

Mappatura delle competenze dell'infermiere di pronto soccorso dell'ASST di Mantova: ideazione dello strumento e del metodo per la catalogazione delle conoscenze e abilità

Brenda Vezzoni,¹ Valentina Masciarri²

¹Infermiere, Pronto Soccorso, ASST, Mantova; ²Coordinatrice, Unità di Chirurgia Cardiovascolare, ASST, Mantova, Italia

RIASSUNTO

Introduzione: la mappatura delle competenze del professionista sanitario ha un ruolo centrale nei sistemi di garanzia della qualità poiché permette di valutare il personale e programmare lo sviluppo professionale attraverso l'identificazione delle capacità e dei saperi. Obiettivo dello studio è la creazione dello strumento di mappatura delle competenze dell'infermiere di Pronto Soccorso (PS) dell'ASST di Mantova al fine di avere una visione delle conoscenze e delle abilità del gruppo infermieristico che permetta di orientare e sviluppare percorsi formativi andando a sviluppare le potenzialità del gruppo.

Materiali e Metodi: è stata fatta una revisione narrativa della letteratura per individuare le mappature delle competenze dell'infermiere di PS già esistenti. È stata poi creata una mappatura delle competenze attraverso l'utilizzo delle mappature trovate in letteratura. La mappatura creata è stata revisionata da un panel di esperti attraverso la valutazione di ogni item secondo uno score che passava da 0 a 2 (0: item incoerente con il contesto, 1: poco coerente, 2: coerente). Si è poi proceduto a suddividere le competenze in 'competenze base' (competenze da acquisire in via prioritaria per un neoassunto) e 'competenze esperte' (competenze acquisibili attraverso l'esperienza, pratica clinica e il tempo) attraverso un focus group.

Risultati: sono state individuate cinque mappature provenienti dalla letteratura internazionale. Non sono state individuate mappature di competenze dell'infermiere dell'emergenza nel nostro Paese. È stata creata una mappatura utilizzando la suddivisione della mappatura del Royal College of Nursing. Le competenze sono state suddivise in tre sezioni principali: competenze core, competenze trasversali e competenze specifiche dell'assistenza nell'emergenza. Per ognuno di queste sezioni sono stati individuati poi i domini, rappresentati dall'integrazione di due componenti (conoscenze e abilità), quindi all'interno di questi sono stati collocati gli items ricavati dai documenti della revisione narrativa. I 276 items della mappatura sono stati revisionati da un panel di esperti formato da 12 professionisti. 9 items sono risultati da riformulare, 1 item da eliminare e 11 items da aggiungere. In una seconda revisione con il panel di esperti tutti i 20 items aggiunti e riformulati hanno raggiunto una media tra 1.6 e 2. Il focus group è stato formato da 5 professionisti del panel di esperti che hanno individuato 190 items 'base' e 92 items 'esperti'.

Discussione: la mappatura creata è stata calibrata sui Pronto Soccorsi dell'ASST di Mantova ed è quindi contesto situata. Le competenze, infatti, sono strettamente collegate al luogo in cui esse hanno espressione. Il metodo utilizzato tuttavia permette una visione comune nell'individuazione delle competenze. Sarà inoltre necessaria una continua revisione e aggiornamento degli standards per assicurare uno sviluppo della pratica coerente con il contesto di cura.

Parole chiave: mappatura, infermiere, competenze, emergenza, infermiere clinico specialista.

Correspondente: Brenda Vezzoni, Infermiere, Pronto Soccorso, ASST Carlo Poma, Strada Lago Paiolo 10, 46100 Mantova, Italia.

E-mail: brenda.vezzoni@asst-mantova.it

Introduzione

La mappatura delle competenze del professionista sanitario ha un ruolo centrale nei sistemi di garanzia della qualità poiché permette di valutare il personale e programmare lo sviluppo professionale attraverso l'identificazione delle capacità e dei saperi. Oggi l'organizzazione chiede di adeguare lo sviluppo delle competenze al contesto clinico attuale, dove l'assistenza infermieristica, sempre più complessa, deve rimodulare processi e modelli organizzativi con i quali i professionisti soddisfano i bisogni assistenziali.¹ La qualità delle competenze cliniche è strettamente correlata al tema degli esiti, cosicché le aziende sanitarie sono chiamate a stabilire modelli e strumenti di riferimento per l'analisi, la mappatura e la valutazione delle capacità e delle conoscenze dei professionisti.² L'obiettivo della costruzione di un profilo di competenze è quello di declinare le competenze distintive di area, ovvero quelle competenze specialistiche per l'ambito lavorativo. Costruire un profilo di competenza è un'operazione complessa, non si tratta di stilare un elenco di attività o semplicemente di aggiungere nuove attività del professionista, ma di scegliere e sancire in modo consensuale tra i vari attori implicati nell'assistenza standard condivisi di competenze. Le competenze, tuttavia, sono strettamente collegate al luogo in cui esse hanno espressione e sono definite come la dimostrazione di una complessa combinazione di conoscenze, abilità, attitudini, performance e valori applicati al contesto.⁶

I pronto soccorsi sono la prima linea per i pazienti che arrivano in ospedale e sono spesso di natura caotica a causa dell'urgenza di fornire cure salvavita ai malati critici.⁷ Questi ambienti sono focalizzati sia sulla stabilizzazione delle persone che si trovano in pericolo di vita sia sul trattamento di una varietà rilevante di diversi stati patologici. Nel mondo si è registrato un progressivo aumento delle persone che si rivolgono a questo servizio con una parallela diminuzione di risorse e di capacità di ricovero all'interno del singolo ospedale.^{8,9}

Agli infermieri che operano in questi contesti è chiesto di possedere le competenze per affrontare situazioni difficili che si presentano in Pronto Soccorso (PS). Le competenze devono poter rispondere ai bisogni delle persone di qualsiasi età e in qualsiasi stato esse siano,⁹ è quindi necessario un team multidisciplinare che assicuri un mix di competenze per poter garantire un'assistenza competente e sicura.¹⁰ Ogni PS presenta diverse aree che richiedono a tutto il personale una gestione e una presa in carico differente del paziente. Si possono infatti almeno distinguere in ogni PS: il triage e osservazione breve intensiva oltre le aree che possono essere distinte in intensità di cura per la visita dell'assistito. Secondo le linee d'indirizzo nazionali¹¹ è utile una periodica rotazione del personale nelle aree per poter assicurare un livello di qualità delle performance maggiore.

È sottolineato inoltre nella normativa nazionale la necessità di utilizzo di indicatori e standard al fine della verifica del rischio clinico nelle attività in PS, in special modo quella di Triage.¹²

Obiettivo

L'obiettivo primario dello studio è la creazione dello strumento di mappatura delle competenze dell'infermiere di PS dell'ASST di Mantova. Lo scopo secondario del progetto è quello di fornire uno strumento al fine di orientare la formazione del professionista, la valutazione del professionista e l'inserimento del neoassunto.

Materiali e Metodi

Per arrivare a definire la mappatura dell'infermiere di PS è stata innanzitutto condotta una ricerca su diverse banche dati (PubMed, CINAHL, Scopus) per individuare le mappature già esistenti. Sono stati inoltre visitati i principali siti web infermieristici dell'emergenza nazionali e internazionali delle mappature citati negli articoli. È stata quindi prodotta una revisione narrativa della letteratura.¹³ È stata poi creata una mappatura delle competenze attraverso l'individuazione delle competenze delle mappature selezionate dalla letteratura secondo i criteri guida del codice deontologico,¹⁴ del profilo professionale,¹⁵ della formazione base e post base dell'infermiere. Per creare la mappatura è stata utilizzata la struttura di uno dei documenti già presenti in letteratura.¹⁶ La struttura del documento del Royal College of Nursing¹⁶ è apparsa applicabile al contesto poiché permetteva di inserire tutte le competenze rilevate anche negli altri documenti analizzati attraverso la revisione narrativa. Dopo aver creato la mappatura, questa è stata revisionata da un panel di esperti (infermieri e coordinatori dei tre centri di PS dell'ASST di Mantova). Per il reclutamento degli esperti, ci si è avvalsi dei coordinatori infermieristici contattati tramite l'e-mail aziendale per fissare un incontro. L'email inviata conteneva lo scopo dell'incontro, l'elenco dei contenuti e una lettera di presentazione in cui è stata esibita sommariamente la struttura della mappatura delle competenze. È stato inoltre allegato alla stessa e-mail il documento di mappatura stilato. I coordinatori si sono incontrati a settembre 2022 in una sala riunioni dell'ASST di Mantova. È stato presentato loro il documento di mappatura sviluppato e le finalità dello stesso attraverso delle slide. Sono state spiegate le future applicazioni nel contesto specifico sia come strumento di valutazione che di programmazione della formazione. È stato infine dato loro un mandato, quello di nominare tra il loro gruppo di infermieri gli esperti che potessero rispondere a tali criteri di inclusione: i) pratica lavorativa in tutte le aree del PS: triage, area ad alta intensità, area a media intensità, area bassa intensità, trasporti secondari urgenti, Osservazione Breve Intensiva (OBI) e area boarding; ii) volontarietà alla partecipazione; iii) presenza di almeno un infermiere del gruppo di revisione del percorso di triage; iv) infermiere esperto secondo il coordinatore.

Sono stati quindi esclusi coloro che: i) non possedevano l'esperienza lavorativa necessaria (minore di dieci anni); ii) non erano abilitati a tutte le aree del PS; iv) non volevano partecipare; v) non erano ritenuti infermieri esperti da parte del coordinatore.

L'obiettivo era reclutare almeno un professionista del PS di Asola, due professionisti del PS di Pieve di Coriano e cinque professionisti del PS di Mantova fino a saturazione del campione. Dopo la selezione secondo i criteri di inclusione da parte dei coordinatori e l'adesione volontaria da parte degli infermieri, è stato spiegato il progetto, lo strumento ideato e l'importanza del coinvolgimento degli esperti per la revisione del documento attraverso un'email. È stato chiesto agli infermieri di valutare ogni item del documento di mappatura delle competenze di PS attraverso un foglio di lavoro che permetteva di assegnare un valore numerico attraverso una colonna posta a fianco degli item e denominata 'score di valutazione'. Era possibile poi aggiungere le competenze mancanti da parte degli esperti attraverso un altro foglio in cui era presente la sola struttura della mappatura, senza gli items, in modo che l'esperto potesse individuare in quale sezione e dominio collocare la propria competenza aggiuntiva. È stato richiesto agli esperti di valutare ogni item del documento di mappatura delle competenze di PS secondo questo score di valutazione: 0, item incoerente con il contesto, da eliminare dalla mappatura; 1, item poco coerente con il contesto, da mantenere nella mappatura ma da revisionare/riformulare; 2, item coerente con il contesto, da mantenere inva-

riato nella mappatura. È stato mantenuto l'anonimato degli esperti (tranne dei coordinatori) inviando le e-mail ai coordinatori che successivamente le inoltravano agli esperti individuati. Non sono stati richiesti dati anagrafici o dati personali per poter garantire l'anonimato e in quanto i dati non costituivano nessun obiettivo del progetto ideato. Dopo aver ricevuto tutte le valutazioni degli esperti, è stata calcolata la media e la deviazione standard di ogni item. È stato inoltre creato un foglio per raggruppare tutte le competenze aggiuntive degli esperti. In base alla media degli items, questi sono stati mantenuti, revisionati o eliminati: se media minore di 1 o 1, item da eliminare; se media tra 1,1 e 1,5, item da revisionare/riformulare; se media tra 1,6 e 2, item mantenuto.

Gli items da revisionare sono stati riformulati consultando i percorsi diagnostici terapeutici assistenziali dell'unità operativa, i percorsi di triage e le linee guida adottare dall'unità operativa. Sono stati inoltre aggiunti alla mappatura tutti gli items suggeriti dagli esperti. Una volta revisionato il documento, secondo una prima valutazione degli esperti, è stato chiesto allo stesso panel di professionisti di rivalutare la mappatura. Le sole competenze revisionate e aggiunte sono state sottoposte all'intero panel di esperti per una revisione secondo il medesimo score di valutazione utilizzato nella prima revisione del documento. In questo modo si è anche fornito un feedback agli esperti sulle valutazioni operate dai colleghi, fornendo le medie e i cut-off utilizzati per selezionare gli item revisionati o eliminati.

Si è poi proceduto a suddividere le competenze individuate in 'competenze base' e 'competenze avanzate' attraverso un focus group. In questo caso sono definite competenze di base quelle competenze da acquisire in via prioritaria per poter esercitare la pratica in modo autonomo all'interno dell'unità operativa. Si tratta delle competenze che il professionista neoassunto deve conseguire al fine di superare la fase di inserimento e che tutti gli infermieri all'interno di quella unità operativa possiedono. Ci si riferisce invece alle competenze avanzate come quelle acquisite attraverso il tempo, la formazione e la pratica clinica. Non sono competenze che possiedono tutti i professionisti dell'unità operativa, al contrario, sono possedute da parte del personale e proprio per questo è importante mapparle per evitare di perdere il patrimonio di tali competenze distintive all'interno dell'equipe. Si è coinvolto ancora una volta lo stesso panel di professionisti esperti inclusi nella precedente fase. Coinvolgendo lo stesso campione di convenienza è stato possibile avvalersi di esperti che già conoscevano lo strumento, in quanto revisori dello stesso.

Per poter raggiungere l'obiettivo si è utilizzato un focus group per consentire agli esperti di incontrarsi e discutere insieme quali competenze fossero da considerarsi 'base' e quali 'avanzate'. Attraverso tale metodo i professionisti si sono incontrati per la prima volta, mentre precedentemente era stato garantito l'anonimato tra il gruppo (ad esclusione dei coordinatori, che avendo nominato gli esperti, ne conoscevano già l'identità). Al gruppo è stato chiesto: 'quali items del documento di mappatura delle competenze dell'infermiere di PS sono da considerarsi "base" ovvero da acquisire in via prioritaria per un neoassunto al fine di superare con successo l'affiancamento e quali items invece sono da considerarsi "avanzate" ovvero competenze acquisibili solo attraverso la formazione, la pratica e l'esperienza?'. È stato scelto tale metodo d'indagine poiché l'obiettivo di questa fase è quello di sondare l'opinione data dall'esperienza del professionista su questa tematica.

Risultati

Sono state individuate cinque mappature provenienti dalla letteratura internazionale (FEN,¹⁷ RCN,¹⁶ NENA,¹⁸ CENA,¹⁹ AAENP

& ENA²⁰). Dei cinque strumenti selezionati, quattro (FEN,¹⁷ RCN,¹⁶ NENA,¹⁸ AAENP & ENA²⁰) individuano al loro interno competenze, mentre CENA¹⁹ individua practice standard. Ogni mappatura è stata analizzata secondo nove domini: competenza clinica, comunicazione, team-work, gestione dell'ambiente e delle risorse, sviluppo professionale, leadership, principi legali ed etica professionale, ricerca e qualità attraverso un processo di revisione narrativa.¹³ Sono stati utilizzati tali domini per l'analisi critica degli studi derivati dalla mappatura di CENA¹⁹ poiché era assente un quadro di riferimento noto data la diversità delle mappature selezionate anche nella loro struttura.¹³ Non sono state individuate mappature di competenze dell'infermiere dell'emergenza nel nostro Paese. È stata creata una mappatura utilizzando la struttura della mappatura del Royal College of Nursing.¹⁶ È stata impiegato tale formato poiché il documento proposto dal RCN, essendo il più esteso, era l'unico che permetteva di contenere tutte le competenze individuate anche negli altri documenti. Le competenze sono state suddivise in tre sezioni principali: competenze core, definite 'buona pratica infermieristica' e costituiscono la base dell'assistenza a tutti i livelli. Il 'core' dell'infermiere, ovvero i comportamenti fondamentali devono essere acquisiti in via prioritaria e mantenuti come nucleo centrale;¹⁶ competenze trasversali, ovvero competenze applicate in modo generico e trasversale in qualsiasi contesto di cura nell'area di emergenza urgenza, indipendentemente dal tipo di assistenza richiesta in quel momento;¹⁶ e competenze specifiche dell'assistenza nell'emergenza intese come competenze necessarie per prendersi cura del paziente nel contesto dell'emergenza-urgenza, sono altamente specialistiche e caratterizzanti la figura del professionista.¹⁶ Per ognuna di queste sezioni sono stati individuati poi i domini, rappresentati dall'integrazione di due componenti (conoscenze e abilità), quindi all'interno di questi sono stati collocati gli items ricavati dai documenti della revisione narrativa. I domini individuati per ogni sezione sono: i) competenze core: comportamenti professionali, competenze del lavoro d'équipe, competenze comunicative ed educative; ii) competenze trasversali: valutazione del paziente, gestione e valutazione del dolore, gestione dei farmaci, movimentazione del paziente, prevenzione e controllo delle infezioni, tutela dell'adulto e del bambino; gestione della documentazione; prevenzione e controllo delle aggressioni e delle violenze; iii) competenze specifiche dell'assistenza nell'emergenza: assistenza all'adulto con patologia acuta del sistema (respiratorio, cardio-circolatorio, neurologico, gastrointestinale, renale, endocrino, riproduttivo, sistema muscoloscheletrico), assistenza all'adulto con patologia minore degli arti inferiori e superiori, patologie oftalmiche maxillo-facciali e ORL, con problemi alla colonna e dorso, con ferite o ustioni minori, assistenza ai bambini e adolescenti, assistenza alla persona con malattia mentale, gestione delle catastrofi o eventi maggiori.

La competenza non risulta osservabile/quantificabile, diventa quindi fondamentale scomporla negli elementi di attività che la compongono in base al ruolo che il professionista ricopre.²¹ Sono stati successivamente inseriti in ogni dominio, in base si trattasse di una conoscenza o un'abilità, tutti gli 'items' rilevati nei documenti oggetto della revisione narrativa. Sono stati esclusi quelli che non appartenevano alla realtà italiana per norme di legge o poiché funzioni di altre professioni. Ogni item presente nella mappatura riporta il riferimento bibliografico nell'ultima colonna. Il documento di mappatura è composto da 276 items complessivi.

Una volta creata la mappatura è stata sottoposta al processo di revisione attraverso un panel di esperti. Il panel di esperti arruolato secondo i criteri di inclusione constatava di 12 professionisti. Gli esperti hanno valutato ogni item della mappatura secondo lo score di valutazione e ne è poi stata calcolata la media e la deviazione standard di ognuno. Dei 276 items, 9 sono quelli risultati da revi-

sionare con una media compresa tra 1 e 1,6 mentre un solo item è risultato 1 quindi da eliminare. Tutti gli altri items sono risultati con una media maggiore di 1,6 quindi sono stati mantenuti. Delle competenze core nel dominio “comportamenti professionali, competenze del lavoro d’equipe, competenze comunicative ed educative” è uno l’item risultato da revisionare mentre nella sezione delle competenze trasversali non sono risultati items da revisionare. Nelle competenze specifiche dell’assistenza nell’emergenza sono otto gli items risultati da revisionare e specificatamente: sei nel dominio “assistenza all’adulto con patologia acuta”, uno nel dominio “assistenza a bambini e adolescenti” e uno in quello “assistenza alla persona con malattia mentale”. L’unico item ad aver ottenuto un risultato inferiore a 1,1 e quindi a essere stato eliminato è stato “discutere delle responsabilità professionali e legali in merito alle mutilazioni genitali”, apparteneva alla sezione delle competenze specifiche dell’assistenza nell’emergenza e al dominio “assistenza all’adulto con patologia acuta: adulti affetti da problemi del sistema riproduttivo”. Le competenze aggiunte dagli esperti sono state undici in totale e corrispondono agli items, posizionati nelle relative sezioni e domini, realizzati dagli esperti individuati. Gli items asseriti dagli esperti interessano le sezioni delle competenze trasversali e delle competenze specifiche dell’assistenza nell’emergenza. Sono stati aggiunti tre items al dominio “valutazione del paziente”, uno al dominio “gestione dei farmaci”, uno a “prevenzione e controllo delle infezioni”, uno a “gestione della documentazione” e uno a “prevenzione e controllo delle aggressioni e delle violenze”. Alla sezione delle competenze specifiche dell’assistenza nell’emergenza sono stati aggiunti quattro items, rispettivamente tre items nel dominio “assistenza all’adulto con patologia acuta” e uno nel dominio “assistenza all’adulto con patologia minore/danno minore”. Non sono stati aggiunti items da parte degli esperti alle competenze core. Il documento è stato sottoposto dopo la prima revisione ad una seconda valutazione da parte del panel di esperti. Tutti i 20 items aggiunti e riformulati hanno raggiunto una media tra 1,6 e 2. La mappatura è quindi stata terminata con 276 items totali. Il valore massimo di deviazione standard ottenuto è stato di 0,95 e apparteneva proprio all’item eliminato. Il valore minimo ottenuto è stato 0 e si è verificato per 72 items. La revisione del documento è stata terminata a febbraio 2023 (*Materiali supplementari*).

Si è quindi proceduto all’individuazione delle competenze base e di quelle avanzate. Al focus group si sono presentati 5 professionisti del panel di esperti. La discussione fra i cinque esperti è avvenuta ad aprile 2023 e ha portato a individuare quali items del documento di mappatura fossero da considerarsi ‘base’ e quali ‘esperti’. Dei 276 items totali del documento di mappatura, dopo la discussione del focus, 162 items sono stati individuati di ‘base’ e 114 ‘esperti’. I temi che hanno dominato la discussione del focus sono stati: i) conoscenze e abilità possedute da tutti gli infermieri prima dell’inserimento nel contesto del PS; ii) competenze indispensabili al fine di poter lavorare autonomamente in PS; iii) abilità e conoscenze acquisibili durante la fase di inserimento; iv) competenze non necessarie all’inizio dell’esperienza in PS, per le aree oggetto di inserimento (OBI e area a bassa intensità); v) competenze esclusive di triage.

Nella discussione che ha portato il gruppo a individuare le competenze base e quelle avanzate sono stati introdotte molte domande dai professionisti stessi. Si sono chiesti varie volte come andare a identificare gli items da loro revisionati. Per fare ciò in primis hanno stabilito quali items fossero posseduti da tutti gli infermieri, indipendentemente dal contesto, dall’esperienza e dalla formazione continua e permanente. Si sono domandati quali items appartenevano anche a un infermiere neolaureato. Successivamente hanno stabilito quali fossero gli items indispen-

sabili per poter lavorare da soli e superare l’affiancamento in PS. Un membro del gruppo ha sottolineato che all’inizio dell’esperienza in PS è necessario concentrarsi sulle competenze di Osservazione Breve Intensiva e dell’area a bassa intensità essendo questi i contesti selezionati nell’ASST di Mantova per l’inserimento. Il gruppo quindi si è spostato su tale tema, e per completare la selezione degli items ‘base’ e ‘avanzati’ ha individuato quelli inerenti al triage e quindi da considerarsi ‘avanzati’ a priori. Il filo della discussione è stato proposto principalmente da tre componenti del gruppo ma tutti e cinque hanno partecipato alla discussione attivamente. Mentre sui temi man mano sviluppatesi nel *focus* non c’è stata opposizione da parte di alcuno, si sono sviluppati dei dibattiti sull’etichetta da dare ad alcuni items, in particolare la discussione si è accentuata su 9 items. Sono risultate otto competenze avanzate nel dominio ‘comportamenti professionali, competenze del lavoro d’equipe, competenze comunicative ed educative’, sette competenze avanzate nel dominio ‘valutazione del paziente’, una in ‘gestione e valutazione del dolore’, cinque in ‘gestione dei farmaci’, una in ‘prevenzione e controllo delle infezioni’, cinque in ‘tutela dell’adulto e del bambino’, una in ‘gestione della documentazione e sei in ‘prevenzione e controllo delle aggressioni e delle violenze’. All’interno della sezione ‘competenze specifiche dell’assistenza nell’emergenza’ è possibile trovare trentaquattro competenze avanzate nel dominio ‘assistenza all’adulto con patologia acuta’, tredici competenze avanzate nel dominio ‘assistenza all’adulto con patologia minore’, dieci nel dominio ‘assistenza all’adulto e al bambino’, undici nel dominio ‘assistenza alla persona con malattia mentale’ e dodici competenze avanzate nel dominio ‘gestione delle catastrofi o eventi maggiori’. Sono 60 le abilità ‘avanzate’ su 144 abilità totali a differenza delle conoscenze che risultano essere 51 su 132 conoscenze totali. Le abilità avanzate risultano essere il 41,6% mentre le conoscenze il 38,6% (*Materiali supplementari*).

Discussione

La creazione della mappatura ha visto innanzitutto un processo di revisione della letteratura che aveva come obiettivo quello di individuare le mappature già esistenti delle competenze dell’infermiere di PS. La revisione narrativa¹³ che ne è scaturita ha analizzato cinque documenti stranieri evidenziando sia inevitabili differenze tra di essi ma anche molteplici analogie sottolineando come ci possano essere standard condivisi a livello internazionale. Le differenze tra i documenti di framework presi in esame sono stati anche letti alla luce della differente formazione prevista per l’infermiere dell’emergenza a livello internazionale.¹³ In Italia seppur non è vincolante possedere la specializzazione data dal master clinico specifico per poter esercitare l’attività di infermiere in PS, è ribadita dalle linee d’indirizzo^{11,12} la necessità per il personale di PS di avere un percorso formativo per la gestione delle situazioni cliniche accolte in OBI, di formazione base per l’attività in PS (BLSD, ALS, ATLS, PBLS, PALS, gestione delle vie aeree dell’adulto e del bambino...) oltre che una formazione continua anche attraverso attività di miglioramento con l’utilizzo dell’audit. Per quanto riguarda il Triage è previsto che l’attività sia eseguita solo da infermieri adeguatamente formati e che abbiano un’esperienza minima in PS di sei mesi oltre che l’abilitazione certificata al supporto di base alle funzioni vitali dell’adulto e del bambino. Anche per quanto riguarda il Triage è prevista una formazione permanente al fine di mantenere un livello adeguato delle performance.¹² In Italia non sono state rilevate mappature di competenze che accumulino tutti gli infermieri d’emergenza. Ciò porta ad una mancanza di risultati attesi e ad una mancanza di uno standard per la for-

mazione degli infermieri.⁹ La creazione di mappature di competenze mira alla pratica sicura e a garantire uno standard per la formazione degli infermieri dell'emergenza.²² Il documento costituito è stato suddiviso in tre sezioni principali e quattordici domini, è arrivato a contare dopo la revisione degli esperti 276 items totali. La struttura e gli items sono stati selezionati dalle mappature internazionali individuate nella revisione narrativa.¹³ Gli items sono stati scelti facendo riferimento ai criteri guida e criteri limite dell'agire dell'infermiere.²³ La sezione della mappatura creata che vanta il più alto numero di items è 'competenze specifiche dell'assistenza nell'emergenza', seguita da 'competenze trasversali' e 'competenze Core'. La macrostruttura scelta per la mappatura è quella del documento inglese¹⁶ che ha permesso di incorporare al suo interno tutti gli items raccolti dalla letteratura. È interessante notare che gli items individuati attraverso il processo prima di revisione della letteratura e poi di revisione con gli esperti, ha portato ad esprimere conoscenze e abilità del tutto in linea con ogni prestazione citata nelle linee d'indirizzo ministeriali^{11,12} e coerenti anche a rispondere a tutte le 'condizioni particolari'¹² individuate dai documenti ministeriali seppur gli stessi non siano stati presi in considerazione per la creazione della mappatura poiché non individuano competenze infermieristiche. Fondamentale è osservare che non esiste una struttura comune a tutti contesti lavorativi e adottata internazionalmente per poter racchiudere le competenze.

La mappatura creata è stata calibrata sui PS dell'ASST di Mantova ed è quindi contesto situata. Le competenze, infatti, sono strettamente intrecciate al luogo in cui esse sono esercitate.³⁻⁵ Detto ciò, il metodo utilizzato permette una visione comune nell'individuazione delle competenze. Individuare conoscenze e abilità del proprio specifico setting consente di arrivare ad una valutazione mirata del personale volta allo sviluppo delle potenzialità dei professionisti attraverso la formazione.

Il focus group ha permesso la suddivisione degli items in due grandi gruppi. Individuare gli items base è un primo passo per la costruzione di una scheda di addestramento per il neoassunto in PS. Per poter correlare gli items all'inserimento di un neoassunto saranno necessari ulteriori focus che dovranno andare a determinare anche una tempistica di acquisizione.

Dai risultati del progetto messo in atto è inoltre emerso che la creazione di un catalogo che individua le conoscenze e le attività che sono messi in atto da uno specifico professionista, permette di avere una visione completa del livello di formazione del gruppo infermieristico preso in considerazione e quindi orientare e sviluppare percorsi formativi andando a colmare le competenze del gruppo infermieristico che risultino carenti oltre che evidenziare quelle competenze definibili distintive che se non tramandare e allenate rischino di perdersi. Il documento di mappatura non può essere statico ma necessita di un aggiornamento ed una revisione per poter supportare la pratica assistenziale poiché le competenze sono in continua evoluzione e variano in base ai bisogni degli specifici territori.²⁴ Standards di competenza sono importanti per garantire qualità e sicurezza nella pratica, senza però dimenticare che una troppo 'stretta regolazione' potrebbe limitare il pensiero critico e l'innovazione.⁹ D'altra parte, una mancanza di standard a cui far riferimento può impattare negativamente sulla qualità dell'assistenza alla persona. Sono necessari una continua revisione e aggiornamento degli standard per assicurare uno sviluppo della pratica coerente con il contesto di cura.

Limiti

Il documento di mappatura delle competenze creato è comprensivo di 276 items totali. Ciò è stato definito dallo stesso panel di esperti durante il *focus group* sia un punto di forza che un limite. Il numero alto di items rende lo strumento molto particolareggiato

tuttavia tale caratteristica risulta un limite per la sua applicazione. Valutare per un coordinatore ogni infermiere con tale strumento diventa un compito più che oneroso, ciò nonostante, per la rilevazione dei bisogni formativi tale strumento potrebbe dare una panoramica più puntuale. Altro limite sottolineato da un esperto è quello che riguarda il contesto: pur avendo prodotto uno strumento disegnato sulla struttura ospedaliera mantovana, i tre PS hanno caratteristiche diverse che vanno ad impattare sulle competenze richieste ai professionisti. È stato segnalato da un esperto che in uno dei presidi ospedalieri diversi items non sono applicabili poiché gli infermieri non ne hanno esperienza mentre altri potrebbero essere ulteriormente sviluppati poiché la mancanza di diversi servizi porta l'infermiere del PS a rispondere a ulteriori bisogni. Questo è un fenomeno rilevabile anche in letteratura, infatti viene consigliato di 'adattare' le mappature alle realtà più rurali.²⁵

Conclusioni

Avere una migliore conoscenza del tipo di competenze possedute e performance eseguite dagli infermieri di PS è essenziale per costruire una base per l'infermieristica di emergenza contemporanea nell'ambiente sanitario di oggi.¹⁰ Attraverso la revisione narrativa della letteratura e la revisione da parte degli esperti, condotta in due round, si è giunti all'elaborazione del documento di mappatura delle competenze dell'infermiere di PS che si propone come strumento di valutazione del professionista e di identificazione dei bisogni formativi. Al fine che la mappatura sia la reale espressione delle competenze sarà necessario che sia aggiornata periodicamente per garantire che lo strumento segua lo sviluppo scientifico e l'aggiornamento pratico. Sarà inoltre necessario proseguire con la delineazione della mappatura per permetterne un reale utilizzo all'interno delle unità operative oltre che una prima applicazione per la valutazione della stessa.

Bibliografia

1. Sponton A, Zoppini L, Iadeluca A, et al. Mappare le competenze infermieristiche per lo sviluppo organizzativo: utilizzo della Nursing Competence Scale. Evidence 2013;5:e10000041.
2. Centro di ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale (CERGAS). Rapporto OASI 2018. Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema Sanitario Italiano. CERGAS, 2018.
3. Crouch R, Brown R. Advanced clinical practitioners in emergency care: past, present and future. Br J Hosp Med (Lond) 2018;79:511-15.
4. Lakanmaa RL, Suominen T, Perttila J, et al. Basic competence in intensive and critical care nursing: development and psychometric testing of a competence scale. J Clinic Nurs 2013;23:799-810.
5. Notarnicola I, Stievano A, De Jesus Barbarosa M.R et al. Nurse Competence Scale: psychometric assessment in the Italian context. Ann Ig 2018;30:458-69.
6. Burnet L. Local implementation of a national curriculum and competency framework for emergency nursing: a review of the evidence. Emerg Nurse 2019;4:27-32-6.
7. Hitchcock M, Gillespie B, Crilly J, Chaboyer W. Triage: an investigation of the process and potential vulnerabilities. J Adv Nurs 2014;70:1532-41.
8. Ministero. Linee di indirizzo nazionale per lo sviluppo del piano di gestione del sovraffollamento in pronto soccorso. Ministero della salute, 2019. Available from: <https://www.salute.gov.it>

- te.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?id=3143.
9. Jones T, Shaban R, Creedy D. Practice standards for emergency nursing: An international review. *Australas Emerg Nurs J* 2015;18:190-203.
 10. McCarthy G, Cornally N, Mahoney CO. et al. Emergency nurses: procedures performed and competence in practice. *Int Emerg Nurs* 2013;21:50-7.
 11. Ministero della Salute, Direzione Generale della Programmazione sanitaria. Linee di Indirizzo Nazionali sull'Osservazione Breve Intensiva – OBI. 2019.
 12. Ministero della Salute, Direzione Generale della Programmazione sanitaria. Linee di Indirizzo Nazionali sul Triage Intraospedaliero. 2019.
 13. Vezzoni B, Masciarri V. Competenze dell'infermiere di pronto soccorso: revisione narrativa della letteratura. *Dissertation Nursing* 2023;2: 88-116.
 14. Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche. Consiglio Nazionale. FNOPI. Federazione Nazionale Ordini delle Professioni Infermieristiche. 2019.
 15. Decreto Ministeriale 14 settembre 1994, n. 739. Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere.
 16. Royal College of Nursing (RCN). National Curriculum and Competency Framework: Emergency Nursing (Level 1) (Level 2) (1ed.). London: RCN 2017. Available from: <https://www.rcn.org.uk/-/media/royal-college-of-nursing/documents/publications/2017/june/pub-005923.pdf> 12.12.22
 17. Faculty of Emergency Nursing (FEN). Competency Framework. 2021. Available from: <https://fen.uk.com/wp-content/uploads/2021/12/2021-10-1-FFEN-Original->
 18. National Emergency Nurses Association (NENA). Emergency nursing core competencies (4ed.). Canada: NENA. 2019. Available from: <https://nena.ca/w/wp-content/uploads/2014/11/NENA-Core-Competencies-10%EF%80%A211%EF%80%A219.pdf>
 19. College of Emergency Nursing Australasia. Practice standards for the specialist emergency nurse (4ed.). Victoria: CENA. 2020. Available from: <https://www.cena.org.au/public/118/files/Policies/2020%20PracStnd%20SpecEmergNurse.pdf>
 20. AAENP. Emergency Nurse Practitioner Scope and Standards of Practice. *Adv Emerg Nurs J* 2016;38:251.
 21. Facco S, Finiguerra I, Fuggetta L, Garrino L, Dimonte V. Profiles and evaluation process: what integration? Experience of the Local Health Agency TO2 of Turin. *Prof Inferm* 2014; 67:85-94.
 22. American Academy of Emergency Nurse Practitioners & Emergency Nurses Association. Emergency Nurse Practitioner Competencies. 2021. Available from: https://www.ena.org/docs/default-source/education/documentlibrary/enpcompetencies_final.pdf?sfvrsn=f75b4634_0 12.12.22.
 23. Legge 26 febbraio 1999, n. 42 Disposizioni in materia di professioni sanitarie
 24. Bornacconi C, Coltell A, Pompi E, Sansoni, J. Accessi non urgenti nel Dipartimento di Emergenza (D.E.) e ruoli dell'infermiere. Una revisione narrativa della letteratura. *Prof Inferm* 2014;67:139-54.
 25. DeGrande H, Liu F, Greene P, Stankus J. Developing professional competence among critical care nurses: An integrative review of literature. *Intensive Crit Care Nurs* 2018;49:65-71.

Materiali supplementari online

Tabella 1. Parte del documento di mappatura dell'infermiere di Pronto Soccorso dell'ASST Mantova. A titolo di esempio è stata riportata la struttura, le macroaree, i domini e alcuni items corrispondenti con la specifica bibliografica e la caratterizzazione in items 'base' e items 'avanzato'.

Fonti: RCN - Royal College of Nursing; 2017. FEN – Faculty of Emergency Nursing; 2014. ENA - Emergency Nurses Association; 2017. CENA - College of Emergency Nursing; 2020. NENA -National Emergency Nurses Association; 2014. PDTA – Percorsi Diagnostico Terapeutici e Assistenziali (items derivati dai PDTA in uso nell'Unità Operativa). ESPERTI – items derivati dalla revisione operata dagli esperti.

Contributi: entrambi gli autori hanno contribuito e condiviso il lavoro inviato prendendo parte alle fasi di concezione e progettazione, analisi e interpretazione dei dati e di stesura dell'articolo e accordandosi per tutti gli aspetti del lavoro.

Finanziamento: gli autori dichiarano di non aver ricevuto alcun finanziamento al fine dell'espletamento dello studio.

Conflitto d'interessi: gli autori dichiarano sotto ogni loro responsabilità di non aver alcun possibile conflitto d'interesse o interesse in competizione.

Considerazioni etiche: il consenso alla partecipazione è stato ottenuto implicitamente prima della valutazione della mappatura creata. Non è stato richiesto il parere al Comitato Etico poiché lo studio rientra nell'attività prevista dall'azienda per la creazione di nuove schede di valutazione/formazione. Questo studio è conforme a quanto stabilito nella Dichiarazione di Helsinki rivista nel 2013.

Disponibilità dati e materiali: la mappatura completa revisionata è presente solo a titolo di esempio e in parte come allegato a questo articolo. Qualora si voglia consultare l'intera mappatura è necessario scrivere agli autori.

Ringraziamenti: si ringraziano tutti i professionisti nonché colleghi che volontariamente e in modo anonimo hanno contribuito a tale progetto e l'ASST di Mantova e in particolare le Strutture Complesse Di Pronto Soccorso e della Direzione Aziendale delle Professioni Sanitarie e Sociosanitarie per il supporto.

Ricevuto: 4 Aprile 2025. Accettato: 19 Agosto 2025.

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (CC BY-NC 4.0).

©Copyright: the Author(s), 2025

Licensee PAGEPress, Italy (on behalf of ANIARTI, Italy).

Scenario 2025; 42:637

doi:10.4081/scenario.2025.637

Publisher's note: all claims expressed in this article are solely those of the authors and do not necessarily represent those of their affiliated organizations, or those of the publisher, the editors and the reviewers. Any product that may be evaluated in this article or claim that may be made by its manufacturer is not guaranteed or endorsed by the publisher.