



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE  
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

---

Corso di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche ed  
Ostetriche

**Mappatura competenze  
infermieri SRP2:  
Studio osservazionale trasversale**

Relatore: Chiar.mo  
**Paolo Antognini**

Tesi di Laurea di:  
**Brahim Lagtaa**

A.A. 2021/2022

## Indice

Introduzione.....	1
Salute mentale nel mondo.....	3
Salute mentale in Italia – Trieste.....	5
Competenze infermieristiche .....	8
Disturbo psichico .....	11
L’infermiere di salute mentale .....	12
Struttura residenziale psichiatrica di Macerata.....	16
La mappatura delle competenze .....	20
Nurse Competence Scale .....	21
Clinical Competence Mental Health Nurse .....	23
Obiettivi.....	24
Materiali e metodi.....	25
Disegno dello studio .....	25
Popolazione e campionamento .....	25
Raccolta dati.....	26
Strumento di valutazione .....	27
NCS .....	27
Clinical Competence Mental Health Nurse.....	28
Analisi dei dati.....	28
Risultati.....	29
Descrizione del campione .....	29
Analisi e descrizione delle competenze NCS .....	30
Analisi e descrizione competenze CCMHN .....	42
Discussione.....	48
Limiti dello studio.....	50
Conclusioni.....	51
Bibliografia.....	52
Allegati .....	62

Nurse Competence Scale .....	62
Clinical Competence Mental Health Nurse .....	66
Modello Profilo competenze infermieri SRP2.....	69

## **Introduzione**

Questo lavoro nasce dall'esigenza di mappare le competenze degli infermieri che operano presso l'unità operativa, Struttura Residenziale Psichiatrica a carattere estensivo di Macerata, facente parte del Dipartimento di salute mentale, per valutare se il livello di competenza posseduto è sufficiente ad erogare un'assistenza ottimale a seguito dei cambiamenti organizzativi e dell'evoluzione dei bisogni di salute avvenuti nel tempo, offrendo in primis una panoramica della salute mentale mondiale e dell'organizzazione dei servizi di salute mentale in Italia.

Ogni contesto operativo presenta delle peculiarità che sono definite in base alla tipologia di pazienti che accoglie e conseguentemente al tipo di assistenza che viene erogata.

In un contesto di crisi generale, caratterizzato da razionalizzazione della spesa sanitaria, una continua evoluzione e ridefinizione degli assetti organizzativi, strutturali e gestionali, una domanda di assistenza sanitaria in continuo aumento, (non che l'aumento dell'età pensionabile e d'ingresso al lavoro), promuovere e rafforzare le competenze delle risorse umane in un'ottica di sviluppo delle potenzialità, risulta fondamentale per erogare un'assistenza efficiente e di qualità<sup>1</sup>.

Di fatto La direttiva emanata dal Dipartimento della Funzione Pubblica il 13 dicembre 2001 sostiene che “tutte le organizzazioni, per gestire il cambiamento e garantire un'elevata qualità dei servizi, devono fondarsi sulla conoscenza e sulle competenze<sup>2</sup>”.

Da qui appare chiaro come l'azienda sanitaria ed i professionisti siano un binomio che deve interagire in maniera attiva per poter raggiungere risultati di qualità ed essere competitivo.

Una governance efficace ed un'altrettanta gestione ottimale delle risorse umane che si basi sui risultati potrebbe orientare il comportamento dei professionisti e porli nella condizione di poter offrire il miglior contributo in un ambito della sanità che rappresenta un settore di alta intensità di lavoro (labour intensive), ma soprattutto un'elevata qualificazione professionale (brain intensive).

La mappatura delle competenze del ruolo può portare a un cambio di modalità di azione per affrontare la complessità del ruolo e per essere in grado di attuare politiche per sviluppare efficacemente le risorse umane<sup>3</sup>. Inoltre, la presenza nell'unità operativa di un

profilo di competenze cui fare riferimento permette ai neoassunti di identificare da subito quali siano le competenze necessarie per poter lavorare in maniera adeguata ed efficiente.

In tale contesto il riconoscimento e la certificazione delle competenze, acquisite dall'individuo in contesti formali, non formali e informali, rappresentano un fattore determinante per favorire e sostenere un concreto incremento della partecipazione delle persone alla formazione.

## **Salute mentale nel mondo**

La salute mentale è uno stato di benessere mentale che consente alle persone di far fronte allo stress della vita, realizzare le proprie capacità, imparare e lavorare bene e contribuire alla crescita della propria comunità. È una componente integrante della salute e del benessere che è alla base delle nostre capacità individuali e collettive di prendere decisioni, costruire relazioni e plasmare il mondo in cui viviamo. La salute mentale è un diritto umano fondamentale. Ed è necessaria per lo sviluppo personale, comunitario e socio-economico<sup>4</sup>.

Gran parte delle persone affette da disordini di salute mentale non hanno accesso a cure efficaci, a causa della mancanza di servizi e supporti, incapacità dei servizi laddove esistono di seguire il percorso dei pazienti in un concetto di continuum di cure perché l'espandersi dello stigma blocca le persone a cercare aiuto<sup>5</sup>.

Nel 2019 l'IPSOS, leader mondiale nell'ambito delle ricerche di mercato, ha condotto una indagine in 29 paesi, inclusi 19 paesi OCSE, dalla quale risulta una sussistenza dello stigma che circonda la salute mentale. In particolare, solo il 60% degli intervistati ha convenuto che la malattia mentale fosse come una qualsiasi altra malattia, mentre il 25% ritiene che chiunque abbia avuto un problema di malattia mentale dovrebbe essere escluso da un impegno pubblico<sup>6</sup>.

Nel 2018, in Europa, un adulto su nove presentava sintomi di distress psicologico<sup>7</sup>.

In tutti i paesi del mondo i disordini mentali sono molto diffusi e sotto trattati, ed i servizi per accoglierli e trattarli sono sotto finanziati. Nel 2019 circa 960 milioni di persone nel mondo erano affette da disordini mentali, una stima di una persona su 8 conviveva con un disordine mentale, 82% dei quali vivevano in un paese a basso- medio reddito a ciò si aggiunge un sottofinanziamento globale perpetuo pari al 2%<sup>8</sup>.

La prevalenza dei disordini mentali varia in base al sesso, con una lieve prevalenza del sesso femminile, 52,4% rispetto al sesso maschile 47.6% e l'età<sup>6 7</sup>. In entrambi i sessi, ansietà e depressione sono le più comuni disordini mentali, rappresentando due delle dieci

cause maggiori cause portatori di anni vissuti con disabilità<sup>9 10</sup>. Nel primo anno della pandemia di COVID-19, la prevalenza globale di ansia e depressione è aumentata del 25%, ed i dati rappresentano solo la punta dell'iceberg<sup>11</sup>.

Ciò ha un impatto non solo sugli individui e le loro famiglie, ma ha delle ricadute in tutta la società. Infatti, la salute mentale può essere influenzata da diversi fattori come, per esempio, quelli ambientali e socioeconomici. Tutti questi fattori devono essere presi in considerazione quando si programmano strategie integrative di promozione, prevenzione, trattamento e riabilitazione della salute mentale.

Inoltre, nel mondo è noto che i soggetti affetti da disordini di salute mentale severe hanno un tasso di mortalità sproporzionalmente elevato rispetto alla popolazione generale. Le persone affette da condizioni di salute mentale severe, come la schizofrenia ed i disordini bipolari muoiono in genere 10-20 anni prima della popolazione generale<sup>12 13</sup>.

Tutte queste condizioni hanno portato L'OMS a porre enfasi su tutte le nazioni che ne fanno parte di implementare, il Comprehensive Mental Health Action Plan 2013-2030, con l'obiettivo di migliorare la salute mentale rafforzando una leadership e una governance efficaci, erogando un'assistenza integrata e reattiva basata sul territorio, implementando strategie di promozione e prevenzione a tutti i livelli e rafforzando i sistemi di informazione evidenza e ricerca<sup>14</sup>.

Nel 2020 un'analisi sulle performance delle nazioni mondiali riguardo gli obiettivi posti risultano ancora insufficienti, suggerendo la necessità di finanziamenti maggiori nel campo della salute mentale<sup>15</sup>.

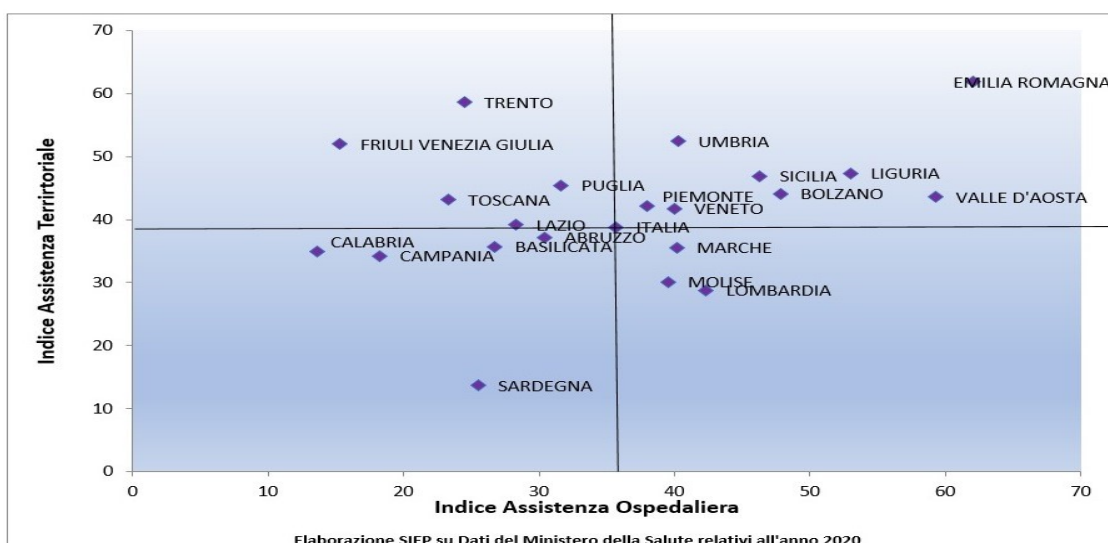
Tutte queste condizioni pongono enfasi sull'importanza della governance dei sistemi sanitari dedicati alla salute mentale, integrazione dei servizi di salute mentale alle cure primarie con rafforzamento ed interconnessione dei servizi che possano gestire le esigenze dei cittadini in un concetto di prossimità, e dell'importanza delle competenze possedute dai professionisti sanitari in particolar modo quelle degli infermieri, che rappresentano la percentuale maggiore nella gestione e presa in carico dei pazienti che si rivolgono o che hanno un contatto con i servizi della salute mentale<sup>16 17</sup>.

## Salute mentale in Italia - Trieste

La normativa che ha radicalmente rivoluzionato il mondo della salute mentale e la vita dei pazienti, restituendo dignità e diritti, è stata la legge 180/78<sup>18</sup>, denominata legge Basaglia dall'omonimo psichiatra che ne fu il principale artefice, portando alla chiusura definitiva dei manicomi, processo terminato nel 1999<sup>19</sup>, e degli ospedali giudiziari psichiatrici nel 2017<sup>20</sup>.

L'Italia, più specificamente, il dipartimento di salute mentale di Trieste è considerato come area pilota nel processo di de-istituzionalizzazione, dal 1987 ad oggi è riconosciuto quale Centro Collaboratore dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) per la ricerca e formazione in salute mentale, non che centro leader per lo sviluppo dei servizi di salute mentale in Europa, nell'ambito dell'implementazione del Piano di Azione per la Salute Mentale 2013-2020<sup>21</sup>.

Nonostante la presenza nel territorio italiano di un centro di comprovata e riconosciuta competenza, cui fare riferimento la situazione rispetto ai servizi e all'organizzazione della salute mentale a livello nazionale appare molto disomogenea, così come la distribuzione delle risorse, e l'applicazione degli standard minimi definiti per la prima volta nei livelli essenziali di assistenza del 2001 poi nel 2017 con conseguente impatto sulla pianificazione e attuazione dei programmi riabilitativi. Ciò è evidenziato dall'andamento delle performance nelle attività territoriali e valori ridotti dell'indice di ospedalizzazione, come rappresentato nella figura sottostante<sup>22</sup>:





Le Regioni con migliore performance nelle attività territoriali e valori ridotti dell'indice di ospedalizzazione come si può evincere dal grafico sono la P.A. di Trento, il Friuli-Venezia Giulia e la Toscana, le Marche sono lievemente sotto la soglia nazionale.

Il modello organizzativo per l'adulto si basa sui Dipartimenti di salute mentale in quasi tutte le Regioni italiane, che ricomprendono all'interno (CSM), centri di salute mentale, servizi psichiatrici di diagnosi e cura (SPDC), strutture residenziali, Centri diurni e residenze per l'esecuzione di misure restrittive (REMS)<sup>23</sup>.

I CSM nelle regioni più alla avanguardia risultano aperte nelle 24 ore e perfettamente integrate nel territorio con personale formato nella gestione del paziente psichiatrico sia comune che grave soprattutto nel suo ambiente di vita, applicando uno dei principi cardine della medicina personalizzata che ruota intorno all'utente. Questo modello chiamato "Triestino" va a ripartire i fondi di salute regionali dedicati alla salute mentale maggiormente nel territorio – comunità piuttosto che a livello ospedaliero<sup>24 25 26</sup>. Di fatti si nota una riduzione dei posti letto sia nei CSM, SPDC, e nei luoghi residenziali a fronte di un'azione volta al pieno recovery personale dell'utente nel suo ambiente di vita oppure in ambienti dedicati, definite microaree, interconnessi con gli operatori del CSM e gli attori del sociale. Ciò permette e promuove l'indipendenza e l'autonomia delle persone affette da disordini mentali e nel caso gli utenti abbiano bisogno di arrivare a loro nel minor tempo possibile. Nello stesso tempo è in grado di gestire le urgenze in ambito psichiatrico<sup>27</sup>.

Le criticità ancora presenti nel territorio nazionale sono la presenza sempre maggiore delle residenze psichiatriche nel territorio che invece di riabilitare i soggetti affetti da disordini di natura mentale rischiano di diventare un contenitore dei pazienti cronici<sup>28</sup>, invece di integrarli nel contesto sociale facendo leva sulla presenza del territorio di stakeholders per poter integrare i pazienti nella società tramite borse lavoro studio, progetti di volontariato, incontri peer to peer...

La coercizione tema affrontato nel ultimo rapporto della conferenza sulla salute mentale 2021, riporta l'ambizioso progetto di eliminare la coercizione meccanica entro il 2023, pratica ancora presente non solo nei luoghi di dipartimenti di salute mentale ma anche a livello ospedaliero e nelle residenze sanitarie assistenziali, attraverso uno stanziamento di

fondi per poter raggiungere una situazione omogenea in tutto il paese<sup>29</sup>, realtà già presente nel territorio italiano a macchie, soprattutto nel nord e centro nord dello stivale, ma comunque in bassa percentuale, di fatto solo il 10% degli SPDC, aderisce al progetto no restraints e di cui Trieste rappresenta una realtà leader da oltre un decennio<sup>30</sup>.

Questa criticità pongono maggiormente enfasi sull'uso ottimale del personale e la riorganizzazione dei servizi sanitari in un'ottica di maggiori investimenti sulla figura infermieristica che come dimostrano i dati sulla letteratura internazionale essendo la figura maggiormente presente nei sistemi sanitari di essere riqualificata così come avviene nei paesi ad alto reddito per poter offrire migliori servizi nel pieno rispetto della dignità degli utenti in un concetto di recovery.

## **Competenze infermieristiche**

La letteratura sulle competenze propone una sterminata rassegna di definizioni e di approcci: solo in quella sociopsicologica e manageriale se ne contano oltre 160<sup>31</sup>, concetti che si ritrovano rielaborati nelle teorie degli Spencer:

Una competenza può essere definita come una caratteristica intrinseca individuale, causalmente collegata a una performance efficace o superiore in una mansione o in una situazione che è misurata<sup>32</sup>.

Un'ulteriore sistematizzazione del concetto di competenza clinica è quello proposto dalla studiosa americana Patricia Benner, basato sull'expertise dei fratelli Dreyfus, che si basa sul concetto che la competenza infermieristica deriva sia dai concetti teorici che dall'esperienza maturata durante la carriera lavorativa. All'inizio della carriera prevarrà l'educazione teorica appresa, mentre in fase di avanzamento l'esperienza acquisita diventa preponderante, tanto che l'infermiere al culmine della carriera si affiderà solo alle proprie esperienze concrete assimilate del suo percorso lavorativo<sup>33</sup>.

L'OMS definisce la competenza come una componente fondamentale degli standard professionali<sup>34</sup>.

La direttiva europea 2013/55/UE recepita con D.lgs. 28 gennaio del 2016 n.15, definisce quali sono le competenze fondamentali che deve possedere un infermiere base, a prescindere dal fatto che la formazione si sia svolta in università, in istituti di insegnamento superiore di un livello riconosciuto come equivalente o in scuole professionali, ovvero nell'ambito di programmi di formazione professionale infermieristica<sup>35</sup>.

### **Competenze avanzate e specialistiche: normative**

In Italia il dibattito riguardo le competenze infermieristiche avanzate è relativamente recente e sul piano legislativo sono vari i riferimenti che sono andati a normare le competenze avanzate/specialistiche della professione infermieristica:

- D.M. 739/94: "Profilo Professionale dell'infermiere" nel comma 5 viene identificata la formazione infermieristica post base, per la pratica specialistica nelle seguenti aree<sup>36</sup>:

1. Sanità pubblica
2. Pediatria
3. Salute Mentale
4. Geriatria
5. Area Critica

- Legge 43/2006: Vengono identificati nell'art.6 i professionisti specialisti in possesso di Master di primo livello per le funzioni specialistiche<sup>37</sup>.

CCNL art.16 e 23 (2016-2018): Nel comma 8 del art. 15 vengono introdotte due figure che sono il:

- Professionista Esperto, colui che “ha acquisito competenze avanzate attraverso percorsi formativi complementari regionali ed attraverso l’esercizio di attività professionali riconosciute dalle stesse regioni”
- Professionista Specialista colui che “è in possesso del master specialistico di primo livello di cui l’art 6 del 43/06”<sup>38</sup>

Il possesso fino ora di una specializzazione, l’osservatorio nazionale delle professioni sanitarie offre 90 masters dei quali oltre 30 coinvolgono gli infermieri<sup>39</sup>, non è un requisito imprescindibile per poter accedere ad un determinato impiego negli ambiti sopraelencati, sia che si tratti di ambiente ospedaliero che territoriale. inoltre, il possesso di un titolo di specializzazione con il conseguente bagaglio di skills possedute dal professionista che lo stesso mette in campo quotidianamente non sempre è ancora riconosciuto a livello retributivo.

Un ulteriore sviluppo e riconoscimento delle competenze infermieristiche viene normato dalla Conferenza dei Presidenti delle Regioni del 20 febbraio 2020, erogando un documento che specifica come le aziende sanitarie dovranno riconoscere le competenze avanzate, e prevede tre livelli in base all’esperienza professionale maturata e/o alla formazione per i professionisti specialisti/professionisti:

- Competenza Di Livello Base: del professionista sanitario neo inserito in una specifica area;
- Competenza Di Livello 1: maturata dal professionista sanitario a seguito di esperienza professionale in una particolare area, anche attraverso formazione specifica;
- Competenza Di Livello 2: maturata dal professionista che ha sviluppato competenza di livello 1 e che acquisisce competenze avanzate con percorsi formativi complementari regionali, oppure quella maturata dal professionista sanitario che già opera in contesti che richiedono l'impiego delle competenze avanzate e che ha frequentato percorsi formativi riconoscibili come equivalenti ai percorsi di formazione complementare regionale oppure quella maturata dal professionista in possesso del master di 1 livello<sup>40</sup>.

## **Competenze infermiere salute mentale**

### **Disturbo psichico**

Prima di addentrarci nel complesso tema delle competenze infermieristiche di salute mentale è fondamentale spiegare soprattutto con chi l'infermiere si deve confrontare ogni giorno, cioè persone con disordini psichici. Nella notevole diversità di forme ed entità proprie del disturbo psichico si può riconoscere una caratteristica comune: indipendentemente dalla specifica manifestazione, esso causa una distorsione dell'interpretazione degli stimoli provenienti dall'ambiente, a cui segue un comportamento coerente con questa interpretazione ma non efficace, non adattivo. Il comportamento mal adattivo implica una perdita dell'autonomia nelle attività di vita quotidiana, nella capacità di soddisfare, nelle capacità che l'Orem definisce di "autocura".

Questa visione distorta della realtà e il suo conseguente mal adattamento in un mondo in cui vedono persone, sentono voci, odori, che nella realtà non esistono, ma che sono percepiti come presenze reali e spesso angoscianti, incidono sulla capacità della persona di rapportarsi con l'esterno, portandoli ad un progressivo auto isolamento, nel quale non riescono più a prendersi cura di sé, ad auto conservarsi, con l'alto rischio di cronicizzazione. Compito dell'infermiere è di orientare l'intervento assistenziale al recupero delle capacità di autocura, sostenendo le dimensioni compromesse, sia psicologica che sociale, in un concetto di recovery. La complessità della gestione del paziente psichiatrico necessita di competenze che come ben si può intuire sono sia cliniche che relazionali, identificarle risulta essere determinante sia per gli infermieri che lavorano nel dipartimento in un'ottica di miglioramento sia per i neofiti per avere un punto di riferimento.

## **L'infermiere di salute mentale**

L'infermiere di salute mentale opera in diversi setting: ospedalieri, strutture residenziali e nella comunità occupandosi di aspetti specifici della salute mentale ma anche di quelli organici secondo una dimensione bio-psico-sociale erogando un'assistenza personalizzata che risponda alle preferenze, esigenze e valori dei cittadini<sup>41 42 43</sup>.

La sua posizione di élite in quanto figura maggiormente presente in tutti gli ambiti del dipartimento della salute mentale, gli permette di essere un punto di riferimento per i pazienti in trattamento presso i DSM, ancor di più nelle strutture residenziali e nella comunità dove è presente 24 h/24h. Ciò implica avere un'ampia serie di competenze per poter affrontare i diversi bisogni dei pazienti. Uno studio australiano ha identificato le competenze core fondamentali per un infermiere che opera nell'ambito della salute mentale, comuni in gran parte dei competency framework degli infermieri di salute mentale mondiali, sia con formazione base che specialistica, in totale sono 8<sup>44 45 46 47 48</sup>:

1. valutazione e gestione del rischio: La capacità di essere in grado di valutare in maniera sia oggettiva tramite scale di valutazione e documentazione clinica annessa ma soprattutto tramite il giudizio clinico è una delle competenze che sono state giudicate fondamentali per poter prevedere un eventuale crisi e poterla gestire nel migliore dei modi con esiti favorevoli sia per il professionista che per il paziente.
2. comprensione dei principi di recupero: L'infermiere sia come professionista che, come componente di un'equipe multidisciplinare, si impegna a condividere con il paziente il progetto terapeutico individuale e riabilitativo, definendo quali sono gli obiettivi a breve e medio termine da raggiungere in un'ottica di negoziazione cercando di far leva sulle capacità residue del paziente in un'ottica di empowerment nel pieno rispetto della persona e della sua dignità con obiettivo, la riduzione o remissione dei sintomi e la possibilità di poter vivere in maniera soddisfacente perfino con limitazioni causate dai disordini di salute mentale.

3. assistenza centrata sulla persona e sulla famiglia: permette agli utenti di poter prendere decisioni in merito alla propria vita con il coinvolgimento dei familiari/ amministratori di sostegno.
4. Buone capacità di comunicazione: sono descritte come una parte importante delle competenze chiave degli infermieri. Il modo in cui i pazienti vengono accolti dagli infermieri e da altri operatori sanitari influenzerà il modo in cui viene fornita l'assistenza sanitaria ed il loro rapporto. L'infermiere nel lungo percorso di carriera lavorativa e formazione riesce ad arricchire le skills comunicative verbali e non verbali, capacità di ascolto empatico, adattandole al contesto e in base alla persona che ha di fronte<sup>49 50</sup>.
5. Conoscenza dei disturbi mentali e del trattamento: risulta fondamentale comprendere il problema di salute degli utenti per poter interagire in maniera adeguata e fornire un'assistenza di qualità.
6. Valutazione della ricerca e promozione della salute fisica: I pazienti affetti da disordini di salute mentale presentano, come confermano gli studi in letteratura, il più delle volte cattive abitudini alimentari, uso di tabagismo, che li porta spesso a presentare ad avere dislipidemia, alterazioni a livello cardiovascolare e pneumologico. Educarli ad uno stile di vita adeguato o per lo meno migliorare le loro abitudini risulta di fondamentale importanza.
7. Senso dell'umore: Essere in grado di poter interagire con gli utenti in maniera gioiosa, allegra, gentile è risultato importante sia per loro che per gli infermieri, consolidando il rapporto professionista- utente<sup>51</sup>
8. interventi fisici e psicologici: include le competenze infermieristiche cliniche generiche oltre alle capacità di gestione del paziente secondo diverse teorie psichiatriche del nursing.

L'infermiere riesce ad affinare queste competenze sia con la formazione continua e complementare ma soprattutto interagendo con i pazienti e con l'equipe multidisciplinare, in un processo di continua assimilazione e confronto che conduce l'infermiere neofita alla condizione di esperto<sup>52</sup>. Infatti, fornire assistenza di qualità alle persone con disordini mentali è stato notato influenzato dall'anzianità di servizio, così come è stato riscontrato



che gli infermieri alle prime armi è associata ad una mancanza di fiducia e competenza<sup>53</sup>. Possedere un titolo specialistico in salute mentale può aiutare un neofita nella gestione del paziente affetto da disturbi mentali in quanto nonostante la mancanza di esperienza presenta un bagaglio culturale che gli permette di interfacciarsi in maniera più fiduciosa, oltre a consolidare le conoscenze e le skills apprese nella pratica clinica<sup>54</sup>. Diversi studi hanno dimostrato che il possesso di competenze specialistiche portano benefici in termini di salute e soddisfazione degli utenti<sup>55</sup>.

Le competenze acquisite dopo un corso post base sono definite sia dal curriculum dell'infermiere di salute mentale europeo sia dalla Federazione nazionale ordini professionali infermieri<sup>56 57</sup>:

- affrontare con coinvolgimento attivo le situazioni di cura preservando la propria integrità emotiva;
- analizzare e gestire le implicazioni e i problemi etici legati all'operatività quotidiana;
- sviluppare e gestire progetti di prevenzione primaria e di educazione nell'ambito della salute mentale e della psichiatria in collaborazione con enti, scuole e altri professionisti e associazioni;
- gestire nella globalità una situazione complessa, a livello intra- ed extraistituzionale;
- prevenire e gestire situazioni patologiche o di disagio sociale in contesti multiculturali;
- promuovere la riabilitazione e il reinserimento sociale di individui o gruppi di persone con problemi psichiatrici;
- sostenere l'utente con un disagio o un problema psichico e il suo sistema d'appartenenza nella situazione di crisi;
- fornire consulenza specialistica e sostegno a persone, équipes o enti;
- svolgere attività di ricerca al fine di prevedere i cambiamenti degli scenari socio-psichiatrici e di adattarvi le risposte terapeutiche e preventive;

- collaborare a programmi di ricerca nei campi salute mentale e psichiatria e a promuovere la diffusione dei dati;
- elaborare modelli di presa in carico per il proprio istituto o servizio di salute mentale finalizzati al miglioramento della qualità dell'offerta erogata e alla qualità della vita dell'utenza;
- fungere da stimolo all'équipe per la riflessione costante sull'attività clinica;
- pianificare e svolgere attività d'insegnamento e di aggiornamento.

L'occasione di avere un set di indicatori di competenze con cui confrontarsi per gli infermieri neofiti può rappresentare un'occasione per poter innanzitutto autovalutarsi e comprendere a tempo zero quali competenze possiedono e quali sono da acquisire o migliorare, in un processo continuo di formazione specifica, volto al miglioramento delle performance, nel quale possono organizzare la loro formazione in maniera specifica, in base agli obiettivi che si sono prefissati.

L'utilizzo di un portfolio elettronico può aiutare nella gestione e organizzazione del percorso formativo, oltre che rappresentare una risorsa anche per l'azienda nel caso sia condiviso, dando alla stessa la possibilità di poter valutare il percorso formativo dei propri professionisti e di poter gestire le proprie risorse e di allocarle in maniera più idonea.

Riuscire ad avere una mappatura delle competenze degli infermieri che operano presso il dipartimento di salute mentale rappresenta un grande vantaggio in un sistema meritocratico nella giusta collocazione degli infermieri nell'ambito più idoneo e giusto in base alle loro competenze ed alle esigenze aziendali.

## **Struttura residenziale psichiatrica di Macerata**

La Struttura Residenziale Psichiatrica per trattamenti riabilitativi a carattere estensivo di Macerata, codificata dall'ultimo regolamento regionale 1/18, come SRP2, ed accreditata ed autorizzata secondo i criteri stabiliti dalla legge regionale 21/2016, recante ultima modifica con la DGR n. 937/2020<sup>58</sup> espletata nel manuale operativo con Decreto del dirigente del settore autorizzazioni e accreditamenti n. 20 del 15 febbraio 2022<sup>59</sup>, accoglie persone con compromissioni del funzionamento personale e sociale gravi o di gravità moderata ma persistenti e invalidanti, per i quali si ritengono efficaci trattamenti terapeutico riabilitativi e di assistenza tutelare, da attuare in programmi a media intensità, finalizzata al recupero della cura della persona e della socializzazione<sup>61</sup>. È un'abitazione civile pienamente presente nel territorio così da favorire e promuovere l'integrazione e la fruizione degli altri servizi del territorio, non che la facilità nel raggiungerlo così da favorire l'integrazione dei pazienti all'interno del tessuto sociale, principi confermati dal Libro Verde della Commissione Europea 2006<sup>60</sup>. La capienza massima è di 12 persone, nel rispetto del progetto obiettivo tutela della Salute Mentale 1998-2000<sup>61</sup>, mentre, l'età dei pazienti è compresa tra 30 e 56 anni. I posti previsti per le SRP2 nella regione marche secondo DGR 1105/17 ammontano a 302 contro i 263 esistenti, di cui 45 sono presenti nell'area vasta 3<sup>62</sup>. È presente un'equipe multiprofessionale che coinvolge diverse figure professionali da psichiatri, medici di medicina generale, psicologi, infermieri, educatore, assistente sociale e dal mese di settembre 2021, l'equipe è stata arricchita di un ulteriore figura professionale: un tecnico della riabilitazione psichiatrica, così come previsto dalla DGR 937/20. È garantita l'assistenza infermieristica con due operatori nell'arco delle 24h. Gli interventi principali che vengono forniti durante la degenza sono di natura socioriabilitativa, assistenziale e terapeutica, in base al progetto terapeutico riabilitativo personalizzato. La attività svolte la cui funzione è principalmente volta al recupero delle capacità residue, sono:

- cura di sé e dell'ambiente, abilità di base, coinvolgimento in mansioni della vita quotidiana;
- interventi di risocializzazione, partecipazione ad attività comunitarie e ad attività di gruppo di tipo espressivo, ludico o motorio, in sede e fuori sede;

- specifici interventi di riabilitazione psicosociale, ad es. sulle funzioni cognitive;
- attività psicoterapeutiche strutturate e psicoeducative individuali, di gruppo o della famiglia;
- partecipazione ad attività prelaborative, inserimento in programmi di avviamento al lavoro, partecipazione ad attività fuori sede e autonome raccordate con la rete sociale;
- altri interventi: osservazione e valutazione clinico-diagnostica, colloqui individuali e familiari, somministrazione di farmaci, riunioni di coordinamento.<sup>63</sup>

Le patologie principali di cui sono affetti i pazienti riguardano principalmente disturbi schizofrenici, disturbi dello spettro psicotico, sindromi affettive gravi, ma sovente è anche la presenza di una doppia diagnosi a causa della dislipidemia e il consumo di tabagismo, non che un passato accompagnato dal forte consumo di alcool e droghe. Ogni paziente viene valutato in maniera continua, nel caso l'utente non sia in grado di intendere e/o di volere e non abbia nessun familiare o caregiver, viene nominato un amministratore di sostegno e/o tutore legale. Ogni utente viene seguito da un infermiere oltre che dall'equipe, che se ne prende carico (case manager), stilando un Piano terapeutico riabilitativo personalizzato (PTRP) coerente con il Piano di trattamento individuale (PTI) in accordo con il Centro di Salute mentale (CSM) che viene riaggiornato e rivalutato a seconda degli obiettivi concordati e prefissati da raggiungere, con un periodo non superiore ad un anno, così come viene valutato dall'educatrice e dai altri professionisti secondo scale oggettive. Il PTRP si basa su informazioni quali:

- Dati anagrafici, diagnosi clinica e funzionale, con informazioni sul contesto familiare e sociale
- Motivo dell'invio da parte del CSM, tratto dal Piano di trattamento individuale (PTI, che viene allegato)
- Osservazione delle problematiche relative a:
  - area psicopatologica
  - area della cura di sé / ambiente

- area della competenza relazionale
- area della gestione economica
- area delle abilità sociali
- Obiettivi dell'intervento
- Aree di intervento, descrivendo la tipologia e il mix di interventi previsti, con riferimento alle seguenti categorie:
  - Terapia farmacologica Psicoterapia
  - Interventi psicoeducativi
  - Interventi abilitativi e riabilitativi
  - Interventi di risocializzazione e di rete per l'inclusione socio-lavorativa
- Indicazione degli operatori coinvolti negli interventi, ivi compresi, quando presenti, gli operatori di reti informali e del volontariato
- Indicazione della durata del programma e delle verifiche periodiche: aggiornamento dell'andamento del PTRP, con indicazione delle date di verifica.<sup>61</sup>

Ogni giorno per assistere gli utenti ad avere una adeguata routine e di regolarsi nello spazio-tempo ed interagire tra di loro e con il tessuto sociale, viene programmata tramite negoziazione l'intera giornata, con attività sia all'interno che fuori dalla struttura. Tutto viene quotidianamente registrato nella piattaforma informatica dedicata alla salute mentale. Fino all'anno precedente 2021 si utilizzava il programma SISP (Sistema informatico per i servizi psichiatrici), da quest'anno tutti gli operatori hanno iniziato ad adoperare la nuova piattaforma SISTER.

Ciò è stato possibile grazie alla continua formazione ed alla partecipazione attiva di tutta l'equipe multidisciplinare ai corsi residenziali da parte di associazioni scientifiche di settore accreditate. L'aggiornamento professionale continuo è inoltre garantito attraverso corsi e convegni aziendali ed è gestito anche dal dipartimento di salute mentale oltre che in maniera autonoma. Alcuni progetti, soprattutto quelli legati al territorio, sono stati sospesi durante l'anno 2020 per causa della pandemia da covid 19, fino a luglio 2020 dove han preso avviamento alcuni progetti di apertura verso l'esterno quali per esempio

“ mi proteggo e riscopro il territorio” così da poter fornire prestazioni riabilitative e terapeutiche in piena sicurezza come definito dalla DGR 685/2020<sup>64</sup>.

## **La mappatura delle competenze**

I continui cambiamenti sia in ambito scientifico, sanitario e tecnologico presuppongono la presenza di personale sanitario che si sappia adattare alle continue mutazioni. La valutazione delle competenze assume una funzione centrale nei sistemi di garanzia della qualità, nel pianificare la forza lavoro, nella gestione delle persone e nello sviluppo professionale, consentendo di identificare le aree di implementazione ed i bisogni formativi del personale infermieristico con la finalità di ottenere un migliore utilizzo delle competenze stesse nella cura del paziente<sup>65</sup>

Nello specifico i sistemi basati sull' autovalutazione definito come processo di valutazione auto-diretto avviato e guidato dall'individuo ed utilizzato per il miglioramento continuo professionale, possono aiutare gli infermieri ad identificare il proprio deficit di conoscenza, con l'obiettivo di rafforzare la loro pratica infermieristica e migliorare la loro competenza<sup>66</sup>.

Ciò presuppone una onestà intellettuale ed una riflessione sulle competenze possedute volta a responsabilizzare il professionista del suo percorso formativo<sup>67</sup>.

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 dell'apprendimento e la formazione intesa come apprendimento stabile<sup>68</sup>. Pertanto, è un indispensabile passaggio obbligato sia sotto il profilo etico sia per il momento attuale caratterizzato dalla crisi dei tipici paradigmi organizzativo-assistenziali<sup>69</sup>.

La valutazione delle competenze inoltre potrebbe rappresentare una risorsa per disegnare ed aggiornare le competenze strutturali dell'infermiere e le competenze core in base alle esigenze del dipartimento nel pieno rispetto delle normative nazionali.

## **Nurse Competence Scale**

L'accertamento delle competenze sia in maniera auto valutativa che svolta da un organismo esterno risulta fondamentale nella letteratura scientifica per poter valutare il livello di competenza posseduto dai professionisti sanitari, come presupposto per garantire alti livelli di performance degli operatori sanitari nei confronti dei cittadini<sup>70</sup>.

Diversi strumenti sono stati sviluppati per la valutazione delle competenze infermieristiche. Uno dei più utilizzati a livello mondiale è la Nursing Competence Scale<sup>71</sup>, sviluppata in Finlandia tra il 1997 e il 2003. La scala è suddivisa in sette classi di competenza, riferite al quadro concettuale sviluppato da Benner P, Ciascuna di queste classi prevede una serie di competenze più specifiche, per un totale di 73 indicatori complessivi<sup>72</sup>

Le macro-competenze e i relativi indicatori sono i seguenti:

- Competenze di presa in carico: composte da 7 items. Indicano le competenze necessarie a svolgere un accertamento adeguato secondo le teorie del nursing e poterlo modificare in maniera continua in base alle condizioni potenzialmente mutevoli dell'utente e nel pieno rispetto dei valori etici della professione
- Competenze di educazione: Composte da 16 items. Consistono in una parte fondamentale per quanto concerne l'attività nella salute mentale volta ad educare il paziente e la sua famiglia in maniera personalizzata e secondo le capacità dell'utente, per attuare un cambiamento negli stili di vita sia in maniera individuale che collaborativo con l'equipe multidisciplinare, fornendo un esempio pratico per i neofiti nel rispetto delle evidenze scientifiche
- Competenze diagnostiche: composte da 7 items, indicano le capacità del professionista a svolgere un accertamento dei bisogni psicologici dell'utente e gestirne la documentazione in maniera appropriata
- Competenze di gestione delle situazioni: composte da 8 items, indicano la capacità di riconoscere e gestire in maniera precoce ed appropriata situazioni critiche per la vita del paziente facendo leva sulla prontezza degli interventi e la flessibilità a gestire situazioni in escalation



- Interventi terapeutici: composte da 10 items, consistono nella capacità di pianificare l'assistenza in maniera personalizzata e coordinata con l'equipe, secondo principi evidence-based, valutandone i risultati
- Assicurare qualità: composte da 6 items, illustrano le competenze di pensiero critico riguardo il modello assistenziale, la ricerca come fondamento per il miglioramento della qualità assistenziale
- Ruolo ricoperto: composta da 19 items, rappresentano le competenze che l'infermiere dovrebbe possedere per la buona pratica e per il buon clima lavorativo in base alla sua esperienza e formazione per poter lavorare in armonia sia con l'equipe che come figura di riferimento per i neo assegnati e tirocinanti

Recepita inizialmente per valutare le competenze percepite degli infermieri operanti presso reparti specialistici, successivamente è stata aggiornata per poter essere fruibile in diversi setting degli ambienti sanitari, tra cui l'ambito della salute mentale<sup>73</sup>, risultando essere uno strumento validato e utilizzato sia da infermieri novizi che esperti<sup>72 73 67</sup>.

In Italia la NCS è stata validata nel 2009, evidenziando una facile comprensione dei diversi items nonché un potenziale strumento per accertare le competenze percepite dagli infermieri<sup>71</sup>. Per i sistemi organizzativi, potrebbe risultare funzionale nella giusta selezione, allocazione ed aggiornamento e mantenimento delle competenze degli infermieri in ambiente clinico<sup>73</sup>.

## **Clinical Competence Mental Health Nurse**

La CCMHN è una scala di valutazione validata e specifica per valutare le competenze degli infermieri che operano presso i dipartimenti di salute mentale. È costituita da 45 items che hanno la funzione di valutare la competenza infermieristica sia nel campo emotivo, morale che quello specifico di cura. Nello specifico i primi 2 items costituiscono le competenze emozionali, mentre le successive 10 rappresentano le competenze morali; il totale delle 12 competenze formano le competenze generiche. Gli items dal numero 13 a 45 costituiscono il gruppo di competenze specifiche. Lo strumento è stato progettato sulla base di una scala di classificazione in quattro campi e della scala a cinque punti di Likert (mai = 0, a malapena = 1, a volte = 2, per lo più = 3, sempre = 4). Il punteggio totalizzato è classificabile nel modo seguente:

- Eccellente: 136-180
- Buono: 91-135
- Sufficiente: 46-90
- Poco sufficiente: <46

Lo strumento di valutazione potrebbe essere una risorsa per i coordinatori e dirigenti nel valutare le competenze cliniche degli infermieri, oltre ad essere un'opportunità per rilevare i bisogni formativi degli stessi<sup>74</sup>.

## **Obiettivi**

L'obiettivo principale di questo progetto consiste nel realizzare la mappatura delle competenze degli infermieri operanti presso la Struttura residenziale Psichiatrica a carattere riabilitativo estensivo appartenente al dipartimento di salute mentale del presidio ospedaliero di Macerata, mediante l'utilizzo della Nursing Competence Scale e della Clinical Competence Mental health Nurse.

Il secondo obiettivo è quello di stilare in base ai risultati raccolti un profilo di competenze per l'infermiere di salute mentale, nello specifico quello della SRP2, utile a evidenziare quali siano le competenze necessarie per poter lavorare in maniera proficua sia per il personale già operante nell'ottica di mantenimento delle competenze che per i neoassunti come focus sulle competenze da raggiungere.

## **Materiali e metodi**

### **Disegno dello studio**

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

La popolazione dello studio è composta dagli infermieri del dipartimento di Salute Mentale, nello specifico SRP2 del presidio ospedaliero di Macerata, che hanno prestato consenso alla partecipazione dell'indagine e compilato in maniera corretta i questionari ricevuti per un totale di 12 infermieri. Il numero totale degli infermieri operanti presso l'unità operativa è di 13.

### **Popolazione e campionamento**

Il campione oggetto dello studio è composto da tutti gli infermieri che hanno accettato di partecipare alla compilazione dei questionari somministrati in un arco temporale di 12 settimane.

A scadenza di tale termine il campione ha raggiunto un totale di 12 infermieri, suddivisi come nella tabella riportata:

Tabella N.1

	U. O.	Organico infermieri	Questionari compilati
Ospedale di Macerata	SRP2 Macerata	13	12

Criteri di inclusione:

- Personale in servizio presso l'unità operativa indagine dello studio
- Sesso maschile e femminile
- Partecipanti che han compilato il questionario in tutte le sue parti
- Consenso alla partecipazione allo studio

Criteri di esclusione:

- Personale che non presta servizio presso le strutture residenziali riabilitative
- Partecipanti che non hanno compilato il questionario o compilato solo in parte
- Mancato consenso alla partecipazione

### **Raccolta dati**

Prima di iniziare lo studio è stato necessario ottenere da parte del Direttore sanitario dell'UOC del dipartimento di salute mentale l'autorizzazione scritta per effettuare la raccolta dati.

Nel periodo immediatamente precedente l'inizio della raccolta dei dati è stato fatto un colloquio con la coordinatrice infermieristica. In tale occasione, per accrescere l'interesse e l'informazione, è stato illustrato lo strumento da somministrare ed esposto lo scopo dell'elaborato di tesi. Inoltre, si è svolto un incontro formativo al quale hanno partecipato tutti gli infermieri. Sono stati contattati tutti gli infermieri tre volte durante il tempo dedicato alla compilazione, per chiarire eventuali dubbi o dare chiarimenti riguardo alla compilazione e invio della documentazione on line.

Al fine di raggiungere una percentuale di adesione allo studio soddisfacente si è deciso di effettuare la raccolta dei dati nel periodo compreso tra il 04 Marzo 2022 ed il 31 maggio 2022. Si è ritenuto che un arco temporale discretamente lungo, tenendo conto del periodo di ferie estive del personale, avrebbe consentito agli infermieri in reparto di venire a conoscenza del questionario di autovalutazione e decidere se dare consenso alla partecipazione.

Tutta la documentazione inerente il modus operandi per compilare i questionari, il focus dell'elaborato e la richiesta a concedere il consenso sono state trasmesse in maniera informatica, per dare la possibilità a tutti di poterlo compilare in qualsiasi momento. È stata data la possibilità di ricevere il materiale in formato cartaceo per chi ne facesse richiesta.

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

sensibile del partecipante.

## **Strumento di valutazione**

### **NCS**

La raccolta dati prevede l'utilizzo della Nurse Competence Scale che consiste in due accertamenti: misurare il livello di competenza e misurare la frequenza di utilizzo della stessa nella propria realtà lavorativa.

Il livello di competenze viene misurato tramite l'utilizzo di una Visual Analogue Scale (VAS), con punteggio minimo 0 e un massimo di 100. Per motivi descrittivi la VAS è stata divisa in 4:

punteggio  $\leq 25$  indica una scarsa competenza

punteggio  $25 < \text{punteggio} < 50$ : quasi sufficiente

punteggio  $> 50$  e  $< 75$ : buone competenze

punteggio  $> 75$ : competenze molto buone

Per ogni item, inoltre viene richiesta la frequenza di utilizzo nella propria pratica infermieristica, utilizzando una scala Likert a 4 punti: da zero che rappresenta una performance non utilizzata nel proprio contesto lavorativa utilizzata ad un massimo di 3 che indica una performance utilizzata frequentemente o spesso parti<sup>69 70 71 75 76</sup>.

L'affidabilità dello strumento è stata oramai comprovata da numerosi studi condotti in svariati ambiti clinici di paesi, tra cui Finlandia<sup>77 78 79</sup>, Svizzera<sup>80</sup>, Norvegia<sup>81</sup>, Australia<sup>82</sup>, Lituania<sup>83</sup>, Usa<sup>84</sup> e Iran<sup>85</sup>.

Il tempo medio necessario alla compilazione della scala di valutazione è di circa 20 minuti.

Le variabili sociodemografiche analizzate nello studio sono: il sesso, l'età, il titolo di studio professionale, il possesso di ulteriori titoli, il ruolo lavorativo, anzianità di servizio professionale, anzianità di servizio presso il dipartimento di salute mentale e di servizio presso SRP2.

## **Clinical Competence Mental Health Nurse**

Le variabili analizzate sono le stesse descritte nel sotto capitolo precedente.

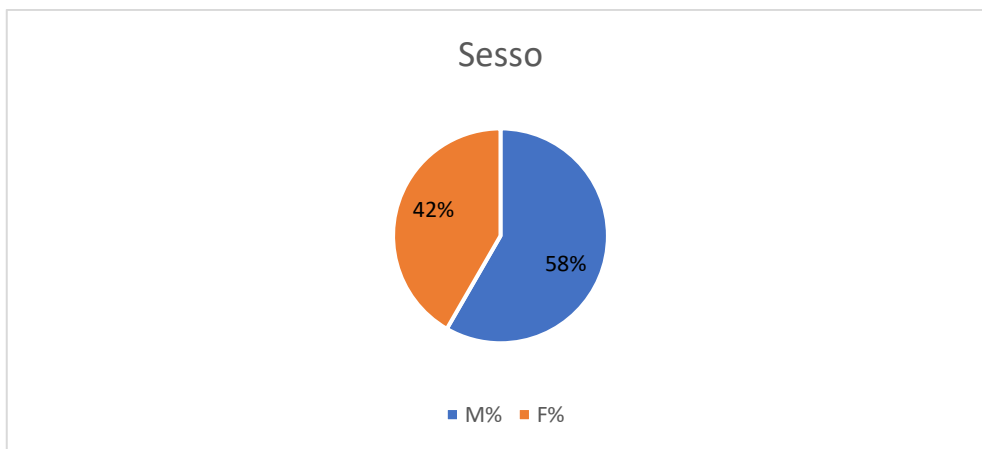
### **Analisi dei dati**

I dati raccolti sono stati analizzati mediante programma di Microsoft Excel versione 2208. Le variabili oggetto di studio sono state analizzate mediante indici statistici descrittivi: media, frequenza, deviazione standard.

## Risultati

### Descrizione del campione

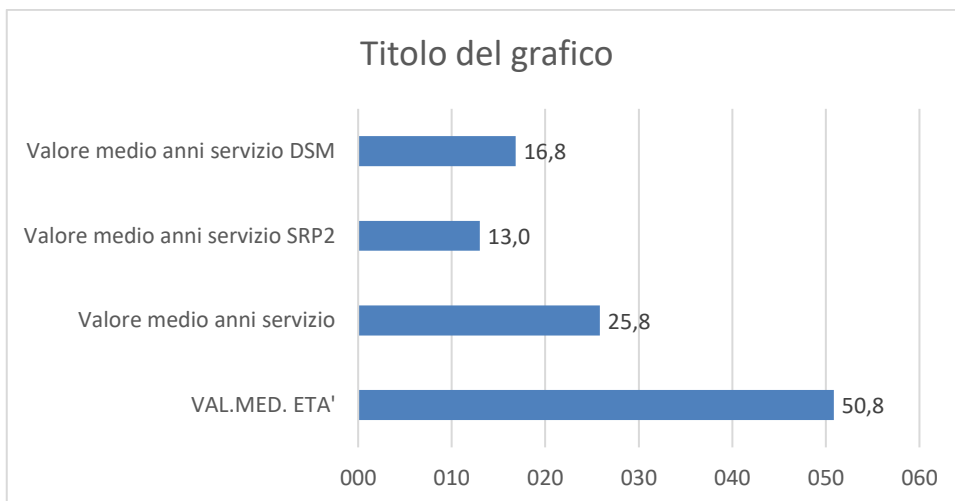
L'analisi è stata condotta su un campione di 13 infermieri che operano presso la SRP2 del Dipartimento di salute mentale, con un tasso di aderenza del 92.3%, un operatore ha deciso di non partecipare. Di questi il 58.3% (n = 7) è rappresentato da operatori di sesso maschile, mentre il restante 41.7% da operatrici (n= 5). Grafico n.1.



*Grafico n.1*

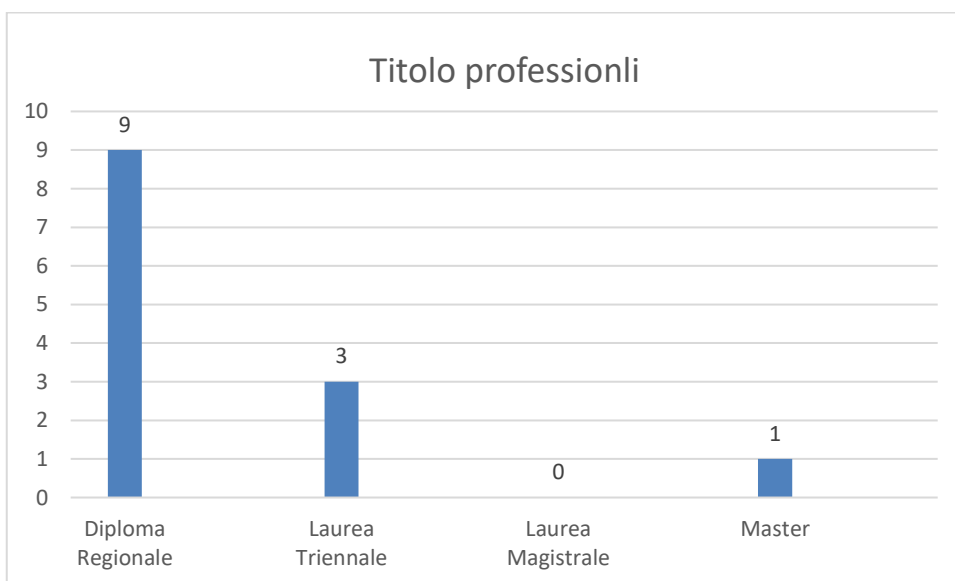
L'età media è pari a 50.8 anni (range 30-61), con un'anzianità di servizio di 25.8 (range: 41-1) di cui 12 anni presso la SRP2 (range 20-1). Alcuni operatori hanno prestato servizio presso il dipartimento di salute mentale prima ancora di iniziare a lavorare nella residenza Psichiatrica, per questo motivo il valore medio del DSM è maggiore del SRP2, di fatti l'anzianità di servizio media presso il DSM è di 16.8 (range 35-1). Grafico n. 2





*Grafico n.2*

Per quanto riguarda il titolo di studio professionale la maggior parte degli intervistati, il 75% (n = 9) ha riferito di avere un diploma regionale, mentre il restante 25% (n = 3) possiede una Laurea triennale; di questi un operatore presenta un ulteriore titolo di studio, che consiste in un Master di primo livello in Coordinamento delle professioni sanitarie, come rappresentato dal grafico successivo n. 3.



*Grafico n.3*

### **Analisi e descrizione delle competenze NCS**

Si procederà ora ad analizzare le competenze infermieristiche del campione in oggetto, dapprima fornendo una versione risultante dalla visione *in toto* della scala di valutazione,

andando poi a declinare le medesime competenze più nello specifico, per ciascuna delle sette sezioni. Per assolvere tale obiettivo verrà esposta, in primo luogo, l'analisi descrittivo-analitica delle risposte ricevute, sulla base dei semplici valori risultanti su scala VAS da 0 a 100. A titolo poi di maggior semplificazione, e anche per andare a soddisfare in maniera più mirata gli obiettivi di tale elaborato, si analizzeranno le competenze del campione sezione per sezione. Il livello di competenza medio complessivo del campione, calcolato su tutte e sette le sezioni del questionario, risulta pari a 71.0 con una deviazione standard (DS) pari a 14.8.

Nella suddivisione del campione per classi di competenza, si riscontra che il 33% (n =4), ha complessivamente un livello competenza molto buono (>75 punti), mentre il 67% (n = 8) ha un buon livello di competenza (>50 e <75). (grafico n.4)

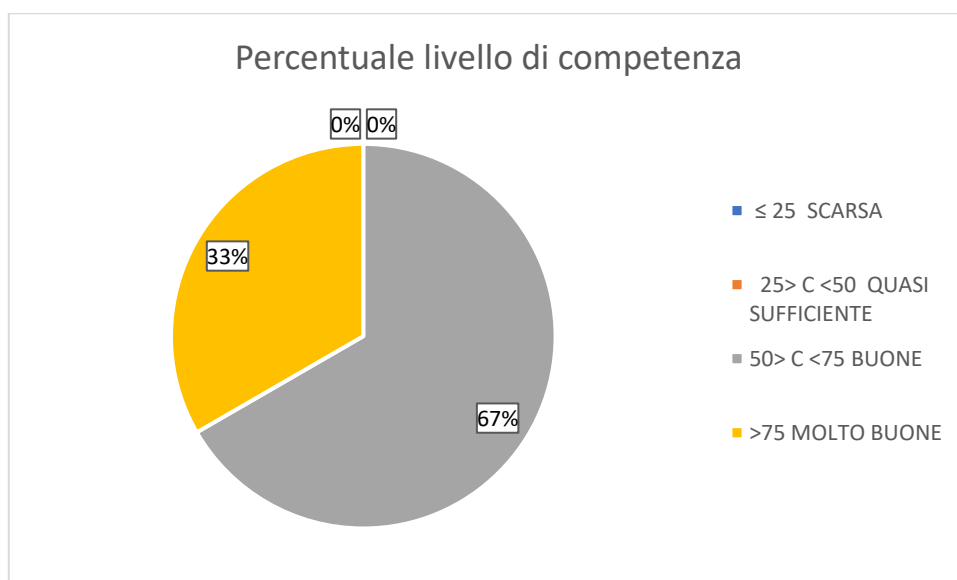


Grafico n.4

La sezione della NCS in cui gli infermieri si sentono maggiormente competenti è la quarta – “*Gestione delle Situazioni*” – con una media VAS di 78.4 (DS 10.1). La sezione che presenta invece maggiori criticità riferite è la sesta – “*Assicurare Qualità*” – in cui la media si pone a 63,6 (DS 21.1). In ordine di competenza media decrescente troviamo la sezione 7 – “*Ruolo Ricoperto*” – con un valore di VAS media di 72.6 (DS 15.9); la sezione 1 – “*Competenze di Presa in Carico*” – con 72.4 (DS 12.3); la sezione 3 – “*Competenze diagnostiche*” – con una media di 70.6 (DS 12.5); la sezione 2 – “*Competenze di Educazione*” – con 70.0 (DS 14.5) e la sezione 5 – “*Interventi terapeutici*” – che riporta una media di 69.9 (DS 17.5) (grafico n.5).

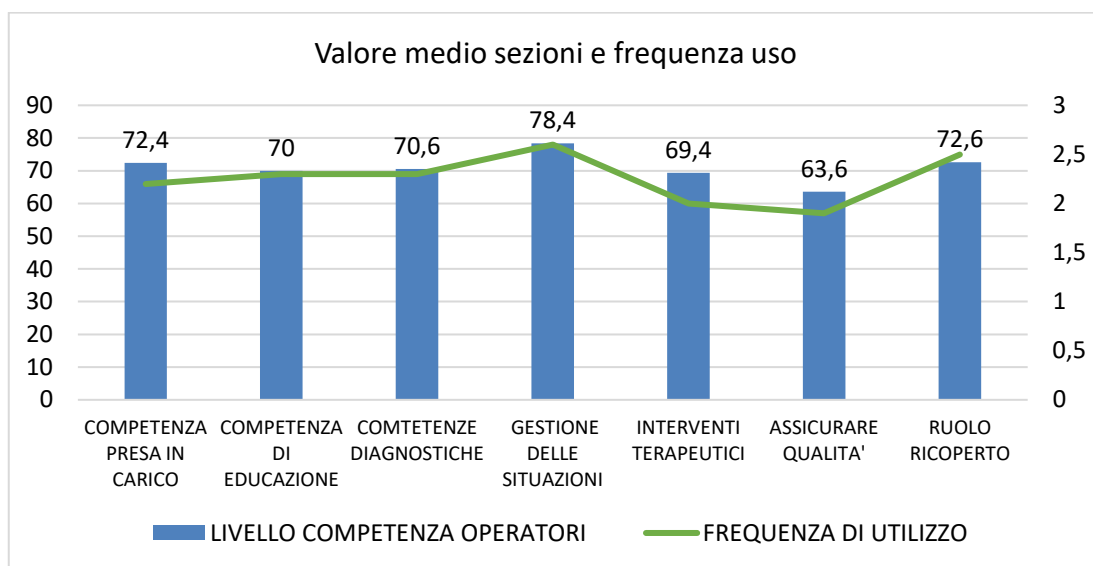
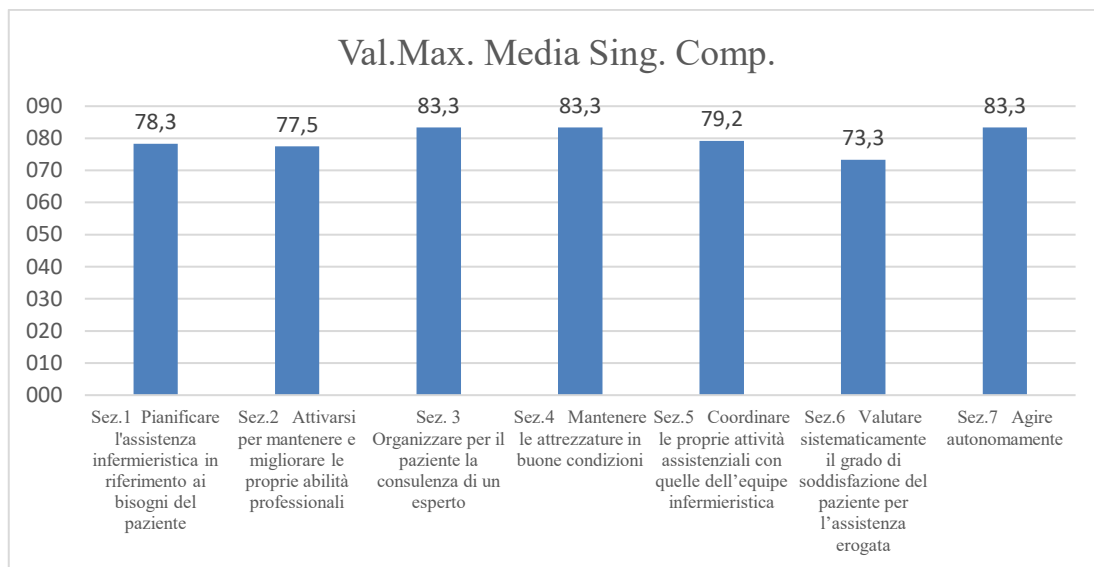


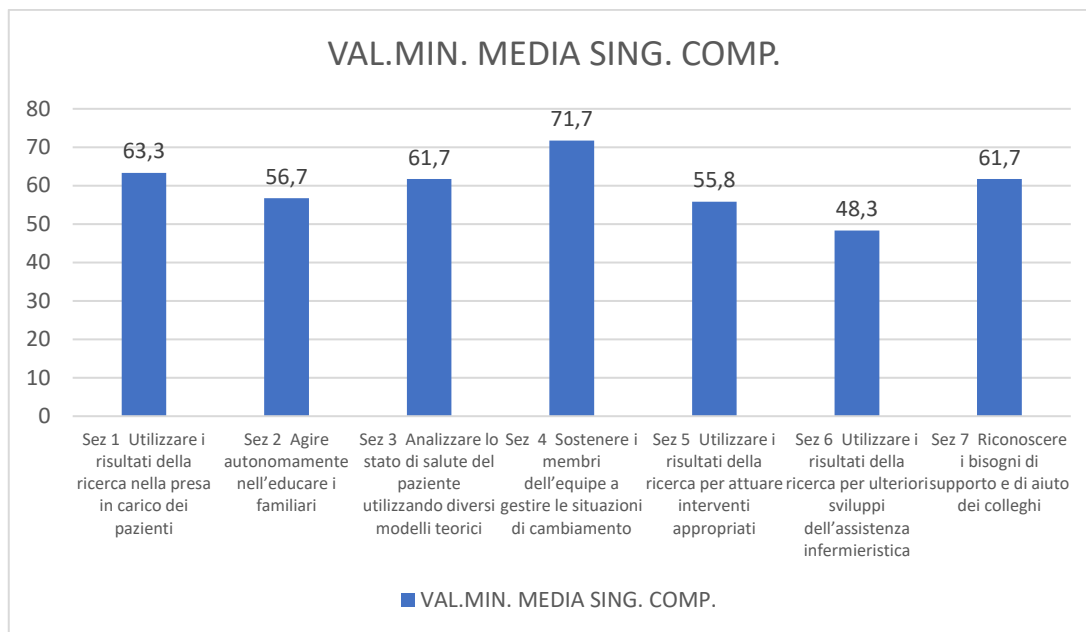
Grafico n. 5

Per quanto riguarda la sezione 1, l'item a cui si è mediamente risposto con punteggi maggiori è stato *“Pianificare l'assistenza infermieristica in riferimento ai bisogni del paziente”*, con un 78.3 (DS 7.2). L'item con la media più alta della sezione 2 è stato *“Attivarsi per mantenere e migliorare le proprie abilità professionali”*, con un 77.5 (DS 6.2). Nella sezione 3 il punteggio massimo è attribuibile a *“Organizzare per il paziente la consulenza di un esperto (infermieristico e non)”*, con una media pari a 83.3 (DS 8.9). L'item con la media più alta della sezione 4 è *“Mantenere le attrezzature in buone condizioni”*, con 83.3 (DS 7.8). Nella sezione 5 si ha *“Coordinare le proprie attività assistenziali con quelle dell'equipe infermieristica”*, con 79.2 (DS 9.0). Nella sezione 6 la skill con la media più alta è *“Valutare sistematicamente il grado di soddisfazione del paziente per l'assistenza erogata”*, con 73.3 (DS 8.9). Infine, in sezione 7, il massimo livello di competenze si è riscontrato sul *“Agire autonomamente”*, con 83.3 (DS 7.8) (Grafico 6).



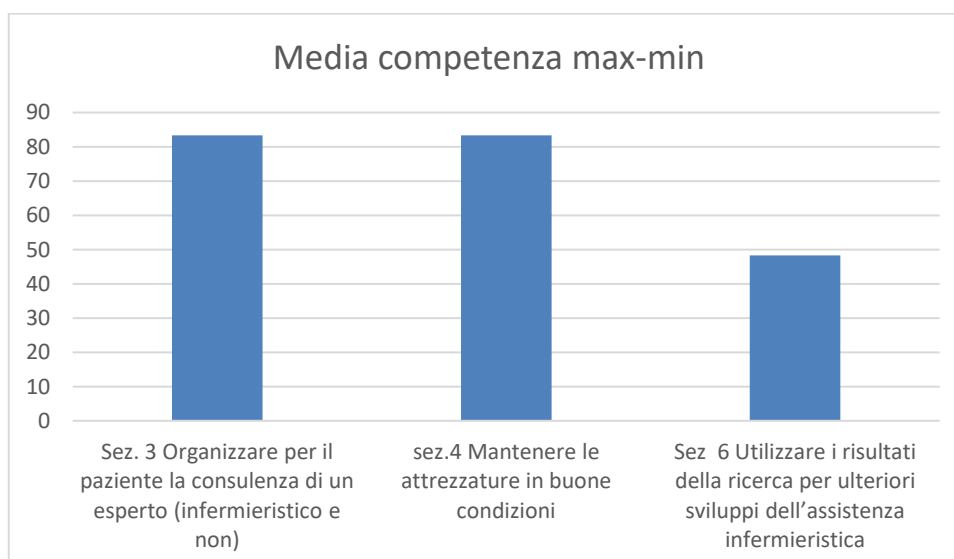
*Grafico n.6*

I punti più critici di ciascuna sezione, sempre sulla base dei punteggi medi ottenuti sono: *“Utilizzare i risultati della ricerca nella presa in carico dei pazienti”*, per la sezione 1, con un punteggio di 63.3 (DS 19.7); *“Agire autonomamente nell’educare i familiari”*, per la sezione 2, con un punteggio di 56.7 (DS 14.4); *“Analizzare lo stato di salute del paziente utilizzando diversi modelli teorici”*, per la sezione 3, con un punteggio di 61.7 (DS 13.4); *“Sostenere i membri dell’equipe a gestire le situazioni di cambiamento”*, per la sezione 4, con un punteggio di 71.7 (DS 12.7); *“Utilizzare i risultati della ricerca per attuare interventi appropriati”*, per la sezione 5, con un punteggio di 55.8 (DS 20.2); *“Utilizzare i risultati della ricerca per ulteriori sviluppi dell’assistenza infermieristica”*, per la sezione 6, con una media pari a 48.3 (DS 25.5), *“Riconoscere i bisogni di supporto e di aiuto dei colleghi”* per la sezione 7 con un media pari a  $61 \pm 27.6$  (Grafico 7).



*Grafico n.7*

Nel complesso si può dedurre che gli items in cui il campione di infermieri ha mediamente ritenuto di sentirsi più competente sono per la Sezione 3 “*Organizzare per il paziente la consulenza di un esperto (infermieristico e non)*”, Sezione 4 “*Mantenere le attrezzature in buone condizioni*” e per la Sezione 7 “*Agire autonomamente*”. All’opposto, l’item in cui essi si sentono mediamente più carenti è imputabile alla Sezione 6, ed è “*Utilizzare i risultati della ricerca per ulteriori sviluppi dell’assistenza infermieristica*” (Grafico 8).



*Grafico n.8*

Nello specifico si riporta la tabella con tutte le valutazioni medie correlate alle DS per ogni item della scala di valutazione (tabella n.1)

			Media	DS	Media freq. Uso	DS
<b>Sezione 1</b>	<b>Competenza presa in carico</b>	Pianificare l'assistenza infermieristica in riferimento ai bisogni del paziente	78,3	7,2	3,0	0,0
		Modificare il piano assistenziale in riferimento ai bisogni del singolo paziente	75,8	6,7	2,8	0,5
		Supportare le strategie di adattamento alla malattia del paziente	73,3	12,3	2,4	0,5
		Valutare criticamente la propria filosofia del nursing, la sua congruenza con i bisogni degli utenti e la sua applicazione nella pratica quotidiana	70,8	11,6	1,8	0,7
		Utilizzare i risultati della ricerca nella presa in carico dei pazienti	63,3	19,7	1,3	1,1
		Migliorare la cultura della presa in carico nell'unità operativa	70,8	10,0	1,9	0,7
		Fondare la presa di decisioni su valori etici	74,2	10,8	2,3	0,7
<b>Sezione 2</b>	<b>Competenze di educazione</b>	Riconoscere i bisogni di educazione del paziente	75,0	10,9	2,7	0,5
		Individuare il momento ottimale per attuare interventi educativi rivolti al paziente	76,7	8,9	2,7	0,5
		Padroneggiare i contenuti degli interventi educativi rivolti al paziente	70,8	7,9	2,3	0,6
		Fornire un'educazione personalizzata per ogni paziente	71,7	15,9	2,2	0,7

		Gestire il processo educativo del paziente	70,8	11,6	2,5	0,7
		Riconoscere i bisogni educativi dei familiari	60,8	12,4	1,9	0,8
		Agire autonomamente nell'educare i familiari	56,7	14,4	1,2	0,4
		Tenere conto del livello di abilità posseduto dagli studenti infermieri durante il tirocinio clinico	74,2	10,8	2,0	0,4
		Supportare gli studenti infermieri nel raggiungimento degli obiettivi	75,8	10,0	2,4	0,7
		Valutare i risultati dell'educazione al paziente con il paziente stesso	73,3	7,8	2,8	0,5
		Valutare i risultati dell'educazione al paziente con i familiari	65,8	11,6	1,7	0,5
		Valutare i risultati dell'educazione al paziente con l'equipe assistenziale	73,3	7,8	2,9	0,3
		Attivarsi per mantenere e migliorare le proprie abilità professionali	77,5	6,2	3,0	0,0
		Sviluppare il processo educativo nei confronti del paziente all'interno dell'unità operativa	71,7	8,3	2,8	0,5
		Incoraggiare gli altri ad assumersi le proprie responsabilità	59,2	27,8	1,7	1,2
		Contribuire a sviluppare percorsi di inserimento nell'unità operativa per gli infermieri neo-assunti	66,7	25,0	2,1	0,9
<b>Sezione 3</b>	<b>Competenza diagnostiche</b>	Analizzare lo stato di salute del paziente utilizzando diversi modelli teorici	61,7	13,4	1,8	0,5
		Accertare i bisogni psicologici del paziente	77,5	6,2	2,9	0,3
		Accertare i bisogni psicologici dei	63,3	7,8	1,8	0,4

		familiari				
		Organizzare per il paziente la consulenza di un esperto (infermieristico e non)	83,3	8,9	2,8	0,4
		Concorrere a sviluppare con gli altri membri dell'equipe l'osservazione del paziente	73,3	6,5	2,6	0,5
		Concorrere a sviluppare con gli altri membri dell'equipe l'uso di strumenti diagnostici (es. scale di valutazione)	63,3	13,7	2,1	0,8
		Gestire e migliorare la documentazione del paziente assistito	71,7	11,9	2,4	0,7
<b>Sezione 4</b>	<b>Competenze di gestione delle situazioni</b>	Riconoscere precocemente situazioni critiche per la vita del paziente	77,5	8,7	2,9	0,3
		Ridefinire le priorità delle attività in funzione del modificarsi delle situazioni	78,3	11,1	2,7	0,7
		Agire appropriatamente in situazioni di pericolo di vita del paziente (emergenze)	78,3	9,4	1,5	0,7
		Concorrere ad individuare momenti di confronto con l'equipe su casi assistenziali quando necessario	76,7	6,5	2,9	0,3
		Sostenere i membri dell'equipe a gestire le situazioni di cambiamento	71,7	12,7	2,3	0,8
		Pianificare l'assistenza tenendo conto delle risorse disponibili	82,5	6,2	2,8	0,4
		Mantenere le attrezzature in buone condizioni	83,3	7,8	2,9	0,3
		Cooperare, mostrando flessibilità, in situazioni che cambiano rapidamente	79,2	13,8	2,8	0,6
<b>Sezione 5</b>	<b>Interventi terapeutici</b>	Pianificare le proprie attività in relazione alla situazione clinica del paziente	79,2	9,0	2,9	0,3
		Prendere decisioni riguardo all'assistenza	75,0	10,0	2,7	0,5



		personalizzandola per ogni paziente				
		Coordinare le proprie attività assistenziali con quelle degli altri membri dell'equipe multidisciplinare	72,5	7,5	2,9	0,3
		Coordinare le proprie attività assistenziali con quelle dell'equipe infermieristica	79,2	9,0	3,0	0,0
		Aggiornare protocolli/linee guida	62,5	19,6	0,0	0,0
		Esprimere il proprio punto di vista, all'interno dell'equipe, su problemi assistenziali	75,0	21,5	2,6	0,7
		Utilizzare i risultati della ricerca per attuare interventi appropriati	55,8	20,2	1,3	0,9
		Valutare sistematicamente i risultati dell'assistenza al paziente	65,8	21,5	2,3	0,9
		Possedere conoscenze approfondite per erogare assistenza di qualità	65,0	15,1	2,2	0,9
		Contribuire a sviluppare percorsi diagnostico-terapeutici multidisciplinari	64,2	19,3	0,0	0,0
<b>Sezione 6</b>	<b>Assicurare la qualità</b>	Ispirarsi, durante la pratica, al modello assistenziale scelto dall'equipe infermieristica	72,5	9,7	2,8	0,5
		Identificare aree di approfondimento e di ricerca nell'assistenza la paziente	65,0	17,8	1,9	0,9
		Contribuire all'identificazione di criticità nel modello assistenziale scelto dall'equipe infermieristica	70,0	16,5	2,2	0,7
		Valutare sistematicamente il grado di soddisfazione del paziente per l'assistenza erogata	73,3	8,9	2,3	0,7
		Utilizzare i risultati della ricerca per ulteriori sviluppi dell'assistenza	48,3	25,5	1,0	0,9

		infermieristica				
		Proporre problemi da approfondire con la ricerca	52,5	29,0	1,3	1,0
<b>Sezione 7</b>	<b>Ruolo ricoperto</b>	Riconoscere i bisogni di supporto e di aiuto dei colleghi	61,7	27,6	2,0	0,9
		Essere consapevole dei propri limiti	82,5	10,6	2,8	0,4
		Riconoscere l'identità professionale come una risorsa per la professione infermieristica	78,3	7,2	2,8	0,5
		Dimostrare responsabilità nell'utilizzo (spreco) delle risorse	80,8	6,7	2,8	0,4
		Coordinarsi con i membri dell'equipe in merito alla distribuzione delle attività	75,0	12,4	2,8	0,5
		Svolgere il tutoraggio degli studenti presenti nell'unità operativa	67,5	22,6	2,8	0,5
		Svolgere l'affiancamento per i neo-assunti	66,7	22,7	2,0	0,7
		Arricchire l'equipe assistenziale con le proprie competenze	75,8	16,2	2,3	0,8
		Agire autonomamente	83,3	7,8	2,9	0,3
		Attribuire attività al personale di supporto	71,7	18,0	0,0	0,0
		Migliorare l'assistenza attraverso l'apporto di nuove conoscenze	69,2	23,9	2,2	0,7
		Assicurare il procedere di un'assistenza priva di pericoli attraverso la delega di compiti	71,7	12,7	2,8	0,5
		Mettere in atto strategie per evitare lo stress eccessivo (controllare le proprie emozioni)	72,5	9,7	2,6	0,5

	Utilizzare le tecnologie informatiche nel lavoro	72,5	16,0	3,0	0,0
	Coordinare l'assistenza la paziente nella sua globalità	68,3	12,7	2,7	0,5
	Gestire completamente le situazioni che gli si presentano innanzi	65,8	15,6	2,6	0,5
	Dare feedback costruttivi relativamente all'attività dei colleghi	68,3	11,9	2,8	0,5
	Sviluppare l'assistenza al paziente all'interno di un'equipe multidisciplinare	72,5	6,2	3,0	0,0
	Contribuire a sviluppare un buon clima di lavoro	75,8	10,0	2,8	0,5

Il livello di competenza percepito dagli operatori risulta essere correlato alla frequenza di utilizzo delle stesse, con indice di correlazione pari a 0.9, evidenziando che ad alti livelli di competenza percepita corrisponde un frequente uso delle stesse. La frequenza di utilizzo più alta viene riscontrata nella quarta sezione *“Competenza di gestione delle situazioni”*, mentre la frequenza più bassa nella sesta sezione *“Assicurare la qualità”*.

Per quanto riguarda la variabile *“età”*, la competenza percepita degli infermieri è più alta nella fascia tra i 29-39 anni con un livello di competenza molto buono, pari a 75.2, mentre la fascia successiva, età compresa tra i 40-51 anni presenta il punteggio più basso, 65.3. La classe d'età compresa tra i 52-62 percepisce un livello di competenza pari a 74.0.

Passando alla variabile della formazione, gli infermieri in possesso della Laurea triennale percepiscono il loro livello di competenza leggermente più alto, VAS 72.4, rispetto ai colleghi con Diploma regionale, VAS 70.9.

La sezione in cui il gruppo dei laureati presenta una percezione di competenza maggiore è la stessa dei diplomati *“Gestione delle situazioni”*, mentre per i primi l'item con punteggio maggiore è *“mantenere le attrezzature in buone condizioni”* per i diplomati è *“pianificare l'assistenza tenendo conto delle risorse disponibili”*.

Analizzando invece la relazione tra il livello di competenza percepito e gli anni di servizio

si osserva che gli operatori con anni di servizio minore di 10 anni, presentano il più alto livello di competenza percepita, la classe corrisponde ai Laureati. A seguire c'è la terza classe, la quarta e la seconda. Tabella n.2

Anzianità di servizio	VAS
Classe 1: 0-10 anni	75,2
Classe 2: 11- 20 anni	66,7
Classe 3: 21-30 anni	71,5
Classe 4: 31-41 anni	69,8

Approfondendo la relazione tra gli anni di servizio nella SRP2 e la media dei punteggi, la classe con maggior punteggio risulta essere quella con maggior esperienza lavorativa presso la struttura totalizzando una VAS pari a 74.3. tabella n.2

Tabella n.3

Anzianità di servizio SRP2	VAS
Classe 1: 0-5	71,4
Classe 2: 6-10	69,3
Classe 3: 11-15	68,6
Classe 4: 16-20	74,3

Analizzando infine i risultati per la variabile “sesso”, si rileva che i partecipanti di genere femminile hanno una percezione del loro livello di competenza pari a 71.5 mentre il genere maschile la VAS si attesta a 70.6. Nello specifico la sezione in cui percepiscono maggiore competenza è la stessa per entrambi i sessi, cioè la sezione 4 “*Gestione delle situazioni*”, in particolare l’item in cui le operatrici presentano un punteggio maggiore è “*Pianificare l’assistenza tenendo conto delle risorse disponibili*” VAS = 84, mentre gli operatori presentano maggiore competenza percepita nell’item “*Mantenere le attrezzature in buone condizioni*” VAS 85.7.

Il livello più basso di competenza si è evidenziato nella sezione 4 “Assicurare la qualità” per entrambi i sessi, con una VAS di 64 per gli uomini e 63 per le donne. In particolare, l’item in cui risulta maggiore carenza per i maschi è “Utilizzare i risultati della ricerca per ulteriori sviluppi dell’assistenza infermieristica”, mentre per le femmine è “Proporre problemi da approfondire con la ricerca”.

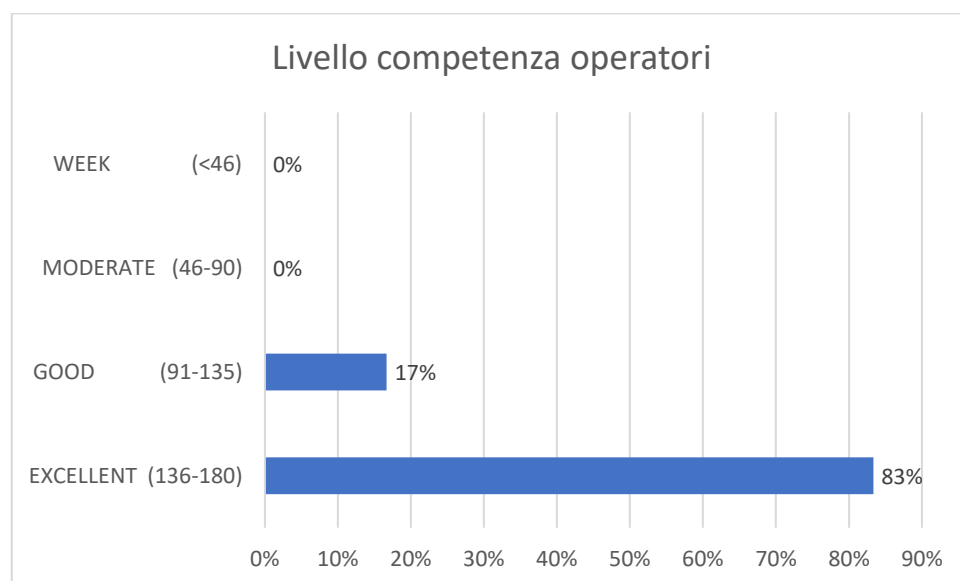
Nel complesso si evidenzia che le donne hanno competenze percepite maggiori rispetto ai loro colleghi.

Questi risultati sono stati considerati per poter raggiungere gli obiettivi secondari, ossia la stesura di un profilo di competenze per la Struttura residenziale Psichiatrica a carattere estensivo, declinando e integrando queste competenze, così da permettere il mantenimento e il miglioramento degli standard assistenziali e fungere come modello a cui aspirarsi per i neoassunti.

### **Analisi e descrizione competenze CCMHN**

Il livello di competenza medio complessivo del campione, calcolato su tutti i 45 items del questionario, risulta pari a 154 con una deviazione standard (DS) pari a 18.

Nella suddivisione del campione per classi di competenza, si riscontra che l’83% (n=10), ha complessivamente un livello competenza eccellente (136-180), mentre il 17% (n = 2) ha un buon livello di competenza (91-135), come rappresentato nel grafico n.9.



*Grafico n.9*

Analizzando nello specifico le 2 sezioni di cui è composta la scala di valutazione notiamo che le skills che gli infermieri utilizzano maggiormente corrispondono alle competenze generiche totalizzando una media di  $3.7 \pm 0.5$  (Tabella n.4).

	Media	DS
<b>Competenze generiche</b>	3,7	0,5
<i>Competenze emozionali</i>	3,3	0,8
<i>Competenze etiche</i>	3,7	0,5
<b>Competenze specifiche</b>	3,3	0,9
<b>Totale</b>	3,4	0,8

Tabella n.4

Gli items che gli infermieri utilizzano spesso nella loro realtà lavorativa; quindi, in cui si sentono maggiormente più competenti, sono relative alle competenze generiche 3/12, mentre in quelle specifiche risultano essere 2/33, con una media di 3.9 e una DS di 0.3. Nello specifico gli items per le competenze generiche sono i primi tre mentre quelle specifiche sono le successive:

1. Mostra rispetto per il paziente
2. Offrire assistenza infermieristica senza discriminazioni o in base a specifiche razziali, culturali e religiose
3. Mostra onestà quando interagisce con gli pazienti
4. Rivolgiti ai pazienti per nome
5. Osservare attentamente il paziente per assicurarsi che abbia assunto il medicinale

Le skills meno utilizzate risultano essere quelle relative alle competenze specifiche, più

precisamente:

- Utilizzare accertamenti infermieristici adeguati nei campi dell'uso di droghe psichedeliche e degli effetti collaterali (2.4 ± 1.6)
- Negoziare con la famiglia del paziente per partecipare alla presa in cura sinergica (2.4 ± 1.3)

Nello specifico si riporta la tabella con tutte le valutazioni medie correlate alle DS per ogni item della scala di valutazione (tabella n.5).

Tabella n.5

				Me- dia com- pe- tenza sin- gola	DS	MAX	MIN
<b>COMPETENZE GENERICHE</b>	Competenze emozionali	1	Mostra entusiasmo e interesse nel prendersi cura del paziente	3,3	0,8	3,9	2,4
		2	Avere la capacità di controllare le proprie emozioni (ad es. rabbia, ansia e paura)	3,3	0,8		
	Competenze etiche	3	Dimostrare pazienza quando ti prendi cura del paziente	3,8	0,5		
		4	Mostra rispetto per il paziente	3,9	0,3		
		5	Evita di precipitarti nel giudizio sul paziente	3,7	0,5		
		6	Conserva i segreti del paziente (a meno che non vi sia un rischio per il paziente o per gli altri)	3,8	0,4		
		7	Non discutere mai i problemi del paziente in presenza di altri	3,4	0,5		
		8	Rispettare i diritti del paziente (es. privacy, diritto di rifiutare la terapia, ecc.)	3,8	0,4		
		9	Mostra reattività (cioè essere veloci e assumere atteggiamento positivo) e fiducia nello svolgere i compiti assegnati	3,3	0,7		
		10	Offrire assistenza infermieristica senza discriminazioni o in base a specifiche razziali, culturali e religiose	3,9	0,3		

	11	Mostra rispetto nel trattare con i colleghi	3,7	0,5
	12	Mostra onestà quando interagisce con gli pazienti	3,9	0,3
<b>COMPETENZE SPECIFICHE</b>	13	Presentarsi al paziente	3,8	0,5
	14	Osservare i principi dell'intervista dall'inizio alla fine	3,6	0,5
	15	Guadagnare la fiducia del paziente per stabilire la comunicazione	3,5	0,5
	16	Rivolgiti ai pazienti per nome	3,9	0,3
	17	Motivare i pazienti ad esprimere i propri sentimenti	3,2	0,7
	18	Rispettare i limiti (distanza fisica, rivolgersi al paziente in maniera rispettosa. )	3,8	0,4
	19	Seguire un metodo di ascolto attivo nel comunicare con il paziente	3,7	0,5
	20	Aiutare il paziente a migliorare la propria autostima e fiducia in se stesso attraverso il miglioramento delle sue capacità positive	3,6	0,7
	21	Spiegare le procedure mediche prima di iniziarle (ad es. Iniezione, controllo dei parametri vitali, somministrazione di medicinali)	3,6	0,5
	22	Utilizzare le procedure mediche come un'opportunità per comunicare con il paziente	3,3	0,5
	23	Utilizzare una varietà di riferimenti (ad es. famiglia, cartella clinica, ecc.) per raccogliere informazioni	3,5	0,7
	24	Utilizzare diversi strumenti di screening (abuso di stupefacenti, disturbo della personalità, depressione, ecc.) per esaminare comportamenti pericolosi (ad es. aggressività, suicidio, omicidio, ecc.).	2,8	1,0
	25	Registrare e segnalare qualsiasi cambiamento nella salute mentale del paziente e altri problemi	3,8	0,6
	26	Registrare e riconoscere i meccanismi difensivi utilizzati dai pazienti (es. proiezione, negazione, rimozione, ecc...)	3,4	0,5



27	Dare priorità alla diagnosi psico-infermieristica nel fornire assistenza sanitaria ai pazienti	3,1	1,2
28	Impiegare abilità pratiche (ad es. fare iniezioni, somministrare medicinali, controllare i parametri vitali, ecc.).	3,8	0,5
29	Svolgere competenze infermieristiche basate su referenze affidabili e nuove ricerche (evidence based)	2,8	1,3
30	Effettuare la registrazione dei dati raccolti nella cartella infermieristica	3,7	0,7
31	Utilizzare approcci antistress (ad es. rilassamento, respiro profondo, ecc.) quando il paziente è ansioso o disturbato	2,8	1,1
32	Svolgere l'assistenza sanitaria richiesta nei casi di emergenza e di attacco (ad es. contenzione fisica, stanza di isolamento, ecc.).	3,1	1,0
33	Fornire un ambiente sicuro per il paziente (possibilità di prendere cura di sé, del prossimo, basso rischio di evasione, ecc.).	3,6	0,5
34	Osservare attentamente il paziente per assicurarsi che abbia assunto il medicinale	3,9	0,3
35	Utilizzare accertamenti infermieristici adeguati nei campi dell'uso di droghe psichedeliche e degli effetti collaterali	2,4	1,6
36	Prestare attenzione all'uso ottimale di medicinali, materiali e attrezzature	3,8	0,5
37	Cooperare e consultare gli altri membri del team sanitario	3,3	0,6
38	Fornire la formazione necessaria per migliorare la salute del paziente e della sua famiglia	2,9	1,2
39	Utilizzare metodi di formazione adeguati in base all'età, al livello di istruzione e alla natura della malattia	3,0	0,9
40	Preparare il piano di dimissione per il paziente e la sua famiglia	2,8	1,3
41	Negoziare con la famiglia del paziente per partecipare alla presa in cura sinergica	2,4	1,3
42	Motivare il paziente a seguire il programma di terapeutico	3,4	0,7

	43	Aiutare il paziente a prendersi cura di sé il più possibile	3,8	0,5
	44	Seguire i principi e gli standard della riabilitazione psicologica (es. cura di sé, follow-up del trattamento, ecc.) per migliorare la salute del paziente e aiutarlo a recuperare le proprie capacità	3,3	1,1
	45	Utilizzare opportunità di apprendimento come il proseguimento degli studi e la partecipazione a laboratori didattici per migliorare il progresso personale e professionale	2,8	1,1

Analizzando la variabile “età”, si osserva una competenza percepita maggiore negli operatori più giovani che decresce nelle classi successive di età (Tabella n.6).

Età	Media	DS
29-39	151	0,8
40-51	146	1,1
52-62	137	0,6

*Tabella n.6*

Esaminando l’anzianità di servizio specifica ed il punteggio totalizzato, risultano più competenti in ordine crescente la terza classe poi a seguire la quarta, la prima poi la seconda, come rappresentato dalla seguente tabella.

Anzianità di servizio SRP2	Tot. Punteggio
Classe 1: 0-5	150,5
Classe 2: 6-10	115
Classe 3: 11-15	163,5
Classe 4: 16-20	154,6

*Tabella n.7*

Per quanto concerne la relazione tra sesso e punteggio totalizzato, le femmine risultano

più competenti totalizzando una media di 164 punti, DS 0.6 rispetto ai maschi  $146 \pm 0.9$ .  
Mettendo invece in relazione titolo professionale e punteggio totalizzati osserviamo una maggiore competenza tra i diplomati ( $155.6 \pm 20.3$ ), rispetto ai laureati ( $147.7 \pm 6.7$ ).

## Discussione

Lo scopo di questo studio era di mappare le competenze percepite degli infermieri per valutare se sono sufficienti ad erogare un'assistenza ottimale e per poter stilare un profilo di competenze specifico per UO cui fare riferimento per il raggiungimento mantenimento delle stesse in un asso di tempo prestabilito.

Gli infermieri della residenza Psichiatrica a carattere estensivo han dimostrato una buona disponibilità a partecipare, il Responce Rate relativo al numero di questionari compilati su quelli consegnati è stato del 92.3%.

Come si può vedere nel grafico n.2, dall'analisi dei dati generali raccolti emerge che c'è rapporto tra operatori e operatrici quasi 1:1, dato molto importante data la delicatezza del reparto così da assicurare la presenza in quasi tutti turni, operatori sia di sesso maschile che femminile.

Inoltre, analizzando l'età media del campione si nota che il gruppo infermieristico presenta una grande esperienza lavorativa con un'anzianità di servizio generale di 25.8 (range: 41-1) di cui 12 anni presso la SRP2 (range 20-1), ed il 58% del campione presenta un'età compresa tra i 51-61.

Incrociando la variabile anzianità di servizio presso la SRP2 e la VAS, non risulta una certa linearità tra punteggio totalizzato ed esperienza lavorativa specifica fanno eccezione gli operatori hanno prestato maggior servizio presso la residenza (tabella n.2). Incrociando le stesse variabili utilizzando i risultati ottenuti mediante la CCMHN si osserva una competenza maggiore nelle classi con maggior esperienza lavorativa specifica 10-20 anni, rispetto a quelli con minor esperienza lavorativa 0-10 anni (Tabella n.7).

Nel complesso il campione ha valutato la competenza percepita, tramite la NCS, come buona ( $71 \pm 14.8$ ). Nella suddivisione del campione per classi di competenza, si riscontra che il 33% ( $n = 4$ ), ha complessivamente un livello competenza molto buono, mentre il 67% ( $n = 8$ ) ha un buon livello di competenza, denotando un importante margine di miglioramento (Grafico n.4).

Osservando i risultati emersi dalla CCMHN, ci danno un quadro nettamente migliore, dove il campione risulta totalizzare un punteggio medio eccellente; ciò a causa della specificità della scala di valutazione in cui gli infermieri ritrovano le competenze

utilizzate nella loro quotidianità, a dispetto della NCS, scala generica, ove una buona percentuale delle competenze analizzate risultano poco utilizzate nel contesto lavorativo. Nel dettaglio, la sezione in cui le competenze vengono percepite come molto buone, è “*La gestione delle situazioni*” VAS media  $78.4 \pm 10.1$ , dato di rilevante importanza data la delicatezza del contesto, in cui la flessibilità nel poter gestire i cambiamenti che possono incorrere nell’ambiente di lavoro e la capacità di rapportarsi con l’equipe sono fondamentali. Nelle restanti sezioni la competenza percepita è buona con VAS compresa tra 62.6 -73.6.

Andando ad analizzare le singole competenze nelle varie sezioni si nota che i punteggi più bassi sono quelli relativi all’area della ricerca, sezione 6 “*Assicurare la qualità*” competenza che viene utilizzata di rado e quindi poco potenziata; risultato da non trascurare essendo parte fondamentale per un proficuo aggiornamento e un’erogazione assistenziale ottimale.

I dati analizzati sembrerebbero rilevare una relazione di natura importante tra il livello di competenza percepita e la frequenza di utilizzo della competenza nella pratica clinica.

Esaminando gli items in cui gli infermieri hanno totalizzato un maggior punteggio nella scala di valutazione CCMHN, risulta chiaro come siano fondamentali al fine di instaurare una relazione terapeutica efficace sia il rispetto per il paziente al di là del suo atteggiamento e della sua condizione di salute, nonché l’assicurarsi che l’utente abbia assunto la terapia in maniera corretta, in quanto la non aderenza al trattamento continuo risulta essere uno delle grandi sfide per i dipartimenti di salute mentale<sup>86</sup>.

Per quanto riguarda la relazione tra competenze percepite e percorsi formativi, i dati ottenuti mostrano una competenza percepita lievemente maggiore tra la classe dei laureati VAS 72.5 rispetto ai diplomati VAS 71.2, mentre nella CCMHN la classe dei diplomati risulta più competente. Bisogna specificare che il campione dei laureati è molto più piccolo 25% rispetto ai diplomati 75%.

Nell’ambito della formazione post-base è riscontrabile una scarsa propensione a proseguire gli studi, infatti, solo, un professionista sanitario ha seguito un Master di primo livello.

Lo studio inoltre ha dimostrato una differenza percettiva di genere, nel quale le infermiere percepiscono il loro livello di competenza generale maggiore rispetto ai loro colleghi maschi.

Le competenze che andrebbero migliorate esaminando i risultati della NCS sono quelle relative alle sezioni “Assicurare la qualità” ed “*Interventi terapeutici*”, in cui si denota una maggiore carenza formativa, anche se il livello di competenza complessivo risulta buono; anche nella CCMHN risulta una carenza formativa nell'utilizzare accertamenti adeguati per la gestione degli effetti collaterali, e la capacità di negoziazione con i famigliari per una presa in carico sinergica, competenze di natura fondamentale per il mantenimento della sicurezza del paziente nonché ottenere una maggiore compliance con i famigliari degli utenti; in queste aree bisognerebbe orientare i bisogni formativi auspicando ad un miglioramento e mantenimento delle competenze nel tempo.

L'obiettivo secondario è quello di poter costruire un profilo di competenze specifico per la SRP2 in base ai risultati di questo studio, da raggiungere in un asse di tempo prestabilito.

Ogni profilo di competenza viene suddiviso in 5 macroaree: valutazione dei bisogni di assistenza infermieristica, progettazione e organizzazione clinico-assistenziale, realizzazione coordinata di interventi, valutazione clinico-assistenziale e formazione-consulenza-ricerca.

Ogni macroarea viene suddivisa in sottosezioni che comprendono gli items specifici, associati in base alla complessità ad un timing, oggetto di valutazione per la certificazione delle competenze.

### **Limiti dello studio**

Uno dei limiti significativi è stato la ridotta dimensione del campione oltre alla difficoltà degli operatori a comprendere a pieno i singoli items che compongono la NCS, a causa della numerosità eccessiva degli items. Ci si trova inoltre in accordo con lo studio di Sponton<sup>69</sup> quando afferma che le competenze autovalutate con la NCS potrebbero non coincidere con quelle reali, valutate con strumenti oggettivi.

Per quanto concerne la CCMHN uno dei limiti è stato la traduzione degli items dalla lingua inglese a quella italiana.

## Conclusioni

La mappatura delle competenze è una componente fondamentale sia dal punto formativo, gestionale che organizzativo, in quanto permette agli operatori di comprendere quali sono i loro punti di forza e di debolezza così da permettere un eventuale approfondimento o miglioramento delle stesse ed alle aziende di offrire una formazione specifica in base alle esigenze degli operatori e del dipartimento, così da offrire una un'assistenza di qualità<sup>27</sup>; oltre a fornire informazioni più dettagliate sulla composizione dell'équipe.

L'indagine svolta ha permesso di poter comprendere meglio la composizione del gruppo di lavoro, sia in termini età anagrafica che di esperienza generica e specifica nella salute mentale, dimostrando che livello di competenza è direttamente correlato al livello di esperienza professionale specifica<sup>52</sup>.

Il livello di competenza generale rilevato ha evidenziato come il campione preso in esame abbia una percezione delle proprie competenze come buona per quanto concerne la NCS, nell'affrontare situazioni quotidiane e nella flessibilità a modellare i piani assistenziali in base alle nuove esigenze organizzative; mentre i risultati della CCMHN ci danno un quadro di competenze infermieristiche eccellenti. Tuttavia, sono emerse carenze nell'area della ricerca e nel trasferire le conoscenze apprese nel contesto lavorativo, competenze da sviluppare magari con uno studio più approfondito, per implementare nuovi modelli organizzativi, oltre che per la complessità stessa dell'assistenza infermieristica<sup>69</sup>.

La presenza di un profilo di competenze specifico per U.O. potrebbe essere uno strumento per poter evidenziare maggiormente le competenze base ed avanzate da raggiungere in un asse di tempo, sotto la supervisione di personale esperto così da garantire una competenza omogenea in tutta la struttura, ed essere come punto di riferimento per i neoassunti. Questo profilo è composto da 50 items che potrebbero essere maggiormente studiati ed integrati in futuro.

## Bibliografia

1. Benedetti R, Ceradini S, Corazza A, Guarino L. Healthcare staffing: dalle mansioni alle competenze, Benedetti R, Ceradini S, Corazza A, Guarino L. Rivista L'infermiere n.2-2019.
2. Direttiva sulla formazione e la valorizzazione del personale delle pubbliche amministrazioni. (Consultato il 15 marzo 2022, disponibile all'indirizzo: <https://www.funzionepubblica.gov.it>).
3. Alfieri E, Alebbi A, Bedini MG, Boni L, Foà C. Mapping the nursing competences in neonatology: a qualitative research. Acta Biomed. 2017;88(3S):51-58.
4. Mental health: strengthening our response, W.H.O. (Consultato il 15 marzo 2022, disponibile all'indirizzo <https://www.who.int>).
5. World mental health report: transforming mental health for all. Geneva: World Health Organization; 2022. (Consultato il 10 Aprile 2022, disponibile all'indirizzo: <https://www.who.int>).
6. Attitudes towards mental health, World mental health day 2019. (Consultato il 20 aprile 2022, disponibile all'indirizzo: <https://www.ipsos.com>).
7. Health at a glance, Europe 2020: State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing. (Consultato il 20 aprile 2022, disponibile all'indirizzo: <https://health.ec.europa.eu>).
8. World mental health report: transforming mental health for all. Geneva: World Health Organization; 2022. (Consultato il 21 aprile 2022, disponibile all'indirizzo: <https://www.who.int>).
9. Riecher-Rössler A. Sex and gender differences in mental disorders. Lancet Psychiatry. 2017 Jan;4(1):8-9.
10. Gigantesco A. Prospettive di accesso alle cure per i disturbi mentali comuni. Riv Psichiatr. 2021 May-Jun;56(3):167-170



11. COVID-19 pandemic triggers 25% increase in prevalence of anxiety and depression worldwide, W.H.O; 2022. (Consultato il 26 aprile 2022, disponibile all'indirizzo <https://www.who.int>)
12. Guidelines for the management of physical health conditions in adults with severe mental disorders. Geneva: World Health Organization; 2018. (Consultato il 26 aprile 2022, disponibile all'indirizzo: <https://www.who.int>)
13. Chesney E, Goodwin GM, Fazel S. Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: a meta-review. World Psychiatry. 2014 Jun;13(2):153-60.
14. WHO European Framework for Action on Mental Health 2021–2025, World Health Organization 2018. (Consultato il 26 aprile 2022, disponibile all'indirizzo: <https://www.who.int>).
15. Mental health atlas 2020. Geneva: World Health Organization; 2021. (Consultato il 27 aprile 2022, disponibile all'indirizzo: <https://www.who.int>).
16. Conferenza Salute mentale: la posizione degli infermieri, FNOPI; 2021 (Consultato il 27 aprile 2022, disponibile all'indirizzo: <https://www.fnopi.it>).
17. Rapporto salute mentale, SISM, 2020. (Consultato il 02 maggio 2022, disponibile all'indirizzo: <https://www.salute.gov.it>).
18. Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori. (Consultato il 02 maggio 2022, disponibile all'indirizzo: <https://www.gazzettaufficiale.it>).
19. 30 settembre 1999, la “chiusura” del San Niccolò, Filippo L. 2019. (Consultato il 02 maggio 2022, disponibile all'indirizzo: <https://www.nuovarassegnastudiopsichiatrici.it>).
20. Dagli ospedali psichiatrici giudiziari (OPG) alle residenze per l'esecuzione di misure di sicurezza (REMS), 2018. (Consultato il 02 maggio 2022, disponibile all'indirizzo: <https://www.camera.it>).

21. Il DSM quale centro collaboratore OMS. (Consultato il 02 maggio 2022, disponibile all'indirizzo: <http://www.triestementalhealth.org>).
22. Salute mentale. Gli indicatori di performance ospedaliera e territoriale nelle regioni italiane. Starace F, Minguzzi R. 2022. (Consultato il 03 maggio 2022, disponibile all'indirizzo: <https://www.quotidianosanita.it>).
23. Progetto Obiettivo nazionale salute mentale 1999-2000. (Consultato il 04 maggio 2022, disponibile all'indirizzo: <https://www.salute.gov.it>).
24. Inventare l'istituzione. Il "caso Trieste" nell'evoluzione della psichiatria italiana della 180, F. Peloso, 2016 (consultato il 04 maggio 2022, disponibile all'indirizzo: <http://www.psychiatryonline.it>).
25. Trieste model- open door- No restraints system of care recovery and citizenship- Italy, Council of Europe, 2021. (Consultato il 05 maggio 2022, disponibile all'indirizzo: <https://www.coe.int>).
26. Servizio forte ed integrazione: organizzare le risorse. Mezzina R, Bracco R. 2017. (Consultato il 05 maggio 2022, disponibile all'indirizzo: <https://www.nuovarassegnastudipsichiatrici.it>).
27. Le microaree di Trieste. Benedetti C, Belluto M, Pecora N, 2019. (Consultato il 05 maggio 2022, disponibile all'indirizzo: <https://www.researchgate.net>).
28. Barbui C, Papola D, Saraceno B. Forty years without mental hospitals in Italy. Int J Ment Health Syst. 2018 Jul 31; 12:43.
29. La conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, Regioni, e le Province autonome di Trento e Bolzano, Rep. Atti n. 153/CSR del 4 agosto 2021. (Consultato il 08 maggio 2022, disponibile all'indirizzo: <https://www.statoregioni.it>).
30. La mappa degli Spdc no restraints. Romeo G. 2017. (Consultato il 08 maggio 2022, disponibile all'indirizzo: <http://www.slegalosubito.com>).

31. Bonini S. La valutazione delle competenze In: Competenze infermieristiche e Portfolio, auto pubblicazione, Italia, 2021:25-26.
32. Chen HM, Chang WY. The essence of the competence concept: Adopting an organization's sustained competitive advantage viewpoint. Journal of Management & Organization. Cambridge University Press; 2010;16(5):677–99.
33. Benner, Patricia. FROM NOVICE TO EXPERT EXCELLENCE AND POWER IN CLINICAL NURSING PRACTICE. AJN, American Journal of Nursing: December 1984; 84 (12): 1479.
34. Strengthening a competent health workforce for the provision of coordinated/ integrated health service. Langins M, Borgermans L. 2015. (Consultato il 15 maggio 2022, disponibile all'indirizzo: <https://www.euro.who.int>).
35. Maria Camera, La competenza avanzata In Le competenze specialistiche degli infermieri: Tra comma 566 e nuovo Contratto, 1° edizione, Italia, libreriauniversitaria.it, 2018: 55-58.
36. Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere. Ministero della sanità. 1995 (consultato il 15 maggio 2022, disponibile all'indirizzo: <https://www.gazzettaufficiale.it>).
37. Disposizioni in materia di professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione e delega al Governo per l'istituzione dei relativi ordini professionali. Ministero della sanità. 2006. (Consultato il 15 maggio 2022, disponibile all'indirizzo: <https://www.gazzettaufficiale.it>).
38. [CCNL 2016-2018 del Comparto Sanità](#). Agenzia per la rappresentanza negoziale delle pubbliche amministrazioni.2018. (Consultato il 15 maggio 2022, disponibile all'indirizzo: <https://www.aranagenzia.it>).
39. Università, pronti 90 nuovi master per le 22 professioni sanitarie. Oltre 30 coinvolgono gli infermieri, Fnopi, 2018. (Consultato il 16 maggio 2022, disponibile all'indirizzo: <https://www.fnopi.it>).

40. Competenze avanzate. Fnopi, 2020. (Consultato il 16 maggio 2022, disponibile all'indirizzo: <https://www.fnopi.it>)
41. Babalola E, Noel P, White R. The biopsychosocial approach and global mental health: Synergies and opportunities. *Indian J Soc Psychiatry* 2017; 33:291-6
42. Wade DT, Halligan PW. The biopsychosocial model of illness: a model whose time has come. *Clin Rehabil.* 2017; 31(8):995-1004.
43. Moyo N, Jones M, Cardwell R, Gray R. What Are the Core Competencies of a Mental Health Nurse? Protocol for a Concept Mapping Study. *Nurs Rep.* 2020;10(2):146-153.
44. Moyo N, Jones M, Gray R. What are the core competencies of a mental health nurse? A concept mapping study involving five stakeholder groups. *Int J Ment Health Nurs.* 2022; 31(4):933-951.
45. Competenze specialistiche dell'infermiere della salute mentale. Agostini S. Benfenati D. Bernardinello E. Furlini P. Gamberoni L. Gargiulo A. 2020. (Consultato il 15 giugno 2022, disponibile all'indirizzo: <https://www.ordineinfermieribologna.it>).
46. Competenze infermieristiche specialistiche in psichiatria. Gargiulo A, Pazzaglia A, Agostini S, Piscinnè T. Argondizzo L, Girone C. 2017 (consultato il 15 giugno 2022, disponibile all'indirizzo: <https://www.ordineinfermieribologna.it>).
47. Mental Health Nursing Competence and Career Framework. N.H.S. 2020. (Consultato il 15 giugno 2022, disponibile all'indirizzo: <https://www.hee.nhs.uk>).
48. Mental Health Competency Framework. A.I.C. 2020 (consultato il 15 giugno 2022, disponibile all'indirizzo: <https://www.aic.sg>).
49. Furnes M, Kvaal KS, Høye S. Communication in mental health nursing - Bachelor Students' appraisal of a blended learning training programme - an exploratory study. *BMC Nurs.* 2018; 15; 17:20.

50. Jean Morrissey Patrick Callaghan. *Communication Skills for Mental Health Nurses*. 1st ed. United Kingdom. McGraw-Hill. 2011: 1-14.
51. Bartzik M, Bentrup A, Hill S, et al. Care for Joy: Evaluation of a Humor Intervention and Its Effects on Stress, Flow Experience, Work Enjoyment, and Meaningfulness of Work. *Front Public Health*. 2021 Jul 2; 9:667-821
52. Dellai M, Mortari L, Meretoja R. Self-assessment of nursing competencies--validation of the Finnish NCS instrument with Italian nurses. *Scand J Caring Sci*. 2009 Dec;23(4):783-91
53. Eweida RS, Ghallab E, Ng F, Ibrahim N. Novice Nurses' Communication Skills When Addressing Aggression in Individuals Experiencing Psychosis: The Role of Emotional Regulation Capacity. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. 2022; 60(1):23-30.
54. Strengthening a competent health workforce for the provision of coordinated/integrated health services. W.H.O. 2015 2022 (Consultato il 02 Luglio 2022, disponibile all'indirizzo: <https://www.euro.who.int>).
55. Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel L et al. RN4CAST consortium. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *Lancet*. 2014; 24;383(9931):1824-30.
- 55.
56. WHO Europe Mental Health Nursing Curriculum, W.H.O. 2003 (Consultato il 02 luglio 2022, disponibile all'indirizzo: <https://www.euro.who.int>).
57. Bini B, Carollo D, cenni S et al. *Linee guida per il master di primo livello – infermieristica di salute mentale – psichiatria*. I edizione. Gemmagraf – Roma; 2002: 51-55.
58. D.G.R. 937/2020. *Manuale Autorizzazione Strutture sanitarie extra-ospedaliere intensive e estensive, strutture sociosanitarie di lungo assistenza o mantenimento*

- e protezione, che erogano prestazioni in regime residenziale e semiresidenziale. Regione Marche; 2020. (Consultato il 04 luglio 2022, disponibile all'indirizzo: <https://www.norme.marche.it>).
59. Decreto del dirigente del settore autorizzazioni e accreditamenti n. 20 del 15 febbraio 2022. Regione Marche; 2022. (Consultato il 04 luglio 2022, disponibile all'indirizzo: <https://www.norme.marche.it>).
60. LIBRO VERDE. Migliorare la salute mentale della popolazione. Verso una strategia sulla salute mentale per l'Unione europea. (Consultato il 25 agosto 2021, disponibile all'indirizzo: <https://ec.europa.eu.it>).
61. Progetto obiettivo tutela salute mentale 1998-2000. Ministero della salute.1999. (Consultato il 25 agosto 2021, disponibile all'indirizzo: <https://www.salute.gov.it>).
62. Deliberazione della Giunta Regionale n. 81 del 28 gennaio 2019, PSSR 2018-2020. (Consultato il 25 agosto 2021, disponibile all'indirizzo: <https://www.regione.marche.it>).
63. Accordo Conferenza Unificata 17 ottobre 2013, Le strutture residenziali psichiatriche, Ministero della salute. (Consultato il 25 agosto 2021, disponibile all'indirizzo: <https://www.salute.gov.it>).
64. D.G.R. Marche 8 giugno 2020, n. 685 - Linee di indirizzo regionali per la gestione delle strutture residenziali sanitarie, sociosanitarie e sociali nell'area extra ospedaliera nel graduale superamento dell'emergenza Covid-19. (Consultato il 25 agosto 2021, disponibile all'indirizzo: <https://www.regione.marche.it>).
65. Williams M, Jordan K. The nursing professional portfolio, a pathway to career development. Journal for nurses in staff development. 2007, vol.23, (3): 125
66. Meretoja R, Isoaho H, Leino-Kilpi H. Nurse competence scale: development and psychometric testing. J Adv Nurs. 2004 Jul;47(2):124-33.

67. Colagrossi R, Venturini G, Esposito G, Sili A, Alvaro R. L'autovalutazione delle competenze cliniche infermieristiche in area critica. *Scenario*. 2012; 29(3): 8-14.
68. Lane AS, Roberts C. Contextualised reflective competence: a new learning model promoting reflective practice for clinical training. *BMC Med Educ*. 2022 ;22(1):71.
69. Spoton A, Zoppini L, Iadeluca A, Angeli C, Caldarulo T. Mappare le competenze infermieristiche per lo sviluppo organizzativo: utilizzo della nursing competence scale. *Evidence* 2013; 5 (4): e1000041.
70. Notarnicola I, Stievano A, Pulimeno A et al. Evaluation of the perception of clinical competencies by nursing students in the different clinical settings: an observational study. *Annali d'igiene*. 2018(3):201-2.
71. Scavone R, Ausili D, Di Mauro S. La valutazione delle competenze infermieristiche: uno studio di validazione della Nurse Competence Scale. *L'infermiere*. 2014 N. 6.
72. Flinkman M, Leino-Kilpi H, Numminen O, Jeon Y, Kuokkanen L, Meretoja R. Nurse Competence Scale: a systematic and psychometric review. *J Adv Nurs*. 2017 May;73(5):1035-1050.
73. Meretoja R, Isoaho H, Leino-Kilpi H. Nurse competence scale: development and psychometric testing. *J Adv Nurs*. 2004; 47(2):124-33.
74. Moskoei S, Mohtashami J, Ghalenoeei M, Nasiri M, Tafreshi MZ. Development and psychometric properties rating scale of "clinical competency evaluation in mental health nurses": Exploratory factor analysis. *Electron Physician*. 2017; 25;9(4):4155-4161
75. Bahreini M, Shahamat S, Hayatdavoudi P, et al. (2011, b) Comparison of the clinical competence of nurses working in two university hospitals in Iran. *Nurs Health Sci*, 13 (3), 282-288.

76. 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(4):783-91.
77. Numminen O, Meretoja R, Isoaho H, Leino-Kilpi H. Professional competence of practising nurses. *J Clin Nurs.* 2013; 22(9-10):1411-23.
78. Kajander-Unkuri S, Meretoja R, Katajisto J, et al. Self-assessed level of competence of graduating nursing students and factors related to it. *Nurse Educ Today.* 2014; 34(5):795-801.
79. Koskinen L., Likitalo H., Aho J., Vuorio O. & Meretoja R. The professional competence profile of Finnish nurses practising in a forensic setting. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing.* 2014; 21(4): 320-326.
80. Müller M. Nursing competence: psychometric evaluation using Rasch modeling. *J Adv Nurs.* 2013; 69(6):1410-7.
81. Wangensteen S, Johansson IS, Nordström G. Nurse Competence Scale- psychometric testing in a Norwegian context. *Nurse Educ Pract.* 2015;15(1):22-9.
82. Cowin LS, Hengstberger-Sims C, Eagar SC, Gregory L, Andrew S, Rolley J. Competency measurements: testing convergent validity for two measures. *J Adv Nurs.* 2008; 64(3):272-7.
83. Istomina N, Suominen T, Razbadauskas A, Martinkėnas A, Meretoja R, Leino-Kilpi H. Competence of nurses and factors associated with it. *Medicina (Kaunas).* 2011;47(4):230-7.
84. O'Leary J. Comparison of self-assessed competence and experience among critical care nurses. *J Nurs Manag.* 2012; 20(5):607-14.
85. Bahreini M, Moattari M, Shahamat S, Dobaradaran S, Ravanipour M. Improvement of Iranian nurses' competence through professional portfolio: a quasi-experimental study. *Nurs Health Sci.* 2013; 15(1):51-7.



86. Latha KS. The noncompliant patient in psychiatry: the case for and against covert/surreptitious medication. *Mens Sana Monogr.* 2010;8(1):96-121.

## Allegati

### Nurse Competence Scale

		Stage 1														
		Livello di competenza											Frequenza di utilizzo degli items			
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3
Sezione 1	Competenza presa in carico	Pianificare l'assistenza infermieristica in riferimento ai bisogni del 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																

		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	
<b>Sezione 3</b>	<b>Competenze diagnostiche</b>	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															
<b>Sezione 4</b>	<b>Competenze di gestione delle situazioni</b>	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															
<b>Sezione 5</b>	<b>Interventi terapeutici</b>	Cooperare, mostrando flessibilità, in situazioni che cambiano rapidamente															
		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																	

		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	
<b>Sezione 6</b>	<b>Assicurare qualità</b>	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															
<b>Sezione 7</b>	<b>Ruolo ricoperto</b>	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															

Dati	<b>STAGE 2</b>	
	SESSO	
	Maschio (segnare una X, nella casella accanto)	
	Femmina (segnare una X, nella casella accanto)	
	Età anagrafica	
	<b>Titolo di studio</b>	
	Diploma	
	Laurea triennale	
	Master ( in caso di possesso, specificare quale)	
	Laurea magistrale	
	Dottorato di ricerca	
	Anni d'esperienza lavorativa presso SRP2 ( SRR)	
	Anni d'esperienza lavorativa totali	

## Clinical Competence Mental Health Nurse

			Mai (0)	Raramente (1)	Qualche volta (2)	Spesso (3)	Sempre (4)	
<b>Competenze generiche</b>	Competenze emozionali	1	Mostra entusiasmo e interesse nel prendersi cura del paziente					
		2	Avere la capacità di controllare le proprie emozioni (ad es. rabbia, ansia e paura)					
	Competenze etiche	3	Dimostrare pazienza quando ti prendi cura del paziente					
		4	Mostra rispetto per il paziente					
		5	Evita di precipitarti nel giudizio sul paziente					
		6	Conserva i segreti del paziente (a meno che non vi sia un rischio per il paziente o per gli altri)					
		7	Non discutere mai i problemi del paziente in presenza di altri					
		8	Rispettare i diritti del paziente (es. privacy, diritto di rifiutare la terapia, ecc.)					
		9	Mostra reattività (cioè essere veloci e assumere atteggiamento positivo) e fiducia nello svolgere i compiti assegnati					
		10	Offrire assistenza infermieristica senza discriminazioni o in base a specifiche razziali, culturali e religiose					
		11	Mostra rispetto nel trattare con i colleghi					
		12	Mostra onestà quando interagisce con gli pazienti					
<b>Competenze specifiche</b>	13	Presentarsi al paziente						
	14	Osservare i principi dell'intervista dall'inizio alla fine						
	15	Guadagnare la fiducia del paziente per stabilire la comunicazione						
	16	Rivolgiti ai pazienti per nome						

17	Motivare i pazienti ad esprimere i propri sentimenti					
18	Rispettare i limiti (distanza fisica, rivolgersi al paziente in maniera rispettosa. )					
19	Seguire un metodo di ascolto attivo nel comunicare con il paziente					
20	Aiutare il paziente a migliorare la propria autostima e fiducia in se stesso attraverso il miglioramento delle sue capacità positive					
21	Spiegare le procedure mediche prima di iniziarle (ad es. Iniezione, controllo dei parametri vitali, somministrazione di medicinali)					
22	Utilizzare le procedure mediche come un'opportunità per comunicare con il paziente					
23	Utilizzare una varietà di riferimenti (ad es. famiglia, cartella clinica, ecc.) per raccogliere informazioni					
24	Utilizzare diversi strumenti di screening (abuso di stupefacenti, disturbo della personalità, depressione, ecc.) per esaminare comportamenti pericolosi (ad es. aggressività, suicidio, omicidio, ecc.).					
25	Registrazione e segnalare qualsiasi cambiamento nella salute mentale del paziente e altri problemi					
26	Registrazione e riconoscere i meccanismi difensivi utilizzati dai pazienti (es. proiezione, negazione, rimozione, ecc....)					
27	Dare priorità alla diagnosi psico-infermieristica nel fornire assistenza sanitaria ai pazienti					
28	Impiegare abilità pratiche (ad es. fare iniezioni, somministrare medicinali, controllare i parametri vitali, ecc.).					
29	Svolgere competenze infermieristiche basate su referenze affidabili e nuove ricerche (evidence based)					
30	Effettuare la registrazione dei dati raccolti nella cartella infermieristica					

31	Utilizzare approcci antistress (ad es. rilassamento, respiro profondo, ecc.) quando il paziente è ansioso o disturbato					
32	Svolgere l'assistenza sanitaria richiesta nei casi di emergenza e di attacco (ad es. contenzione fisica, stanza di isolamento, ecc.).					
33	Fornire un ambiente sicuro per il paziente (possibilità di prendere cura di sé, del prossimo, basso rischio di evasione, ecc.).					
34	Osservare attentamente il paziente per assicurarsi che abbia assunto il medicinale					
35	Utilizzare accertamenti infermieristici adeguati nei campi dell'uso di droghe psichedeliche e degli effetti collaterali					
36	Prestare attenzione all'uso ottimale di medicinali, materiali e attrezzature					
37	Cooperare e consultare gli altri membri del team sanitario					
38	Fornire la formazione necessaria per migliorare la salute del paziente e della sua famiglia					
39	Utilizzare metodi di formazione adeguati in base all'età, al livello di istruzione e alla natura della malattia					
40	Preparare il piano di dimissione per il paziente e la sua famiglia					
41	Negoziare con la famiglia del paziente per partecipare alla presa in cura sinergica					
42	Motivare il paziente a seguire il programma di terapeutico					
43	Aiutare il paziente a prendersi cura di sé il più possibile					
44	Seguire i principi e gli standard della riabilitazione psicologica (es. cura di sé, follow-up del trattamento, ecc.) per migliorare la salute del paziente e aiutarlo a recuperare le proprie capacità					
45	Utilizzare opportunità di apprendimento come il proseguimento degli studi e la partecipazione a laboratori didattici per migliorare il progresso personale e professionale					



## Modello Profilo competenze infermieri SRP2

Competenze cliniche infermieri SRP2		Entro 2° settimana	Entro 1° mese	Entro 2° mese	Entro 4° mese	Entro 6° mese
Il simbolo "x" indica il timing del risultato da raggiungere						
Sezione 1		Valutazione dei bisogni di assistenza infermieristica				
1	Conoscere i criteri d'ammissione del paziente presso U.O.	x				
2	Accogliere e orientare il paziente e la sua famiglia/ amministratore di sostegno, informandoli sull'organizzazione dell'U.O.	x				
3	Conoscere i criteri di dimissione e trasferimento	x				
4	Identificare i bisogni di assistenza infermieristica della persona con patologia psichiatrica		x			
5	Applicare il modello concettuale di riferimento		x			
6	Acquisire e documentare l'anamnesi sanitaria e sociale, passata e presente della persona, con particolare riferimento agli aspetti inerenti alla salute mentale e dipendenze		x			
7	Conoscere ed utilizzare le scale di valutazione identificate e specificate in ogni contesto di cura		x			
8	Utilizzare nell'identificazione dei bisogni della persona, le informazioni acquisite attraverso il colloquio con i familiari e/o il caregiver di riferimento		x			
9	Valutare l'impatto della salute della persona dei fattori di stress esterno (difficoltà familiari, condizione economica, occupazionale, abitativa)		x			
10	Valutare l'influenza della cultura, dell'etnia e delle credenze sulla percezione dei sintomi psichiatrici			x		
11	Valutare i livelli di autonomia, le risorse, le disabilità, la complessità assistenziale			x		
12	Applicare i modelli di tassonomia standardizzati per la diagnosi infermieristica dei problemi di salute		x			

13	Definire le priorità assistenziali della persona con patologia psichiatrica definendo i bisogni clinici secondo la valutazione urgenza ed emergenza			x		
<b>Sezione 2</b>		<b>Progettazione e organizzazione clinico - assistenziale, della persona e della famiglia</b>				

1	Acquisire le esigenze e le aspettative della persona in merito agli obiettivi da raggiungere durante ed al termine del percorso di cura e documentarli		x			
2	dichiara alla persona/ caregiver la specificità del proprio ruolo e della relazione professionista-paziente	x				
3	Valuta con la persona la possibilità di coinvolgere nel percorso di cura la propria famiglia e/o il caregiver		x			
4	Applicare gli interventi previsti nel piano assistenziale secondo gli step individuati nel progetto di cura, documentando le attività svolte		x			
5	contribuire al progetto di cura in équipe multidisciplinare applicando le competenze proprie del suo profilo professionale				x	
6	valutare le conoscenze che la persona possiede in merito alla terapia farmacologica ed eventualmente attua un intervento educativo		x			
7	monitorare e documentare costantemente le cure erogate per ridurre le complicanze e migliorare la qualità della vita			x		
8	educare la persona alla verifica dei sintomi sostenuti da stress/vulnerabilità (segnali di crisi) e alle strategie da adottare per prevenirli e fronteggiarli				x	
9	dedicare la risorsa tempo alla creazione e mantenimento della relazione terapeutica, al fine di ridurre resistenze ed ambivalenze e trasmettere fiducia sulle possibilità del cambiamento			x		

10	programmare e/o applicare interventi orientati alla recovery in una logica operativa di riabilitazione psicosociale e di riduzione della cronicizzazione (attraverso strumenti quali la psicoeducazione personale e familiare, il colloquio motivazionale, l'empowerment personale)						X
11	applicare strategie e tecniche comunicative per ridurre lo stress emozionale, facilitare il cambiamento cognitivo-comportamentale e sviluppare la crescita personale: ascolto attivo, uso terapeutico del silenzio, la riflessività, la riconnessione emotiva						X
12	stimolare la persona a praticare l'attività motoria necessaria a mantenere un buono stato di salute fisica		X				
13	attuare interventi volti alla promozione dei corretti stili di vita e a migliorare la gestione della salute generale		X				
14	educare la persona, quando necessario, ad applicare i comportamenti corretti per mantenere una buona salute sessuale e per prevenire le malattie sessualmente trasmissibili		X				
15	valutare eventuali episodi di aggressività verbale e/o fisica della persona attraverso l'utilizzo di scale validate e gestione degli episodi attraverso l'applicazione delle tecniche di de-escalation (stay cool, talk down)			X			
16	utilizzare strumenti validati per valutare l'efficacia e l'appropriatezza degli interventi erogati		X				
17	Valutare ed eventualmente rielaborare il piano di cura insieme alla persona ed in collaborazione con l'equipe multidisciplinare						X
<b>Sezione 3</b>	<b>Realizzazione coordinata degli interventi</b>						
1	Conoscere le caratteristiche e le funzioni dei diversi profili professionali che compongono l'équipe multidisciplinare	X					
2	Lavorare in modo efficace e propositivo in un team multidisciplinare, contribuendo al processo decisionale e assumendosi la responsabilità delle proprie azioni associate alla progettazione, pianificazione, attuazione e valutazione degli interventi infermieristici			X			

3	aiutare a coordinare l'integrazione dell'assistenza delle singole persone afferenti al contesto di cura, collaborando coi membri del team multidisciplinare e con le altre interfacce che hanno un impatto, diretto o indiretto, sull'assistenza sanitaria e sociale della persona			X		
4	Conoscere le interfacce interne ed esterne del dipartimento di appartenenza e gli accordi che regolano i rapporti con esse				X	
5	Operare in collaborazione con gli altri enti ed agenzie territoriali, incluse le organizzazioni famigliari e cittadini					X
6	Lavorare con tutte le parti interessate per promuovere ed aumentare l'inclusione sociale delle persone con problemi di salute mentale					X
<b>Sezione 4</b>	<b>Valutazione clinico-assistenziale</b>					
1	Valutare i risultati in termini di benessere, raggiungimento del maggior livello di qualità di vita possibile, recupero dell'autonomia della persona secondo il modello concettuale di riferimento			X		
2	Valutare gli esiti assistenziali, a partire dal progetto di cura condiviso e se necessario procedere alla riformulazione di obiettivi ed interventi, insieme alla persona e alla famiglia e/o caregiver			X		
3	Valutare l'appropriatezza del setting di cura, secondo i bisogni clinico-assistenziali			X		
4	Verificare le conoscenze acquisite dalla persona e dalla famiglia e/o caregiver in merito alla patologia, alle terapie descritte, alle strategie di coping, ai segnali di crisi, attivandosi per implementare eventuali incertezze				X	
5	Le conoscenze della persona e della famiglia e/o caregiver rispetto ai professionisti coinvolti nel progetto di cura e ai setting assistenziali		X			
<b>Sezione 5</b>	<b>Formazione Consulenza Ricerca</b>					

1	Assumersi la piena responsabilità dello sviluppo personale e professionale attraverso la definizione di un piano formativo in linea con gli obiettivi individuali e del servizio di appartenenza					X
2	Dimostrare capacità di imparare dagli altri, comprese le persone che si rivolgono ai servizi, le famiglie ed i caregivers			X		
3	Effettuare attività di consulenza presso altre unità operative e/o servizi, in relazione alle competenze specifiche del suo profilo					X
4	Accedere ai database, ai flussi informativi e ai motori di ricerca per contribuire ad implementare le proprie conoscenze			X		
5	Conoscere gli elementi base della ricerca scientifica e la relativa terminologia					X
6	Contribuire alle attività di raccolta dei dati necessari ad effettuare audit ed altre valutazioni sulla qualità dei servizi erogati					X
7	Proporre ed elaborare progetti di miglioramento derivanti dai bisogni organizzativi e dalle esigenze organizzative ed assistenziali, col supporto del Sistema Nazionale Linee Guida					X
8	Accogliere gli studenti del corso di Laurea in infermieristica, pianificare e verificare il percorso formativo in collaborazione col tutor didattico universitario				X	
9	aiutare gli studenti a sviluppare competenze ed identità professionale, utilizzando le proprie abilità di sviluppo professionale e personale					X