Isoaho H, Leino-Kilpi H. Nurse Competence Scale: development and psychometric testing *J Adv Nurs* 2004;47:124-33
3. Schon DA. *Il professionista riflessivo*. 2a edizione. Bari: Dedalo; 2006
4. 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;23:783-91
5. Finotto S, Cantarelli W. Gli indicatori della competenza infermieristica: validazione linguistica e culturale della Nurse Competence Scale. *Professioni Infermieristiche* 2009;62:41-8
6. Meretoja R, Eriksson E, Leino-Kilpi H. Indicators for competent nursing practice. *J Nurs Manag* 2002;10:95-102