

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI SASSARI

Facoltà di Medicina e Chirurgia

(Presidente Prof. Antonio Azara)

Corso di Laurea in Infermieristica

Nursing Competence Scale:

***Mappare le Competenze Infermieristiche per lo
Studio sullo Sviluppo Organizzativo***

Relatrice:

Dott.ssa Daniela Pistidda

Tesi di Laurea di:

Anna Gloria Masia

Anno Accademico 2015/2016

Indice	1
Introduzione	3
Capitolo 1:	
L'Assistenza Infermieristica nella Storia	4
1.1 Dal Medioevo all'Era Moderna	4
1.2 L'Evoluzione del XX Secolo	5
1.3 Dal Mansionario alla sua Abolizione	8
Capitolo 2:	
Competenze Infermieristiche	
2.1 Etimologia	12
2.2 La Competenza: Responsabilità e Autonomia Professionale	12
2.3 Valutazione delle Competenze Infermieristiche	13
Capitolo 3:	
<i>Nurse Competence Scale</i>	18
Capitolo 4:	
Scopo dell'Indagine	24
Capitolo 5:	
Materiale e Metodi	25
Capitolo 6:	
Risultati	29
6.1 Quadro Generale	29
6.2 Competenze Infermieristiche	32
6.3 Grado di Soddisfazione Professionale	36

Capitolo 7	
Proposte di Miglioramento	42
7.1 Miglioria delle Competenze	42
7.2 Miglioria dell'Organizzazione dell'Unità Operativa	43
Conclusioni	46
Bibliografia	47
Sitografia	49
Ringraziamenti	
50	

Introduzione

Da tempo le *performance* cliniche infermieristiche sono oggetto di discussione. Le competenze infermieristiche, infatti, sono un argomento di studio tanto importante da approfondire quanto complicato da definire con nozioni univoche ed accettabili, comuni a tutti gli ambiti in cui esse vengono messe in pratica.

Tale difficoltà è posta proprio nell'articolo 1, comma 2, del Profilo Professionale dell'Infermiere - D.M. 14 settembre 1994, n. 739 – che cita “*l’assistenza infermieristica preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa è di natura tecnica, relazionale ed educativa*”; dovute ad una varietà delle fonti di disciplina teorica su cui l’infermiere deve basare il proprio operato.

Oltre alle nozioni intraprese durante il percorso di studi, è di notevole rilevanza anche il bagaglio personale che ogni infermiere acquisisce durante la propria carriera. L’esperienza risulta essere utile per ogni singolo professionista sanitario in quanto permette di agire con prontezza alle varie situazioni che si vengono a creare in ambito lavorativo, sia questo nel pubblico o privato, con minor spreco di risorse e maggior senso di responsabilità. Ciò, comunque, non solleva l’infermiere dal dovere di continua formazione ed aggiornamento.

Le competenze che sono necessarie agli infermieri per soddisfare con una professionalità adeguata tutte le necessità dei cittadini singoli e della collettività richiede, infatti, una formazione continua e costante nel tempo. L’infermiere è quindi impegnato in prima persona in percorsi di ricerca e formazione per approfondire ed innovare il proprio patrimonio professionale.

Capitolo 1

L'Assistenza Infermieristica nella Storia

1.1 Dal Medioevo all'Era Moderna

Nell'era prescientifica della medicina prevaleva il prendersi cura. Con tale espressione si esprime il coinvolgimento personale dell'operatore sanitario con la persona che soffre, coinvolgimento che si esprime attraverso la compassione, la premura, l'incoraggiamento e il sostegno emotivo. I Cristiani (Diaconi e Diaconesse) si impegnavano nell'assistenza di poveri e malati. Secondo la tradizione fu una nobildonna romana, Fabiola, a fondare il primo ospedale a Roma, nel IV sec. d. C.

Gli ospedali creati in questo periodo sono strutture a carattere caritativo, destinati ad accogliere vecchi, lebbrosi ed infermi. La caratteristica di queste prime strutture è che non c'è distinzione tra *infirmetas (malati)* e *paupertas* (poveri). Il sistema assistenziale era basato su una risposta gratuita al bisogno. Nei luoghi di cura l'assistenza rappresentava una missione per chi la esercitava, vedendo nel povero e nel sofferente l'incarnazione di Cristo. La cura del corpo dell'ammalato prevedeva, quindi, la cura dell'anima dell'operatore.

Dopo il Concilio di Trento (1545-63) si verifica una riduzione del numero di suore e frati impegnati nell'assistenza, quest'ultima viene affidata alle classi meno abbienti composte da ex galeotti, donne dai facili costumi e povera gente in generale. In questo contesto la Chiesa cerca di contrastare la progressiva decadenza dell'assistenza ai malati con la creazione di nuove congregazioni ospedaliere; nascono diversi ordini religiosi per l'assistenza ai poveri e agli ammalati. Nel XVI-XVII sec. nacquero: “*Ordine dei frati Fatebenefratelli*”, ad opera di San Giovanni di Dio, e “*Ministri degli infermi*” di San Camillo de Lellis, il protettore dei malati, degli infermieri e degli ospedali. Si può dire sia stato lui il fondatore dell'infermieristica, se così la si può definire. Nel 1584 San Camillo elaborò

“*Ordini et Modi che si hanno da tenere nelli Hospitali in servire li poveri infermi*”, che consiste in 25 articoletti concreti e pratici, che si proponeva lo scopo di migliorare l’assistenza. Fu egli stesso a rendersi conto che tanto buona era l’efficacia dell’assistenza, quanto ignoranti erano gli operatori, per questo decise di regolare la formazione basandosi sull’alfabetizzazione e nozioni anatomiche.

È nel XIX secolo che nasce la medicina scientifica e il modello biomedico, che apriranno la strada all’ospedale moderno, non più come ospizio per poveri e ammalati, ma come luogo principale di diagnosi e cura.

1.2 L’Evoluzione del XX Secolo

In Italia, l’era infermieristica, intesa come vera scuola di formazione, si può collocare agli inizi del 1900. Prende vita il concetto di infermiera che acquisisce nozioni grazie a una scuola preparatoria e all’uso di alcune teorie (il cosiddetto “*Nursing*” delle “*Nurses*” della scuola infermieristica inglese di *Florence Nightingale*). È stato grazie all’azione di Anna Fräntzel Celli che, avendo in precedenza impartito i suoi insegnamenti presso la scuola per infermiere fondata a Roma da *Miss Turton*, istituì a Roma presso il policlinico, a partire dal 1901, corsi a carattere tecnico sull’igiene e sull’assistenza ai malati tenuti da famosi medici, essendovi allora in Italia un numero limitatissimo di scuole specializzate per la professione e poche aspiranti allieve. Queste ultime erano perlopiù ragazze di ceto borghese che seguivano corsi annuali tenuti da medici, mentre la stessa Celli seguiva le partecipanti ai corsi negli ambulatori e nelle corsie per insegnare loro tutte le nozioni pratiche per assistere un ammalato ¹.

L’innovazione del sistema sanitario italiano si ha grazie all’istituzione dei Regi decreti legge del 15 agosto 1925, n. 1832, e del 21 novembre 1929, n. 2330. Il R.D.L. 1832/25, convertito nella legge 18 marzo 1926, n. 562, stabiliva i criteri per la istituzione di Scuole convitto professionali per infermiere e di Scuole specializzate di medicina pubblica, igiene e assistenziale sociale, per assistenti sanitarie visitatrici. Secondo tale norma, le allieve infermiere, una volta eseguito il

tirocinio nei reparti e il corso teorico-pratico, della durata di due anni, una volta superato l'esame di Stato, conseguivano il diploma per l'esercizio della professione di infermiera, titolo preferenziale per l'assunzione a posti di servizio di assistenza immediata. La legge prevedeva, inoltre, la possibilità di istituire presso le scuole-convitto un ulteriore terzo anno di insegnamento per il conseguimento del certificato di abilitazione alle funzioni direttive. L'insegnamento, infatti, doveva essere affidato a medici di riconosciuto valore alla direttrice e alle caposala. È stato solo grazie al successivo R.D.L. n. 2330 del 1929 che si rende pienamente operante la normativa sull'istituzione delle scuole-convitto professionali per infermiere; tuttavia con alcune novità di rilievo: veniva rafforzata l'ingerenza della componente medica nella conduzione della scuola e ridimensionata l'autonomia attribuita alla direttrice, chiamata, più che all'insegnamento vero e proprio, a "vigilare sulla educazione morale delle allieve e sull'osservanza della disciplina", a "sorvegliare affinché l'ordine, la pulizia e l'igiene nella scuola e nel convitto, fossero rispettati".

Le professioni sanitarie, secondo la classificazione sancita dall'art. 99 del Testo Unico delle leggi sanitarie, approvato con il Regio Decreto del 27 luglio 1934, n. 1265, venivano suddivise in tre grandi categorie: le professioni sanitarie principali, le professioni sanitarie ausiliarie e le arti ausiliarie delle professioni sanitarie. In base a tale normativa le professioni sanitarie principali erano rappresentate dal medico chirurgo, dal veterinario, dal farmacista e, dal 1985, dall'odontoiatra; le professioni sanitarie ausiliarie erano rappresentate dalla levatrice (oggi ostetrica), dall'assistente sanitaria visitatrice (oggi assistente sanitario) e dall'infermiere diplomato (oggi infermiere) e da tutte le professioni che avevano avuto la pubblicazione di un profilo professionale; mentre le arti ausiliarie delle professioni sanitarie erano rappresentate dall'odontotecnico, dall'infermiere abilitato o autorizzato e dal massofisioterapista.

Con il Regio Decreto 1310 del 1940 vengono regolamentate le mansioni degli infermieri professionali e degli infermieri generici. Nasce quindi la figura dell'infermiere generico, operatore di livello inferiore, la cui attività viene collocata, in ambito ospedaliero, sotto la responsabilità dell'infermiera

professionale. Veniva così disciplinato legalmente l'esercizio della professione infermieristica, distinguendo i due livelli: professionale e generico ².

Grazie alla legge n. 1049, del 29 ottobre 1954, nasce il Collegio Infermiere Professionali, Assistenti Sanitarie Visitatrici e Vigilatrici di Infanzia (IPASVI) così che le infermiere, le assistenti sanitarie visitatrici e le vigilatrici d'infanzia, religiose e laiche, si possano iscrivere agli Albi professionali permettendo il censimento delle varie figure a livello nazionale. Ovviamente con il passare degli anni l'IPASVI ha assunto un ruolo sempre maggiore, e ad oggi la finalità è duplice. In primo luogo si tutela il cittadino/utente che ha il diritto di ricevere prestazioni sanitarie da personale qualificato, in possesso del titolo abilitante; tutela, inoltre, gli infermieri iscritti all'Albo nella loro professionalità, esercitando il potere disciplinare, contrastando l'abusivismo, vigilando sul rispetto del Codice Deontologico, favorendo la crescita culturale degli iscritti, offrendo servizi di supporto per un corretto esercizio professionale ²³.

Una vera rivoluzione nel mondo infermieristico si ha nel 1971 con la legge n. 124 in cui viene permessa "*l'estensione al personale maschile dell'esercizio della professione di infermiere professionale*". Fino a quel momento la professione infermieristica era vista come esclusiva delle donne, non per nulla infatti il lavoro infermieristico, visto come ausiliario e vocazionale, veniva considerato adatto per le donne, sia queste laiche che, soprattutto, religiose, le quali furono per molti anni la maggior parte del corpo infermieristico. Con l'evolvere della società però, e quindi anche per ragioni di equità, la professione non può più essere preclusa agli uomini. Ciò produce anche un'accelerazione del cambiamento dei percorsi informativi a cominciare dalla trasformazione delle "*Scuole Convitto*" in "*Scuole per Infermieri Professionali*". Nel 1973, con la legge n. 795, l'Italia recepisce l'accordo europeo sull'istruzione e formazione degli infermieri professionali, indicando i punti essenziali per una revisione dei programmi d'insegnamento e definendo la funzione educativa del tirocinio pratico degli allievi; per uniformarsi alle indicazioni europee vengono elaborati nuovi programmi di studio, e la durata dei corsi passa da due a tre anni. L'obiettivo è quello di far crescere la qualità della

formazione e consentire la possibilità per gli infermieri di lavorare nei vari Stati firmatari dell'accordo ².

1.3 Dal Mansionario alla sua Abolizione

Nel 1974 interviene il Dpr 225 che definisce il campo delle attività e le competenze infermieristiche. Nel complesso il "nuovo" mansionario viene accolto con favore dagli organismi di rappresentanza della professione che, al momento dell'emanazione, lo considerano una tappa importante del processo evolutivo dell'assistenza infermieristica. L'assistito, a questo punto non viene più visto solo come un malato con problemi clinici, ma una persona con esigenze fisiche, psichiche e sociali.

La figura dell'infermiere viene valorizzata maggiormente rispetto al passato, come si può evincere, infatti, il termine "*eseguire*", presente nel dettato normativo precedente, viene quasi sempre corretto con "*programmare*" e "*promuovere iniziative*"; inoltre viene introdotto il termine "*coordinare*" e soppresso, invece, "*dipendere*". In ogni caso, il mansionario consisteva in un elenco che indicava, in modo rigido e tassativo, una serie di attività e mansioni che l'infermiere era autorizzato a compiere. Ne conseguiva che tutto ciò che non era specificatamente compreso era da considerarsi di competenza medica. Attraverso il mansionario veniva dettagliatamente specificato quelli che fossero gli interventi che il medico poteva delegare all'infermiere, quali quest'ultimo poteva eseguire autonomamente e quali, invece, l'infermiere doveva svolgere sotto la supervisione del medico delegante. L'infermiere, sostanzialmente, era una figura di ausilio del medico, era lui che decideva quando e come agire sulla cura del paziente. Le attività ovviamente si classificavano in due categorie: quelle di tipo organizzativo e amministrativo (l'annotazione in cartella dei parametri vitali dei pazienti, custodia dei farmaci, richiesta di interventi medici urgenti ecc.) e quelle di tipo propriamente assistenziale (somministrazione dei farmaci, esecuzione di prelievi ematici,

monitoraggio dei parametri vitali dei degenti, assistenza al medico in reparto e sala operatoria ecc.).

È solo nel 1990 con la Legge n. 341 che si approva la “*riforma degli ordinamenti didattici universitari*”, istitutiva dei diplomi universitari. L’ingresso della formazione nell’Università è il punto d’arrivo di un decennio di battaglie portate avanti da tutta la professione per adeguare i percorsi formativi al ruolo di grande responsabilità svolto dagli infermieri in ogni struttura del sistema sanitario italiano e per entrare a pieno titolo in Europa. Nel 1992 con il Decreto Legislativo n. 502 (poi 517) viene stabilito come requisito all’accesso ai corsi il conseguimento del diploma di scuola secondaria superiore oltre che le competenze dell’Università, delle Regioni e delle aziende del Sistema Sanitario Nazionale sulla formazione infermieristica. Vengono quindi definite le varie professioni sanitarie con i relativi profili.

Il rinnovamento e l’evoluzione della figura dell’infermiere, hanno inizio nel 1994 con il Decreto Ministeriale n. 739 in cui l’infermiere viene riconosciuto come il responsabile dell’assistenza generale infermieristica, precisa la natura dei suoi interventi, gli ambiti operativi, la metodologia del lavoro, le interrelazioni con gli altri operatori, gli ambiti professionali di approfondimento culturale e operativo. L’infermiere viene designato a questo punto come un professionista autonomo, competente, intellettuale e responsabile.

Una vera svolta si ha finalmente nel 1999 con la Legge n. 42 in cui vi è la formale abolizione del mansionario; nell’ultimo comma dell’art. 1 si precisa che “*il campo proprio di attività e di responsabilità delle professioni sanitarie è determinato dai contenuti dei decreti ministeriali istitutivi dei relativi profili professionali e degli ordinamenti didattici di base e post-base, nonché degli specifici codici deontologici, fatte salve le competenze previste per le professioni mediche e per le altre professioni del ruolo sanitario per l’accesso alle quali è richiesto il possesso del diploma di laurea, nel rispetto reciproco delle specifiche competenze professionali*”. Rispetto a quello che era il passato, ora quindi non c’è più un’elencazione delle attribuzioni, ma questi tre criteri guida. Con la promulgazione

di questa legge l'infermiere non ricopre più il ruolo di sanitario ausiliario, che lo legava a una condizione subalterna e deresponsabilizzata, e si libera dai vincoli che lo legavano al mansionario^{3,6}.

Nel 2000, infine, si definisce l'autonomia professionale attraverso la Legge n. 251, grazie a cui gli operatori delle professioni sanitarie infermieristiche svolgono assistenza con autonomia professionale utilizzando metodologie di pianificazione per obiettivi. Oggi l'infermiere è il professionista che opera nell'area delle Scienze Infermieristiche, svolgendo con autonomia professionale attività dirette alla prevenzione, alla cura e alla riabilitazione. È colui che pianifica, gestisce e valuta l'intervento assistenziale infermieristico; garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche; agisce sia individualmente che in collaborazione con gli altri operatori sanitari e sociali, avvalendosi anche del personale di supporto. Oggi l'infermiere deve assumersi la responsabilità del processo assistenziale che lui stesso decide di applicare di volta in volta con il paziente a seconda della situazione che si trova davanti: gli interventi assistenziali sono decisi autonomamente dall'infermiere stesso e non vengono più imposti da terzi, come invece accadeva ai tempi del mansionario.

A questo punto mi preme fare una precisazione tra ciò che caratterizzava il periodo in cui ancora era in vigore il mansionario, e i nostri giorni, in cui il mansionario non esiste più. Fino al 1999 l'infermiere sottostava alle “*mansioni*”, che per definizione sono “*i compiti esplicati nello svolgimento di un lavoro o nell'esercizio di funzioni determinate*”, presenti all'interno del mansionario (“*raccolta sistematica delle mansioni che, secondo il contratto di lavoro, sono affidate al dipendente*”). Le mansioni risultano essere la suddivisione dell'attività lavorativa e permettono il raggiungimento dell'obiettivo che si è prefissato. Attraverso le mansioni, però, l'infermiere non è direttamente coinvolto nell'assistenza. Più precisamente lui è *colui* che svolge la mansione e collabora nell'assistenza, ma il tutto termina lì; esegue la mansione, assegnata dal medico, ma non ne coordina l'attività né conosce il risultato ottenuto. Le mansioni ormai sono diventate, forse, un lontano ricordo, infatti gli infermieri praticano l'assistenza erogando prestazioni. La differenza sta

appunto nel fatto che si arricchisce la semplice mansione dell'esecuzione con la programmazione, l'organizzazione, il controllo e il coordinamento dell'attività sanitaria.

Possiamo affermare che la professione infermieristica sia diventata una professione intellettuale fondata su un sapere proprio, sull'autonomia, sulla responsabilità professionale nei confronti delle persone assistite.

È l'infermiere stesso a programmare l'assistenza infermieristica, pianificando e attuando gli interventi necessari al fine di assistere la persona nel migliore dei modi, utilizzando al meglio le risorse disponibili così da aiutare l'utente a raggiungere i risultati attesi.

L'assistenza moderna ha dunque la necessità di basarsi sulle evidenze. Attraverso l'EBN (*Evidence Based Nursing*) l'infermiere decide al meglio il tipo di assistenza da effettuare secondo le proprie esperienze e le preferenze del paziente. L'EBN rifiuta quindi la pratica infermieristica fondata su un blocco cristallizzato di conoscenze, e sostiene la necessità che ogni infermiere compia una rivalutazione continua della propria pratica professionale. L'EBN, quindi, può mettere l'infermiere in condizione di dare una risposta efficace al bisogno del singolo paziente favorendo il continuo miglioramento della qualità dei processi di cura, facilita l'accesso degli infermieri alla gestione dell'intero processo di cura al pari degli altri professionisti, incentiva a rendere più semplice ed efficace l'aggiornamento professionale ed è soprattutto uno strumento valido per la tutela professionale⁷.

Capitolo 2

Competenze Infermieristiche

2.1 Etimologia

Il termine competenza deriva dal verbo latino “*competere*” (un’unione tra *cum* e *petere*, cioè “chiedere”, “dirigersi a”), con il significato di andare insieme, convergere in un medesimo punto, mirare ad uno stesso obiettivo, se non anche 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 ²⁶.

2.2 La Competenza: Responsabilità e Autonomia Professionale

In ambito professionale, e quindi giuridico, con competenza si intende la capacità propria di utilizzare le conoscenze acquisite, l’abilità e la capacità personale nelle situazioni di lavoro e nello sviluppo professionale. Le competenze, dunque, vengono descritte in termini di responsabilità e autonomia.

Ogni individuo, in qualsiasi ambito sociale egli operi, per far sì che questo venga fatto con professionalità, è doveroso che acquisisca un livello di competenze almeno alla pari della media posseduta dai colleghi che operano nello stesso ambiente lavorativo. Tanto più ciò riguarda gli infermieri, i quali hanno a che fare con persone, siano esse in buona salute o malate, con la loro presa in carico assistenziale. Al giorno d’oggi il termine “competenza” è molto utilizzato nel mondo del *Nursing* su scala internazionale in quanto risulta essere una caratteristica essenziale per misurare e valutare meticolosamente le abilità professionali dell’infermiere nell’effettuare giornalmente un’assistenza infermieristica di qualità.

L'International Council of Nurses (ICN) ha riconosciuto due criteri nella letteratura che studia le competenze professionali infermieristiche:

- Il criterio comportamentista, si basa sulle funzioni, sulle abilità, sui ruoli ricoperti e prevede l'osservazione diretta delle prestazioni o *performance* professionali. In questo caso la competenza generale, *overall competence*, dipende dal livello dimostrato in ogni singola competenza specifica denominata *competency*.
- Il criterio olistico, si basa sulla competenza considerata come l'insieme di abilità collegate tra di loro e si concentra sulle caratteristiche o sui tratti generali del professionista che sono fondamentali per fornire delle prestazioni efficaci.

Queste caratteristiche, come il livello culturale, i valori, le abilità o il pensiero critico, costituiscono la base per lo sviluppo di specifiche capacità nell'ambito applicativo di appartenenza. Nonostante i vari punti di vista e le differenti definizioni, le correnti di studio delle competenze infermieristiche son d'accordo sull'esigenza di valutare l'assimilazione e il mantenimento delle competenze professionali nel tempo.

2.3 Valutazione delle Competenze Infermieristiche

La valutazione delle competenze risulta essere importante per garantire la sicurezza dei pazienti e la qualità dell'assistenza, i cittadini, in questo modo, vedranno aumentate le loro garanzie sulla competenza delle figure professionali sanitarie.

Per valutazione si intende il processo attraverso il quale si cerca di identificare o accertare il livello di adeguatezza delle competenze di un soggetto rispetto a uno specifico o possibile ambito di attività.

Nel 1984, con "*From Novice to Expert*", *Patricia Benner* studiò l'applicazione del processo di *Nursing* in sette scuole per infermieri e cinque ospedali in quanto sospettava che non fosse una consuetudine infermieristica quella di documentare

ciò che veniva appreso durante l'attività clinica privandosi dell'arricchimento delle conoscenze che ne derivava. Dall'analisi dei dati venne stilata una classifica di competenze nella pratica clinica dell'infermiere in cinque livelli, basandosi sul modello *Dreyfus*:

- I. Novizio: si tratta di un principiante senza alcuna esperienza. Agisce su ciò che ha appreso dalla teoria, applicandola universalmente e a prescindere dai casi specifici. Il comportamento non è autonomo, è governato dalle regole e si affida a ciò che gli viene suggerito dagli "esperti".
- II. Principiante Avanzato: dimostra prestazioni accettabili in quanto ha maturato precedentemente esperienza in situazioni concrete per riconoscere ricorrenti componenti significative, sia affiancato da un tutor che autonomamente. Continua comunque ad affidarsi a tutti in quanto non ha ancora abbastanza esperienza.
- III. Competente: viene identificato come l'infermiere che ha acquisito almeno un paio d'anni di esperienza nella stessa unità operativa o in situazioni analoghe giorno per giorno. È in grado di pianificare un intervento assistenziale e agire utilizzando la pianificazione stessa. Le proprie azioni si basano su un pensiero cosciente, astratto e analitico aiutando a raggiungere una maggior efficienza organizzativa.
- IV. Abile: quell'infermiere in grado di percepire e comprendere le varie situazioni che gli si parano dinanzi nella loro integrità. Attraverso l'esperienza appresa sarà in grado di gestire al meglio le situazioni, agendo prontamente e cercando di prevenire le complicanze. Sa cosa aspettarsi in determinati casi ed è in grado di modificare i piani. Attraverso una comprensione più olistica, migliora il processo decisionale.
- V. Esperto: dopo un periodo continuativo di operato di almeno cinque anni, attraverso l'esperienza accumulata, l'infermiere si può permettere di svincolarsi dal contesto analitico, grazie alla consultazione di linee guida, protocolli, procedure, ed agire sulla base del proprio intuito. L'infermiere esperto non abbandona del tutto gli strumenti analitici, li utilizza ogni qual

volta effettua un'errata intuizione. Le prestazioni sono più fluide, flessibili e altamente competenti.

Nell'evoluzione delle competenze si vede il passaggio da un osservatore distaccato verso un esecutore coinvolto, non più al di fuori delle situazioni ma attivamente impegnato nella partecipazione. Ogni livello si basa su quello precedente in quanto i principi vengono raffinati e ampliati con l'esperienza, arricchendo la propria *performance* clinica.

L'obiettivo dello studio in oggetto era quello di valutare l'apprendimento dell'esperienza nella pratica infermieristica, di esaminare l'acquisizione di abilità basata sull'apprendimento clinico e di articolare la conoscenza racchiusa nelle attività degli infermieri. Attraverso l'indagine si poté affermare che il grado di competenza infermieristica dipende inevitabilmente dall'esperienza e dal grado di educazione/formazione.

È emerso quanto i concetti teorici appresi e l'esperienza lavorativa influiscano positivamente sulle competenze acquisite dall'infermiere, sulla base di:

- ✓ Percorso di studio portato a compimento;
- ✓ Formazione continua ed aggiornamento professionale;
- ✓ Consultazione di linee guida;
- ✓ Utilizzo di protocolli e procedure operative.

All'inizio della propria carriera l'infermiere si basa molto sull'educazione teorica appresa, anche se nella maggior parte dei casi risulta impacciato e potrebbe non riuscire a capire come dover agire per ottenere un'assistenza ottimale. Con l'avanzamento della carriera, e inesorabilmente il passare del tempo, l'esperienza acquisita si farà sentire e l'infermiere si baserà perlopiù, se non del tutto, alle proprie esperienze concrete assimilate nel corso della sua carriera.

Lo studio della *Benner* venne successivamente criticato in quanto si basava troppo sulla componente di alta formazione che caratterizzava i vari infermieri presi come modello per descrivere le caratteristiche del professionista esperto. Venne anche

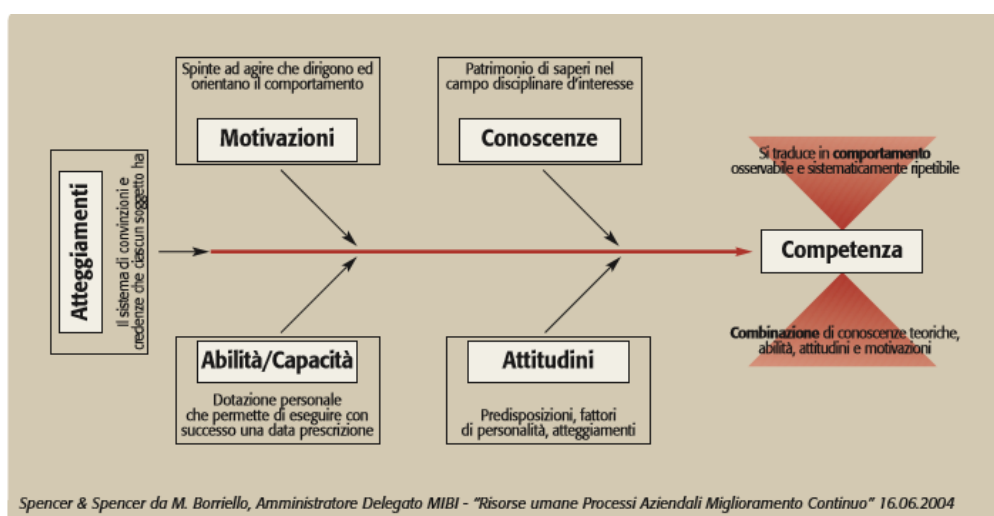
evidenziato il fatto che centralizzò più la pratica clinica alle conoscenze teoriche, trascurando, per esempio, l'esistenza del modello teorico del *Nursing*.

L'esigenza di creare delle scale di valutazione delle competenze nasce dal fatto che le professioni sanitarie ricoprono un ruolo cruciale per il funzionamento delle aziende sanitarie e contribuiscono al benessere collettivo garantendo, appunto, buoni livelli di competenza. Quest'ultima deve essere al livello del processo organizzativo e strutturale definito dalla struttura stessa. Oggigiorno lo sviluppo di tali competenze deve stare al pari del contesto clinico attuale, in cui, i professionisti soddisfano i bisogni assistenziale formulando e rimodulando i processi e i modelli organizzativi ⁸.

L'ISFOL (*Istituto per lo Sviluppo della Formazione Professionale dei Lavoratori*) è un Ente nazionale di ricerca il cui obiettivo è quello di contribuire alla crescita dell'occupazione, al miglioramento delle risorse umane, all'inclusione sociale e allo sviluppo locale.

Il modello per la valutazione delle competenze si articola in:

- Competenze di base: competenze che tutti devono possedere per entrare nel mondo del lavoro, il sapere minimo utile per collocarsi positivamente all'interno del posto di lavoro.
- Competenze trasversali: competenze proprie della persona sia a livello cognitivo che relazionale, basate su un livello generale escludendo quindi la dimensione specialistica e le sue declinazioni nelle varie aree.
- Competenze tecnico professionali: competenze specifiche e procedurali dell'attività propria di specifici processi di lavoro.



Tale modello è stato usato nel 2012 per la definizione, implementazione e approfondimento delle competenze e responsabilità dell'infermiere. Secondo il FNC – Federazione Nazionale Collegio Ipasvi, questo modello non è applicabile alla professione infermieristica in quanto:

- Le competenze di base non sono specifiche della competenza infermieristica;
- Le competenze trasversali si basano su un livello troppo generale trascurando la dimensione specialistica e le diverse declinazioni nelle varie aree (comunicare in pediatria è diverso che in area critica; diagnosticare bisogni di assistenza nell'area chirurgica ha contenuti diversi rispetto all'area della salute mentale, eccetera);
- Le competenze tecnico professionali richiamano solo la componente tecnica della dimensione professionale rievocando, nel campo infermieristici, significati mansionaristici⁹⁻¹⁶⁻¹⁸⁻²¹.

Capitolo 3

La Nurse Competence Scale

Tra il 1997 e il 2003, in Finlandia, è stata elaborata la *Nurse Competence Scale* (NCS), uno strumento di autovalutazione delle competenze infermieristiche composto da sette sezioni di argomento per un totale di 73 item, sulla base del quadro delle competenze definite da *Patricia Benner*. Le sette aree di pratica infermieristica vengono classificate in:

1. Competenza 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)

		COMPETENZE COMPONENTI LA SEZIONE									
		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																			
	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																		
	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 QUALITA'	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																		
	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																		

Lo strumento illustrato venne poi sperimentato anche in altri Paesi come l'Australia, l'Inghilterra e l'Italia, dove poi è stato validato nel 2009 ^{10, 15 - 17 - 19 - 22}.

Capitolo 4

Lo Scopo dell'Indagine

L'obiettivo dell'indagine propone di definire la qualità della *performance* degli infermieri utilizzando uno strumento di autovalutazione delle competenze infermieristiche, la *Nurse Competence Scale* (NCS), al fine di monitorare il grado di soddisfazione del professionista e reperire le possibili misure di miglioramento per sé e per il servizio al quale afferisce tramite uno studio *cross sectional* a livello nazionale.

Capitolo 5

Materiali e Metodi

Per l'indagine è stato somministrato un questionario anonimo pubblicato *online* così che potesse essere facilmente raggiungibile dagli infermieri di tutta Italia. Il campione si compone di 187 professionisti provenienti da tutta la nazione i quali hanno compilato il questionario tra il 25/03/2017, giorno in cui è stato pubblicato sulla rete, e il 27/03/2017. Il suddetto questionario così si compone:

SESSO [M] [F]		ETÀ	
		<input type="checkbox"/> 20 – 30	
		<input type="checkbox"/> 31 – 40	
		<input type="checkbox"/> 41 – 50	
		<input type="checkbox"/> Oltre 50	
TITOLO DI STUDIO			
<input type="checkbox"/> Diploma Professionale Regionale			
<input type="checkbox"/> Laurea Infermieristica			
<input type="checkbox"/> Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche			
<input type="checkbox"/> Master I livello			
<input type="checkbox"/> Master II livello			
REGIONE DI APPARTENENZA			
<input type="checkbox"/> Sardegna	<input type="checkbox"/> Campania	<input type="checkbox"/> Umbria	<input type="checkbox"/> Friuli Venezia Giulia
<input type="checkbox"/> Sicilia	<input type="checkbox"/> Molise	<input type="checkbox"/> Toscana	<input type="checkbox"/> Trentino Alto Adige
<input type="checkbox"/> Calabria	<input type="checkbox"/> Abruzzo	<input type="checkbox"/> Emilia Romagna	<input type="checkbox"/> Lombardia
<input type="checkbox"/> Puglia	<input type="checkbox"/> Lazio	<input type="checkbox"/> Liguria	<input type="checkbox"/> Piemonte
<input type="checkbox"/> Basilicata	<input type="checkbox"/> Marche	<input type="checkbox"/> Veneto	<input type="checkbox"/> Valle d'Aosta
<input type="checkbox"/> Area Chirurgica		<input type="checkbox"/> Area Materno – Infantile	
<input type="checkbox"/> Area Medica		<input type="checkbox"/> Emergenza Urgenza	

1. Sulla base del “*Nurse Competence Scale*” (Scala delle Competenze Infermieristiche), indica con un valore che va da 1 a 5 il grado di competenza a cui ritieni di appartenere per ogni singolo punto.

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

- 1a. Pianificare e modificare l’assistenza infermieristica in riferimento ai bisogni del singolo paziente.**

<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

- 1b. Gestire il processo educativo e fornire un’educazione personalizzata per ogni paziente.**

<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

- 1c. Supportare gli studenti infermieri nel raggiungimento degli obiettivi.**

<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

- 1d. Pianificare l’assistenza tenendo conto delle risorse disponibili.**

<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

- 1e. Ridefinire le priorità delle attività in funzione del modificarsi delle situazioni.**

<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

- 1f. Cooperare, mostrando flessibilità, in situazioni che cambiano rapidamente.**

<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

- 1g. Possedere conoscenze approfondite per erogare assistenza di qualità.**

<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

- 1h. Valutare sistematicamente il grado di soddisfazione del paziente per l’assistenza erogata.**

<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

- 1i. Proporre problemi da approfondire con la ricerca.**

<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

- 1l. Essere consapevole dei propri limiti.**

<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

- 1m. Attribuire attività al personale di supporto.**

<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

- 1n. Migliorare l’assistenza attraverso l’apporto di nuove conoscenze.**

<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

1o. Assicurare il procedere di un'assistenza priva di pericoli attraverso la delega di compiti.

<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

1p. Migliorare l'assistenza attraverso l'apporto di nuove conoscenze.

<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

2. Ti ritieni soddisfatto dell'organizzazione del lavoro nell'unità operativa in cui lavori?

- Sì
- No

2 a) Se no, perché?

3. Ti ritieni soddisfatto della qualità del lavoro nell'unità operativa in cui lavori?

- Sì
- No

3a. Se no, perché?

4. Credi che i carichi di lavoro, nell'unità operativa in cui svolgi la tua professione, siano accettabili?

- Sì
- No

4a. Se no, perché?

5. L'attuale organizzazione del lavoro consente la formulazione di obiettivi assistenziali?

- Sì
- No

5a. Se no, perché?

- L'organizzazione del lavoro è per compiti
- Non si fanno le riunioni di reparto
- Mancano le conoscenze di base per costruire gli obiettivi assistenziali

6. Nella tua U.O. l'attuale organizzazione del lavoro permette d'individuare e di rispondere alle priorità assistenziali?

- Sì
- No

6a. Se no, cosa l'ostacola?

- N° di operatori rispetto ai carichi di lavoro assistenziali
- Tempi e metodi assistenziali non adeguati
- Mancanza di conoscenze per stabilire le priorità
- Mancata visione globale del paziente

7. Sei soddisfatto del tuo ruolo d'infermiere nell'attuale organizzazione della tua U.O.?

Sì

7a. Perché?

- Mi sento responsabile ed ho un buon margine di autonomia nell'organizzazione della mia attività
- Percepisco di essere una persona utile come professionista ai pazienti
- Mi sento soddisfatto economicamente

No

7b. Perché?

- Non mi sento di svolgere un lavoro da professionista, ma un lavoro di subordinazione e manovalanza
- Non mi sento utile ed indispensabile per i pazienti
- Non c'è un'organizzazione del lavoro in cui il ruolo dell'infermiere è stimato

8. Conosci il significato di *BURNOUT*?

- Sì
- No

8a. Se sì, ne hai mai sofferto?

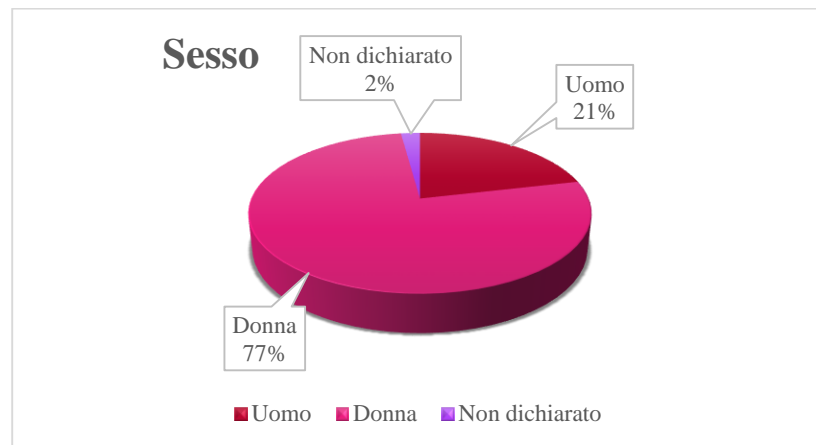
- Sì
- No

Capitolo 6

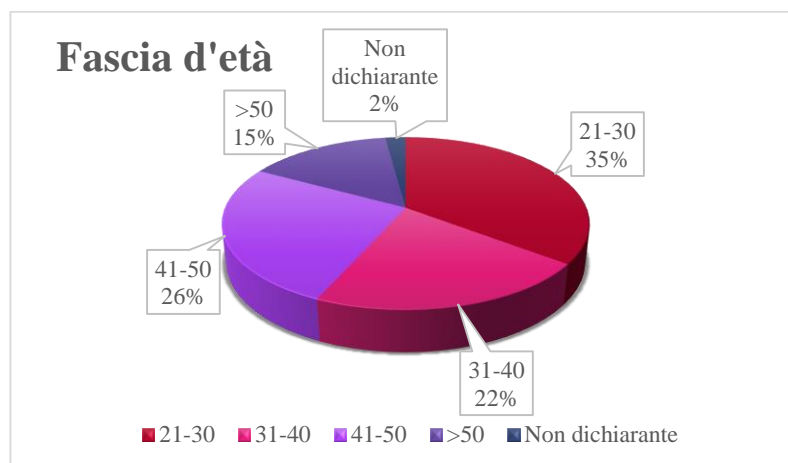
Risultati

6.1 Quadro Generale

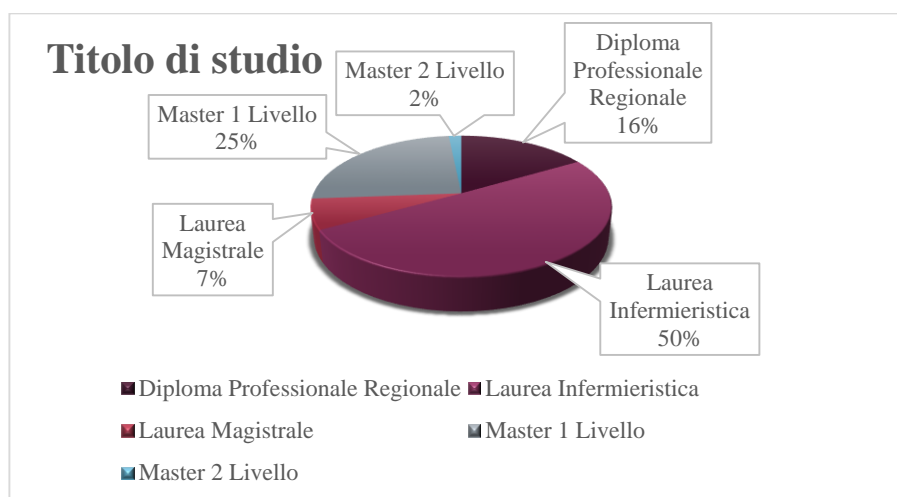
Il campione si compone di 187 persone di cui la maggioranza, il 77% costituita da 140 soggetti, è composta da donne, il 21%, costituita da 40 soggetti, è composto da uomini e il restante 2%, 4 soggetti, non hanno voluto dichiarare il sesso.



La fascia di età a maggior frequenza è quella che va dai 21 ai 30 anni con un 35% del totale, composta da 66 soggetti. A seguire, in ordine decrescente di frequenza, si riscontra che il 26% dei soggetti (composta da 49 soggetti) ha tra i 41 e i 50 anni; il 22% (composta da 40 soggetti) ha tra i 31 e i 40 anni e il 15% (composta da 28 soggetti) ha un'età superiore ai 50 anni. Solo il 2% (4 soggetti) ha deciso di non dichiarare l'età.

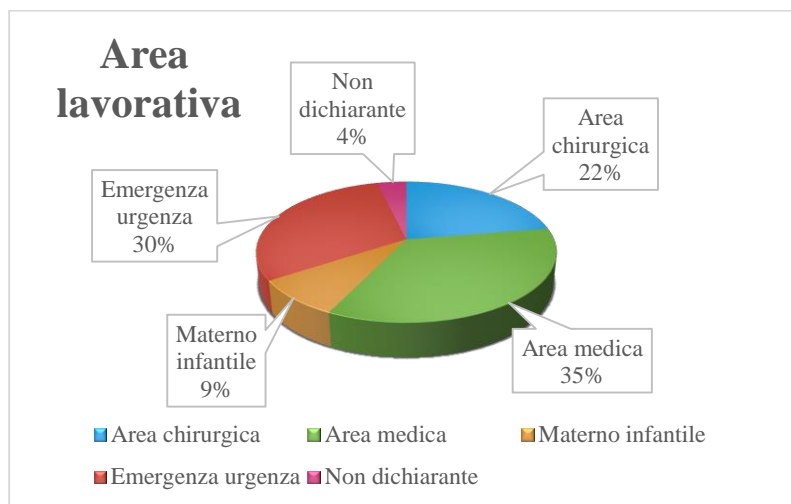


Si è poi chiesto di indicare il titolo di studio conseguito ed è apparso che la maggior parte degli infermieri ad aver preso parte alla compilazione del questionario ha conseguito la laurea in infermieristica, il 50% composto da 94 soggetti. Seguono poi quelli in possesso del Master di I livello (il 25% costituito da 46 soggetti), quelli aventi il diploma regionale (31 persone che vanno a costituire il 16%), quelli in possesso della laurea magistrale in scienze infermieristiche ed ostetriche (7% composto da 13 soggetti), e coloro che hanno conseguito il master di II livello (2% composto da 3 persone).

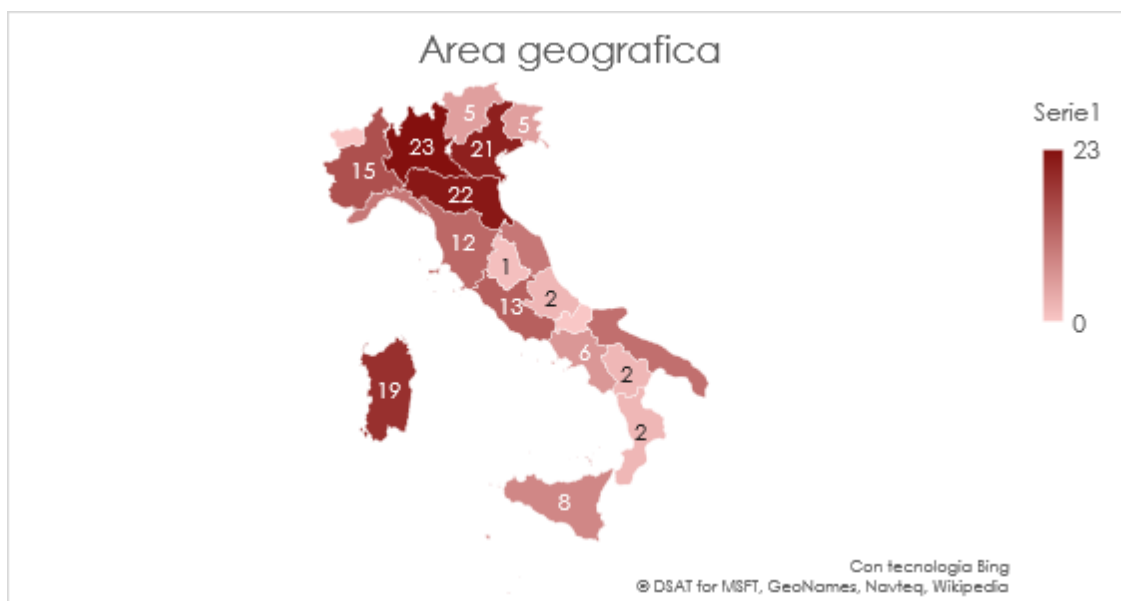


Procedendo con l'indagine si viene a sapere l'area lavorativa di appartenenza tra le quattro maxi aree principali: area medica 35% (65 infermieri), emergenza urgenza 30% (57 infermieri), area chirurgica 22% (42 infermieri) e materno infantile 9%

(16 infermieri). Rimane il 4% costituito da 7 infermieri che non hanno voluto dichiarare l'area d'appartenenza.



Per finire, l'ultima domanda delle generalità prevedeva la dichiarazione della regione di appartenenza. Le regioni più attive si sono dimostrate la Lombardia con 23 compilazioni, segue l'Emilia Romagna con 22, il Veneto con 21, la Sardegna con 19, il Piemonte con 15 e il Lazio con 13. Si prosegue con la Toscana da cui ho ottenuto 12 compilazioni, la Puglia 11, le Marche e la Liguria 10, la Sicilia 8, la Campania 6, il Friuli e il Trentino 5, la Calabria 2 così come l'Abruzzo e la Basilicata e infine l'Umbria con una compilazione.



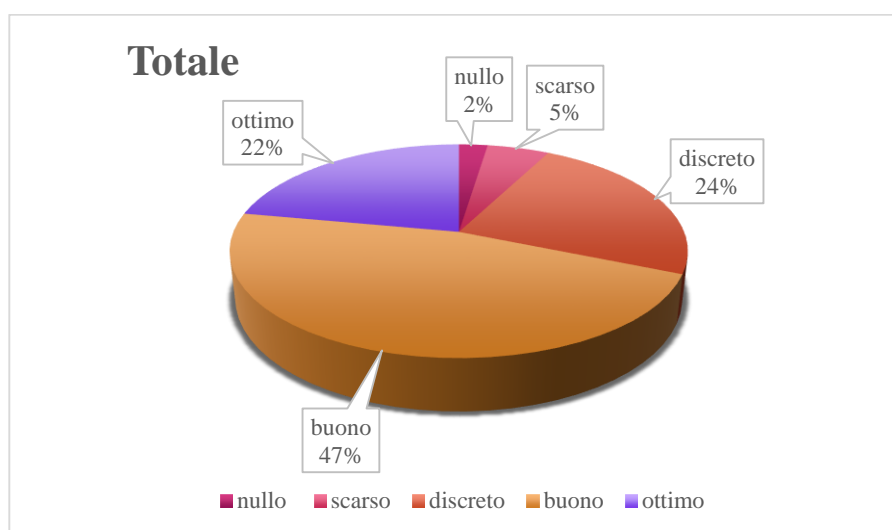
6.2 Competenze infermieristiche

Come già accennato la seconda sezione del questionario, che segue quella introduttiva sulle generalità, si riferisce alle competenze infermieristiche. Gli operatori sanitari hanno dovuto compilare 14 item basati sulla Nurse Competence Scale. Il livello di competenza è stato misurato con una scala VAS (*Visual Analogue Scale*) da 1 a 5 in cui 1 corrisponde a un punteggio nullo, 2 scarso, 3 discreto, 4 buono e 5 ottimo.

Punteggio	Livello competenza	Significato
1 punto	Nullo	Competenza non acquisita dal professionista
2 punti	Scarso	Competenza nota al professionista che, però, non possiede le conoscenze necessarie e sufficienti
3 punti	Discreto	Competenza raggiunta dal professionista, ma che necessita un maggiore approfondimento
4 punti	Buono	Competenza raggiunta in toto dal professionista, ma che necessita un maggiore approfondimento
5 punti	Ottimo	Competenza acquisita e propria del bagaglio culturale del professionista

L'affidabilità dello strumento è stato approvato da numerosi studi condotti in vari ambiti clinici dapprima in Finlandia, Germania, Norvegia, Australia ed Iran. In Italia è stata approvata nel 2009 a cui è stata sottoposta la compilazione sia da professionisti esperti che novizi appartenenti a diversi *setting* (emergenza, terapia intensiva, sala operatoria, medicina, chirurgia, neurologia, psichiatria).

Dando uno sguardo generale alla suddetta sezione del questionario si nota immediatamente come gli infermieri si autovalutino perlopiù con un livello buono per il 47%, segue il livello discreto con il 24, ottimo 22%, scarso 5% e nullo 2%.



Tra i vari item della NCS proposti vi è *“pianificare e modificare l’assistenza infermieristica in riferimento ai bisogni del singolo paziente”* a cui perlopiù gli infermieri, il 52%, ritengono di possedere un buon livello di competenza, solo il 22% ottimo, seguito dal 20% discreto, 5% scarso e 1% nullo. Nonostante la maggior parte sostenga di avere un alto livello di competenza, vediamo che vi è comunque una buona percentuale di soggetti che ritiene di non essere altamente competente in tale ambito. Ciò sicuramente è dato dal fatto che, come si evince dallo studio delle generalità del campione, il 50% dei professionisti hanno conseguito la sola laurea in infermieristica senza poter approfondire le basi apprese nei tre anni universitari. A tal proposito inoltre è importante sottolineare la mancanza di lauree specialistiche a cui gli infermieri possano accedere per potersi specializzare nell’ambito che più ritengono appropriato per la propria “natura”. Dopo la laurea infatti tutti risultano immersi nel mondo lavorativo senza la possibilità di poter scegliere l’ambito nel quale poter svolgere la propria professione: tutti dovrebbero saper fare tutto. Le competenze quindi potrebbero solo acquisirsi con l’esperienza e quest’ultima si acquisirà solo con il passare del tempo in quella determinato U.O.

Attraverso il comma 566 della legge di stabilità 2015 (legge 190/2014) verrebbero istituite le aree per lo sviluppo delle competenze specialistiche degli infermieri:

- ✓ Cure primarie e servizi territoriali/distrettuali (l'infermiere di famiglia);
- ✓ Area Intensiva e dell'Emergenza-Urgenza;
- ✓ Area Medica;
- ✓ Area Chirurgica,
- ✓ Area Neonatologica e Pediatrica,
- ✓ Area Salute Mentale e Dipendenze.

Secondo il suddetto comma *“fermo restando le competenze dei laureati in medicina e chirurgia in materia di atti complessi e specialistici di prevenzione, diagnosi, cura e terapia, con accordo tra **Governo e Regioni**, previa concertazione con le rappresentanze scientifiche, professionali e sindacali dei profili sanitari interessati, sono definiti i ruoli, le competenze, le relazioni professionali e le responsabilità individuali e di équipe su compiti, funzioni e obiettivi delle professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, tecniche della riabilitazione e della prevenzione, anche attraverso percorsi formativi complementari. Dall’attuazione del presente comma non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica”*.

Purtroppo tale legge, che doveva entrare in vigore nel gennaio 2015, sembra solo un’utopia. Fin da subito infatti son saltate fuori dichiarazioni da parte degli stessi medici che guardano con diffidenza tale proposta restando timorosi di poter essere in qualche modo scavalcati nella loro attività professionale da altre figure professionali sanitarie. Il tutto in ogni caso non è possibile avvenga proprio perché il personale medico è responsabile del processo diagnostico-terapeutico, mentre quello infermieristico del processo assistenziale.

Pareva che con la Cabina di Regia condivisa da Governo e Regioni vi fosse arrivati a un compromesso, ma purtroppo così non è stato. Si dichiarava infatti che:

- Il ruolo e le responsabilità diagnostiche e terapeutiche sono in capo ai medici anche per favorire l’evoluzione professionale a livello organizzativo e ordinamentale;
- Gli infermieri e le altre professioni sanitarie, negli ambiti delle specialità già delineate dagli specifici profili professionali di riferimento, sono garanti del

processo assistenziale, ed è per questo che è necessaria e non più rinviabile l'evoluzione professionale verso le competenze avanzate e di tipo specialistico;

- I medici, i veterinari, i dirigenti sanitari, gli infermieri e gli altri professionisti della salute riconoscono i relativi e specifici campi di intervento, autonomia e responsabilità anche alla luce della costante evoluzione scientifica e tecnologica, e concorrono a garantire unitarietà del processo di cura e assistenza attraverso la definizione multi professionale obiettivi, e attraverso criteri di verifica e valutazione degli esiti e dei risultati.

Con l'approvazione del comma 566 non si potrebbe che giovarne a livello sanitario, sarebbe un'occasione per riorganizzare il lavoro nelle strutture pubbliche dove l'ampliamento delle competenze delle diverse professioni consentirebbe di recuperare efficienza e appropriatezza nella risposta sociosanitaria, come afferma la stessa senatrice Annalisa Silvestro. Tutto ciò comunque ancora non è possibile e bisogna attenersi alle vecchie culture e posizioni consolidate secondo schemi ormai antichi ²⁴.

Procedendo con gli item, quello ad aver avuto lo score più basso è stato “*proporre problemi da approfondire con la ricerca*” con il 33% discreto (61 compilazioni), segue il 27% buono (51 compilazioni), 19% scarso (36 compilazioni), 15% ottimo (27 compilazioni) e 6% nullo (12 compilazioni).

6.3 Grado di Soddisfazione Professionale

La sezione successiva del questionario era volta all'indagine sul grado di soddisfazione generale degli operatori sanitari all'interno delle diverse UU.OO. nelle quali operano. Dando uno sguardo generale si nota subito che non vi è una grande divisione tra chi risulta pienamente soddisfatto e chi, invece, non lo è. Tra le varie domande della suddetta sezione vi è infatti un totale di 58% di soggetti soddisfatti contro il 42% di soggetti insoddisfatti.

Nella prima domanda della suddetta sezione è stato chiesto loro se si ritengono soddisfatti dell'organizzazione del lavoro nell'U.O. in cui operano, vi è stata una distinzione equa tra chi si è ritenuto soddisfatto e chi, invece, non lo è con un 50% di risposte positive contro il 50% di risposte negative.



Successivamente si chiedeva, nel caso di risposta negativa, di motivare la negazione. Delle 93 persone, son state 77 quelle che hanno voluto fornire una spiegazione. Oltre alle lamentele per la carenza di personale, è saltato fuori che per la maggior parte vi è una mancanza di collaborazione tra le figure professionali, si fa quindi riferimento a un modello organizzativo ormai datato per mancanza di fiducia dell'intera équipe multidisciplinare. In molti dichiarano di sentirsi sovraccaricati per la mal distribuzione del lavoro, arrivando a un punto in cui l'infermiere si sente demansionato.

Molto spesso ultimamente si fa riferimento all'art. 49 del codice deontologico infermieristico che così cita: *“l’infermiere, nell’interesse primario degli assistiti, compensa le carenze e i disservizi che possono eccezionalmente verificarsi nella struttura in cui opera. Rifiuta la compensazione, documentandone le ragioni, quando sia abituale o ricorrente o comunque pregiudichi sistematicamente il suo mandato professionale”*. Secondo tale articolo l’infermiere dovrebbe compensare le carenze che, per varie ragioni, si presentano all’interno dell’U.O. e quindi, “occasionalmente”, svolgere attività che in teoria non dovrebbero appartenergli.

Con l’abrogazione del mansionario (legge 42/99) si è preso atto della crescita culturale della professione infermieristica tracciandone l’ambito attraverso il profilo professionale, il codice deontologico e la formazione di base e post base nelle università. Contestualmente son nate le figure di supporto OTA e OSA, successivamente confluite nel nuovo profilo di OSS.

L’OSS è l’operatore che svolge attività indirizzata a soddisfare i bisogni primari della persona, nell’ambito delle proprie aree di competenza, in un contesto sia sociale che sanitario. Le attività dell’OSS sono rivolte alla persona e al suo ambiente di vita e si esplicano in particolare in:

- ✓ Assistenza diretta ed aiuto domestico alberghiero (assiste la persona, in particolare non autosufficiente o allettata, nelle attività quotidiane e di igiene personale);
- ✓ Intervento igienico-sanitario e di carattere sociale;
- ✓ Supporto gestionale, organizzativo e formativo.

Considerato che per mansione inferiore si intende quella assegnata da una norma ad una diversa qualifica e che, invece, viene svolta da una qualifica superiore con carattere di continuità, prevalenza ed esclusività (Cass. Sez. V, sent. 1116 del 21.07.1995), l’infermiere, se deve organizzare l’assistenza, se deve essere responsabile generale, non può e non deve svolgere le “mansioni” per le quali sono state individuate e create altre figure di supporto: OSS che entrano a far parte dell’*entourage* dell’assistenza diretta sul paziente.

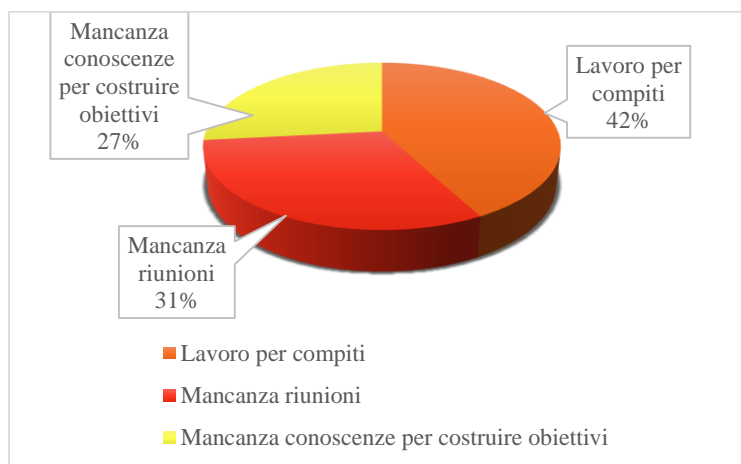
“Lo svolgimento di mansioni inferiori influisce negativamente sulla formazione e sulla crescita professionale del dipendente tanto da depauperare il proprio bagaglio tecnico-culturale fino a limitarne gravemente le proprie capacità e possibilità di sviluppo, danneggiando il prestigio, la carriera e la competenza specialistica in un determinato settore”. (Corte di Cassazione, Sezione Lavoro Civile, Sentenza del 23 marzo 2005, n. 6326).

Inoltre, secondo una sentenza del 1985 *“non compete all’infermiere ma al personale subalterno, rispondere ai campanelli dell’unità del paziente, usare padelle e pappagalli per l’igiene del malato e riassetare il letto”* (Sent. N. 1078 RG n. 9518/80, Cron. 2210 del 09 febbraio 1985). *“Se l’organico è inadeguato e il dipendente è obbligato, anche di fatto, a svolgere mansioni non attinenti al proprio profilo funzionale, ha diritto al risarcimento per lesione della dignità professionale in quanto deve sopperire ad un gravoso ed improprio cumulo di mansioni. Ne consegue che ha diritto al risarcimento valutato in via equitativa ex art.1226 C.C”* (Tribunale Civile di Milano sez. Lav. N. 2908 del 5.11-29.12).

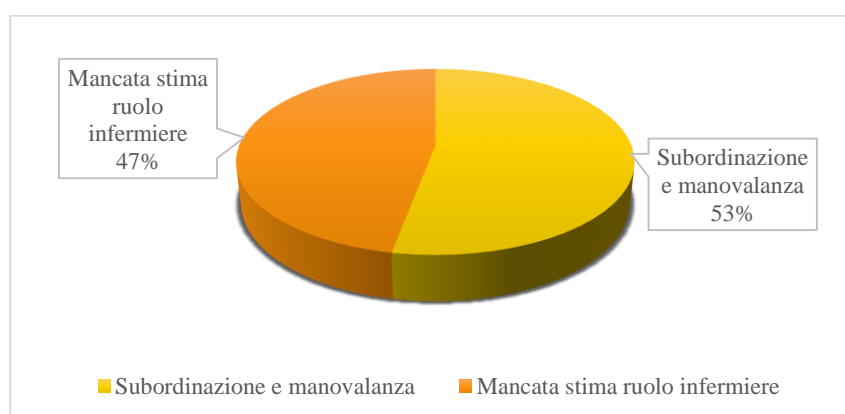
Nonostante l’alta percentuale di risposte negative al precedente quesito, al *“ti ritieni soddisfatto della qualità del lavoro nell’U.O. in cui operi”* il 70% ha risposto in maniera positiva e solo il 30% negativamente. Ciò vuol dire che comunque, nonostante la poca soddisfazione sull’organizzazione del lavoro, il tutto non si ripercuote sulla qualità dell’assistenza erogata. A chi ha risposto in maniera negativa è poi stato chiesto, come precedentemente, di motivarne la risposta. Ne è scaturito che gli infermieri non ritengono di avere un ampio spazio decisionale in quanto non vengono riconosciute le abilità e le conoscenze.

Successivamente viene chiesto se *“l’attuale organizzazione del lavoro consente di formulare obiettivi assistenziali”*. Un’altra volta vi è una discrepanza con un 52% (97 risposte) affermativo e un 48% (90 risposte) negativo. A queste ultime persone è stato chiesto di motivare la negazione e vediamo che il 42% dei professionisti (42 soggetti) dichiara che l’organizzazione del lavoro è ancora per compiti, il 31% (28 soggetti) dichiara che all’interno della propria U.O. non si fanno le riunioni di

reparto e il 27% (24 soggetti) dichiara che mancano le conoscenze di base per costruire gli obiettivi assistenziali.



Infine viene anche chiesto se i professionisti siano soddisfatti del loro ruolo d'infermiere nell'attuale organizzazione della propria U.O. Il 64% ha risposto positivamente (123 elementi) mentre solo il 36% (68 elementi) hanno risposto negativamente. Per quanto riguarda le motivazioni al non trovarsi pienamente soddisfatti il 53% (36 elementi) ritiene di non sentirsi di svolgere un lavoro da professionista, ma un lavoro di subordinazione e manovalanza, mentre il 47% (32 elementi) non ritiene che vi sia un'organizzazione del lavoro in cui il ruolo dell'infermiere è stimato.



Tutto ciò ovviamente ne va a discapito della persona stessa e non solo della figura professionale. Non di rado infatti si sente parlare di *burnout* o “sindrome del

burnout” che rappresenta una forma di esaurimento derivante dalla natura di alcune mansioni professionali. Più precisamente si tratta di una esperienza soggettiva di cattivo rapporto con il lavoro, che viene vissuta generalmente in una fase successiva ad uno stato di tradizionale stress lavorativo e con una forma grave che ha delle sue caratteristiche specifiche e delle conseguenze negative in termini di salute, di produttività e di soddisfazione lavorativa. Il *burnout* è un disagio psicofisico legato al lavoro che interessa diversi operatori e professionisti che sono impegnati quotidianamente e ripetutamente in attività che implicano le relazioni interpersonali. La genesi del fenomeno è da riscontrarsi nel contatto frequente con le emozioni dolorose degli altri, una condizione che stressa emotivamente a causa della stessa natura umana e della capacità di sperimentare l’empatia che non sempre viene gestita in modo da saper mantenere un giusto distacco emozionale pur comprendendo i problemi dell’altro. Da questa vicinanza emozionale eccessiva che si viene a creare per diverse ragioni che possono attenerci ad elementi di comunanza con la propria storia personale, ma anche al carico eccessivo di lavoro o ad alcune abitudini psicologiche di gestione emotiva, si può superare la soglia di tolleranza del *burnout* e finire, in modo più o meno consapevole, per vivere il peso delle problematiche delle persone creando una confusione emotiva interiore tra se stessi e l’altro che può essere vissuta inizialmente anche semplicemente come una stanchezza e sensazione di aver lottato con un problema.

È stato chiesto agli infermieri se conoscessero il significato del termine *burnout* e il 100% ha risposto in maniera positiva. Ho poi chiesto se ne avessero mai sofferto e di 187 infermieri, 124 (66%) hanno risposto in maniera negativa ma, seppur una minoranza, sono presenti 63 professionisti del campione (34%) che ne hanno sofferto almeno una volta nella loro carriera.

È molto importante sottolineare che lo stato di *burnout* è una condizione che è presente naturalmente nelle tipologie professionali a rischio, ovvero, coloro che operano in ambiti sociali e sanitari come:

- Medici;
- Psicologi;
- Assistenti sociali;
- *Counselors*;
- Esperti di orientamento al lavoro;
- Fisioterapeuti;
- Operatori dell'assistenza sociale e sanitaria;
- Infermieri,
- Guide spirituali;
- Missionari;
- Operatori del volontariato;

Ciò che risulta essere importante è quanto sia rilevante tenere sotto controllo il benessere del lavoratore e degli utenti, nonché l'immagine e il rendimento delle strutture erogatrici di servizio, quali, aziende ed amministrazioni, responsabili della soddisfazione del lavoratore e dei beneficiari ²⁵.

Capitolo 7

Proposte di Miglioramento

7.1 Miglioria delle Competenze

Gli infermieri neolaureati si ritrovano a lavorare in un'unità operativa di cui, sicuramente, poco conoscono, dovuto anche al fatto che durante il periodo di studi, nonostante siano previste abbondanti ore di tirocinio formativo, non sia possibile conoscere tutte le varie realtà presenti all'interno dell'Azienda Sanitaria. È accertato ormai che un'assistenza infermieristica di qualità è ottenibile solo nel caso in cui 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

L'Educazione Continua in Medicina (ECM) è un sistema di aggiornamento grazie al quale il professionista si aggiorna per rispondere ai bisogni del paziente, alle esigenze operative del Servizio Sanitario e del proprio sviluppo professionale. La formazione continua in medicina comprende l'acquisizione di nuove conoscenze, abilità e attitudini utili ad una pratica competente ed esperta. Per poter acquisire queste conoscenze è necessario l'aggiornamento continuo. Gli operatori della salute hanno l'obbligo deontologico di mettere in pratica le nuove conoscenze e competenze per offrire un'assistenza qualitativamente utile. Prendersi, quindi, cura dei propri pazienti con competenze aggiornate in modo da poter essere un buon professionista della sanità.

Nonostante però gli ECM siano obbligatori, non son pochi i professionisti che decidono di non aggiornarsi a discapito poi dell'assistenza e di conseguenza del paziente. Per questo motivo non sarebbe una cattiva idea che, all'interno delle varie aziende, vengano organizzati dei corsi di formazione mirati alle varie UU.OO, così

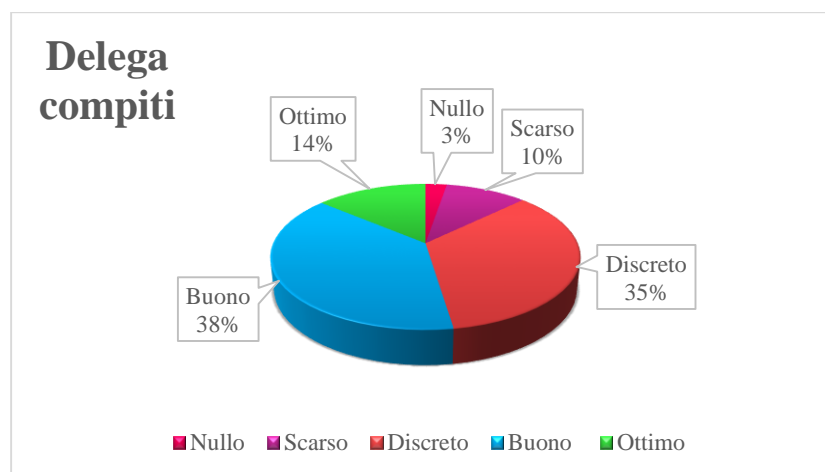
che il personale riesca a raggiungere lo stesso livello di competenza senza che vi siano grosse discrepanze. Ovvio che ciascuna grande area di appartenenza dovrà effettuare corsi mirati a far apprendere le nozioni, anche più specifiche, e gestire i casi mirati di quella determinata U.O. nel migliore dei modi per poter garantire un'assistenza di qualità.

Inoltre sarebbe buona consuetudine quella di proporre la compilazione della NCS da parte del personale infermieristico delle varie Aziende Sanitarie così da tener sotto controllo il grado di competenze acquisite e valutare anche l'efficacia dei suddetti corsi.

7.2 Miglioria dell'Organizzazione dell'Unità Operativa

Perché venga erogata un'assistenza di qualità, oltre alle competenze professionali, sicuramente è importante che l'ambiente lavorativo sia ottimale.

Per evitare casi in cui il personale infermieristico vada incontro al demansionamento o al sovraccarico di lavoro, sarebbe ottimale la delega di compiti al personale subalterno. Come verificato dallo studio eseguito, infatti, il personale infermieristico, al quesito “*assicurare il procedere di un'assistenza priva di pericoli attraverso la delega di compiti*” ha risposto per il 38% (72 infermieri) con una competenza buona, seguito dal 35% discreto (65 infermieri), 14% ottimo (26 infermieri), 10% scarso (19 infermieri e 3% nullo (5 infermieri).



L'infermiere ha l'esclusiva competenza di valutare tutti i bisogni del paziente, definire il livello di autonomia del paziente, valutare la complessità clinica e assistenziale dell'assistito. Attraverso il processo assistenziale l'infermiere elabora, con il processo decisionale, un processo logico così da poter assegnare, dove necessario, compiti al personale di supporto, mantenendo comunque la responsabilità e la supervisione dell'intero processo di assistenza.

Perché la delega di compiti garantisca in ogni caso un'assistenza sicura e di qualità, è bene che l'infermiere valuti le competenze del personale di supporto quali:

- ✓ Formazione acquisita;
- ✓ Conoscenza ed esperienza personale posseduta;
- ✓ Capacità e abilità possedute dall'OSS

Il processo di attribuzione dei compiti si inserirà all'interno del Processo di *Nursing* in questo modo:

- ✓ Accertamento,
- ✓ Diagnosi infermieristica,
- ✓ Pianificazione,
- ✓ Identificazione degli interventi attribuibili,
- ✓ Attuazione e valutazione.

Il processo di attribuzione dunque dovrà rispettare i seguenti punti quali: giusto compito, nelle giuste circostanze, alla giusta persona, nelle giuste istruzioni e buona comunicazione e con la giusta supervisione e valutazione.

Altro punto fondamentale è che all'interno della U.O. vi sia una buona comunicazione e cioè la distribuzione di informazioni e la presenza di un'interazione tra le diverse figure professionali: il cosiddetto lavoro di équipe. L'integrazione tra le varie figure professionali può avvenire solo se si mantiene una comunicazione rispettosa del proprio o del ruolo altrui. Lavorare in équipe significa anche che, nonostante la differenza delle attività relative alle competenze di un determinato profilo professionale, vi sia un'elasticità verso alcuni "compiti" che possono essere svolti da più figure professionali come per esempio l'accoglienza,

la formazione e la gestione di gruppi educativi e operativi. Nonostante vi sia un'integrazione tra le varie figure, ogni professionista mantiene una propria dignità e un ruolo centrale nell'assistenza in base al proprio profilo professionale, così da poter raggiungere gli obiettivi prefissati ²⁰.

Conclusioni

Dallo studio eseguito è emerso che nonostante gli infermieri dichiarino di possedere un buon livello generale di competenze, siano presenti degli aspetti organizzativi all'interno delle diverse UU.OO. che potrebbero essere modificati e migliorati.

Conoscere i limiti della propria professionalità e i confini del proprio ruolo è una prerogativa importante, ma non deve impedire a qualsiasi professione, in questo caso quella dell'infermiere, di raggiungere traguardi e responsabilità di alto livello nel proprio lavoro. Per questo, in un momento dove ancora la figura dell'infermiere deve lottare per avere un riconoscimento sia professionale che sociale, per primi, noi infermieri, dobbiamo riconoscere il valore della nostra professione, dimostrare che con le capacità acquisite durante la formazione, si può rivestire un ruolo chiave nell'assistenza sanitaria.

Bibliografia

1. *Wildner Jürgen: Una Ragazza Tedesca di fine '800 con la Passione per l'Assistenza*, in: *L'Infermiere*, Organo Ufficiale della Federazione Nazionale collegi, No. 5 2005.
2. Luci Conti. *L'Infermieristica dall'Unità d'Italia al Fascismo*. *L'Infermiere*, 1/2006.
3. Cantarelli M., *Il Modello delle Prestazioni Infermieristiche*, Collana di Scienze Infermieristiche, 2° edizione, Massoni, Milano 2003.
4. Salvemini S., *La Progettazione delle Mansioni*, ISEDI, Milano, 1977.
5. Giuseppe Monti, *Compiti e Mansioni*, *Il Giornale delle PMI*, Marzo 2015.
6. *Mintzberg H.*, *La progettazione dell'organizzazione aziendale*, Grafiche Galeati, Imola 1983.
7. EBM Working Group. *Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine*. *JAMA*.
8. *Benner P.*, *L' Eccellenza nella Pratica Clinica dell'Infermiere. L'Apprendimento Basato sull'Esperienza*, *McGraw-Hill*, Milano, 2003.
9. ISFOL, Franco Angeli, *Apprendimento di Competenze Strategiche*, Milano, 2004.
10. *Cowan DT, Norman IJ, Coopman VP. Competence in Nursing Practice: a Controversial Concept – a Focused Review of Literature. Nurs Educ Today 2005.*
11. *Meretoja R, Isoaho H, Leino-Kilpi H. Nurse Competence Scale: development and psychometric testing. J Adv Nurs 2004.*
12. *Schon DA*, *Il Professionista Riflessivo*. 2° edizione. Bari: Dedalo; 2006.
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.*
14. Finotto S, Cantarelli W. *Gli Indicatori della Competenza Infermieristica: Validazione Linguistica e Culturale della Nurse Competence Scale*. *Professioni Infermieristiche* 2009

15. Meretoja R, Eriksson E, Leino-Kilpi H. *Indicators for Competent Nursing Practice. J Nurs Manag* 2002.
16. A. Selvatici, M.G. D'Angelo, *Il Bilancio Di Competenze*, Franco Angeli, Milano, 1999.
17. AA.VV. *Perché l'analisi delle competenze. L'infermiere*, 2007.
18. Numminen O, Meretoja R, Isoaho H, Leino-Kilpi H. *Professional Competence of Practising Nurses. J Clin Nurs*, 2013.
19. Müller M. *Nursing Competence: Psychometric Evaluation using Rasch modeling. J Adv Nurs.*, 2013.
20. Martin JS, Frei IA, Suter-Hofmann F, Fierz K, Schubert M, Spirig R. *Evaluation of Nursing and Leadership Competencies - a Baseline for Practice Development. Pflege*, 2010.
21. Scavone R, Ausili D, Di Mauro S. *La valutazione delle Competenze Infermieristiche: uno Studio di Validazione della Nurse Competence Scale. L'Infermiere*, 2014.
22. 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.

Sitografia

23. Federazione Nazionale Collegi Infermieri professionali, Assistenti sanitari, Vigilatrici d'infanzia (IPASVI). Note di storia. (ultimo accesso 3/03/2017) <http://www.ipasvi.it/chi-siamo/note-di-storia.html>
24. <https://www.ipasvi.fr.it/cos-e-e-cosa-prevede-il-comma-566-della-legge-di-stabilita-2015/> (ultimo accesso 31/03/2017)
25. http://www.benessere.com/psicologia/arg00/sindrome_burnout.html (ultimo accesso 1/04/2017)
26. <http://wikipedia.it> (ultimo accesso 3/03/2017)

Ringraziamenti

Se ho raggiunto questo traguardo lo devo soprattutto a me e alla mia determinazione. Non sempre è stato facile, a volte per niente, ma *“tanto più ardua è la salita, incommensurabile sarà la gioia alla vetta”* (Enrico Giuffrida).

Ringrazio la mia famiglia, le prime persone a far in modo che il mio sogno divenisse realtà.

Ringrazio la mia relatrice, Dott.ssa Daniela Pistidda, per avermi affiancata nel raggiungimento di questo obiettivo.

Ringrazio le mie due mamme adottive, nonché tutor migliori, Anna Maria e Gavinuccia. Avete reso il tirocinio un'esperienza piacevole e, fidandovi di me, siete riuscite a far in modo che potessi diventare più autonoma nella pratica clinica.

Ringrazio i miei colleghi, che son diventati un po' la mia seconda famiglia, ma soprattutto la colonna di questo percorso, Ilaria. Grazie per avermi supportata, ma soprattutto sopportata, per tre anni. Hai fatto in modo più volte di acquietare l'istinto che nella maggior parte delle volte prende il sopravvento e a tendermi la mano per sostenermi con sincerità e costanza.