



RIVISTA SCIENTIFICA

L'ORDINE INFORMA

GLI STRUMENTI
E LE MATERIE
NELLA FORMAZIONE
INFERMIERISTICA

Il periodico semestrale d'informazione
professionale e scientifica.

EDIZIONE n. 10 ANNO V
LUGLIO / DICEMBRE 2025

Tel. 0733 233051
Fax. 0733 269863
www.opimacerata.it



COMITATO DI DIREZIONE:

Dott. **Sauro Regnicolo**: Direttore Responsabile

Dott. **Sandro di Tuccio**: Presidente OPI

COMITATO DI REDAZIONE:

Dott.ssa **Lucia Giuliani**

COMITATO SCIENTIFICO:

Dott.ssa **Alessia Diamanti**

Dott. **Andrea Crognaletti**

Dott.ssa **Arianna Coppari**

Dott.ssa **Arianna Mancini**

Dott.ssa **Arianna Pasquaretta**

Dott. **Brahim Lagtaa**

Dott. **Claudio Rinaudo**

Dott. **Daniele Messi**

Dott.ssa **Lisa Angelica Lorenzini**

Dott. **Marco Nasnini**

Dott.ssa **Marinela Gjoshevska**

Dott.ssa **Martina Cupaiolo**

Dott. **Matteo Renzi**

OPI MACERATA

Impaginazione e Grafica a cura di **Martina Cupaiolo**

Produzione, amministrazione, distribuzione e copyright
" Ordine delle Professioni Infermieristiche di Macerata "

Corso Cavour, 96 Macerata (MC)

Tel. 0733233051

Fax. 0733269863

info@opimacerata.it

redazione@opimacerata.it

UNA 'LUCE' ALLA RIVISTA

L'Ordine Informa è lieto di presentarti il suo **LOGO**.

Il logo creato è stato pensato per riempire di significato la nostra mission e il valore insito nella nostra professione. Esso nasce dal connubio tra tradizione, identità e progresso.

Ogni elemento è stato scelto con cura per evocare i valori fondamentali dell'assistenza infermieristica e il ruolo centrale dell'Ordine.

Esso richiama le iniziali del titolo della Rivista "**OI**", con un cenno al logo della FNOPI perché la nostra è una **Rivista Scientifica Infermieristica**. Racchiude al centro una **Lanterna**, che offre un senso di guida, illuminazione e speranza, nonché simbolo universale della nostra fondatrice Florence Nightingale, perché le origini guidano sempre il futuro.

L'appartenenza all'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Macerata, come illustrato, evidenzia il solido legame con il territorio e l'impegno per la crescita e il supporto. Sullo sfondo, le mani che accolgono e proteggono evocano un simbolismo cardine che rimanda all'assistenza e alla cura.

Il contrasto tra il testo in stile classico e gli elementi grafici, che richiamano con vigore la professione dell'Infermiere, aggiungono un tocco di eleganza e modernità.

Il titolo della rivista, le tonalità cromatiche e la semplicità iconografica, consolidano l'identità della Rivista per pubblicazione Scientifica Infermieristica locale ma con un respiro universale, dedicata alla divulgazione, formazione e crescita costante.

Con un nuovo logo si inaugurano nuovi traguardi.

Questo non è solo un simbolo grafico, ma un'espressione visiva dell'intento della Rivista: illuminare la conoscenza, promuovere la Ricerca Scientifica Infermieristica e favorire la robustezza della professione. **È un invito alla comunità infermieristica e scientifica a sentirsi parte attiva di un progetto condiviso di crescita culturale e professionale.**



A cura di Martina Cupaiolo

Ricordiamo alcune caratteristiche che accomunano i professionisti del Comitato Scientifico, necessarie per poter far parte della redazione dell'Opi Informa:

- Essere **infermiere iscritto all'Albo degli Infermieri di Macerata**,
- **Essere in regola con i crediti ECM** nella piattaforma Co.Ge.A.P.S.,
- **Mostrare una comprovata esperienza e/o interesse per la ricerca infermieristica**.

**"LA FORMAZIONE INFERMIERISTICA:
FONDAMENTO INDISPENSABILE PER UNA SANITÀ
CHE CAMBIA"**

L'Editoriale a cura di *Sandro di Tuccio*

1

**I. LA FORMAZIONE COME ANTIDOTO CONTRO
L'INVECCHIAMENTO PROFESSIONALE
E DELLA PROFESSIONE INFERMIERISTICA:
una crema antirughe per la vita professionale**

Autore: Dott. Ric. *Lucia Giuliani*

3

**II. IL NURSING AUDIT COME STRUMENTO DI
FORMAZIONE E MIGLIORAMENTO DELLA
DOCUMENTAZIONE INFERMIERISTICA
NEL PRONTO SOCCORSO**

Autori: *Montini Alessandra, Franceschini Giulia, Cocci Martina,
Crognaletti Andrea, Galli Alessia, Spinelli Maddalena,
Giampaoletti Andrea, Di Silvio Valentina*

6

**III. UTILIZZO DI KAHOOT! COME
SOLUZIONE IDEALE PER INTEGRARE LA
DIDATTICA CLASSICA CON IL DIGITALE TRA
GLI STUDENTI INFERMIERI**

Autori: *Matteo Moretti, Rita Fiorentini, Simona Bacaloni*

11

**IV. APPRENDERE ATTRAVERSO IL PROBLEMA:
L'EFFICACIA DEL PROBLEM BASED LEARNING
NELLA COSTRUZIONE DELLE
COMPETENZE INFERMIERISTICHE**

Autori: *Stortoni Valentina, Bacaloni Simona, Carpano Sabrina, Grillo
Claudio, Serafini Alice, Michelini Martina, Caglini Giovanna, Fiorentini Rita*

19

**V. LA FORMAZIONE CHE NASCE DAL CONFRONTO:
IL BENCHMARKING NELLA PROGETTAZIONE
DELLA CARTELLA INFERMIERISTICA
D'EMERGENZA**

Autori: *Montini Alessandra, Franceschini Giulia, Cocci Martina,
Crognaletti Andrea, Galli Alessia, Spinelli Maddalena, Giampaoletti
Andrea, Di Silvio Valentina*

30

**VI. L'USO DELL'ECOGRAFIA POLMONARE DA
PARTE DEGLI INFERMIERI IN AREA CRITICA: UNA
REVISIONE DELLA LETTERATURA**

Autore: Sergio Buresta

35

**VII. LA GENTILEZZA
NELLA PRATICA INFERMIERISTICA**

A cura di: Diamanti Alessia, Crognaletti Andrea

38

**VIII. LA FORMAZIONE QUALE STRUMENTO DELLA
GOVERNANCE ORGANIZZATIVA**

A cura di: Arianna Mancini

42

**IX "ASSISTENZA IN AMBITO PEDIATRICO":
ELABORAZIONE ED IMPLEMENTAZIONE
DI UN CORSO A.D.E. IN MODALITÀ E-LEARNING**

*Autori: Paolillo Lucia, Crognaletti Andrea, Galli Alessia, Montini
Alessandra, Diamanti Alessia*

46

**X. APPLICAZIONE DEL MODELLO DEL
PRECETTORE IN UN MINUTO
NELLA FORMAZIONE INFERMIERISTICA**

Autore: Vanessa Menchi

50

**XI. L'UTILIZZO DELLA REALTÀ VIRTUALE
NEI CORSI DI LAUREA IN INFERMIERISTICA:
UN'INNOVAZIONE DIDATTICA PER LA
FORMAZIONE CLINICA**

*Autori: Eleonora Soricetti, Gessica Angelini, Francesca Ciarpella,
Simona Tufoni, Fabio Sarzana*

54



L'OI
RIVISTA SCIENTIFICA
**L'ORDINE
INFORMA**

GLI STRUMENTI
E LE MATERIE
NELLA FORMAZIONE
INFERMIERISTICA

Il periodico semestrale d'informazione
professionale e scientifica.

EDIZIONE n. 10 ANNO V
LUGLIO / DICEMBRE 2025

OPI MACERATA

Siamo
su
INSTAGRAM!



La pagina dell'OPI di Macerata
sarà sempre più ricca di contenuti
inerenti la professione, le novità
più attuali, articoli di ricerca e
temi di aggiornamento.

Vai subito all'indirizzo: L' **OrdineInforma**



Segui la pagina, le news e partecipa ai sondaggi interattivi!



Buon

2026



dall'OPI di Macerata

Il **Presidente** e
il **Comitato Tecnico Scientifico**





Dott. di Tuccio Sandro

PRESIDENTE
DELL'ORDINE DEGLI
INFERMIERI DI
MACERATA

"La formazione infermieristica: fondamento indispensabile per una sanità che cambia"

L'Editoriale



PANORAMICA



"*So di non sapere*". Con questa consapevolezza comincia ogni autentico percorso di apprendimento. È il principio socratico che, da millenni, invita l'essere umano a interrogarsi prima ancora che a sapere. Oggi ciò vale più che mai specialmente in un mondo come quello della sanità in continua evoluzione. Per questo l'infermiere è chiamato a essere molto più di un esecutore di procedure: è un professionista autonomo, responsabile, capace di decisione clinica e di presa in carico globale della persona. Per questo motivo, la formazione infermieristica, iniziale e continua, rappresenta un pilastro irrinunciabile non solo per la crescita della professione, ma per la qualità stessa dell'assistenza erogata. La rapidità con cui cambiano le conoscenze scientifiche e le tecnologie sanitarie rende obsoleto qualsiasi sapere non aggiornato. Terapie innovative, nuovi dispositivi, modelli organizzativi -

- complessi e una domanda di cura sempre più articolata richiedono competenze avanzate: saper valutare criticamente, prevenire il rischio clinico, comunicare efficacemente con il paziente e la sua famiglia, collaborare nei team interdisciplinari. L'infermiere che si forma è un infermiere che protegge la salute dei cittadini. Ma la formazione non ha solo una valenza tecnica: è anche uno strumento di empowerment professionale. Investire sulla conoscenza significa **investire sull'identità dell'infermiere**, alimentando motivazione, consapevolezza del proprio ruolo e capacità di incidere nei processi organizzativi.

In un contesto in cui burnout e turnover sono fenomeni sempre più diffusi, la formazione continua diventa un antidoto prezioso: aiuta a ritrovare senso, a migliorare la qualità del lavoro, a rafforzare il benessere organizzativo. Inoltre, il nostro paese sta vivendo una delle più significative trasformazioni demografiche della sua storia.

L'aumento delle cronicità, la fragilità crescente e la complessità dei bisogni assistenziali rendono imprescindibile un infermiere preparato non solo sul piano clinico, ma anche su quello educativo, relazionale e comunitario.

La formazione, quindi, si trasforma in un atto di responsabilità collettiva: garantire agli infermieri gli strumenti necessari significa garantire ai cittadini un'assistenza sicura, competente e umana. Per queste ragioni, parlare oggi di formazione infermieristica non è una questione accademica, ma un tema profondamente politico e sociale. Serve un investimento strutturale, programmato, che riconosca il valore strategico di questi professionisti. Occorrono percorsi universitari solidi, master specialistici, opportunità di aggiornamento accessibili, tempi e spazi dedicati alla formazione durante l'attività lavorativa. La qualità della sanità italiana dipende in larga parte dalla qualità degli infermieri. E la qualità degli infermieri dipende dalla formazione.

Scegliere di formare significa scegliere di curare meglio.

Significa dare valore alla vita delle persone che si assistono, ogni giorno, in ogni reparto, in ogni domicilio, in ogni momento di fragilità.

La formazione non è un costo: è l'essenza della professione. È ciò che permette all'infermiere di essere, davvero, il cuore pulsante della cura.

Per una rivista sempre in evoluzione,
social in costante aggiornamento:

Seguici sulla
pagina INSTAGRAM:
L'OrdineInforma



Siamo attivi anche
su FACEBOOK!
Ordine Macerata

Il Presidente,
Sandro di Tuccio



LA FORMAZIONE COME ANTIDOTO CONTRO L'INVECCHIAMENTO PROFESSIONALE E DELLA PROFESSIONE INFERMIERISTICA: una crema antirughe per la vita professionale

Autore: **Dott. Ric. Lucia Giuliani**

Funzione Organizzativa AST Macerata

Per corrispondenza: lgiuliani115@gmail.com

SOMMARIO BREVE

La formazione continua rappresenta un antidoto essenziale all'invecchiamento professionale infermieristico, preservando competenze, motivazione e identità professionale.

Parole chiave: *invecchiamento professionale; formazione continua; lifelong learning; active aging; intergenerational learning; CPD*

SOMMARIO ESTESO

L'invecchiamento demografico e professionale rappresenta una sfida crescente per i sistemi sanitari e per la professione infermieristica. Accanto all'aumento delle malattie croniche, della fragilità e della carenza di personale, emerge anche il fenomeno dell'invecchiamento della popolazione infermieristica, spesso trascurato. Studi recenti (*Fitzpatrick et al., 2022*) mostrano che contesti come le strutture residenziali per anziani sono maggiormente esposti al rischio di stagnazione professionale, per l'assenza di percorsi di carriera, leadership, aggiornamento e riconoscimento del ruolo.

L'articolo utilizza la metafora della "crema antirughe" per sottolineare come la formazione continua, la ri-specializzazione, il mentoring intergenerazionale e i percorsi formativi adattati all'età professionale rappresentino veri e propri fattori di ringiovanimento del sapere infermieristico.

La formazione non deve essere intesa come mero adempimento formale ai fini ECM, ma come strumento di benessere, resilienza e identità. In questo senso, formarsi è prendersi cura del proprio potere di curare: un atto etico verso sé stessi, la professione e i pazienti.

PREMESSA

La popolazione mondiale sta invecchiando e, con essa, il fabbisogno assistenziale. I dati OMS e ISTAT confermano l'aumento delle patologie croniche, della fragilità e della disabilità, a fronte di una crescente carenza di personale sanitario e caregiver.

Parallelamente, anche la **popolazione infermieristica** sta invecchiando. Tuttavia, raramente ci si interroga su come l'infermiere "invecchi" professionalmente: in quali contesti, con quali strumenti, e con quali effetti sul proprio ruolo.

L'invecchiamento professionale non riguarda solo l'età anagrafica, ma anche la perdita di curiosità, la rigidità cognitiva e la ripetizione automatica dei gesti assistenziali. In tal senso, la **formazione continua** rappresenta una vera e propria "crema antirughe" professionale.

CONTRIBUTI

Secondo *Fitzpatrick et al.* (2022), nelle *care homes* si osservano diversi fattori di rischio di invecchiamento professionale:

- **Ruolo clinico statico**, con scarse opportunità di avanzamento o specializzazione.
- **Identità professionale svalutata**, quando il contesto residenziale è percepito come meno prestigioso rispetto all'ospedale.
- **Formazione e competenze non aggiornate**, con accesso limitato a percorsi specialistici.
- **Leadership e ruoli di responsabilità carenti**, che ostacolano la crescita professionale.
- **Carichi di lavoro elevati e contesti organizzativi sfavorevoli**, che riducono la possibilità di dedicarsi all'autoformazione.

Questi fattori concorrono a un progressivo indebolimento dell'identità professionale, generando stagnazione e perdita di motivazione.

Contrastare questo processo significa investire nella formazione come fattore di benessere e -

- resilienza, non come obbligo burocratico.

La formazione continua (CPD – *Continuing Professional Development*) agisce su tre livelli:

1. **Cognitivo**, mantenendo aggiornate le competenze e favorendo la flessibilità mentale.
2. **Motivazionale**, rinnovando il senso di efficacia e appartenenza.
3. **Etico-professionale**, riaffermando il valore della cura e della responsabilità verso il paziente.

In questo senso, la "formazione riflessiva" diventa uno spazio di rielaborazione identitaria che consente all'infermiere di rinnovare il proprio agire, anche dopo decenni di attività.

CONCLUSIONI

La formazione è un **antidoto all'invecchiamento professionale** e un atto etico di cura verso sé stessi e verso i pazienti.

Non solo un diritto, ma un dovere di tutela della sicurezza, della qualità e della dignità della cura.

Formarsi significa curare: **prendersi cura del proprio potere di curare.**



RINGRAZIAMENTI

Si esprime un sentito ringraziamento a tutti i componenti della Delegazione Formazione dell'OPI di Macerata, per l'impegno costante nel promuovere una cultura professionale dinamica e "resistente all'invecchiamento".

Un sincero grazie ai relatori che, spesso anche a titolo gratuito, hanno contribuito con competenza e passione ai convegni e agli eventi formativi organizzati dall'OPI di Macerata.

Un ringraziamento speciale va infine ai **colleghi**, ai **tutor** e ai **formatori** che, ogni giorno, alimentano il rinnovamento della professione infermieristica attraverso la condivisione del sapere, il mentoring intergenerazionale e l'esempio concreto di una formazione che cura.

Bibliografia

Canzan F, Ambrosi E, Saiani L. *Gli effetti dell'invecchiamento della professione infermieristica e strategie per trattenere efficacemente i senior*. 2012.

Joanne M Fitzpatrick et al. *Professional development and career planning for nurses working in care homes for older people: a scoping review*. *Int J Older People Nurs*. 2023;18(1):e12519. DOI 10.1111/opn.12519

Silén C, et al. *Lifelong learning and nurses' continuing professional development: a metasynthesis of the literature*. *BMC Nurs* 2021;20:62.

Kearney L, Veth R. *Strategies for continuing professional development among younger, middle-aged, and older nurses: a biographical approach*. *J Nurs Manag* 2015;23:837–846.

International Council of Nurses (ICN), International Centre on Nurse Migration (ICNM). *Ageing Well? Policies to support older nurses at work*. Geneva: ICN; 2020.

Graham EM, Duffield C. *An ageing nursing workforce*. *Aust Health Rev* 2010;34(1):44–48.



IL NURSING AUDIT COME STRUMENTO DI FORMAZIONE E MIGLIORAMENTO DELLA DOCUMENTAZIONE INFERMIERISTICA NEL PRONTO SOCCORSO

Autori: **Montini Alessandra** [A], **Franceschini Giulia** [B], **Cocci Martina** [C],
Crognaletti Andrea [D], **Galli Alessia** [E], **Spinelli Maddalena** [F],
Giampaoletti Andrea [G], **Di Silvio Valentina** [H]

- [A]** Infermiere U.O.C. Anestesia e Rianimazione, AST Ascoli Piceno
- [B]** Infermiere Agenzia Regionale Sanitaria, Regione Marche, Ancona
- [C]** Infermiere – SOD Clinica di Anestesia e Rianimazione, AOU delle Marche
- [D]** Infermiere – U.O.S.D. Cardiologia Interventistica, AST Macerata
- [E]** Infermiere – SOD Pronto Soccorso e Obi, AOU delle Marche
- [F]** Infermiere – Cure Domiciliari, AST Ancona
- [G]** Infermiere – SOD Rianimazione Cardiochirurgica, AOU delle Marche
- [H]** Infermiere - U.O.C. SET 118- Centrale Operativa Regionale Ancona, AST Ancona

Per corrispondenza: a.montini792@gmail.com

SOMMARIO BREVE

Il Nursing Audit come strumento formativo per migliorare la qualità e completezza della documentazione infermieristica in Pronto Soccorso.

Parole chiave: *Nursing Audit; Documentazione infermieristica; Pronto Soccorso; Formazione continua; Qualità assistenziale.*

SOMMARIO ESTESO

Premessa: La documentazione infermieristica in Pronto Soccorso è essenziale per garantire la tracciabilità dell'assistenza, la continuità delle cure e la sicurezza del paziente (WHO-SEARO, JCI). Tuttavia, il contesto di emergenza può generare criticità nella completezza e qualità delle registrazioni. In questo ambito il Nursing Audit rappresenta uno strumento efficace non solo di valutazione, ma anche di formazione continua per gli infermieri per individuare criticità operative e soluzioni migliorative per la cartella infermieristica in pronto soccorso.

Materiali e Metodi: È stato condotto un Nursing Audit presso un DEA di secondo livello marchigiano, analizzando 403 schede di documentazione infermieristica relative ai mesi di gennaio–aprile 2019. I dati sono stati rilevati attraverso una scheda strutturata e analizzati con analisi statistica descrittiva e inferenziale (test chi-quadro).

Risultati: La registrazione delle attività è risultata significativamente associata alla complessità clinica, al codice colore e al setting assistenziale, con maggiore accuratezza in Osservazione Breve Intensiva.

Conclusioni: L'audit ha permesso di identificare criticità e proporre interventi migliorativi, come l'introduzione di frasi preimpostate nel sistema informatico e la stampa obbligatoria della cartella infermieristica, confermandone il valore formativo per l'équipe.

PREMESSA

La documentazione infermieristica rappresenta un elemento cardine nella tracciabilità e nella qualità dell'assistenza erogata, nonché uno strumento di tutela professionale e giuridica per l'infermiere (Arreni A et al). Nel contesto del Pronto Soccorso, la complessità assistenziale, la rapidità degli interventi e la molteplicità degli attori coinvolti rendono la registrazione puntuale delle attività un requisito fondamentale per garantire la continuità e la sicurezza delle cure (Gilboy N. et al). Nonostante ciò, in tali setting emergono spesso criticità legate all'incompletezza o alla frammentarietà della documentazione, che possono compromettere la ricostruzione del percorso assistenziale e la valutazione degli esiti.

In questa prospettiva, il Nursing Audit si configura non solo come strumento di verifica e miglioramento della qualità documentale, ma anche come potente metodologia formativa, capace di promuovere riflessione critica, consapevolezza professionale e allineamento alle migliori pratiche. Attraverso l'analisi strutturata dei processi di produzione e gestione della documentazione infermieristica, l'audit consente di individuare aree di criticità, condividere soluzioni operative e sviluppare un apprendimento basato sull'esperienza diretta. Il presente studio si propone pertanto di analizzare, mediante la conduzione di un Nursing Audit, le modalità di compilazione e gestione della documentazione infermieristica all'interno di un Pronto Soccorso, al fine di individuare -

- carenze e promuovere azioni di miglioramento con ricadute formative per l'équipe.

MATERIALI & METODI

È stato condotto un Nursing Audit che ha coinvolto il personale infermieristico del Pronto Soccorso dell'Azienda Ospedaliero Universitaria delle Marche, in cui sono state individuate le criticità relative alla gestione della documentazione infermieristica. Sulla base della letteratura nazionale e internazionale (Bilyeu P et al, Calleja P et al., Fuggetta L et al, Raines M et al, Wainwright GA et al.) e su di una attività di benchmarking effettuata su realtà di Pronto Soccorso italiane, è stato identificato un panel di items ritenuti essenziali per la valutazione della documentazione del setting considerato. Per la raccolta dei dati è stata creata una scheda ad hoc formata da tre sezioni: la prima riguardava i dati socio-anagrafici degli assistiti e l'accesso in triage, la seconda le attività infermieristiche svolte durante l'assistenza al paziente e la loro modalità di registrazione nei documenti utilizzati (l'osservazione prevedeva di registrare per ogni attività indicata nella scheda la sua esecuzione e la sua registrazione nella documentazione), la terza sezione conteneva items relativi alla valutazione qualitativa della documentazione analizzata. La scheda è stata corredata da-

		DIPARTIMENTO DI EMERGENZA E ACCETTAZIONE SOD PRONTO SOCCORSO		SCHEDA INFERMIERISTICA			
---	--	--	--	------------------------	--	--	--

ETA'		SESSO	M	F
------	--	-------	---	---

PROBLEMA PRINCIPALE	
---------------------	--

CODICE TRIAGE	BIANCO	VERDE	GIALLO	ROSSO
---------------	--------	-------	--------	-------

LUOGO DI ASSISTENZA DEL PAZIENTE	BOX	SALA	SEM	OBI
-------------------------------------	-----	------	-----	-----

ATTIVITA' INFERMIERISTICHE						REGISTRAZIONE ATTIVITA' SUL DIARIO	
1	Rilevazione parametri vitali			SI	NO	SI	NO
2	Posizionamento monitor multiparametrico			SI	NO	SI	NO
3	Esecuzione ECG			SI	NO	SI	NO
4	Posizionamento accesso venoso periferico			SI	NO	SI	NO
5	Esecuzione prelievo	venoso	arterioso	urine	NO	SI	NO
6	Esecuzione stick glicemico			SI	NO	SI	NO
7	Esecuzione stick urine			SI	NO	SI	NO
8	Posizionamento cannula		orotracheale	rinofaringea	NO	SI	NO
9	Esecuzione	O2 terapia	Aerosolterapia	C-PAP	NO	SI	NO
10	Assistenza nell'intubazione orotracheale			SI	NO	SI	NO
11	Assistenza al posizionamento di	CVC	Catetere arterioso	Drenaggio toracico	NO	SI	NO
12						SI	NO
13	Posizionamento Catetere Vescicale			SI	NO	SI	NO
14	Monitoraggio Diuresi			SI	NO	SI	NO
15	Posizionamento Sondino Naso Gastrico			SI	NO	SI	NO
16	Esecuzione clistere evacuativo			SI	NO	SI	NO
17	Medicazione	escoriazione	ferita	ulcera	ustione	NO	SI
18	Esecuzione tricotomia			SI	NO	SI	NO
19	Esecuzione tetan test			SI	NO	SI	NO
20	Bendaggio/Immobilizzazione arto			SI	NO	SI	NO
21	Esecuzione trasfusione			SI	NO	SI	NO
22	Applicazione protocollo	forense	emoculture	rachicentesi	EPA 2	NO	SI
23	Compilazione consenso a procedure diagnostico-terapeutiche			SI	NO	SI	NO
24	Compilazione consenso trasfusione			SI	NO	SI	NO
25	Compilazione consenso al trattamento dei dati personali			SI	NO	SI	NO
26	Compilazione modulo conservazione/restituzione oggetti personali			SI	NO	SI	NO
27	Segnalazione allergie			SI	NO	SI	NO
28	Registrazione somministrazione della terapia prescritta			SI	NO	SI	NO
29	Stampa e archiviazione cartella infermieristica			SI	NO		
30	Altro:						

Tabella I - Scheda infermieristica - Dipartimento di Emergenza e Accettazione, SOD PRONTO SOCCORSO, Ospedali Riuniti.

- istruzioni per la corretta compilazione. Il periodo di raccolta dati è stato effettuato a maggio 2019. I dati raccolti sono stati analizzati tramite un'analisi statistica descrittiva e inferenziale attraverso il test del chi quadrato.

RISULTATI

Sono state raccolte e analizzate 403 schede relative a valutazioni dei verbali prodotti da gennaio ad aprile 2019 riguardanti casi clinici che hanno ricevuto assistenza in sala emergenza o in osservazione breve intensiva (OBI). Il campione di casi analizzato è composto dal 63,3% di uomini (n=255) con un'età media di 66 (DS 19). In Sala Emergenza è stato assistito il 49,9% del campione rispetto al 50,1 % dell'OBI. La stampa della cartella infermieristica in sala emergenza viene effettuata solo nel 3,0% dei casi mentre in OBI nel 90,1%. Il gap osservato genera una notevole perdita di informazioni. Molte delle attività descritte nei verbali sono annotate nel diario clinico dal dirigente medico. Questo genera un vuoto di registrazione di informazioni assistenziali come ad esempio l'esecuzione dell'elettrocardiogramma o il posizionamento di un catetere vescicale. È emersa la mancanza di registrazione di attività assistenziali sicuramente svolte perché contenute negli algoritmi messi in essere nella SOD. I pazienti assistiti nella sala emergenze sono presi in carico secondo rigidi e specifici algoritmi che prevedono attività quali monitoraggio intensivo multi-parametrico, posizionamento di accessi venosi. Dall'analisi dei dati risulta ad esempio che su un totale di 201 pazienti assistiti in sala emergenza solo in 21 casi è desumibile dalle registrazioni il posizionamento di un accesso venoso e che in un solo caso tale attività sia stata registrata nel diario infermieristico. Inoltre si rileva una mancata completezza e precisione della documentazione osservata: nel 92,8% dei casi risulta incompleta. Dall'analisi statistica inferenziale, la registrazione delle attività svolte si è visto essere in una relazione statisticamente significativa sia con la complessità clinico assistenziale che con il codice colore assegnato. In particolare, le prassi di registrazione sono maggiormente eseguite dagli -

- infermieri nei casi di patologia traumatica e neurologica e all'aumentare della gravità connessa al codice colore aumenta la frequenza delle registrazioni dell'assistenza erogata. Le attività di registrazione sono legate in maniera statisticamente significativa al luogo di assistenza: la frequenza di registrazione maggiore è quella relativa all'assistenza prestata in Osservazione Breve Intensiva. In generale la presenza di significatività statistica tra le variabili osservate restituisce un dato di omogeneità di comportamenti tra i membri dell'équipe analizzata.

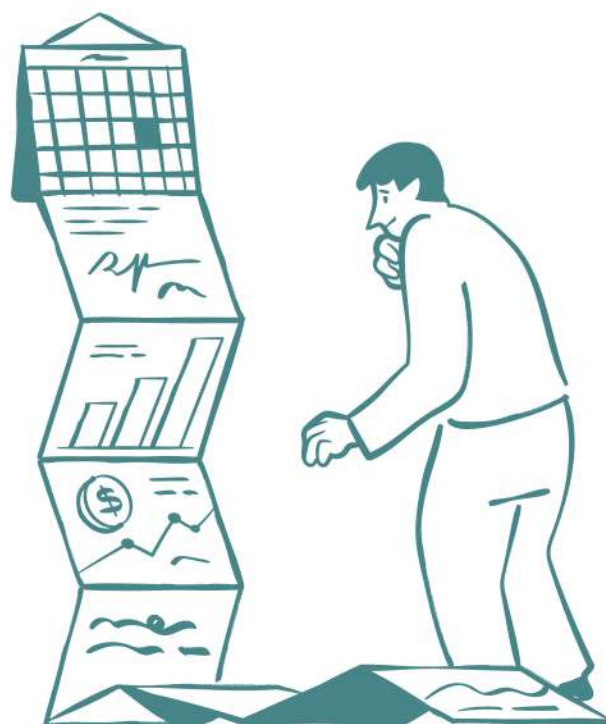
Visti i risultati ottenuti, nell'ultima fase del ciclo dell'audit è stato discusso con il gruppo di lavoro come attuare un cambiamento nella produzione di documentazione infermieristica. Sono state proposte due alternative differenti ovvero quello di introdurre una scheda infermieristica cartacea o l'implementazione del sistema informatico attuale con una serie di frasi identiche preimpostate di attività infermieristiche per tutto il personale infermieristico, le quali nel momento in cui un operatore debba descrivere una qualunque situazione o attività svolta sono presenti e a disposizione nel diario in un'apposita sezione comune. Quest'ultima è stata la proposta accettata in quanto rispetto alla scheda cartacea è più intuitiva, permette una maggiore velocità di registrazione ed è sicuramente più facilmente accettabile dal personale infermieristico. Inoltre è stata avanzata l'intenzione di discutere con il personale medico la possibilità di stampare obbligatoriamente la cartella infermieristica insieme al verbale di pronto soccorso alla dimissione o ricovero del paziente.

CONCLUSIONI

L'esperienza di Nursing Audit condotta ha evidenziato come **la carenza della documentazione infermieristica** nel Pronto Soccorso dell'AOU Ospedali Riuniti di Torrette **sia una criticità importante**. Documentare significa porre le basi per comprendere al meglio i bisogni assistenziali della persona, per -

- consentire a tutti gli operatori di realizzare in modo completo le attività di competenza, assumendo le decisioni più opportune per l'assistito, consentire la valutazione dell'operato, sia ai fini dell'organizzazione interna, sia ai fini del miglioramento della qualità dell'assistenza.

La fase conclusiva del ciclo di audit, svolta in chiave partecipativa, ha avuto un forte valore formativo: il confronto tra professionisti ha favorito l'emersione di soluzioni condivise orientate al miglioramento, come **l'implementazione di modelli informatici con frasi preimpostate** per la registrazione delle attività assistenziali e la proposta di stampa obbligatoria della cartella infermieristica. Tale approccio ha consolidato la consapevolezza dell'audit non solo come strumento di controllo, ma come processo di apprendimento organizzativo continuo, volto a sviluppare competenze documentali e a promuovere una cultura della qualità e della responsabilità professionale in ambito emergenza-urgenza.



Bibliografia

Arreni Antonella, Di Giacomo Patrizia, Fortuna Michele, La Vecchia Francesco, Mangiacavalli Barbara, Valerio Giovanni, Vita Annamaria. La documentazione infermieristica. I Quaderni dell'Infermiere 2009(24):3-10.

Bilyeu P, Eastes L. Use of the Electronic Medical Record for Trauma Resuscitations: How Does This Impact Documentation Completeness?. J Trauma Nurs. 2013 Jul-Sep;20(3):166-8

Calleja P, Aitken LM, Cooke ML. Information transfer for multi-trauma patients on discharge from the emergency department: mixed-method narrative review. J Adv Nurs. 2011 Jan;67(1):4-18.

Fuggetta L, Sechi A, Serafini P. Realizzazione e implementazione di una cartella clinico-assistenziale informatizzata in PS. Emergency Care Journal. Anno VI numero I, Marzo 2010.

Gilboy N. A newly revised nursing ED documentation form for a level I trauma center. J Emerg Nurs. 2002 Feb;28(1):36-9.

Joint Commission International Accreditation – Standards for hospitals - 3rd Edition, effective January 2008, (2007 by JCI).

Raines M, Mull A. Give it to me: the development of a tool for shift change report in a level I trauma center. J Emerg Nurs. 2007 Aug;33(4):358-60.

Wainwright GA, Stehly CD, Wittmann-Price RA. Emergency Nurse Documentation Improvement Tool. J Trauma Nurs. 2008 Jan-Mar;15(1):16-8.

World Health Organization – Regional Office for South-East Asia (WHO-SEARO). Guidelines for Medical Record and Clinical Documentation. New Delhi: September 2007.

UTILIZZO DI KAHOOT! COME SOLUZIONE IDEALE PER INTEGRARE LA DIDATTICA CLASSICA CON IL DIGITALE TRA GLI STUDENTI INFERMIERI

Autori: **Matteo Moretti** [A],
Rita Fiorentini [B], **Simona Bacaloni** [C]

[A] Infermiere U.O.C Radiologia interventistica AST Macerata

[B] ADP Corso di Laurea in Infermieristica, Polo di Macerata, UNIVPM.

[C] Tutor didattico Corso di Laurea in Infermieristica, Polo di Macerata, UNIVPM.

Per corrispondenza: matteo.moretti2@sanita.marche.it

SOMMARIO BREVE

Studio sperimentale sull'efficacia di Kahoot! nella formazione infermieristica, valutando apprendimento, ansia e soddisfazione degli studenti.

SOMMARIO ESTESO

L'evoluzione tecnologica e le differenze generazionali impongono ai docenti universitari nuove strategie, capaci di stimolare l'interesse e la partecipazione degli studenti nativi digitali. La gamification, applicata in ambito educativo, utilizza elementi ludici per rendere l'apprendimento più motivante e interattivo (Kapp, 2012).

L'obiettivo di questo studio è stato quello di analizzare l'effetto di una piattaforma di apprendimento basata sul gioco, tramite l'utilizzo di Kahoot! sui risultati di apprendimento sui livelli di ansia e sulla soddisfazione tra gli studenti infermieri.

È stato condotto uno studio sperimentale randomizzato controllato presso l'Università Politecnica delle Marche, su un campione di 74 studenti del primo anno del Corso di Laurea in Infermieristica, polo di Macerata. Gli studenti sono stati divisi in due gruppi: il gruppo sperimentale ha partecipato a quattro sessioni di gioco con Kahoot! per il modulo "Parametri vitali", mentre il gruppo di controllo ha seguito la didattica tradizionale. I risultati mostrano che il gruppo sperimentale non ha evidenziato differenze statisticamente significative nei punteggi medi di apprendimento ($23,12 \pm 3,98$ vs $22,40 \pm 3,48$; $p=0,2149$) né nei livelli di ansia ($2,62 \pm 1,30$ vs $2,51 \pm 1,34$; $p=0,791$) rispetto al gruppo di controllo. Tuttavia, la soddisfazione percepita è risultata elevata ($4,22 \pm 1,06$).

Parole chiave: *Game-based learning – Gamification – Educazione infermieristica
– Kahoot! – Didattica digitale – Ansia da apprendimento*

PREMESSA

Le nuove generazioni di studenti universitari, comunemente identificate come Generazione Z, presentano un rapporto intrinseco con le tecnologie digitali, richiedendo esperienze formative più interattive, partecipative e centrate sullo studente (*Prensky, 2001*). Questi studenti, nativi digitali, prediligono modalità interattive, visive e dinamiche di apprendimento (*Kapp, 2012*).

In tale contesto, la gamification, definita come l'uso di elementi, dinamiche e meccaniche del gioco in contesti non ludici per raggiungere obiettivi specifici (*Deterding et al., 2011*), ha dimostrato di migliorare la motivazione, il coinvolgimento e la memorizzazione dei contenuti (*Werbach e Hunter, 2012*).

La gamification si fonda su teorie psicologiche quali **la teoria dell'autodeterminazione** (*Deci e Ryan, 1985*), che individua nei bisogni di **competenza, autonomia e relazione** i principali fattori di motivazione intrinseca, e sull'apprendimento significativo di (*Ausubel, 1963*), secondo cui la comprensione profonda nasce dall'integrazione tra nuove e pregresse conoscenze.

All'interno dell'educazione infermieristica, caratterizzata da un'elevata componente teorico-pratica, l'introduzione della gamification può facilitare l'apprendimento attivo e la partecipazione (*Gallegos et al., 2020*).

Kahoot!, piattaforma di apprendimento basata sul gioco, consente di creare quiz interattivi e competitivi che favoriscono l'attenzione e l'apprendimento collaborativo (*Deterding et al., 2011*). Tuttavia, gli studi sulla sua efficacia nella formazione infermieristica restano limitati e talvolta discordanti (*Hanus e Fox, 2015*).

Scopo del presente lavoro è quindi valutare l'efficacia dell'utilizzo di Kahoot! sull'apprendimento, sul livello di ansia e sulla soddisfazione percepita dagli studenti infermieri.

MATERIALI & METODI

Il modello PICO (*Richardson et al, 1995*), utilizzato nella pratica basata sulle evidenze per formulare in maniera strutturata un quesito sanitario, è stato utilizzato per la mappatura concettuale del presente studio, mentre al fine di migliorare la qualità del reporting sono state rispettate le linee guida CONSORT (*Consolidated Standards of Reporting Trials*) Statement (*Moher et al, 2012*). Il CONSORT Statement è costituito da una checklist e da un diagramma di flusso che gli autori possono utilizzare per il reporting di un RCT.

È stato condotto uno studio sperimentale randomizzato controllato in aperto nel Corso di Laurea in Infermieristica presso il polo didattico di Macerata dell'Università Politecnica delle Marche, nel periodo dicembre 2023 – gennaio 2024. Il campione era composto da 74 studenti infermieri del primo anno. La randomizzazione semplice ha suddiviso i partecipanti in due gruppi: gruppo sperimentale (n=37) che ha seguito il modulo 'Parametri vitali' integrando lezioni tradizionali con quattro sessioni di gioco su Kahoot!, e gruppo di controllo (n=37) che ha seguito la didattica tradizionale. Sono stati utilizzati questionari sociodemografici, la scala dell'ansia da test di Spielberger (1980), il questionario di soddisfazione di Castro et al. (2019) e un test di rendimento specifico.

In questo studio le variabili quantitative sono state rappresentate come media \pm deviazione standard, d'altra parte, le variabili qualitative sono state descritte utilizzando frequenze assolute e relative. Per studiare le differenze tra le medie di due gruppi è stato utilizzato il test t di student. Per studiare l'associazione tra variabili qualitative, è stato utilizzato il test del chi-quadro. Inoltre è stato utilizzato il rischio relativo (RR) per verificare una possibile associazione tra il metodo didattico implementato e il rendimento scolastico nel gruppo trattamento e nel gruppo controllo. Per tutti i test è stato determinato il seguente livello di significatività: p-value \leq 0,05.

Modello PICO: Population-Intervention-Comparison-Outcome (Richardson et al, 1995)		
P	Population (Popolazione)	Studenti infermieri universitari
I	Intervention (Intervento)	Gruppo trattamento: sperimenta attività di apprendimento basata sul gioco, tramite la piattaforma Kahoot! nell'istruzione universitaria infermieristica.
C	Comparison/Control (Confronto)	Gruppo controllo: non sperimenta attività di apprendimento basata sul gioco.
O	Outcome (Esito)	Implementazione dell'apprendimento basato sul gioco nell'istruzione universitaria infermieristica tramite la piattaforma Kahoot! e analisi del suo impatto sull'apprendimento e sui livelli di ansia negli studenti infermieri.

Tabella I. – Modello PICO (Richardson et al, 1995) population-intervention-comparison-outcome.

Diagramma di flusso CONSORT
(Moher et al, 2012)

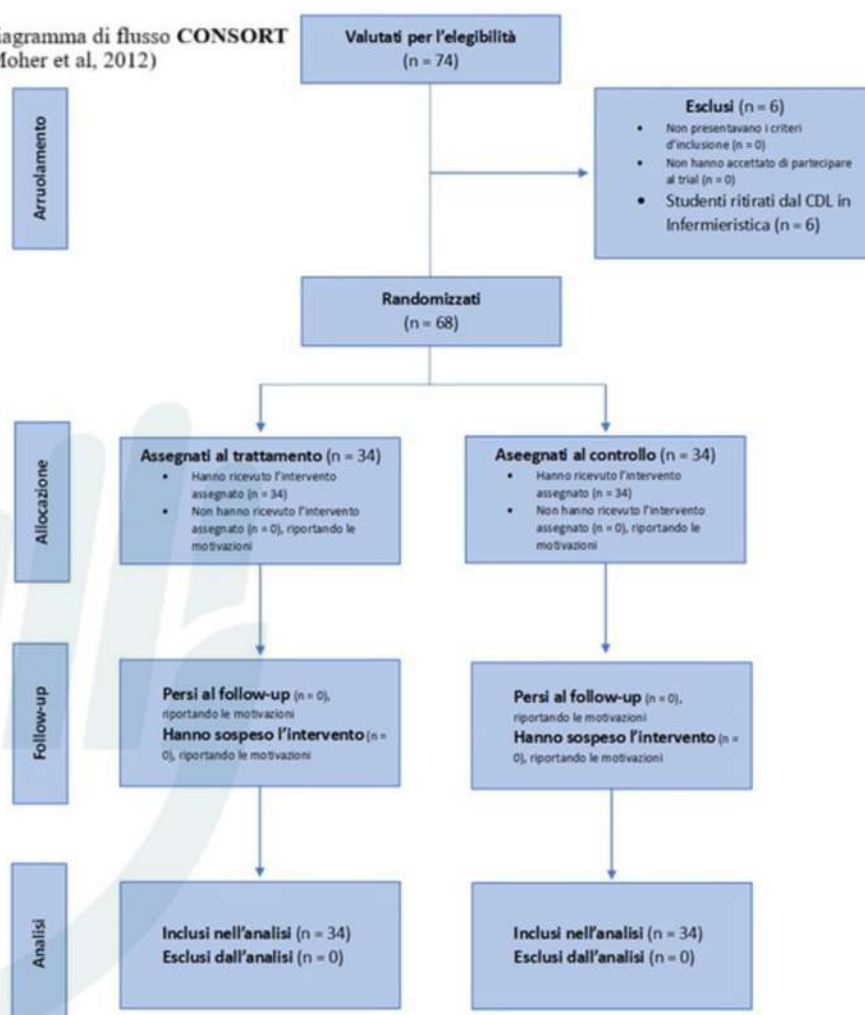


Diagramma 1.

Diagramma di
flusso CONSORT
(Moher et al, 2012).

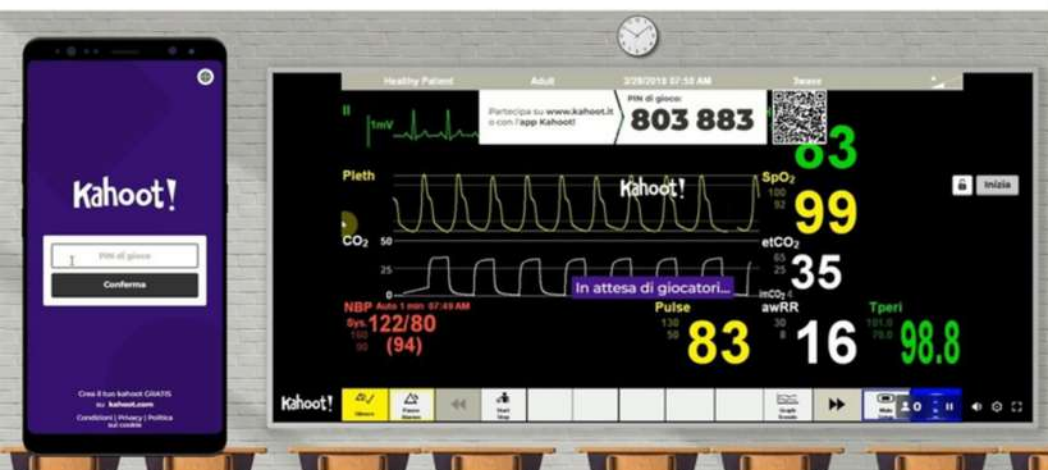


Fig. 1

Schermata di presentazione quiz gamificato con Kahoot!

Fig. 2

Quiz gamificato con Kahoot!



Fig. 3

Podio Kahoot!

RISULTATI

Il punteggio medio di apprendimento nel gruppo Kahoot! è stato $23,12 \pm 3,98$, mentre nel gruppo di controllo $22,40 \pm 3,48$ ($p=0,2149$). I livelli di ansia sono risultati $2,62 \pm 1,30$ nel gruppo Kahoot! e $2,51 \pm 1,34$ nel gruppo di controllo ($p=0,791$). La soddisfazione percepita è risultata elevata ($4,22 \pm 1,06$), con apprezzamento per l'interattività, il feedback immediato e la maggiore motivazione. Il rischio relativo tra metodo didattico e rendimento è stato $RR=1,571$ IC 95% $0,692-3,567$; ($p=0,280$). I risultati sono coerenti con la letteratura che evidenzia un aumento della motivazione e della soddisfazione, ma non un miglioramento statisticamente significativo dell'apprendimento (Hanus e Fox, 2015; Mahon et al., 2018).

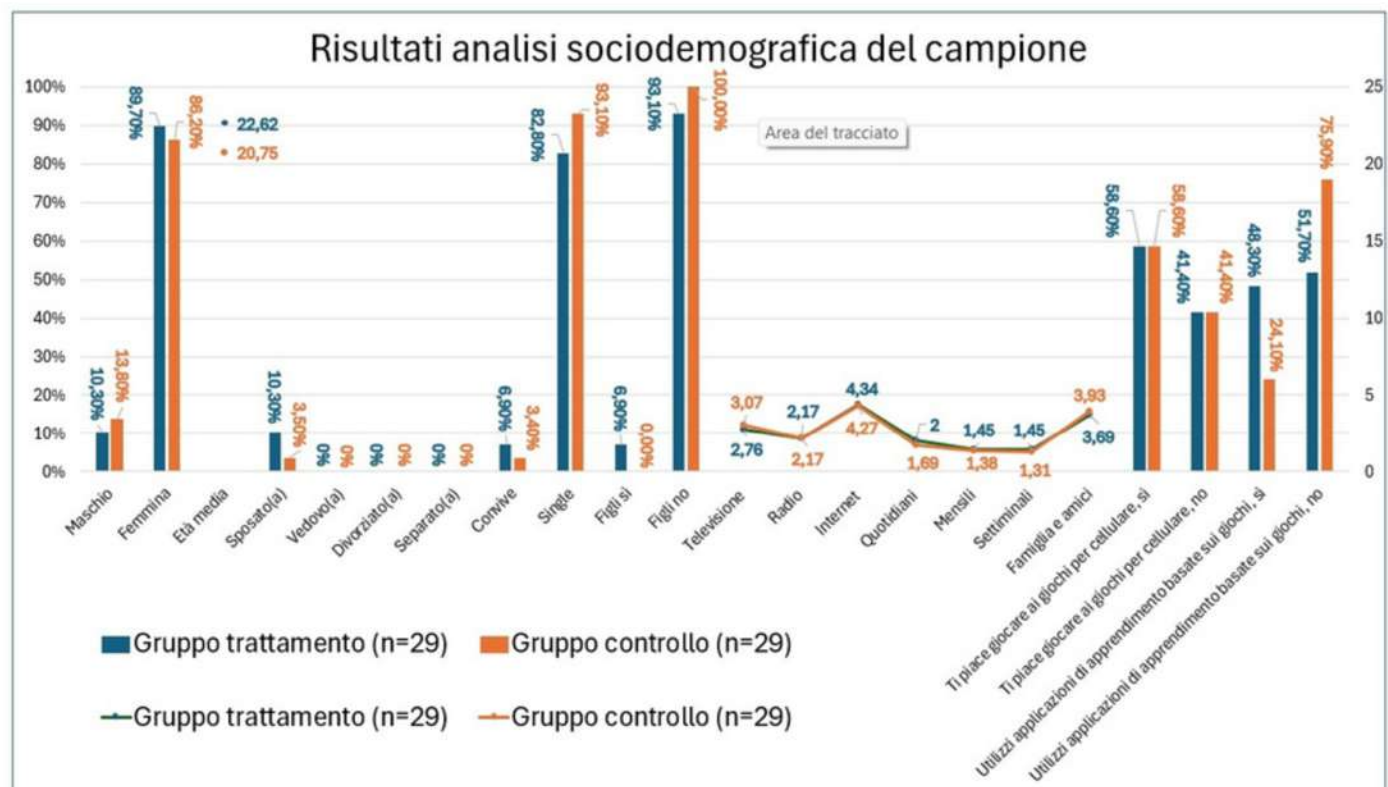


Grafico 1 - Risultati analisi sociodemografica del campione.

Tabella II

Confronto tra i punteggi medi totali degli studenti in riferimento alla valutazione dell'apprendimento tra il gruppo trattamento e il gruppo controllo.

	Gruppo trattamento (n = 34) 100% del totale	Gruppo controllo (n = 34) 100% del totale	Valore di significatività p-value	Test statistico
Punteggio totale valutazione dell'apprendimento (media ± SD)	23,12 ± 3,98	22,40 ± 3,48	0,2149	t test a una coda

Rischio relativo con IC al 95%

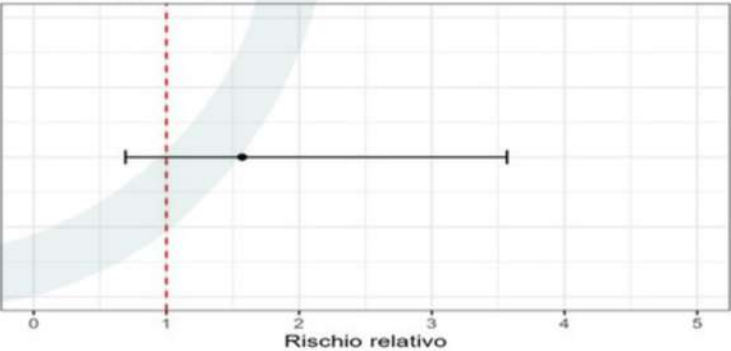


Grafico 2

Rappresentazione grafica del Rischio Relativo.

Quesiti Spielberger CD, Sarason IG. <i>Test Anxiety Inventory</i> . (1983)	Gruppo trattamento (n = 20) 58,8% del totale	Gruppo controllo (n = 21) 61,8% del totale
Per il punteggio è stata utilizzata la scala Likert a cinque punti: mai = 1, raramente = 2, qualche volta = 3, spesso = 4 e sempre = 5	Punteggio del livello di ansia (media ± SD)	Punteggio del livello di ansia (media ± SD)
1. Prima di iniziare il test mi sento ansioso?	3,25 ± 1,48	3,52 ± 1,29
2. Prima del test mi accorgo che le mie mani o le mie braccia tremano?	2,30 ± 0,98	2,24 ± 1,34
3. Durante il test divento così nervoso che dimentico le conoscenze che ho appreso?	2,55 ± 1,28	2,24 ± 1,34
4. Durante il test sento il mio cuore battere molto velocemente?	2,60 ± 1,14	2,71 ± 1,15
5. Durante il test mi sento molto in preda al panico?	2,50 ± 1,36	2,10 ± 1,26
6. Mentre faccio il test mi sento nervoso e sfiduciato?	2,60 ± 1,19	2,14 ± 1,20
7. Durante il test mi ritrovo a pensare a cose non correlate al contenuto effettivo del corso?	2,30 ± 1,34	2,62 ± 1,28
8. Anche quando sono ben preparato per il test mi sento molto in ansia?	3,05 ± 1,43	3,24 ± 1,45
9. Mentre sostengo il test mi ritrovo a chiedermi se gli altri studenti stanno facendo meglio di me?	2,65 ± 1,46	2,24 ± 1,30
10. Dopo il test mi deprime?	2,40 ± 1,23	2,10 ± 1,14

Tabella III

Punteggio medio del livello di ansia degli studenti in infermieristica nel gruppo trattamento e nel gruppo controllo.

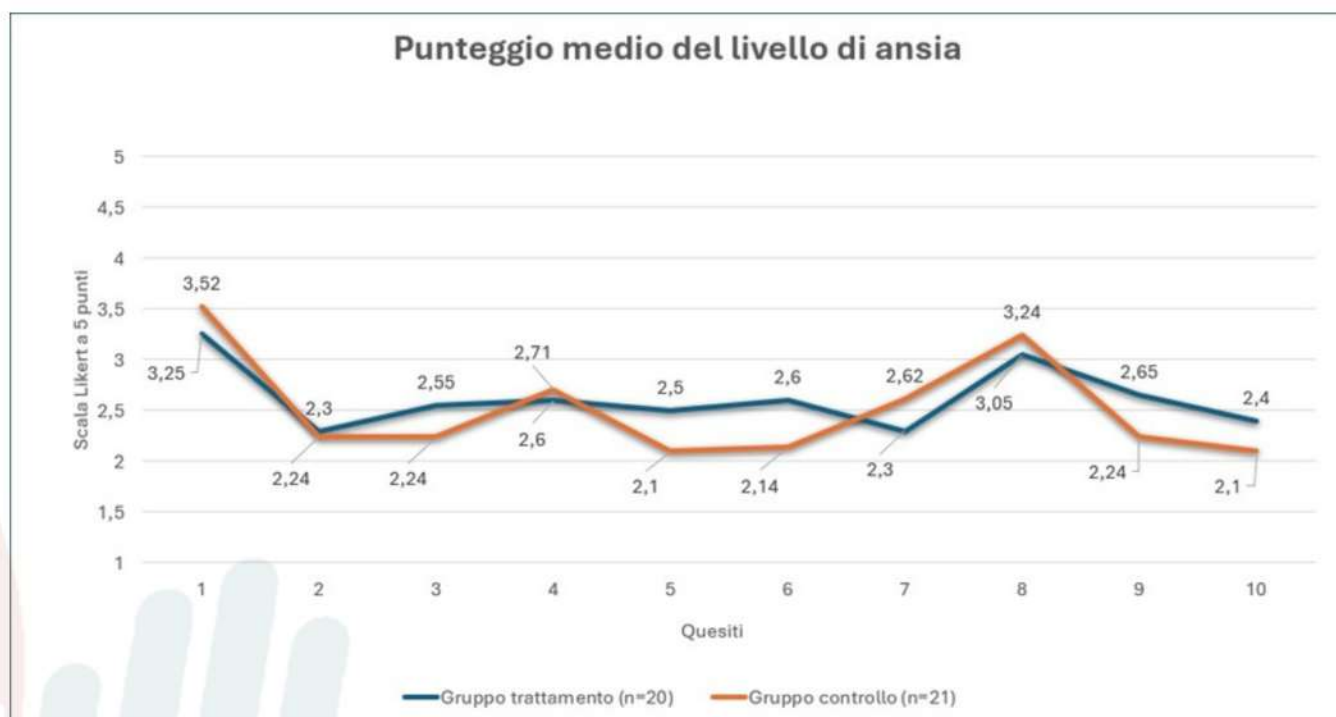


Grafico 3 - Punteggio medio del livello di ansia.

Tabella IV

Confronto tra i punteggi medi totali degli studenti nel questionario per la misurazione del livello di ansia tra il gruppo trattamento e il gruppo controllo.

	Gruppo trattamento (n = 20) 58,8 % del totale	Gruppo controllo (n = 21) 61,8 % del totale	Valore di significatività p-value	Test statistico
Punteggio totale del livello di ansia (media ± SD)	2,62 ± 1,30	2,51 ± 1,34	0,791	t test a una coda

Quesiti Castro MJ, López M, Cao MJ et al. <i>Satisfaction and academic performance of nursing students with the use of Kahoot!</i> . (2019)	Gruppo trattamento (n = 18) 52,9% del totale
Per il punteggio è stata utilizzata la scala Likert a cinque punti: mai = 1, raramente = 2, qualche volta = 3, spesso = 4 e sempre = 5	Punteggio del livello di soddisfazione (media \pm SD)
1. Kahoot! aumenta la motivazione a partecipare in classe	4,39 \pm 1,15
2. Kahoot! aumenta il coinvolgimento degli studenti	4,61 \pm 0,78
3. Kahoot! aumenta il divertimento e rende più stimolante l'apprendimento	4,56 \pm 0,62
4. Kahoot! aumenta l'interazione insegnante studente	3,78 \pm 1,17
5. Kahoot! migliora la fiducia in sé stesso dello studente	3,94 \pm 1,16
6. Le immagini, i colori, le musiche e le innovazioni multimediali di Kahoot! rendono il contenuto più interessante	4,22 \pm 1,06
7. Vorrei condividere questo gioco con amici e altri studenti	4,39 \pm 0,92
8. Kahoot! facilita la comprensione dei contenuti precedentemente studiati in classe	4,06 \pm 1,06
9. Vorrei che i miei docenti facessero più uso di Kahoot! in classe	4,06 \pm 1,21
10. Preferisco Kahoot! ai quiz cartacei	4,17 \pm 1,30
Punteggio totale del livello di soddisfazione	4,22 \pm 1,06

Tabella V – Punteggio medio del livello di soddisfazione degli studenti in infermieristica nel gruppo trattamento.

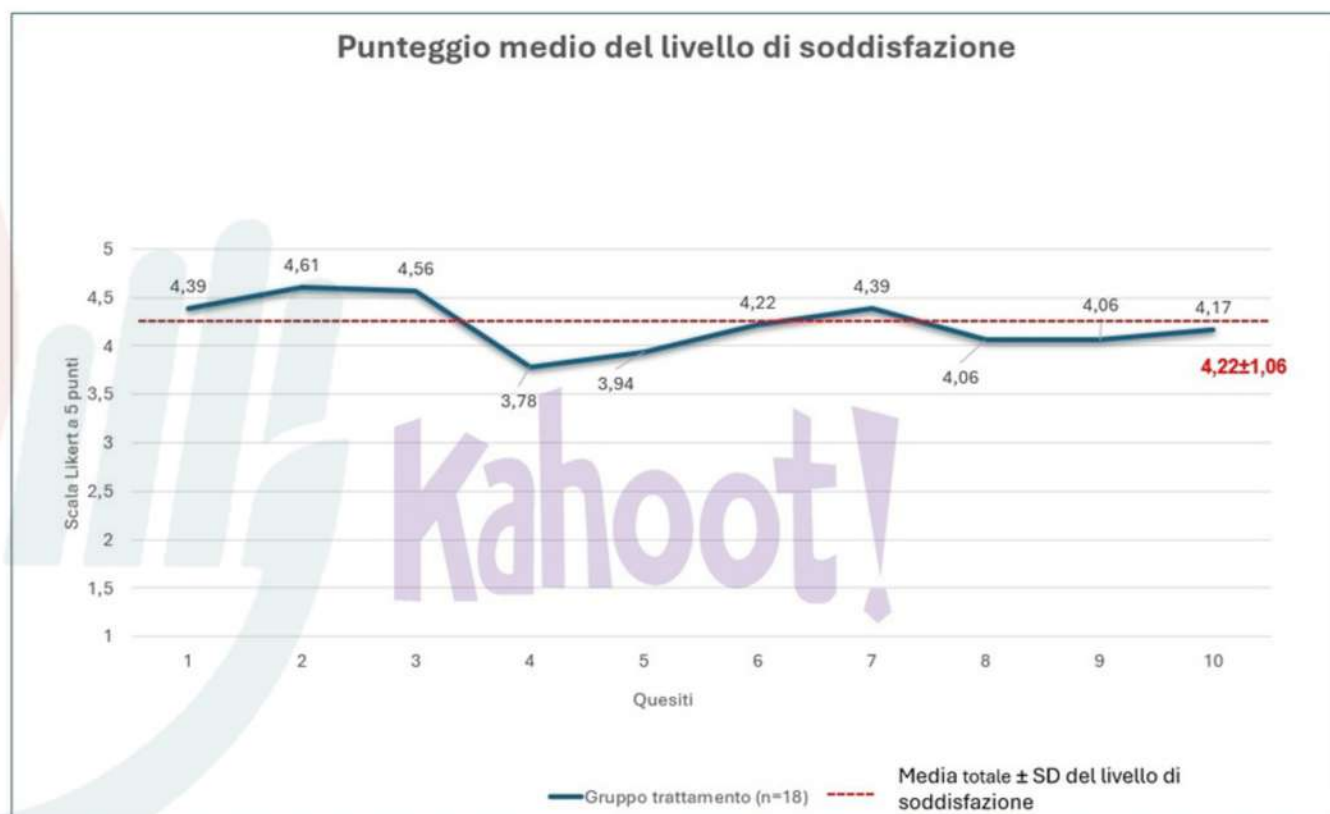


Grafico 4 – Rappresentazione grafica del punteggio medio del livello di soddisfazione.

CONCLUSIONI

L'integrazione di strumenti di apprendimento basati sul gioco, come Kahoot!, nella didattica infermieristica non ha prodotto un miglioramento significativo dei risultati di apprendimento né una riduzione dell'ansia. Tuttavia, **ha aumentato la soddisfazione e il coinvolgimento degli studenti, favorendo un ambiente educativo positivo** (Castro et al., 2019). Poiché, dalla revisione della letteratura vi sono risultati molto promettenti per l'utilizzo dell'apprendimento basato sul gioco come componente vantaggiosa dell'insegnamento e dell'apprendimento, si suggerisce di replicare lo studio con un campione più ampio di studenti e in diversi contesti formativi infermieristici per verificare l'impatto di Kahoot! su motivazione e apprendimento clinico.

Ringraziamenti

Si ringraziano la Dott.ssa Rita Fiorentini (Relatrice) e la Dott.ssa Simona Bacaloni (Correlatrice) per il supporto e la guida scientifica nella realizzazione dello studio.

BIBLIOGRAFIA

- Ausubel DP. The psychology of meaningful verbal learning. New York: Grune & Stratton; 1963.
- Castro MJ, López M, Cao MJ et al. Satisfaction and academic performance of nursing students with the use of Kahoot!. Plose One; 2019;79:29-34.
- Deci EL, Ryan RM. Intrinsic motivation and self-determination in human behavior. New York: Plenum; 1985.
- Deterding S, Dixon D, Khaled R, Nacke L. From game design elements to gamefulness: defining gamification. MindTrek Conf Proc; 2011;15:9-15.
- Gallegos C, Tesar AJ, Connor K, et al. The use of a game-based learning platform to engage nursing students: a descriptive, qualitative study. Nurse Educ Pract; 2017;27:101-106.
- Hanus MD, Fox J. Assessing the effects of gamification in the classroom: a longitudinal study on intrinsic motivation, social comparison, satisfaction, effort, and academic performance. Comput Educ; 2015;80:152-161.
- Moher D, Hopewell S, Schulz KF, Montori V, Gøtzsche PC, Devereaux PJ, et al. CONSORT 2010 explanation and elaboration: Updated guidelines for reporting parallel group randomised trials. International Journal of Surgery; 2012;10: 28-55.
- Kapp KM. The Gamification of Learning and Instruction: Game-based Methods and Strategies for Training and Education. Pfeiffer; 2012.
- Mahon P, Lyng C, Crotty Y, Farren M. Transforming classroom questioning using emerging technology. British Journal of Nursing 2018; 27 (7):389-94.
- Prensky, M. Digital natives, digital immigrants. On the Horizon. 2001;9(5):1-6.
- Richardson SW, Wilson MC, Nishikawa J. The well-built clinical question: a key to evidence-based decisions. ACP journal club; 1995;123(A): 12-13.
- Spielberger CD. Preliminary Professional Manual for the Test Anxiety Inventory (TAI). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press; 1980.
- Werbach K, Hunter D. For the Win: How Game Thinking Can Revolutionize Your Business. Wharton Digital Press; 2012.

APPRENDERE ATTRAVERSO IL PROBLEMA: L'EFFICACIA DEL PROBLEM BASED LEARNING NELLA COSTRUZIONE DELLE COMPETENZE INFERMIERISTICHE

Autori: **Stortoni Valentina** [A], **Bacaloni Simona** [B], **Carpano Sabrina** [B], **Grillo Claudio** [B], **Serafini Alice** [C], **Michellini Martina** [C], **Caglini Giovanna** [E], **Fiorentini Rita** [D]

[A] Infermiera presso Otorinolaringoiatria Ospedale di Civitanova Marche

[B] Tutor Didattico e Docente del CdL in Infermieristica- Polo di Macerata, UNIVPM

[C] Tutor Didattico del CdL in Infermieristica- Polo di Macerata, UNIVPM

[D] Direttore ADP e Docente del CdL in Infermieristica- Polo di Macerata, UNIVPM

[E] Amministrativa del CdL in Infermieristica- Polo di Macerata, UNIVPM

Per corrispondenza: **c.grillo@staff.univpm.it**, **valentina_s87@hotmail.it**

SOMMARIO BREVE

Valutazione dell'efficacia del Problem-Based Learning (PBL) nel Corso di Laurea in Infermieristica, evidenziandone gli impatti positivi su competenze e coinvolgimento.

Parole-Chiave: Problem-Based Learning, Formazione Infermieristica, Competenze Professionali, Apprendimento Autodiretto, Coinvolgimento Studenti, Valutazione Didattica

SOMMARIO ESTESO

Il Problem-Based Learning (PBL) è un approccio centrato sullo studente e basato sull'analisi di casi clinici, mira a potenziare il pensiero critico, il problem-solving e l'apprendimento autodiretto. È stato condotto uno studio osservazionale descrittivo su 156 studenti (I, II e III anno). La valutazione ha previsto una doppia prospettiva (autovalutazione studenti e osservazione tutor) tramite tre strumenti ad hoc (questionari e griglia) somministrati post-intervento. I risultati hanno mostrato un'alta soddisfazione e un elevato coinvolgimento in tutte le coorti, con punteggi medi molto alti.

Il PBL quindi si conferma una filosofia formativa valida e coerente con la realtà clinica, promuovendo un apprendimento profondo, l'autonomia e la responsabilità. Sebbene l'assenza di un pre-test limiti la misurazione oggettiva dell'incremento delle competenze, l'esperienza supporta l'integrazione stabile del PBL nel curriculum, sottolineando al contempo la necessità di affinare la progettazione dei casi e la formazione dei tutor.

PREMESSA

L'insegnamento clinico rappresenta uno degli snodi centrali della formazione infermieristica, poiché consente allo studente di apprendere direttamente sul campo, attraverso l'interazione con persone assistite e con il team di cura. Tale esperienza non solo permette l'acquisizione di competenze tecniche, ma stimola anche la riflessione critica, la responsabilità professionale e la capacità decisionale.

In questo scenario, il Problem-Based Learning (PBL) rappresenta una delle strategie più consolidate e apprezzate nella formazione delle professioni sanitarie.

Il PBL è un approccio centrato sullo studente, che promuove l'apprendimento a partire dall'analisi e dalla discussione di problemi realistici, spesso presentati sotto forma di casi clinici, e che richiede agli studenti di lavorare in piccoli gruppi per identificare in modo autonomo gli obiettivi di apprendimento, ricercare informazioni pertinenti e condividere le conoscenze apprese (*Barrows & Tamblyn, 1980*).

A differenza di altri approcci più tradizionali, il PBL favorisce un apprendimento profondo e duraturo, riducendo il rischio di una memorizzazione meccanica dei contenuti e promuovendo la capacità di trasferire le conoscenze dalla teoria alla pratica (*Albanese & Mitchell, 1993*).

Il docente, all'interno del percorso PBL, assume un ruolo di facilitatore: non trasmette contenuti, ma guida il gruppo nella riflessione, nella definizione degli obiettivi, nella condivisione delle risorse e nella valutazione del processo (*Schmidt et al, 2007*). Allo stesso tempo, lo studente diventa protagonista del proprio apprendimento, sviluppando metacognizione, capacità di autovalutazione e spirito critico.

OBIETTIVO

L'obiettivo del presente progetto è di valutare l'efficacia del Problem-Based Learning (PBL) come metodo formativo applicato agli studenti di I, II e III anno del Corso di Laurea di Infermieristica dell'Università di Macerata. A tal fine, nella sede dell'Università Politecnica delle Marche di Macerata, in collaborazione con i tutor del Corso di Laurea, sono state organizzate lezioni condotte con il metodo PBL, durante le quali, gli studenti, suddivisi in piccoli gruppi, hanno lavorato collaborativamente per risolvere un problema pratico di rilevanza clinica.

MATERIALI & METODI

REVISIONE DELLA LETTERATURA

La ricerca bibliografica è stata effettuata attraverso il database PubMed, utilizzando le seguenti stringhe di ricerca:

- "Problem-Based Learning" AND "Nursing"
- "PBL" AND "Nursing Education" OR "Active Learning"
- "Problem-Based Learning" OR "Active Learning" AND "Nursing Curriculum"

Sono stati impiegati operatori booleani "AND", "OR" per raffinare la ricerca e ottenere risultati pertinenti.

Sono stati inclusi articoli pubblicati negli ultimi venticinque anni, in tutte le lingue, relativi all'applicazione del PBL nella formazione infermieristica e sanitaria. Sono stati esclusi gli -

studi non attinenti all'ambito formativo ed educativo, non accessibili in free full text o non coerenti con l'obiettivo del presente progetto.

Disegno e contesto dello studio

Il presente lavoro si configura come studio osservazionale descrittivo, finalizzato ad esplorare l'efficacia percepita del metodo Problem-Based Learning all'interno della formazione universitaria infermieristica. Il progetto ha previsto l'autovalutazione da parte degli studenti, in relazione al proprio apprendimento e al gradimento del metodo; dall'altro, la valutazione da parte dei tutor, volto ad osservare l'aderenza al metodo PBL e i comportamenti messi in atto dagli studenti durante le sessioni.

Campione di studio

Sono stati inclusi nello studio tutti gli studenti iscritti al Corso di Laurea triennale in Infermieristica, sede di Macerata, nell'anno accademico 2024/2025. La partecipazione allo studio è stata totale e ha coinvolto tre coorti differenti, per un totale di 156 studenti:

- 52 studenti del primo anno;
- 42 studenti del secondo anno;
- 62 studenti del terzo anno.

Descrizione dell'intervento formativo

La sessione formativa è iniziata con una breve introduzione da parte del tutor, finalizzata a presentare agli studenti l'organizzazione dell'attività. Successivamente, il gruppo veniva suddiviso in coppie di lavoro, alle quali veniva consegnato un caso clinico strutturato, specificatamente elaborato in base al tema del laboratorio corrispondente all'anno di corso.

La lettura del caso veniva effettuata ad alta voce da uno studente. Seguiva una fase di riflessione collettiva, in cui ciascuno poteva segnalare eventuali termini, concetti o passaggi non compresi. Un segretario annotava alla lavagna i punti critici emersi.

Al termine di questa fase, i tutor fornivano agli studenti materiale cartaceo di consultazione -

- (libri di testo, dispense selezionate, ecc.), stimolando una ricerca autonoma con una durata variabile tra un'ora e mezza e due ore.

Successivamente, il tutor riprendeva la conduzione della sessione e guidava una discussione plenaria, durante il quale gli studenti condividevano i risultati delle ricerche effettuate. Per ogni voce riportata alla lavagna, venivano presentate e confrontate le informazioni reperite, consentendo così all'intero gruppo di costruire in modo condiviso una comprensione più approfondita e ragionata del caso.

La sessione teorica si concludeva con una restituzione generale da parte del gruppo, e gli studenti venivano invitati a proseguire lo studio individualmente, in preparazione alla successiva fase pratica.

A distanza di alcuni giorni o settimane dalla sessione teorica svolta con metodologia PBL, gli studenti sono tornati in aula per partecipare alla fase pratica del laboratorio, specificamente progettata per applicare nella dimensione operativa le conoscenze acquisite attraverso la discussione e lo studio individuale.

Durante questa seconda fase, gli studenti, sempre suddivisi in piccoli gruppi, hanno avuto l'opportunità di sperimentare, attraverso simulazioni e attività pratiche, le tecniche e le procedure affrontate nei casi clinici proposti nella prima parte del laboratorio. In particolare:

Procedura di raccolta dei dati

La raccolta dei dati si è svolta al termine della fase pratica del laboratorio, al fine di rilevare la percezione complessiva degli studenti e osservare, attraverso il giudizio dei tutor, il livello di competenze dimostrate.

La raccolta dei questionari è avvenuta in forma cartacea; successivamente, i dati sono stati trasferiti in formato digitale per l'analisi quantitativa. Tutti i dati sono stati trattati in forma aggregata, garantendo il completo anonimato dei partecipanti e il rispetto della riservatezza secondo le indicazioni previste dalla normativa vigente.

RISULTATI

1. Analisi dei dati:

QUESTIONARIO DI AUTOVALUTAZIONE DELLO STUDENTE

L'analisi comparativa dei questionari di autovalutazione somministrati agli studenti del I, II e III anno consente di delineare un quadro complessivo dell'efficacia percepita della metodologia Problem-Based Learning lungo l'intero percorso formativo. In generale, i dati raccolti mostrano una tendenza fortemente positiva, con una prevalenza costante di risposte "sempre" e "spesso" e medie per ciascun item superiori a 3 su una scala da 1 a 4, confermando **un elevato grado di coinvolgimento e soddisfazione** da parte degli studenti.

- esempio, si conferma come una delle aree più critiche, con le medie più basse registrate nei tre anni (3,40 nel primo, 3,33 nel secondo, 3,37 nel terzo), ad indicare una difficoltà trasversale. Nel complesso, l'analisi dei dati suggerisce che la metodologia PBL è percepita in modo altamente positivo dagli studenti, sia nei primi approcci con il metodo sia nelle fasi più avanzate del corso di studi.

2. Analisi dei dati:

QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE DEL PBL DA PARTE DEGLI STUDENTI

In tutti e tre gli anni, i punteggi medi per ciascun item si attestano su valori molto elevati, con una netta prevalenza di risposte nelle categorie "completo accordo" e "accordo", a conferma

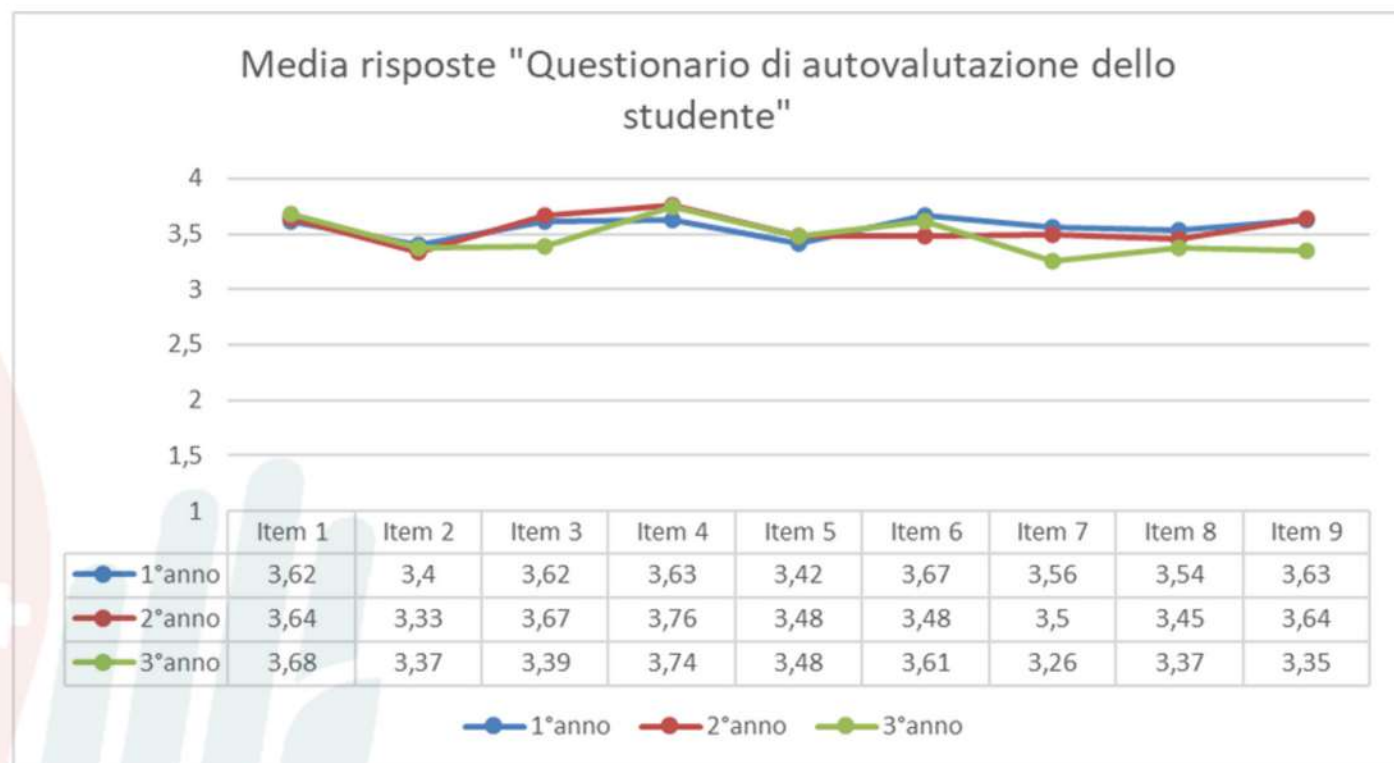


Grafico I - Media risposte "Questionario di autovalutazione dello studente".

Gli item che fanno riferimento alla dimensione relazionale, come la collaborazione tra pari, la condivisione delle conoscenze e il rispetto delle opinioni altrui, sono quelli che hanno ottenuto le valutazioni più alte in tutti e tre gli anni. L'identificazione dei problemi del paziente, ad -

dell'apprezzamento generalizzato da parte degli studenti. Nel secondo anno si osserva un leggero calo complessivo delle medie, che si mantengono comunque sempre superiori a 4. È interessante notare che, nonostante il lieve calo in alcuni item, il secondo anno presenta medie molto alte -



Salve, mi chiamo Valentina Stortoni, sono una studentessa al II anno del CdLM in Scienze Infermieristiche e Ostetriche con sede in Ancona.

Chiedo la Vostra gentile collaborazione per la stesura del progetto finale il cui scopo è quello di valutare l'efficacia dell'applicazione del metodo Problem Based Learning (PBL) nello svolgimento dei laboratori di I°, II° e III° anno della facoltà di Infermieristica dell'Università Politecnica delle Marche sede di Macerata, attraverso la somministrazione di schede di valutazione del metodo PBL e di autovalutazione dello studente.

COS'E' IL PROBLEM BASED LEARNING?

Il Problem Based Learning (PBL) è un approccio pedagogico centrato sullo studente, che utilizza l'analisi di un determinato problema come scenario da cui partire per l'acquisizione di nuove conoscenze. Gli studenti vengono incoraggiati attivamente al ragionamento e alla risoluzione del problema reperendo in modo autonomo le fonti informative necessarie. Il docente/tutor guida e controlla i progressi dello studente durante le varie fasi dell'apprendimento. Ottenuta la soluzione del problema, si instaura una discussione finalizzata a sintetizzare i progressi raggiunti e i nuovi concetti acquisiti.

Rispetto alla didattica tradizionale questo approccio favorisce lo sviluppo di doti comunicative, abilità di problem solving, pensiero critico e capacità di apprendimento auto diretto.

Chiedo dunque il Vostro contributo per la compilazione dei seguenti questionari, i cui risultati saranno fondamentali per redigere la mia tesi di laurea.

QUESTIONARIO DI AUTOVALUTAZIONE DELLO STUDENTE

Legenda: A= sempre; B= spesso; C= raramente; D= mai

1. Ho collaborato con gli altri studenti?	A	B	C	D
2. Ho identificato i problemi del paziente?	A	B	C	D
3. Ho individuato gli argomenti di studio?	A	B	C	D
4. Ho rispettato l'opinione degli altri studenti sugli argomenti trattati?	A	B	C	D
5. Sono riuscito ad approfondire gli argomenti di ricerca su libri di testo, sitografia dedicata?	A	B	C	D
6. Ho condiviso le mie conoscenze con gli altri studenti?	A	B	C	D
7. Ho saputo creare collegamenti tra i problemi dell'assistito e le conoscenze acquisite?	A	B	C	D
8. Ho mantenuto la concentrazione per la durata dell'attività?	A	B	C	D
9. Ho saputo restituire le conoscenze acquisite?	A	B	C	D

Figura 1. – Questionario di autovalutazione dello studente, UNIVPM.

Media risposte "Questionario di valutazione del PBL da parte degli studenti"

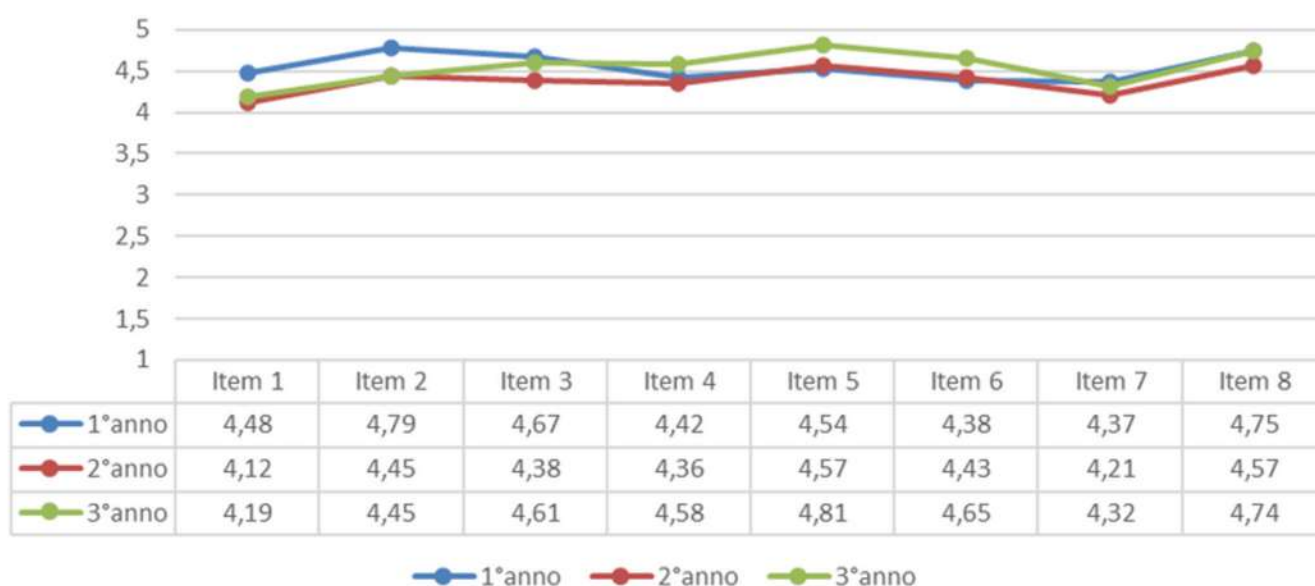


Grafico II - Media risposte "Questionario di valutazione del PBL da parte degli studenti".

- per quanto riguarda la stimolazione del lavoro di gruppo e la valutazione generale del laboratorio, entrambe a 4,57. **Nel terzo anno si assiste a una nuova crescita delle medie**, con valori che raggiungono picchi molto elevati, come nel caso dell'item "il PBL stimola il lavoro di -

gruppo", che ottiene una media di 4,81, la più alta tra tutti gli anni. Anche l'item conclusivo, in cui si chiede agli studenti di assegnare un voto generale al laboratorio, raggiunge una media di 4,74, a conferma della maturata consapevolezza del valore dell'esperienza. Pur emergendo -

Media risposte "Griglia di valutazione dello studente da parte del tutor"

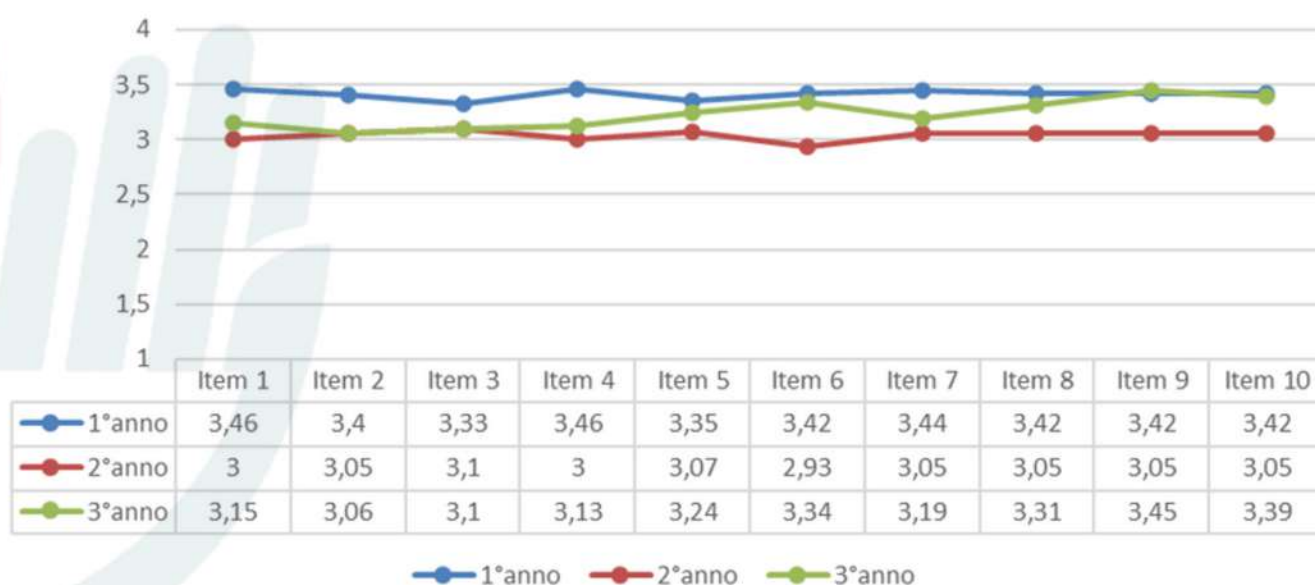


Grafico III - Media risposte "Griglia di valutazione dello studente da parte del tutor".



Salve, mi chiamo Valentina Stortoni, sono una studentessa al II anno del CdLM in Scienze Infermieristiche e Ostetriche con sede in Ancona.

Chiedo la Vostra gentile collaborazione per la stesura del progetto finale il cui scopo è quello di valutare l'efficacia dell'applicazione del metodo Problem Based Learning (PBL) nello svolgimento dei laboratori di I°, II° e III° anno della facoltà di Infermieristica dell'Università Politecnica delle Marche sede di Macerata, attraverso la somministrazione di schede di valutazione del metodo PBL e di autovalutazione dello studente.

COS'E' IL PROBLEM BASED LEARNING?

Il Problem Based Learning (PBL) è un approccio pedagogico centrato sullo studente, che utilizza l'analisi di un determinato problema come scenario da cui partire per l'acquisizione di nuove conoscenze. Gli studenti vengono incoraggiati attivamente al ragionamento e alla risoluzione del problema reperendo in modo autonomo le fonti informative necessarie. Il docente/tutor guida e controlla i progressi dello studente durante le varie fasi dell'apprendimento. Ottenuta la soluzione del problema, si instaura una discussione finalizzata a sintetizzare i progressi raggiunti e i nuovi concetti acquisiti.

Rispetto alla didattica tradizionale questo approccio favorisce lo sviluppo di doti comunicative, abilità di problem solving, pensiero critico e capacità di apprendimento auto diretto.

Chiedo dunque il Vostro contributo per la compilazione dei seguenti questionari, i cui risultati saranno fondamentali per redigere la mia tesi di laurea.

QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE DEL PBL DA PARTE DEGLI STUDENTI

Laboratorio.....	A/A.....				
Per favore rispondere alle seguenti domande. Rispondere alle domande cerchiando un numero: 1= in completo disaccordo; 2= disaccordo; 3= neutro; 4= accordo; 5= completo accordo.					
	Disaccordo			Accordo	
1. I contenuti del modulo si collegavano bene con le conoscenze che io avevo già	1	2	3	4	5
2. Gli obiettivi del laboratorio mi erano chiari	1	2	3	4	5
3. Il caso clinico era formulato chiaramente	1	2	3	4	5
4. I problemi hanno stimolato la discussione di gruppo in modo soddisfacente	1	2	3	4	5
5. Il PBL stimola il lavoro di gruppo	1	2	3	4	5
6. I problemi incoraggiavano lo studio autodiretto	1	2	3	4	5
7. Il tempo di studio autodiretto era adeguato alle necessità di approfondimento	1	2	3	4	5
8. Dai un voto per:	1	2	3	4	5
- qualità globale dell'organizzazione del laboratorio					
- qualità globale degli aspetti educativi di questo laboratorio					
- efficacia del laboratorio					
- produttività del gruppo tutoriale					

Figura 2. - Questionario di valutazione del PBL da parte degli studenti, UNIVPM.

- ancora qualche lieve criticità nella gestione del tempo per lo studio autodiretto, che ottiene la media più bassa (4,32), nel complesso i dati del terzo anno indicano un'adesione convinta alla metodologia, vissuta ormai come familiare e strutturalmente utile allo sviluppo delle competenze professionali.

3. Analisi dei dati:

GRIGLIA DI VALUTAZIONE DELLO STUDENTE DA PARTE DEL TUTOR

Al primo anno, le medie risultano le più alte tra i tre coorti, con valori compresi tra 3,33 e 3,46 e una generale omogeneità nelle valutazioni. Il secondo anno mostra invece una lieve flessione, con medie tutte attorno a 3, con un minimo di 2,93 e un massimo di 3,10. Questa riduzione può essere letta come conseguenza dell'aumentata complessità delle attività e della richiesta di maggiore autonomia, che potrebbe aver messo in difficoltà alcuni studenti o reso i tutor più esigenti nella valutazione. Tuttavia, si tratta comunque di risultati positivi, che evidenziano una partecipazione costante ma ancora in fase di consolidamento. Nel terzo anno si osserva una nuova crescita delle medie, che tornano a valori più alti dimostrando come gli studenti abbiano acquisito maggiore padronanza, consapevolezza e capacità di integrarsi efficacemente nel gruppo.

DISCUSSIONE

L'intero percorso formativo, dal primo al terzo anno, **ha evidenziato una tendenza costante verso una maggiore soddisfazione e un buon livello di coinvolgimento da parte degli studenti**, con punteggi medi elevati in tutte le aree indagate. In particolare, gli aspetti relazionali e collaborativi risultano costantemente apprezzati, suggerendo che il PBL rappresenta un terreno fertile per la pratica infermieristica (Yew & Goh, 2016). Il dato più interessante, in -

- questo senso, è la stabilità delle risposte positive nel tempo: anche laddove si osservano leggere flessioni, come nel secondo anno, esse sono attribuibili più a una maggiore complessità delle attività o ad una crescente consapevolezza critica, che non a un disinnamoramento verso il metodo.

Le difficoltà più evidenti riguardano l'identificazione dei problemi clinici e la creazione di collegamenti tra teoria e pratica, con medie più basse rispetto agli altri items, come osservato anche da Choi et al (2014) e Hmelo-Silver (2004). Tali criticità sono tutt'altro che trascurabili: esse pongono l'accento sulla necessità di affinare ulteriormente la progettazione delle attività PBL, al fine di sostenere gli studenti nello sviluppo delle competenze cognitive più complesse.

Se nel primo anno il giudizio appare leggermente più indulgente, nei successivi emerge una maggiore selettività, che riflette sia la crescita delle aspettative nei confronti degli studenti, sia la naturale evoluzione del percorso formativo. Tuttavia, anche in questo caso, il trend è positivo: al terzo anno si osserva un recupero delle medie, con una buona valorizzazione delle capacità comunicative, della partecipazione e della restituzione dei contenuti, a testimonianza di un processo di maturazione in linea con gli obiettivi del PBL. Il ruolo del tutor si conferma fondamentale: come evidenziato da Savery (2006), il facilitatore PBL non è un semplice erogatore di contenuti, ma una guida esperta che sostiene il processo di apprendimento attivo.

L'analisi dei dati, quindi, rafforza quanto già sostenuto in letteratura: **il Problem-Based Learning è una metodologia efficace non solo per veicolare conoscenze, ma per promuovere un apprendimento autentico, riflessivo, partecipativo e orientato alla realtà clinica.**

In linea con queste evidenze, il presente lavoro ha mostrato come l'introduzione strutturata di laboratori basati sul PBL favorisca una partecipazione attiva e una riflessione critica in tutti i livelli del percorso formativo.



Salve, mi chiamo Valentina Stortoni, sono una studentessa al II anno del CdLM in Scienze Infermieristiche e Ostetriche con sede in Ancona.

Chiedo la Vostra gentile collaborazione per la stesura del progetto finale il cui scopo è quello di valutare l'efficacia dell'applicazione del metodo Problem Based Learning (PBL) nello svolgimento dei laboratori di I°, II° e III° anno della facoltà di Infermieristica dell'Università Politecnica delle Marche sede di Macerata, attraverso la somministrazione di schede di valutazione del metodo PBL e di autovalutazione dello studente.

COS'E' IL PROBLEM BASED LEARNING?

Il Problem Based Learning (PBL) è un approccio pedagogico centrato sullo studente, che utilizza l'analisi di un determinato problema come scenario da cui partire per l'acquisizione di nuove conoscenze. Gli studenti vengono incoraggiati attivamente al ragionamento e alla risoluzione del problema reperendo in modo autonomo le fonti informative necessarie. Il docente/tutor guida e controlla i progressi dello studente durante le varie fasi dell'apprendimento. Ottenuta la soluzione del problema, si instaura una discussione finalizzata a sintetizzare i progressi raggiunti e i nuovi concetti acquisiti.

Rispetto alla didattica tradizionale questo approccio favorisce lo sviluppo di doti comunicative, abilità di problem solving, pensiero critico e capacità di apprendimento auto diretto.

Chiedo dunque il Vostro contributo per la compilazione dei seguenti questionari, i cui risultati saranno fondamentali per redigere la mia tesi di laurea.

GRIGLIA PER LA VALUTAZIONE DELLO STUDENTE DA PARTE DEL TUTOR

Nome e Cognome studente		Anno di corso.....	
Data.....			
Legenda: A=sempre; B=spesso; C=raramente; D=mai			
1. Lo studente esprime le sue idee inerenti al problema (brainstorming)	A	B	C D
2. Lo studente formula ipotesi	A	B	C D
3. Lo studente discute le ipotesi formulate da altri	A	B	C D
4. Lo studente formula gli obiettivi di apprendimento	A	B	C D
5. Lo studente comunica le sue fonti bibliografiche al gruppo	A	B	C D
6. Lo studente comunica agli altri ciò che ha studiato in modo chiaro e ordinato	A	B	C D
7. Lo studente integra le conoscenze apprese in modo finalizzato	A	B	C D
8. Lo studente esprime la sua opinione durante la valutazione del lavoro di gruppo	A	B	C D
9. Lo studente partecipa alla discussione	A	B	C D
10. Lo studente contribuisce al buon funzionamento del gruppo	A	B	C D
Altre osservazioni e commenti:			

Figura 3. - Questionario di valutazione del PBL da parte degli studenti, UNIVPM.

Implicazioni didattiche e prospettive future

Tra le implicazioni più rilevanti, si evidenzia la necessità di un'integrazione stabile e progressiva del PBL all'interno del curriculum, non relegandolo ad iniziative episodiche o sperimentali, ma strutturandolo come parte integrante e trasversale dei percorsi didattici. L'esperienza dei tre anni osservati dimostra come l'esposizione costante alla metodologia consenta agli studenti di maturare gradualmente in termini di responsabilità, capacità relazionale, pensiero critico e gestione della complessità clinica.

In prospettiva futura, l'applicazione estesa del PBL potrebbe non solo migliorare l'efficacia dei percorsi formativi, ma contribuire alla creazione di un'identità professionale più consapevole e proattiva.

PUNTI DI FORZA, LIMITI E RIFLESSIONI CRITICHE

Il percorso progettuale e valutativo sviluppato in questa tesi ha messo in luce numerosi punti di forza. Tra gli elementi di maggior rilievo, spicca l'alto livello di coinvolgimento attivo da parte degli studenti, che ha attraversato con coerenza tutti e tre gli anni di corso.

Ulteriore punto di forza risiede nella progressione osservata nel triennio: i dati dimostrano una crescita non solo nelle competenze percepite, ma anche nella capacità di autovalutarsi, nel senso di responsabilità e nella consapevolezza del proprio ruolo professionale. La presenza dei tutor come osservatori esterni ha contribuito ad arricchire l'analisi, offrendo uno sguardo complementare e più oggettivo sul comportamento degli studenti nei contesti PBL.

Tuttavia, nonostante l'elevato grado di coerenza interna e la positività dei dati raccolti, questo studio presenta anche alcuni limiti che meritano di essere riconosciuti.

In primo luogo, l'assenza di una valutazione pre-intervento non consente di misurare in maniera oggettiva l'incremento delle competenze acquisite ed ha quindi limitato la possibilità di -

- rilevare con precisione il cambiamento percepito.

Altro elemento da considerare riguarda la numerosità campionaria, contenuta all'interno di un singolo Corso di Laurea, che limita l'estensione generalizzabile dei risultati.

Infine, sebbene i questionari utilizzati abbiano mostrato una buona chiarezza e coerenza, non si è proceduto alla validazione statistica formale degli strumenti, come il calcolo dell'alfa di *Cronbach*, per via della natura esplorativa e osservativa del progetto.

CONCLUSIONI

I risultati emersi hanno confermato la validità del PBL come metodologia in grado di stimolare il pensiero critico, il lavoro collaborativo, l'autonomia decisionale e la capacità di riflessione, competenze chiave per il professionista sanitario del presente e del futuro. Il confronto tra i diversi anni di corso ha mostrato una crescita coerente e progressiva nelle competenze percepite, con un'elevata partecipazione emotiva e cognitiva da parte degli studenti.

Le criticità emerse, affrontate con spirito costruttivo, non costituiscono ostacoli ma spunti preziosi per riflessioni future e per il miglioramento continuo delle pratiche educative. Nel complesso, il presente lavoro ha inteso non solo valutare l'efficacia di una metodologia innovativa, ma anche lanciare una proposta educativa fondata sull'integrazione, sulla riflessione e sulla centralità dello studente.

Si auspica che questa esperienza possa contribuire ad alimentare una riflessione più ampia a livello accademico e istituzionale, promuovendo una formazione infermieristica più dinamica, partecipativa e orientata alle reali esigenze della professione.

Il futuro dell'educazione sanitaria passa anche attraverso il coraggio di innovare, e il Problem-Based Learning rappresenta, in tal senso, una strada concreta, promettente e profondamente coerente con i valori fondanti della professione infermieristica.

Bibliografia

- Albanese M. A., Mitchell S. Problem-Based Learning: A Review of Literature on Its Outcomes and Implementation Issues. *Acad Med* 1993;68(1):52–81.
- Barrows H. S., Tamblyn R. M. Problem-based learning: An approach to medical education. New York, NY: Springer Publishing Company; 1980.
- Choi E., Lindquist R., Song Y. Effects of problem-based learning vs. traditional lecture on Korean nursing students' critical thinking, problem-solving, and self-directed learning. *Nurse Educ Today* 2014;34(1):52–6.
- Hmelo-Silver C. E. Problem-based learning: What and how do students learn? *Educ Psychol Rev* 2004;16(3):235–66.
- Savery J. R. Overview of problem-based learning: Definitions and distinctions. *Interdiscip J Problem-Based Learn* 2006;1(1):9–20.
- Schmidt H. G., Loyens S. M. M., Van Gog T et al. Problem-based learning is compatible with human cognitive architecture: Commentary on Kirschner, Sweller, and Clark (2006). *Educ Psychol* 2007;42(2):91–7.
- Yew E. H. J., Goh K. Problem-based learning: An overview of its process and impact on learning. *Health Prof Educ* 2016;2(2):75–9.



LA FORMAZIONE CHE NASCE DAL CONFRONTO: IL BENCHMARKING NELLA PROGETTAZIONE DELLA CARTELLA INFERMIERISTICA D'EMERGENZA

Autori: **Montini Alessandra** [A], **Franceschini Giulia** [B],
Cocci Martina [C], **Crognaletti Andrea** [D],
Galli Alessia [E], **Spinelli Maddalena** [F],
Giampaoletti Andrea [G], **Di Silvio Valentina** [H]

[A] Infermiere U.O.C. Anestesia e Rianimazione, AST Ascoli Piceno

[B] Infermiere Agenzia Regionale Sanitaria, Regione Marche, Ancona

[C] Infermiere – SOD Clinica di Anestesia e Rianimazione, AOU delle Marche

[D] Infermiere – U.O.S.D. Cardiologia Interventistica, AST Macerata

[E] Infermiere – SOD Pronto Soccorso e Obi, AOU delle Marche

[F] Infermiere – Cure Domiciliari, AST Ancona

[G] Infermiere – SOD Rianimazione Cardiochirurgica, AOU delle Marche

[H] Infermiere - U.O.C. SET 118- Centrale Operativa Regionale Ancona, AST Ancona

Per corrispondenza: a.montini792@gmail.com

SOMMARIO BREVE

Il benchmarking come metodo formativo per progettare e migliorare la documentazione infermieristica nei pronto soccorso italiani.

Parole chiave: *benchmarking; formazione infermieristica; documentazione; pronto soccorso; qualità assistenziale; cartella clinica integrata*

SOMMARIO ESTESO

Premessa: Il benchmarking, inteso come confronto sistematico e costruttivo tra esperienze, rappresenta uno strumento formativo capace di favorire apprendimento, innovazione e miglioramento continuo. Nel contesto del pronto soccorso, dove la documentazione infermieristica riveste un ruolo cruciale per la sicurezza del paziente e la tracciabilità dell'assistenza, la condivisione di buone pratiche tra realtà diverse diventa un'occasione di crescita collettiva (WHO-SEARO, JCI).

Materiali e metodi: Nel 2018 è stato condotto uno studio di benchmarking mediante un questionario composto da dodici domande chiuse e una aperta, inviato a infermieri di pronto soccorso italiani tramite e-mail e Google Moduli. L'obiettivo era conoscere lo stato della documentazione infermieristica e analizzare le modalità con cui era stata progettata o utilizzata.

Risultati: Sono stati raccolti 183 questionari. Il 59% dei rispondenti ha dichiarato di utilizzare una documentazione infermieristica specifica, mentre il 55,7% registra i dati in forma informatica. Le informazioni più frequentemente documentate riguardano bisogni assistenziali, terapie, device e scale di valutazione.

Conclusioni: L'indagine ha evidenziato una forte eterogeneità tra i pronto soccorso italiani, ma anche una diffusa consapevolezza del valore formativo del confronto. Il benchmarking ha consentito di attivare processi di riflessione critica e di sviluppo di competenze condivise nella progettazione della cartella infermieristica.

PREMESSA

La documentazione infermieristica rappresenta un elemento fondante dell'identità professionale dell'infermiere e un indicatore rilevante della qualità dei processi assistenziali (Arreni A et al). Nonostante tale centralità, essa ha incontrato per lungo tempo difficoltà a ottenere un riconoscimento formale all'interno della cartella clinica, tradizionalmente considerata ambito di esclusiva competenza medica. Solo con il progressivo consolidarsi del quadro normativo e deontologico (*Decreto Ministeriale 14 settembre 1994, n. 739, Legge 26 febbraio 1999, n. 42, Legge 10 agosto 2000, n. 251*), la documentazione infermieristica ha acquisito una piena dignità giuridica e professionale, divenendo parte integrante della documentazione sanitaria e manifestazione concreta dell'autonomia e della responsabilità assistenziale. Questo mutamento di prospettiva ha ridefinito la documentazione infermieristica, che da mero adempimento tecnico-amministrativo è divenuta progressivamente una testimonianza del processo assistenziale e del ragionamento clinico che lo sostiene. Essa rappresenta oggi uno strumento di comunicazione, di responsabilità professionale e di garanzia della continuità delle cure. Nei contesti di emergenza-urgenza, tuttavia, la specificità dei percorsi assistenziali, l'elevato turn over dei pazienti e la rapidità decisionale richiesta rendono complessa l'applicazione di modelli documentali omogenei. In particolare, nei pronto soccorso la formalizzazione della documentazione infermieristica risente delle -

- caratteristiche operative del setting, determinando una marcata variabilità tra le diverse realtà organizzative e, in alcuni casi, una parziale sovrapposizione con la documentazione medica (*DGR 1212/04*).

In questo contesto, caratterizzato da una pluralità di approcci e dalla mancanza di modelli condivisi, il benchmarking si configura come una metodologia di analisi e di crescita professionale di particolare efficacia. Esso consente di confrontare in modo sistematico esperienze e pratiche operative, favorendo l'individuazione di modelli di eccellenza e la loro successiva contestualizzazione nei diversi ambienti assistenziali. Applicato alla documentazione infermieristica, **il benchmarking permette di valorizzare le esperienze maturate** nei vari pronto soccorso, di riconoscere **punti di forza e aree di miglioramento**, e di stimolare un processo di apprendimento collettivo fondato sul confronto tra pari. In questa prospettiva, il benchmarking non rappresenta soltanto uno strumento di indagine comparativa, ma un vero e proprio dispositivo formativo, in grado di promuovere l'elaborazione critica delle pratiche documentali e il consolidamento di una cultura professionale condivisa orientata alla qualità e alla sicurezza delle cure.

MATERIALI & METODI

Lo studio di benchmarking è stato realizzato nel periodo giugno–agosto 2018 e ha coinvolto infermieri operanti in pronto soccorso appartenenti a diverse regioni italiane. **È stato predisposto un questionario strutturato**, composto da dodici domande a risposta chiusa e una domanda aperta facoltativa, **finalizzato a esplorare le caratteristiche della documentazione infermieristica, le modalità di compilazione e i processi** attraverso i quali gli strumenti erano stati ideati o implementati. Il questionario è stato diffuso mediante due canali principali: la piattaforma online Google Moduli e l'invio diretto tramite posta elettronica. La raccolta dati è avvenuta in modo anonimo, con successiva elaborazione descrittiva dei risultati.

RISULTATI

Sono stati raccolti n.183 questionari. Per quanto concerne la presenza di una documentazione infermieristica specifica, il 59% del campione ha indicato l'esistenza di una cartella infermieristica formalmente riconosciuta, mentre il restante 41% ha dichiarato di registrare le attività assistenziali all'interno di documenti medici o moduli non strutturati. Il 55,7% dei rispondenti ha dichiarato di utilizzare un sistema informatico dedicato, mentre il 35,5% adotta una modalità mista, combinando registrazioni digitali e moduli cartacei. Solo l'8,8% ha riferito di utilizzare esclusivamente la documentazione cartacea, segnale di una transizione ormai consolidata -

1- Il Pronto Soccorso che coordina è:

- ☐ P.S. I livello ☐ P.S. II livello

2 - Qual è il numero medio di accessi annuale del vostro Pronto Soccorso?

3 - Nel vostro Pronto Soccorso è presente un sistema di documentazione infermieristica dedicato?

- ☐ SI ☐ NO

4 - I dati infermieristici vengono registrati in forma:

- ☐ Informatizzata
☐ Cartacea

5 - In particolare dove vengono registrate le informazioni infermieristiche?

- ☐ Triage
☐ Cartella infermieristica
☐ Cartella integrata
☐ Diario clinico

6 - La documentazione infermieristica viene utilizzata per registrare quale tipo di informazioni? (è possibile barrare più di un'alternativa)

- ☐ Bisogni assistenziali
☐ Terapia prescritta
☐ Device presenti
☐ Scale di valutazione
☐ Descrizioni attività
☐ Dipendenza del paziente (allettato, deambulante, non collaborante...)
☐ Altro _____

7 - Utilizzate il processo di nursing? ☐ Si ☐ No

8 - Che metodologia avete impiegato per costruire la vostra cartella infermieristica?

Fig. 1

Questionario
Benchmarking.

☐ Modelli concettuali (indicare quale; Gordon, Henderson...)

☐ Abbiamo elaborato la cartella secondo le nostre esigenze non seguendo alcun modello

9 – In quale modo documentate l'attività infermieristica riguardante i pazienti con codice rosso?

☐ Adoperiamo lo stesso tipo di documentazione per tutti i tipi di codice

☐ Abbiamo una documentazione infermieristica dedicata ai codici rossi

☐ Abbiamo una documentazione dedicata ai codici rossi integrata con quella del medico e/o dei consulenti

☐ Abbiamo una documentazione dedicata solo per i traumi maggiori

10- La documentazione infermieristica:

☐ viene prodotta unicamente in Osservazione Breve Intensiva

☐ viene prodotta solo per i codici rossi

☐ è prevista solo per i codici gialli e/o rossi

☐ viene prodotta qualsiasi sia il codice o la postazione in relazione alle condizioni cliniche del paziente

11 – Se il paziente viene ricoverato la documentazione infermieristica:

☐ Segue il paziente e una copia viene archiviata nel verbale di Pronto Soccorso

☐ Viene esclusivamente archiviata nel verbale di pronto soccorso

☐ Non viene prodotta o se viene prodotta non viene archiviata

12 – Se il paziente viene dimesso la documentazione infermieristica:

☐ Viene consegnata al paziente dimesso e una copia viene archiviata nel verbale di Pronto Soccorso

☐ Viene esclusivamente archiviata nel verbale di pronto soccorso

☐ Non viene prodotta o se viene prodotta non viene archiviata

Le chiedo di utilizzare questo spazio per segnalare eventuali informazioni più approfondite circa la vostra documentazione infermieristica o elementi che non sono riuscita a cogliere con le domande che le ho posto nel questionario.

Figura 1.1 – Questionario Benchmarking.

verso la digitalizzazione dei processi documentali.

Nel 72,1% del campione, le informazioni e i dati relativi al processo assistenziale vengono registrati in fase di triage, in cartella infermieristica o in cartella integrata e nel diario clinico. Il 73,2% del campione sostiene che la documentazione assistenziale di riferimento non sia stata articolata a partire da un modello concettuale/teorico specifico, bensì dalle esigenze del proprio servizio di afferenza.

Nella maggior parte del campione (67,2%) la documentazione infermieristica viene prodotta per qualsiasi tipo di codice, mentre il 30,1 % riferisce di utilizzarla solo nell'Osservazione Breve Intensiva. Per l'85,7% non esiste una documentazione infermieristica dedicata ai pazienti con codice rosso. Al ricovero del paziente, la documentazione infermieristica segue il paziente e una copia viene archiviata nel verbale di pronto soccorso nel 55,2% dei casi, mentre nel 27,3% una copia viene esclusivamente archiviata nel verbale di pronto soccorso e nel 17,3% non viene archiviata alcuna documentazione. Se il paziente viene dimesso a domicilio, il 45,4% archivia una copia della documentazione infermieristica nel verbale di pronto soccorso, il 33,9% sostiene che una copia venga consegnata al paziente dimesso e una copia venga archiviata nel verbale e il 22,8% del campione risponde che non viene archiviata nessuna documentazione.

Infine, in molte risposte alla domanda aperta, è emersa la volontà di intraprendere percorsi di formazione mirata sulla documentazione, non solo per acquisire competenze tecniche ma per comprendere il valore comunicativo e organizzativo del dato assistenziale. Alcuni partecipanti hanno evidenziato come il benchmarking avesse stimolato iniziative interne di revisione o aggiornamento dei moduli di triage e delle cartelle infermieristiche.

CONCLUSIONI

L'indagine condotta ha messo in luce un panorama nazionale complesso, nel quale la documentazione infermieristica in pronto -

- soccorso si presenta con livelli di sviluppo differenti, sia sul piano strutturale sia su quello metodologico. La presenza di modelli eterogenei, lungi dal rappresentare un limite, costituisce un importante punto di partenza per avviare un processo di crescita professionale basato sul confronto e sulla condivisione delle esperienze.

Il benchmarking, in tale prospettiva, si configura come **un efficace strumento formativo e di apprendimento organizzativo**. Il confronto sistematico tra realtà operative diverse consente infatti di analizzare criticamente le proprie pratiche, di individuare punti di forza e aree di miglioramento e di acquisire nuove competenze nella progettazione degli strumenti documentali. In conclusione, il percorso di benchmarking qui descritto dimostra che la comparazione non è soltanto un esercizio di misurazione, ma un processo formativo e trasformativo. Attraverso il confronto e la condivisione delle esperienze, l'infermieristica d'emergenza può consolidare la propria identità professionale e rafforzare la qualità dell'assistenza, facendo della documentazione non solo uno strumento di tracciabilità, ma una vera e propria espressione della maturità disciplinare e del sapere professionale dell'infermiere.

Bibliografia

- Arreni Antonella, Di Giacomo Patrizia, Fortuna Michele, La Vecchia Francesco, Mangiacavalli Barbara, Valerio Giovanni, Vita Annamaria. La documentazione infermieristica. I Quaderni dell'Infermiere 2009(24):3-10.
- DGR 1212/04, Servizio Sanitario Regionale Regione Marche, Adozione linee guida per la corretta compilazione, gestione, custodia e archiviazione della documentazione sanitaria con particolare riferimento alla cartella clinica ed al registro operatorio, luglio 2004.
- Decreto Ministeriale 14 settembre 1994, n. 739 - Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere. Pubblicato in G.U. n. 6 del 9 gennaio 1995.
- Legge 26 febbraio 1999, n. 42 - Disposizioni in materia di professioni sanitarie. Pubblicata in G.U. n. 50 del 2 marzo 1999.
- Legge 10 agosto 2000, n. 251 - Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica. Pubblicata in G.U. n. 208 del 6 settembre 2000.
- Joint Commission International Accreditation - Standards for hospitals - 3rd Edition, effective January 2008, by Joint Commission International, Oakbrook Terrace (IL).
- World Health Organization - Regional Office for South-East Asia (WHO-SEARO). Guidelines for Medical Record and Clinical Documentation. New Delhi: September 2007.

L'USO DELL'ECOGRAFIA POLMONARE DA PARTE DEGLI INFERMIERI IN AREA CRITICA: UNA REVISIONE DELLA LETTERATURA

Autore: **Sergio Buresta**

Infermiere U.O. Pronto Soccorso Macerata, AST Macerata

Per corrispondenza: sergio.buresta89@gmail.com

SOMMARIO BREVE

Revisione sulla competenza infermieristica nell'uso dell'ecografia polmonare (LUS) in area critica.

Parole chiave: *Lung ultrasound, infermieri, area critica, formazione, accuratezza diagnostica*

SOMMARIO ESTESO

L'ecografia polmonare (LUS) è oggi una tecnica diagnostica rapida e fondamentale per la gestione del paziente in area critica, consentendo una diagnosi tempestiva di condizioni respiratorie e cardiovascolari (Lichtenstein e Meziere, 2008). Si assiste a una crescente diffusione del suo utilizzo da parte del personale infermieristico, ma restano da definire l'efficacia dei percorsi formativi e il livello ottimale di autonomia diagnostica. È stata condotta una revisione della letteratura secondo i criteri PRISMA, includendo studi che riguardassero infermieri in area critica e avessero outcome relativi ad accuratezza diagnostica o competenza. I risultati indicano che infermieri adeguatamente formati raggiungono un'alta accuratezza, con performance non significativamente diverse da quelle mediche nella diagnosi di dispnea cardiogena (ACD) (Vitale et al., 2016) e una concordanza da moderata a quasi perfetta nella valutazione dei reperti (Sørensen et al., 2023).

Tuttavia, l'efficacia della formazione è eterogenea: un addestramento breve migliora significativamente il riconoscimento del B-pattern (84.2%), ma risulta insufficiente per l'identificazione di reperti più complessi, come il lung sliding (37.1%) (Mongodi et al., 2024). L'evidenza suggerisce che gli infermieri, se adeguatamente formati, possono utilizzare la LUS in modo accurato e affidabile nei contesti di area critica. È cruciale che i futuri percorsi formativi siano strutturati per garantire standard uniformi e una pratica estesa sulle abilità complesse, definendo gli standard minimi di competenza necessari per l'integrazione sicura della LUS nella pratica avanzata.

PREMESSA

L'ecografia polmonare (Lung Ultrasound, LUS) è oggi una tecnica fondamentale nella gestione del paziente critico, in quanto consente una diagnosi rapida di pneumotorace, congestione polmonare, versamento pleurico e consolidamenti (*Lichtenstein e Meziere, 2008*). Negli ultimi anni si è assistito a una crescente diffusione dell'utilizzo della LUS da parte del personale infermieristico in contesti intensivi, emergenziali e pre-ospedalieri, quale strumento di supporto al processo decisionale clinico e alla stabilizzazione del paziente (*Unluer et al., 2014; Dalen et al., 2015*).

Numerosi studi suggeriscono che, dopo un adeguato percorso formativo teorico-pratico, gli infermieri possono raggiungere livelli di accuratezza comparabili a quelli dei medici nella rilevazione dei principali reperti ecografici. Tuttavia, resta da definire il livello ottimale di addestramento e il grado di autonomia diagnostica infermieristica in area critica.

MATERIALI & METODI

È stata condotta una revisione della letteratura secondo i criteri PRISMA. La ricerca è stata effettuata nella banca dati PubMed, utilizzando la seguente stringa:

("nurs*" OR "emergency nurse" OR "rapid triage" OR "critical care nurse" OR "intensive care nurse") AND ("lung ultrasound" OR "ultrasound" OR "echocardiography" OR "LUS" OR "POCUS" OR "point-of-care ultrasound" OR "thoracic ultrasound") AND ("B-lines" OR "pleural effusion" OR "pneumothorax" OR "consolidation" OR "pulmonary congestion" OR "pulmonary edema" OR "heart failure" OR "Dyspnea") AND ("accuracy" OR "diagnostic accuracy" OR "competence" OR "training" OR "education" OR "skills" OR "performance").

Sono stati applicati i filtri: ultimi dieci anni e solo studi osservazionali o RCT. Sono stati identificati 103 studi, di cui 4 inclusi secondo i seguenti -

- criteri: contesto di area critica, coinvolgimento diretto di infermieri nell'esecuzione o interpretazione della LUS e outcome relativi ad accuratezza diagnostica o competenza.

RISULTATI

Tutti gli studi inclusi erano osservazionali prospettici, condotti in contesti di area critica e focalizzati sull'acquisizione di competenza.

1. *Mongodi et al. (2024)* hanno valutato l'impatto di un breve addestramento teorico (tre moduli da 30 minuti) su 22 infermieri novice. Hanno riscontrato un significativo miglioramento nell'interpretazione delle immagini, ma la competenza acquisita era disomogenea: il riconoscimento del B-pattern era corretto nell'84.2% dei casi, mentre il lung sliding risultava significativamente inferiore, al 37.1%.

2. *Vitale et al. (2016)* hanno confrontato la LUS infermieristica e medica nella diagnosi di dispnea cardiogena acuta (ACD). La LUS eseguita dagli infermieri ha mostrato alta accuratezza (sensibilità 95.3%, specificità 88.2%), risultando non significativamente differente dall'accuratezza dei medici esperti (AUC 0.92 vs AUC 0.94).

3. *Mason et al. (2019)* hanno analizzato l'efficacia di un programma formativo per infermieri di volo. Il punteggio medio di conoscenza, valutato tramite pre e post-test, è aumentato significativamente (dal 45.0% al 90.6%), confermando la validità di percorsi didattici mirati.

4. *Sørensen et al. (2023)* hanno studiato l'affidabilità dell'uso di dispositivi ecografici palmari da parte di infermieri CICU. La concordanza (Gwet's coefficient) tra infermieri e medici variava da moderata a quasi perfetta, in particolare per la vena cava inferiore (IVC) (0.70) e per il versamento pleurico sinistro (0.85) e pericardico (0.95).

Nel complesso, gli studi evidenziano che -

- **programmi formativi brevi ma strutturati consentono l'acquisizione di competenze diagnostiche affidabili**, con accuratezza media compresa tra l'80% e il 95% rispetto agli esperti.

DISCUSSIONE

I risultati confermano che la LUS può essere efficacemente integrata nella pratica infermieristica in area critica, migliorando la rapidità diagnostica e la qualità assistenziale (Vitale et al., 2016; Sørensen et al., 2023). **Le evidenze dimostrano che infermieri formati raggiungono livelli di accuratezza comparabili a quelli dei medici esperti**, in linea con studi precedenti che hanno validato l'approccio infermieristico al POCUS nella cardiologia e nella valutazione dello statoolemico (Dalen et al., 2015; De Lorenzo e Holbrook-Emmons, 2014; Steinwandel et al., 2018). Un punto cruciale riguarda l'efficacia dei percorsi formativi. Sebbene l'addestramento breve sia sufficiente per aumentare la conoscenza (Mason et al., 2019) e la capacità di riconoscere il B-pattern (Mongodi et al., 2024), sussistono criticità nell'acquisizione di abilità più complesse, come il riconoscimento del lung sliding (Mongodi et al., 2024). L'uso di simulazioni (Eissa et al., 2015) e l'applicazione del protocollo BLUE (Lichtenstein e Meziere, 2008) restano modelli utili per standardizzare e consolidare le competenze. È auspicabile che la formazione ecografica diventi parte integrante dei curricula infermieristici in area critica, garantendo standard uniformi di competenza e ponendo particolare enfasi sulle abilità che richiedono maggiore pratica e supervisione.

CONCLUSIONI

L'evidenza disponibile indica che gli infermieri, se adeguatamente formati, possono utilizzare l'ecografia polmonare (LUS) in modo accurato e affidabile nei contesti di area critica (Pronto -

- Soccorso, Terapia Intensiva), contribuendo alla diagnosi tempestiva di condizioni respiratorie e cardiovascolari con performance spesso comparabili a quelle dei medici esperti. Tuttavia, i risultati suggeriscono che l'acquisizione della competenza infermieristica con la LUS è eterogenea e specifica per il target ecografico: sebbene l'addestramento breve possa essere efficace per il riconoscimento di pattern come le B-lines, l'identificazione di reperti più complessi, quali il lung sliding (cruciale per lo pneumotorace), può richiedere percorsi formativi più estesi e supervisionati. Sono necessari ulteriori studi multicentrici per definire i percorsi formativi ottimali e gli standard minimi di competenza per la pratica infermieristica avanzata, oltre a valutare l'impatto dell'integrazione della LUS sugli esiti clinici dei pazienti.

Bibliografia

- Dalen H, Gundersen GH, Skjetne K et al. Feasibility and reliability of pocket-size ultrasound examinations of the pleural cavities and vena cava inferior performed by nurses in an outpatient heart failure clinic. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2015; 14: 286-293.
- De Lorenzo RA, Holbrook-Emmons VL. Ultrasound measurement of inferior vena cava diameters by emergency department nurses. *Adv Emerg Nurs J* 2014; 36: 271-278.
- Eissa K, Alokla K, Assasa O et al. Using simulation-based training to incorporate thoracic ultrasound into physical examination. *J La State Med Soc* 2015; 167: 264-267.
- Lichtenstein DA, Meziere GA. Relevance of lung ultrasound in the diagnosis of acute respiratory failure: The BLUE protocol. *Chest* 2008; 134: 117-125.
- Mason R, Latimer A, Vrablik M et al. Teaching flight nurses ultrasonographic evaluation of esophageal intubation and pneumothorax. *Air Med J* 2019; 38: 195-197.
- Mongodi S, Arioli R, Quaini A et al. Lung ultrasound training: how short is too short? observational study on the effects of a focused theoretical training for novice learners. *BMC Med Educ* 2024; 24: 166.
- Sørensen ML, Oterhals K, Pönitz V et al. Point-of-care examinations using handheld ultrasound devices performed by intensive care nurses in a cardiac intensive care unit. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2023; 22: 482-488.
- Steinwandel U, Gibson N, Towell A et al. Can a renal nurse assess fluid status using ultrasound on the inferior vena cava? A cross-sectional interrater study. *Hemodial Int* 2018; 22: 261-269.
- Unluer EE, Karagoz A, Oyar O et al. Lung ultrasound by emergency nursing as an aid for rapid triage of dyspneic patients: A pilot study. *Int Emerg Nurs* 2014; 22: 226-231.
- Vitale J, Mumoli N, Giorgi-Pierfranceschi M et al. Comparison of the accuracy of nurse-performed and physician-performed lung ultrasound in the diagnosis of cardiogenic dyspnea. *Chest* 2016; 150: 470-471.

LA GENTILEZZA NELLA PRATICA INFERMIERISTICA

A cura di: **Diamanti Alessia** [A], **Crognaletti Andrea** [B]

[A] Infermiere ADI Macerata, AST Macerata

[B] Infermiere UOSD Cardiologia Interventistica, AST Macerata

Per corrispondenza: alessia.diamanti@sanita.marche.it

SOMMARIO BREVE

La gentilezza infermieristica promuove empatia, fiducia e benessere, fondamentali per migliorare la qualità assistenziale e il clima professionale nell'attuale contesto sanitario.

SOMMARIO ESTESO

La gentilezza è un pilastro fondamentale della relazione di cura infermieristica, una virtù che si manifesta attraverso comportamenti empatici, ascolto attivo e rispetto della dignità del paziente (Watson, 2008). Diversi studi confermano che la gentilezza riduce lo stress, l'ansia e la percezione del dolore, migliorando l'aderenza terapeutica e la soddisfazione nei confronti dell'assistenza ricevuta (Sinclair et al., 2018). Per gli infermieri, coltivare la gentilezza contribuisce a diminuire il rischio di burnout e a favorire la coesione del team (Dewar & Cook, 2014). In un contesto sanitario caratterizzato da complessità organizzative e pressione lavorativa, la gentilezza assume un valore etico e terapeutico, poiché restituisce centralità alla persona assistita e migliora la qualità complessiva della cura. La formazione infermieristica deve quindi promuovere la gentilezza come competenza professionale, integrandola nei percorsi di educazione alla relazione e all'empatia. Essa rappresenta non solo un atto umano, ma una vera e propria pratica assistenziale in grado di rafforzare la fiducia tra paziente e operatore sanitario e generare benessere organizzativo.

PREMESSA

Nel panorama sanitario attuale, la professione infermieristica si confronta con sfide complesse: carichi di lavoro elevati, stress emotivo, scarsità di risorse e rischi di burnout (FNOPI, 2023). Tuttavia, oltre alle competenze tecniche, **gli infermieri possiedono una ricchezza invisibile fatta di empatia, compassione e gentilezza** (Ballatt & Campling, 2011), intesa come "intelligent kindness", competenza relazionale -

- capace di rigenerare il senso di appartenenza e di scopo (Gage, 2023). Essa promuove fiducia, sostegno reciproco e relazioni professionali autentiche, anche il nuovo Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche (FNOPI, 2025) ne sottolinea il valore, affermando l'importanza di relazioni basate su rispetto, solidarietà e cooperazione. Queste abilità non sono accessorie, ma soft skills essenziali alla qualità -

delle fundamental care e alla sicurezza dell'assistenza. L'infermieristica moderna non può prescindere da un approccio centrato sulla persona, in cui la relazione terapeutica costituisce il fondamento del processo di cura, tuttavia, la crescente tecnicizzazione dei servizi sanitari rischia di ridurre l'attenzione verso le dimensioni relazionali del paziente. In questo contesto, la gentilezza assume un ruolo determinante come strumento terapeutico e professionale. Secondo *Watson* (2008), la cura autentica è un atto intenzionale che riconosce l'altro nella sua interezza umana, e la gentilezza ne rappresenta una delle forme più pure. La pratica quotidiana infermieristica, infatti, è intrinsecamente relazionale: ascoltare, comprendere, rassicurare e rispettare sono azioni che, se svolte con gentilezza, migliorano l'esperienza di cura e rafforzano il rapporto di fiducia (*Sinclair et al., 2018*). Inoltre, *Dewar e Cook* (2014) evidenziano che **un clima lavorativo basato sulla gentilezza favorisce collaborazione, motivazione e benessere** tra i professionisti, con ricadute positive sulla qualità delle prestazioni assistenziali.

CONTRIBUTI

La gentilezza negli infermieri è fondamentale per offrire cure di qualità, creando un legame empatico con i pazienti e migliorando il loro benessere fisico e psicologico. Questa qualità si traduce in azioni come ascolto attivo, rispetto e premura, che aiutano a gestire la sofferenza, a prevenire conflitti e a far sentire il paziente sicuro e compreso. È vista come il "filo che unisce la tecnica al senso del prendersi cura" (*Demarchi*) e viene sempre più integrata nella formazione professionale. La gentilezza, in questo contesto, non è una forma di cortesia fine a sé stessa, ma uno strumento attivo per affrontare il conflitto. Da qui, la riflessione sulla gentilezza come vera competenza professionale, essenziale tanto quanto le abilità tecniche, un valore che richiama l'altruismo e la cooperazione. Connetterci con gli altri attraverso atti gentili ci consente di soddisfare i nostri bisogni psicologici di base, di -

- relazione e appartenenza.

ALLENARSI E PRATICARE LA GENTILEZZA

- **Comunicazione e approccio:** Presentarsi con il nome, sorridere, salutare con garbo e mostrare interesse per il paziente sono i primi passi per creare un rapporto di fiducia.
- **Ascolto attivo:** Prestare attenzione sincera ai bisogni emotivi e fisici del paziente, permettendogli di esprimersi senza sentirsi giudicato.
- **Empatia e compassione:** Comprendere la sofferenza del paziente e mostrare compassione aiuta ad alleviare il disagio emotivo, rendendo l'esperienza ospedaliera più umana.
- **Cura personalizzata:** L'attenzione alle esigenze individuali, sia fisiche che psicologiche, è parte integrante del bagaglio professionale.

PERCHÉ È IMPORTANTE

- **Benefici per il paziente:** La gentilezza migliora notevolmente il benessere psicofisico dei pazienti, facendoli sentire più sicuri e meno soli.
- **Prevenzione dei conflitti:** Un approccio gentile può prevenire gli atti di violenza da parte di pazienti e familiari, riducendo le tensioni.
- **Integrazione nella professione:** La gentilezza è il collegamento tra la competenza tecnica e l'aspetto umano della cura, diventando un obiettivo centrale nella formazione infermieristica.

Raccomandazioni della *Carta della Gentilezza di American Holistic Nurses Association – AHNA ITALIA*.

1. Essere aperto verso tutti
2. Vivere bene con la persona assistita: ascolto e presenza.
3. Imparare a gestire le tensioni lavorative favorendo la comunicazione non violenta e assertiva
4. Rispettare e valorizzare la diversità, come grande fonte di crescita.
5. Condividere il sapere: comunicare, trasmettere e imparare.
6. Adottare buone prassi di tutela dell'ambiente
7. Rispettare gli animali

8. Creare uno spazio etico, umano, gentile, di supporto e inclusivo nel mio ambiente lavorativo.
9. Essere consapevole che la gentilezza è: dolcezza disinteressata, amorevolezza per il piacere di compiere un gesto affettuoso, senza aspettarsi nulla in cambio.
10. Essere gentile e compassionevole verso me stesso.

Le ricerche sul tema confermano che la gentilezza possiede un valore clinico e psicologico tangibile nella relazione infermiere-paziente. *Pérez-Bret, Altisent e Rocafort* (2016) sottolineano che la gentilezza, insieme alla compassione, costituisce una competenza essenziale dell'assistenza centrata sulla persona, poiché promuove il riconoscimento del paziente nella sua dimensione olistica. La letteratura scientifica recente evidenzia il valore trasformativo della gentilezza nel contesto sanitario. *Fryburg* (2022) descrive la gentilezza come un intervento di promozione della salute e riduzione dello stress, capace di influire positivamente sulla fisiologia dello stress e sul benessere psicologico. *Gage* (2023) sottolinea che la gentilezza è un comportamento professionale che migliora la comunicazione, l'aderenza terapeutica e la soddisfazione del paziente.

Ballatt e Campling (2011) propongono il concetto di "intelligent kindness" come risposta sistemica alla disumanizzazione delle cure, evidenziando che la gentilezza può essere coltivata attraverso la cultura organizzativa e la formazione continua diventando linguaggio professionale e strumento terapeutico.

A livello relazionale, la gentilezza facilita l'instaurarsi di un clima di fiducia e di ascolto reciproco. Attraverso un linguaggio non giudicante, gesti empatici e una comunicazione autentica, l'infermiere trasmette sicurezza e rispetto, elementi che contribuiscono a ridurre l'ansia e il disagio del paziente (*Sinclair et al.*, 2018). Questi comportamenti hanno effetti terapeutici diretti, in quanto migliorano l'aderenza ai trattamenti e la percezione di efficacia dell'assistenza ricevuta.

Sul piano organizzativo, la gentilezza influenza positivamente la cultura del lavoro sanitario. *Dewar e Cook* (2014) dimostrano che le organizzazioni che promuovono comportamenti gentili e relazioni di fiducia ottengono un miglior clima di squadra, una maggiore produttività e una riduzione dei conflitti interpersonali. In tali contesti, gli infermieri riferiscono livelli più alti di soddisfazione professionale e minor rischio di esaurimento emotivo.

Dal punto di vista formativo, l'introduzione di programmi educativi mirati alla gentilezza e alla compassione permette agli studenti infermieri di sviluppare competenze relazionali consapevoli. *Watson* (2008) suggerisce che **l'apprendimento della cura gentile debba essere parte integrante del curriculum, poiché rappresenta un sapere pratico e riflessivo**. La formazione basata su simulazioni, esperienze di cura empatica e riflessioni guidate può aiutare gli studenti a riconoscere il valore terapeutico delle proprie interazioni.

Infine, a livello etico e sociale, la gentilezza è un valore che riflette la responsabilità dell'infermiere verso il benessere globale della persona assistita. Essa contribuisce a costruire una cultura della cura fondata su rispetto, solidarietà e umanità, in linea con i principi deontologici della professione. Come afferma *Pérez-Bret et al.* (2016), "essere gentili non è semplicemente fare del bene, ma riconoscere la vulnerabilità dell'altro e rispondere con rispetto e compassione". *Carofiglio* (2025) richiama l'importanza di una "gentilezza lucida", che non coincide con l'accondiscendenza, ma con una forma di forza interiore e consapevolezza relazionale, sottolinea come la gentilezza sia una forma di coraggio morale e una scelta di autenticità umana.

CONCLUSIONI

La letteratura evidenzia che la gentilezza non solo favorisce il benessere del paziente, ma contribuisce a ridurre il burnout e a promuovere la resilienza negli infermieri (*Fryburg*, 2022; *FNOPI*, 2023). Studi recenti -

mostrano che pratiche di compassione e comportamenti altruistici migliorano la qualità del lavoro e rafforzano la coesione dei team (Gage, 2023). La solidarietà tra professionisti diventa così un fattore protettivo e un indicatore di salute organizzativa.

In un'epoca in cui la tecnologia rischia di disumanizzare la cura, la gentilezza rappresenta un atto di resistenza etica e relazionale (Zighetti, 2016). La gentilezza, nella pratica infermieristica, si configura come una competenza professionale e un atto terapeutico intenzionale, consente di integrare scienza e umanità, rafforzando la relazione di cura e migliorando gli esiti assistenziali. Promuovere la gentilezza non significa solo incoraggiare un atteggiamento positivo, ma riconoscere il suo valore clinico, relazionale ed etico. La formazione universitaria e la leadership infermieristica dovrebbero includere la gentilezza tra le competenze chiave, incoraggiando ambienti di lavoro basati sul rispetto e sull'empatia (Dewar & Cook, 2014). In un mondo sanitario complesso e spesso impersonale, la gentilezza resta una forza silenziosa, ma potente: essa umanizza la cura, sostiene il benessere dei pazienti e rinnova il senso profondo della professione infermieristica (Watson, 2008; Sinclair et al., 2018). Promuovere gentilezza, compassione, altruismo e solidarietà significa restituire centralità ai valori umani della cura. Questi elementi, come affermano Ballatt e Campling (2011), sono alla base di un sistema sanitario "intelligentemente gentile", capace di sostenere chi assiste e chi è assistito. La gentilezza non è solo un gesto morale, ma un atto di competenza relazionale e professionale che migliora la salute di chi la riceve e di chi la dona (Fryburg, 2022; Gage, 2023). Nei sistemi sanitari sempre più segnati da complessità operative, pressioni quotidiane e fragilità relazionali, la gentilezza si rivela una forza capace di trasformare persone e organizzazioni. Non rappresenta un semplice gesto di cortesia, ma una competenza professionale matura, che attraversa ogni dimensione della cura, della formazione e della leadership. È attraverso la gentilezza che si costruiscono fiducia, benessere e resilienza. Coltivarla richiede coraggio: il coraggio di adottarla come fondamento della -

cura, come pratica intenzionale e trasformativa, capace di rigenerare i legami professionali, gli ambienti di lavoro e i percorsi educativi.

BIBLIOGRAFIA

- Ballatt J, Campling P. Intelligent kindness: Reforming the culture of healthcare. 1st ed. London: RCPsych Publications; 2011.
- Carofiglio G. Il passato è una terra straniera. Milano: Rizzoli; 2004.
- Carofiglio G. Appunti. Intervento presentato al Convegno FNOPI; 2025 May; Rimini.
- Dewar B, Cook F. Developing compassion through a relationship centred appreciative leadership programme. Nurse Educ Today. 2014;34(9):1258-64.
- Federazione Nazionale Ordini delle Professioni Infermieristiche. Studio BENE - In burnout 6 infermieri su 10: Lo studio nazionale sul benessere degli infermieri italiani [Internet]. 2023. Available from: https://www.fnopi.it/wp-content/uploads/2023/12/13-dicembre-2023_Studio-BENE-In-burnout-6-infermieri-su-10.pdf
- Filippini A, Arcadi P. La cura dei curanti: solidarietà, altruismo, compassione e gentilezza nel mondo infermieristico. L'Infermiere. 2025;62(3): e51-e53.
- Federazione Nazionale Ordini delle Professioni Infermieristiche. Codice deontologico delle professioni infermieristiche [Internet]. 2025. Available from: <https://www.fnopi.it/codice-deontologico/>
- Fryburg DA. Kindness as a stress reduction-health promotion intervention: A review of the psychobiology of caring. Am J Lifestyle Med. 2022;16(1):89-100.
- Gage W. Understanding the importance of kindness in nursing practice. Nurs Stand. 2023;38(1):27-34.
- Macklin N, Wilkinson-Meyers L, Dowell A. Kindness: Poor cousin or equal kin to compassion and empathy in the healthcare literature? A scoping review. BMJ Leader. 2024;8(4):293-304.
- Mortari L. Aver cura di sé. Milano: Raffaello Cortina Editore; 2013.
- Pérez-Bret E, Altisent R, Rocafort J. Definition of compassion in healthcare: A systematic literature review. Int J Palliat Nurs. 2016;22(12):599-606.
- Sinclair S, Beamer K, Hack TF, McClement S, Raffin-Bouchal S, Chochinov HM, et al. Compassion in health care: An integrative review. J Adv Nurs. 2018;74(1):30-44.
- Watson J. Nursing: The philosophy and science of caring. Louisville: University Press of Colorado; 2008.
- Zighetti M. Essere esseri umani. Milano: Edizioni D'Este; 2016.

LA FORMAZIONE QUALE STRUMENTO DELLA GOVERNANCE ORGANIZZATIVA

A cura di: **Arianna Mancini**

Funzione Organizzativa U.O.C. Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva, AST Fermo

Per corrispondenza: ariannamancini1991@libero.it

SOMMARIO BREVE

La formazione rappresenta un pilastro fondamentale della governance organizzativa al fine di garantire prestazioni e cure di qualità.

SOMMARIO ESTESO

Nel settore sanitario, la formazione rappresenta un elemento strategico essenziale per garantire qualità, sicurezza e sostenibilità dei servizi erogati. In un contesto caratterizzato da complessità organizzativa, innovazione tecnologica e crescente attenzione alla responsabilità sociale, la formazione assume il ruolo di strumento di governance organizzativa.

Essa non si limita a promuovere l'aggiornamento professionale, ma diventa un mezzo di governo e orientamento dell'intero sistema sanitario, capace di tradurre le strategie aziendali e le politiche sanitarie in competenze operative e comportamenti coerenti. Essa si fonda su principi di trasparenza, efficacia, equità e partecipazione, e mira a garantire l'allineamento tra le decisioni strategiche e l'attività clinico-assistenziale svolta dai professionisti. In questo contesto, la formazione diventa una leva di coerenza e integrazione tra livelli decisionali, gestionali e operativi. Investire nella formazione significa governare attraverso la conoscenza, valorizzando le competenze dei professionisti e favorendo la partecipazione attiva di tutto il personale ai processi decisionali. In tal modo, la formazione diventa non solo un diritto e un dovere professionale, ma anche un pilastro della buona governance sanitaria, orientata alla tutela del paziente e al miglioramento continuo dei servizi.

Parole chiave: *formazione, qualità, governance organizzativa*

PREMESSA

Nelle aziende sanitarie, la formazione rappresenta uno degli strumenti fondamentali per garantire l'efficienza, l'efficacia, l'appropriatezza e la qualità dei servizi erogati (*Lega e Prenestini*). In un ambiente in continua evoluzione, caratterizzato da cambiamenti -

- normativi, innovazioni tecnologiche e strumentali, trasformazioni organizzative e crescenti bisogni da parte dell'utenza, diventa fondamentale adottare un approccio strategico alla formazione, che risponda alle esigenze immediate e che contribuisca in modo -

strutturato al miglioramento continuo dell'intera organizzazione sanitaria (WHO). Il piano formativo aziendale ne rappresenta uno strumento di "governance" indispensabile (Agenas). Esso si definisce non solo come un insieme di attività didattiche programmate, ma una strategia di sviluppo organizzativo-gestionale, orientata al rafforzamento delle competenze individuali e collettive, technical e soft skills, all'allineamento dei professionisti agli obiettivi aziendali e all'implementazione delle politiche sanitarie regionali e nazionali (Boyatzis). **La formazione, se adeguatamente pianificata e integrata nei processi gestionali, diventa quindi un elemento strategico in grado di sostenere l'innovazione, migliorare l'appropriatezza delle cure, ridurre il rischio clinico e promuovere la centralità del paziente** con prestazioni e servizi sicuri (Scally e Donaldson).

DESCRIZIONI

La formazione continua rappresenta un pilastro fondamentale per l'efficacia e la qualità dei servizi sanitari, in quanto contribuisce al miglioramento delle competenze professionali, all'adozione di pratiche aggiornate e al mantenimento degli standard di cura (Frank et al.). Il sistema sanitario moderno è infatti soggetto a rapidi cambiamenti, dovuti all'evoluzione delle conoscenze scientifiche, alle innovazioni tecnologiche, alle modifiche delle normative e alle nuove esigenze dei pazienti. In questo contesto, la formazione continua assume un valore strategico, non solo per il miglioramento delle competenze individuali, ma anche per il rafforzamento dell'intero sistema organizzativo (Ministero della Salute). L' Educazione Continua in Medicina (ECM) è il principale strumento normativo italiano che promuove la formazione continua degli operatori sanitari, come previsto dal Decreto Legislativo 502/1992 (DM 502/92). Nel contesto delle organizzazioni sanitarie, l'individuazione dei bisogni formativi rappresenta un passaggio strategico fondamentale per garantire la qualità dell'assistenza, la sicurezza del paziente e lo sviluppo professionale continuo del personale sanitario. Il concetto di "bisogno formativo" fa -

- riferimento alla discrepanza tra le competenze attese e quelle possedute dai professionisti in relazione al loro ruolo e alle esigenze organizzative del servizio sanitario di riferimento (Lotti et al.).

L'evoluzione scientifica e tecnologica, la complessità crescente dei bisogni assistenziali e l'orientamento verso modelli di cura centrati sulla persona impongono una formazione continua, sistematica e basata su dati oggettivi. In tal senso, la formazione deve derivare da un'analisi strutturata dei bisogni, effettuata attraverso strumenti quali questionari, focus group, audit clinici e valutazioni delle performance (Lotti et al.).

L'analisi dei bisogni formativi è un processo sistematico volto a identificare le lacune tra le competenze richieste da un ruolo professionale e quelle effettivamente possedute dal personale. Essa mira a raccogliere dati rilevanti per progettare interventi formativi coerenti con gli obiettivi strategici dell'organizzazione sanitaria e con i fabbisogni reali dei professionisti (Cipolla e Damiani). La valutazione dell'efficacia della formazione sanitaria è cruciale per garantire che gli investimenti nella formazione producano miglioramenti concreti nella qualità delle cure e nella performance del personale sanitario (Kirkpatrick e Kirkpatrick). Gli indicatori di efficacia sono strumenti utilizzati per misurare la performance di un programma formativo e per identificare eventuali aree di miglioramento (Ministero della Salute). La valutazione non si limita solo all'esame dei risultati immediati, ma deve considerare anche gli impatti a lungo termine sulla pratica clinica, sulla sicurezza del paziente e sull'efficacia dei trattamenti (Chen et al.).

Il piano formativo in ambito sanitario è un elemento chiave per l'aggiornamento professionale continuo del personale, rappresentando un fondamentale strumento per garantire la qualità e la sicurezza delle cure. In un settore in continua evoluzione come quello sanitario, l'innovazione delle pratiche, delle tecnologie e delle normative richiede che tutti i professionisti, dai medici agli infermieri, siano costantemente aggiornati. La formazione continua, attraverso un piano ben strutturato, permette di rispondere a queste sfide in modo

efficace, contribuendo al miglioramento dell'assistenza sanitaria e alla promozione di una cultura dell'innovazione (Nuti et al.).

La rapida evoluzione delle tecnologie sanitarie, dei protocolli clinici e delle normative rende necessaria una costante revisione delle competenze professionali al fine di erogare prestazioni e servizi di qualità. Essa è un concetto multidimensionale che coinvolge diversi aspetti del sistema sanitario, tra cui l'efficacia, la sicurezza, l'accessibilità, la tempestività e la soddisfazione del paziente. Essa rappresenta un obiettivo fondamentale per tutte le strutture sanitarie, poiché garantire cure di qualità significa migliorare i risultati sanitari e ridurre i rischi legati all'assistenza. La formazione del personale sanitario è uno degli strumenti primari attraverso cui la qualità dei servizi può essere migliorata, influenzando direttamente gli esiti delle cure.

La qualità in salute è piuttosto il risultato di un'interazione complessa di fattori clinici, organizzativi e umani. Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, la qualità dei servizi sanitari è definita come *"l'erogazione di cure che aumentano le probabilità di esiti positivi, in accordo con le evidenze scientifiche e le migliori pratiche, minimizzando al contempo i rischi e le disuguaglianze"* (OMS).

La qualità si articola su vari livelli:

- **Efficacia:** la capacità di ottenere i risultati desiderati in termini di salute e benessere del paziente, in base alle migliori evidenze scientifiche.
- **Sicurezza:** la prevenzione di danni ai pazienti, riducendo gli errori medici, i rischi legati alle procedure sanitarie e migliorando l'aderenza alle linee guida.
- **Accessibilità:** la capacità di offrire i servizi sanitari a tutti, senza barriere economiche o geografiche.
- **Centralità del paziente:** l'approccio che mette al centro le preferenze e le necessità del paziente, migliorando l'esperienza complessiva del servizio (Magrini e Della Torre).

La formazione del personale sanitario diventa cruciale in questo contesto, poiché consente di implementare correttamente le linee guida cliniche, migliorare la comunicazione con i pazienti e ridurre gli errori. Gli operatori devono -

- essere preparati non solo dal punto di vista tecnico, ma anche nella gestione delle dinamiche relazionali e comunicative, fondamentali per garantire un'assistenza di qualità. Gli esiti delle cure sanitarie sono la misura finale dell'efficacia dei trattamenti e delle pratiche cliniche adottate. Gli esiti non si limitano solo alla guarigione o al miglioramento clinico, ma comprendono anche la qualità della vita, la riduzione della mortalità, la gestione delle complicanze e la soddisfazione del paziente.

I principali indicatori di esito utilizzati per valutare la qualità delle cure includono:

- **Mortalità e morbidità:** La riduzione dei tassi di mortalità e delle complicazioni è un indicatore chiave della qualità delle cure.
- **Recupero funzionale:** La capacità del paziente di tornare alle sue normali attività quotidiane dopo una malattia o un intervento chirurgico.
- **Soddisfazione del paziente:** La percezione del paziente riguardo la qualità delle cure ricevute, che può essere misurata attraverso questionari di soddisfazione.
- **Adesione ai protocolli:** La conformità alle linee guida cliniche per trattamenti specifici, che spesso si riflette direttamente sugli esiti delle cure (Colucci, Ferretti e Cioffi).

CONCLUSIONI

La formazione continua del personale sanitario è un elemento cruciale non solo per l'aggiornamento delle competenze professionali, ma anche per migliorare la performance organizzativa e garantire la qualità dei servizi sanitari. In un contesto sanitario che evolve rapidamente, la qualità dei servizi è strettamente legata alla competenza, all'efficienza e alla motivazione del personale. La formazione è quindi un potente strumento per stimolare l'innovazione, migliorare i processi operativi e rafforzare l'orientamento alla qualità, sia dal punto di vista del paziente che delle strutture sanitarie nonché perseguire una performance organizzativa ottimale con l'erogazione di cure sicure, tempestive e -

efficaci ottimizzando le risorse disponibili (Morosini et al.). L'interazione tra la formazione del personale e la performance organizzativa è fondamentale: **un personale sanitario adeguatamente formato è più competente ad affrontare le sfide quotidiane, a rispondere a situazioni complesse e a utilizzare correttamente le tecnologie innovative.** In tal senso, la formazione non è solo un'attività di aggiornamento, ma un mezzo per migliorare l'efficienza operativa e ottimizzare i processi sanitari (Magrini e Della Torre).

BIBLIOGRAFIA

- Agenas. Linee di indirizzo per la formazione continua in sanità e la governance dei piani formativi aziendali. Roma: Agenas; 2022. Disponibile al sito www.ape.agenas.it consultato in novembre 2025;
- Boyatzis R. The Competent Manager: A Model for Effective Performance. 1982;
- Chen AS, Yau B, Revere L, Swails J. Implementation, evaluation, and outcome of TeamSTEPPS in interprofessional education: a scoping review. *Journal of Interprofessional Care*, 2019;
- Colucci A, Ferretti R, Cioffi R. Cenni teorici sul concetto di qualità percepita in sanità. *Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia*, 2009.
- Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet*. 2010;
- Kirkpatrick DL, Kirkpatrick JD. Evaluating Training Programs: The Four Levels. 3rd ed. San Francisco: Berrett-Koehler; 2006;
- Lega F, Prenestini A. Management e performance delle aziende sanitarie. Milano: Egea, 2015.
- Lotti A, Carbonifero L, Carrozzo S, Falcone V, Picasso F, Martucci G. L'analisi del fabbisogno formativo in sanità: il caso di Regione Liguria.. *Rivista Società Italiana di Pedagogia Medica*, 2020;
- Magrini A, Della Torre G. Innovazioni tecnologiche e formazione continua: migliorare la performance in sanità. *Politiche Sanitarie*. 2017.
- Ministero della Salute. Piano Nazionale per la Formazione Continua degli operatori della sanità (ECM). Roma: Ministero della Salute; 2023. Disponibile al sito www.ape.agenas.it consultato in Novembre 2025;
- Ministero della Salute, "Educazione Continua in Medicina (ECM)", Decreto Legislativo 502/1992. Disponibile al sito www.gazzettaufficiale.it consultato in Novembre 2025;
- Morosini P, Di Stanislao F, Casati G, Panella M. Qualità professionale e percorsi assistenziali Manuali di Formazione per la valutazione e il miglioramento della qualità professionale. Disponibile al sito www.epicentro.iss.it consultato in Novembre 2025;
- Nuti S, Cerasuolo D, D'Orio G, Noferi F, Prenti A, Vainieri M, Vola F. Il sistema di valutazione della performance dei sistemi sanitari regionali. Report 2020. Disponibile al sito www.iris.sssup.it consultato in Novembre 2025;
- Scally G, Donaldson LJ. Clinical governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England. *BMJ*. 1998.
- World Health Organization (WHO). Quality of care: A process for making strategic choices in health systems. Geneva: WHO; 2006. Disponibile al sito www.who.it consultato in novembre 2025..

“ASSISTENZA IN AMBITO PEDIATRICO”: ELABORAZIONE ED IMPLEMENTAZIONE DI UN CORSO A.D.E. IN MODALITÀ E-LEARNING

Autori: **Paolillo Lucia** [A], **Crognaletti Andrea** [B], **Galli Alessia** [C],
Montini Alessandra [D], **Diamanti Alessia** [E]

[A] Infermiere UOC Medicina, AST Macerata

[B] Infermiere UOSD Cardiologia Interventistica, AST Macerata

[C] Infermiere SOD Pronto Soccorso e OBI, AOU delle Marche

[D] Infermiere UOC Anestesia e Rianimazione, AST Ascoli Piceno

[E] Infermiere Distretto Macerata, AST Macerata

Per corrispondenza: andrea.crognaletti@gmail.com

SOMMARIO BREVE

L'e-learning supporta la formazione infermieristica offrendo flessibilità, accessibilità e apprendimento personalizzato, migliorando competenze teoriche e pratiche degli studenti.

SOMMARIO ESTESO

Il presente studio analizza il ruolo della formazione universitaria e dell'e-learning nella preparazione degli studenti di Infermieristica. La letteratura internazionale e italiana evidenzia come, durante gli anni di studio, le preferenze professionali degli studenti si evolvono grazie all'esperienza teorico-pratica e all'influenza del contesto formativo. La pandemia di COVID-19 ha accelerato la diffusione della didattica online, rivelando l'efficacia e la flessibilità di tali strumenti. L'e-learning, infatti, consente un apprendimento autonomo, personalizzato e accessibile, favorendo lo sviluppo del pensiero critico e l'organizzazione individuale dei tempi di studio.

Lo studio ha previsto la realizzazione di un corso FAD nell'Attività Didattica Elettiva (A.D.E.) di Infermieristica Pediatrica, a cui hanno partecipato 51 studenti. Attraverso un pre-test e un post-test a risposta multipla, è stato valutato l'impatto della formazione online sulle conoscenze acquisite. I risultati mostrano un significativo miglioramento delle conoscenze: la percentuale di studenti sufficienti è passata dal 6% al 100%, con una media finale di 28/30. In conclusione, la didattica e-learning si conferma uno strumento efficace per integrare la formazione tradizionale, migliorare l'autonomia degli studenti e rispondere in modo dinamico alle esigenze formative dei futuri professionisti della salute.

Parole chiave: *Formazione, e-learning, attività didattica elettiva, didattica online.*

PREMESSA

Secondo la letteratura internazionale e italiana, uno dei settori lavorativi preferiti dagli studenti universitari di Infermieristica risulta essere quello in ambito pediatrico e neonatologico, presumibilmente per via dello stereotipo positivo correlato al valore sociale attribuito ai bambini e ai giovani, considerati il futuro della società. Nei primi anni di formazione le inclinazioni degli studenti derivano principalmente dalle esperienze familiari, dai mass media e dal personale background culturale. Con l'avanzare della formazione gli studenti acquisiscono maggiore esperienza teorico-pratica e le loro preferenze si dirigono anche verso altre aree. Questo evidenzia che la formazione e gli educatori che si relazionano con gli studenti possono influire sulle aspettative e sulle scelte di carriera dei professionisti futuri, per questo motivo, durante il periodo di formazione universitaria, è opportuno offrire agli studenti una solida e adeguata preparazione sulle principali tematiche di tali argomenti (*Kloster et al.*) (*Gould et al.*).

Durante la pandemia di COVID-19, ogni scuola e università si è trovata a fronteggiare una riorganizzazione della didattica per garantire una continuità di formazione agli studenti. Ciò è stato possibile principalmente grazie alla didattica online. Tale situazione di emergenza ha quindi dato la possibilità di sviluppare la modalità di insegnamento online con vantaggi sia per i docenti che per gli studenti (*Rajhansa et al.*) (*Abbasi et al.*). Nel corso dell'ultimo decennio, ci sono stati considerevoli miglioramenti sull'uso della tecnologia nell'ambito della formazione dei professionisti della salute. **L'e-learning è considerato come una grande risorsa di sviluppo** per le scienze mediche: ha la potenzialità di fornire all'utente un'educazione individualizzata, caratterizzata da un'esaltazione dell'autonomia e del pensiero critico e riflessivo (*Khasawneh et al.*). La flessibilità e l'accessibilità di tali metodologie sono quindi la chiave di volta per una formazione semplice ed efficiente. L'obiettivo finale della formazione di professionisti della salute è quello di plasmare -

- personale competente, specializzato e pronto ad affrontare il lavoro sul campo, questo processo può avere dei vantaggi se implementato con i mezzi offerti dal panorama tecnologico, sempre in continua evoluzione. (*Vaona et al.*) (*O'Doherty et al.*) (*Schnetters et al.*)

Come riportato nel sito UNIVPM, l'Attività Didattica Elettiva, a scelta dello studente, costituisce parte integrante del curriculum formativo dello studente, ed è un bagaglio culturale che personalizza il curriculum sulla base delle sue inclinazioni, propensioni e interessi personali; esse sono finalizzate all'approfondimento di specifici aspetti formativi che ottimizzano la preparazione e la formazione del laureato offrendo argomenti non compresi nei programmi degli insegnamenti attivati, e sono svolte in orari tali da non interferire con le altre forme di attività didattica. (www.univpm.it)

Questo studio propone lo sviluppo di un corso FAD nelle A.D.E. di Infermieristica Pediatrica rivolto agli studenti del secondo anno di Infermieristica dell'Università Politecnica delle Marche, da presentare durante il secondo semestre dell'anno accademico 2020/2021.

MATERIALI & METODI

La fase iniziale dello studio ha previsto un'analisi della letteratura esistente sulle maggiori Banche Dati medico-scientifiche, quali PubMed, MEDLINE e CINAHL, in associazione al motore di ricerca GOOGLE SCHOLAR, ricerca su web di riviste specifiche specialistiche e lettura di libri di testo. Tale revisione della letteratura si è focalizzata sulla metodologia di svolgimento della didattica online e sui benefici per lo studente.

Parallelamente, sono stati analizzati i programmi delle lezioni di Pediatria, Ostetricia e Infermieristica Pediatrica sviluppati presso l'Università Politecnica delle Marche, mettendoli a confronto con i programmi previsti dalle principali università italiane.

In conclusione, è stato sviluppato un corso FAD approfondendo le tematiche trattate nelle -

- lezioni e confrontandole con le principali competenze dell'infermiere in ambito pediatrico, ed è stato poi presentato agli studenti del CdL Infermieristica 2020/2021 in sede di A.D.E..

Prima della pubblicazione del corso gli studenti sono stati sottoposti a un pre-test, costituito da un questionario a risposta multipla, al fine di valutare le conoscenze pregresse degli studenti. Lo stesso questionario è stato poi impiegato per la valutazione finale, associato a un questionario di gradimento.

Per l'esecuzione dello studio si è scelto l'approccio osservazionale descrittivo trasversale. Lo studio è stato strutturato presso l'Università Politecnica delle Marche, sede di Macerata, Corso di Laurea in Infermieristica. I criteri di inclusione comprendono studenti e studentesse del secondo e terzo anno del CdL in Infermieristica, UNIVPM, sede di Macerata. Gli studenti hanno scelto volontariamente di iscriversi al suddetto corso monografico tramite la piattaforma ESSE3, aderendo in totale un numero di 51 studenti.

L'elaborazione del questionario di valutazione è stata effettuata estrapolando le domande e le relative risposte dal materiale progettato e messo a disposizione per gli studenti. Parallelamente, è stato realizzato il questionario di gradimento da somministrare in sede di post-test sulla base di questionari di gradimento inerenti alla valutazione di corsi e-learning e corsi FAD.

RISULTATI

Il pre-test è stato costituito da 15 domande a risposta multipla, tra le risposte è stata inserita l'opzione "non so" per evitare che gli studenti rispondessero casualmente alle domande di cui non erano certi della risposta. Ad ogni risposta esatta sono stati attribuiti 2 punti, ad ogni risposta errata o "non so" sono stati attribuiti 0 punti. La sufficienza corrisponde a un punteggio di 18/30.

Attribuiti tali punteggi la percentuale di studenti promossi è stata del 6%. La percentuale di studenti che non ha raggiunto la sufficienza è -

- stata quindi del 94% e la media dei voti è stata di 10/30.

La risposta "non so" è stata considerata come risposta nulla ed è stata un indice di come gli studenti si sentissero più esperti o preparati rispetto a un determinato argomento, evidenziando le loro reali conoscenze. Dai dati si evidenzia che sul totale delle risposte il 40,27% è costituito da una risposta nulla. Dall'analisi dei seguenti risultati si evince che le conoscenze pregresse degli studenti nei confronti di tali argomenti trattati successivamente nel corso sono scarse.

Il post-test è lo stesso somministrato nel pre-test, con la randomizzazione delle domande e delle risposte e l'omissione della risposta "non so", data la natura valutativa del test.

Ad ogni risposta esatta sono stati attribuiti 2 punti, ad ogni risposta errata o nulla sono stati attribuiti 0 punti, mentre la sufficienza corrisponde a un punteggio di 18/30. Attribuiti tali punteggi la percentuale di studenti promossi è stata del 100% e la media dei voti è stata di 28/30.

Dall'analisi risulta un netto miglioramento tra i risultati del pre-test e del post-test, in quanto nel pre-test hanno raggiunto la sufficienza il 6% degli studenti, mentre nel post test il 100% degli studenti.

Secondo le valutazioni del questionario di gradimento somministrato agli studenti **i principali fattori positivi rilevati sono una maggiore autonomia, flessibilità, organizzazione e gestione dei tempi.**

Questa modalità didattica assicura la centralità assoluta dello studente, il quale soddisfa pienamente le sue motivazioni e aspettative. L'ampio utilizzo di tecnologie user-friendly garantisce una migliore comprensione delle problematiche e dei benefici associati all'e-learning. Ciò permette di sviluppare iniziative utili a implementare e rendere più efficace tale modalità didattica. (Regmi et al.) (Cook et al.) (Means et al.)

Tra i vantaggi che l'e-learning può portare allo studente, possiamo innanzitutto parlare della gestione del tempo, in quanto lo studente può organizzare liberamente tale risorsa e decidere di scandire il proprio percorso a seconda delle sue necessità. Inoltre, la presenza diffusa di -

strumenti telematici permette di non essere vincolati a un luogo e quindi consente di fruire del percorso da qualunque postazione risparmiando tempo e costi di spostamento.

CONCLUSIONI

In uno scenario formativo dove le reti Internet sono sempre più spesso implicate nei processi di apprendimento, la didattica online in modalità e-learning garantisce numerosi vantaggi agli studenti e ai docenti. Dal confronto dei risultati dei questionari a risposta multipla somministrati durante il pre-test e il post-test si evince che le lezioni sono state funzionali e produttive. Nel pre-test, infatti, hanno raggiunto la sufficienza il 6% degli studenti con una media complessiva di 10/30, mentre nel post-test, dopo aver seguito il corso FAD, il 100% degli studenti ha raggiunto la sufficienza con una media complessiva di 28/30. Dall'analisi del questionario di valutazione somministrato durante il post-test si evince che gli argomenti trattati, il materiale fornito, la metodologia didattica impiegata, la preparazione del docente, la verifica finale delle conoscenze hanno riscontrato risultati positivi.

Quindi, sommariamente, la modalità didattica e-learning è stata valutata in maniera positiva; gli unici item che hanno riscontrato delle valutazioni inferiori riguardano l'interattività della didattica e-learning, coerentemente con quanto riscontrato dalla revisione della letteratura.

BIBLIOGRAFIA

Abbasi S, Ayoob T, Malik A et al. Perceptions of students regarding E-learning during Covid-19 at a private medical college Pak J Med Sci. 2020 May;36(COVID19-S4): S57-S61

Università Politecnica delle Marche. Attività Didattica Elettiva (ADE). 2017. Available from: <https://www.medicina.univpm.it/?q=node/1368> (Accessed April 2020).

Cook DA, Levinson AJ, Garside S et al. Internet-Based Learning in the Health Professions A Meta-analysis. JAMA. 2008 Sep 10;300(10):1181-96

Gould ON, MacLennan A, Dupuis-Blanchard S. Career preferences of nursing students. Can J Aging. 2012 Dec;31(4):471-82

Khasawneh R, Simonsen K, Snowden J et al. The effectiveness of e-learning in pediatric medical student education. Med Educ Online. 2016 Feb 10;21:29516

Kloster T, Høie M, Skår R. Nursing students' career preferences: a Norwegian study. J Adv Nurs. 2007 Jul;59(2):155-62

Means B, Toyama B, Murphy R et al. Evaluation of evidence-based practices in online learning, a meta-analysis and review of online learning studies. US Department of Education 2009

O'Doherty D, Dromey M, Loughheed J et al. Barriers and solutions to online learning in medical education - an integrative review. BMC Med Educ. 2018 Jun 7;18(1):130

Rajhansa V, Memon U, Patil Vet al. Impact of COVID-19 on academic activities and way forward in Indian Optometry J Optom. 2020 Oct-Dec;13(4):216-26

Regmi K, Jones L. A systematic review of the factors - enablers and barriers - affecting e-learning in health sciences education. BMC Med Educ. 2020 Mar 30;20(1):91

Schnetter V A, Lacy D, Jones, Melinda M et al. Course development for web-based nursing education programs. Nurse Educ Pract. 2014 Nov;14(6):635-40

Vaona A, Banzi R, Kwag KH et al. E-learning for health professionals. Cochrane Database Syst Rev. 2018 Jan 21;1(1):CD011736

APPLICAZIONE DEL MODELLO DEL PRECETTORE IN UN MINUTO NELLA FORMAZIONE INFERMIERISTICA

Autore: **Vanessa Menchi**

Infermiere AST 3, Pronto Soccorso Macerata

Per corrispondenza: **vanessa.menchi@sanita.marche.it**

SOMMARIO BREVE

L'applicazione del modello del precettore in un minuto riduce il divario teoria-pratica e migliora l'apprendimento clinico degli studenti infermieri.

Parole chiave: *Gap Theory – Nurse Student – One-Minute Preceptor Model – Formazione infermieristica – Tirocinio clinico*

SOMMARIO ESTESO

Il percorso formativo del Corso di Laurea in Infermieristica richiede l'integrazione tra conoscenze teoriche e competenze pratiche, tuttavia permane un significativo divario tra teoria e pratica. Questa tesi ha valutato l'efficacia del modello del One-Minute Preceptor (OMP) come strumento didattico per ridurre tale gap nella formazione infermieristica. È stata condotta una revisione della letteratura (2018–2024) secondo il metodo PRISMA e applicato lo strumento in cinque Unità Operative dell'AST di Macerata (Cardiologia, Geriatria, Medicina, Ostetricia, Pronto Soccorso). Sono stati coinvolti 28 studenti e 32 guide di tirocinio, utilizzando i questionari CLEQEI (Clinical-Learning-Evaluation-Quality-Index) e IMSOC (Implication-Motivation-Satisfaction-Obstacles-Commitment) per misurare rispettivamente la qualità dell'ambiente di apprendimento e la soddisfazione dei tutor clinici. I risultati hanno mostrato un aumento dei punteggi medi nelle dimensioni "strategie tutoriali" e "autoapprendimento", oltre a un miglioramento percepito del ragionamento clinico, della fiducia e dell'interazione studente-guida. Le guide di tirocinio hanno manifestato alta motivazione e impegno, ma anche difficoltà legate al tempo e al carico di lavoro. L'OMP si conferma un metodo efficace, centrato sullo studente, in grado di migliorare la qualità del tirocinio clinico e di favorire l'integrazione tra teoria e pratica infermieristica.

PREMESSA

La formazione infermieristica si basa su due pilastri: teoria e pratica. Tuttavia, il passaggio dalla conoscenza teorica all'applicazione clinica -

- resta difficile, generando un divario che incide sulla sicurezza e sulla qualità dell'assistenza. L'elaborato analizza le cause di questa frattura -

— come la scarsa integrazione università-ospedale, la mancanza di tutor formati e la limitata comunicazione tra docenti e clinici — e propone soluzioni basate su metodologie formative attive e sul tutoraggio clinico.

OBIETTIVO

Applicare e valutare l'efficacia del modello del precettore in un minuto nella formazione infermieristica.

MATERIALI & METODI

Lo studio è stato strutturato in sette fasi, di seguito elencate:

1. **Revisione della letteratura** (2018–2024) su PubMed e altre banche dati, seguendo il metodo PRISMA (27 articoli inclusi).
2. Identificazione del grado di **soddisfazione e partecipazione delle guide di tirocinio** nel tutoraggio tramite il questionario **IMSOC** (32 risposte su 45).
3. Analisi dei dati relativi alla **percezione degli studenti infermieri** riguardo l'ambiente di tirocinio clinico tramite il questionario **CLEQEI**.
4. **Introduzione del modello OMP** come metodologia educativa.
5. **Applicazione** del modello in 5 unità operative dell'AST di Macerata (Cardiologia, Geriatria, Medicina, Ostetricia, Pronto Soccorso).
6. **Rivalutazione** del CLEQEI e questionario di gradimento da parte degli studenti dopo l'applicazione del OMP (28 studenti in tirocinio tra Febbraio e Maggio 2024).
7. **Analisi dei limiti** e considerazioni etiche.

Il modello One-Minute Preceptor (OMP)

È una tecnica di insegnamento clinico composta da **cinque micro-fasi**:

1. Ottenere un impegno dallo studente.
2. Verificare le prove a sostegno del ragionamento.
3. Insegnare regole generali.
4. Evidenziare ciò che lo studente ha fatto bene.
5. Correggere gli errori.

Le caratteristiche dell'OMP sono supportate dalla letteratura, in quanto è un approccio didattico centrato sullo studente, promuove il pensiero critico, fornisce un feedback immediato ed è efficiente in termini di tempo.

RISULTATI

Le **guide di tirocinio** hanno mostrato **alta motivazione e impegno**, ma anche difficoltà legate al carico di lavoro e alla mancanza di tempo.

IMPLICAZIONE	D'accordo	Né d'accordo né in disaccordo	Disaccordo
Conosco i sistemi di valutazione degli studenti universitari.	26	6	0
Utilizzo i sistemi di valutazione applicati.	26	6	0
Compilo la scheda di valutazione degli studenti.	27	5	0
Eseguo il controllo delle presenze degli studenti.	28	4	0
Conosco i risultati di apprendimento che lo studente deve acquisire quando frequenta il tirocinio.	28	4	0
Pianifico l'attività degli studenti.	25	5	2
Conosco il corso di Laurea in Infermieristica frequentato dagli studenti di cui sono tutor.	25	6	1

Tab. 1 - Implicazione.

MOTIVAZIONE	D'accordo	Né d'accordo né in disaccordo	Disaccordo
Sono soddisfatto dei risultati che gli studenti ottengono durante il periodo di tirocinio.	24	8	0
Sono soddisfatto della mia partecipazione come tutor clinico.	22	9	1
Genera interesse personale in me.	28	4	0
Lo trovo piacevole ed interessante.	28	4	0
Mi piace trasmettere le mie conoscenze agli altri.	29	3	0
Ritengo che l'attività pratica permetta di acquisire e sviluppare competenze professionali.	28	4	0

Tab. 2 - Motivazione.

SODDISFAZIONE	D'accordo	Né d'accordo né in disaccordo	Disaccordo
Credo che il tirocinio sia condotto nel periodo accademico più adeguato.	25	6	1
Credo che il tirocinio sia condotto con risorse adeguate a disposizione.	23	6	3
Sono soddisfatto del trattamento ricevuto dai professori universitari.	29	1	2
Sono stato informato e ho risorse a disposizione.	23	7	2
Stabiliamo obiettivi congiuntamente tra professori e infermieri clinici.	17	11	4
Il coordinamento esistente tra l'università e l'ospedale è soddisfacente.	24	4	4
Sono soddisfatto dell'organizzazione degli studi clinici.	23	6	3
Ho un maggiore riconoscimento da parte della Direzione sanitaria.	10	7	15

Tab. 3 - Soddisfazione.

OSTACOLI	D'accordo	Né d'accordo né in disaccordo	Disaccordo
E' un ostacolo per la responsabilità che ne consegue.	7	5	20
Costituisce un ostacolo per il tutoraggio degli studenti a causa della fatica causata dalla giornata lavorativa.	5	7	20
E' un ostacolo a causa del carico di lavoro aggiuntivo.	5	10	17
E' un ostacolo dovuto al tempo necessario.	5	9	18
E' un ostacolo dovuto alla scarsa metodologia di insegnamento che ho.	3	7	22
E' un ostacolo ai turni di lavoro.	4	5	23

Tab. 4 - Ostacoli.

IMPEGNO	D'accordo	Né d'accordo né in disaccordo	Disaccordo
Il tutoraggio degli studenti ha promosso in me un atteggiamento attivo nei confronti della formazione.	27	4	1
Credo che il tutoraggio degli studenti sia una funzione dei professionisti sanitari.	27	3	2
Ritengo necessario organizzare corsi per la formazione di tutor clinici.	27	4	1
E' un impegno professionale.	28	4	0
E' un impegno morale ed etico.	28	4	0

Tab. 5 - Impegno.

Gli **studenti** hanno riferito un **miglioramento significativo** nella qualità percepita del tirocinio dopo l'applicazione dell'OMP con un incremento nei punteggi CLEQEI da 1.8-2.0 a 2.5-2.8 rispettivamente nelle aree critiche "strategie tutoriali" e "autoapprendimento".

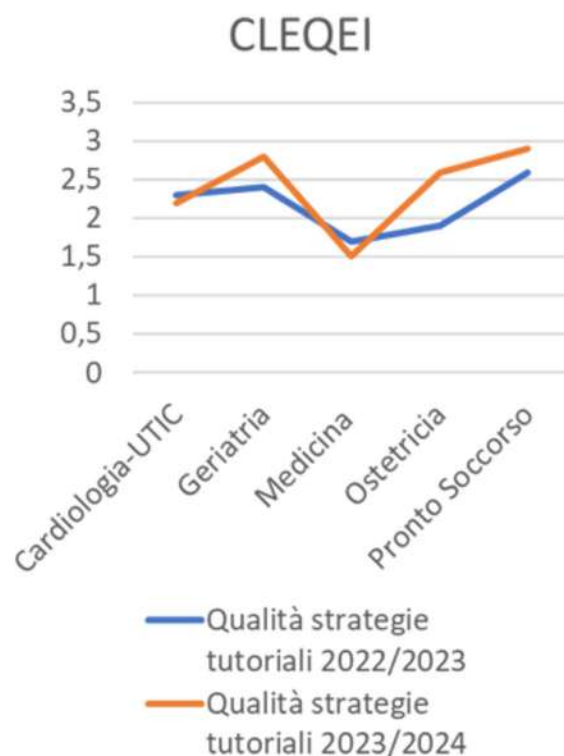


Grafico I - CLEQEI - Qualità strategie tutoriali

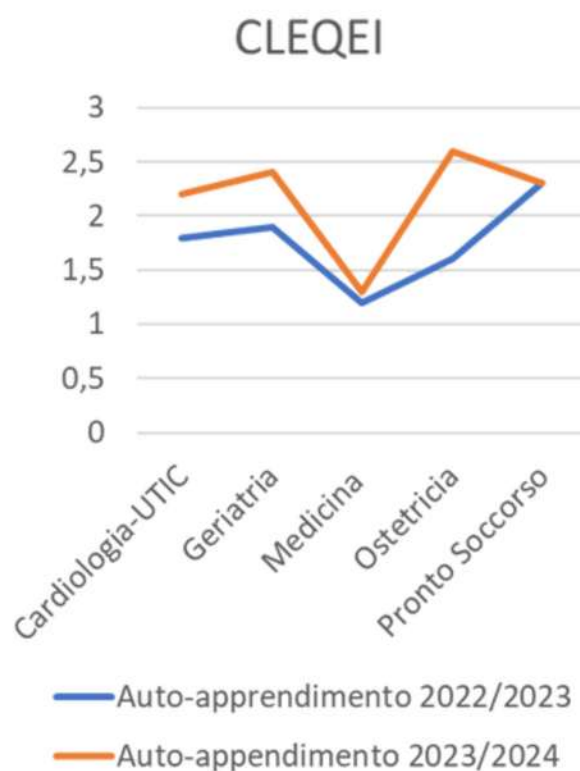


Grafico II - CLEQEI - Auto-apprendimento

Inoltre dal questionario di gradimento è emerso che l'OMP ha migliorato negli studenti la fiducia nella gestione dei casi clinici, il ragionamento e le capacità analitiche, ritenendo che lo stesso dovrebbe essere un metodo d'insegnamento complementare.

DESCRIZIONI

L'apprendimento è determinato dalla riflessione sull'esperienza guidata dalle figure tutoriali e questi risultati confermano quanto riportato da Papp (2003) che definisce un buon ambiente di apprendimento quello in cui si realizzano rapporti di buona collaborazione tra l'ambiente universitario e quello clinico.

E' inoltre importante conoscere il livello di partecipazione alla formazione dei tutor clinici e i fattori correlati, in quanto i risultati hanno dimostrato che tutor più coinvolti creano un ambiente di apprendimento positivo che aiuta gli studenti a raggiungere i loro obiettivi, migliorando così le aspettative e i livelli di soddisfazione.

Il One-Minute Preceptor è un approccio testato e prezioso per assistere i tutor clinici ad integrare l'insegnamento nella routine in quanto permette di indirizzare la conoscenza e i processi cognitivi dello studente, utilizzando feedback specifici ed immediati.

CONCLUSIONI

Il **divario tra teoria e pratica** resta una sfida centrale nella formazione infermieristica.

L'introduzione del modello del precettore in un minuto rappresenta una strategia concreta per migliorare l'apprendimento esperienziale, sviluppare il pensiero critico e favorire la qualità dell'assistenza infermieristica. Lo studio suggerisce di estendere ulteriormente la ricerca, coinvolgendo più sedi e un numero maggiore di studenti, per validare i risultati su scala nazionale.

BIBLIOGRAFIA

- Al Awaisi H, Cooke H, Prymachuk S. *The experiences of newly graduated nurses during their transition period in the Sultanate of Oman – a case study.* Nurse Educ Today 2015;35:e19–24.
- Abu Salah S, Saleh M, Abuhammad S. *Bridging the gap between theory and practice in nursing education: literature review.* Nurse Educ Pract 2020;47:102857.
- Darlow B, Coleman K, McKinlay E, Donovan S, Beckingsale L, Gray B, Naser H, Perry M, Stanley J, Pullon S. *The positive impact of interprofessional education: a controlled trial to evaluate a programme for health professional students.* BMC Med Educ 2015;15:98.
- Edo-Gual M, Tomás-Sábado J, Bardallo-Porras D, Monforte-Royo C. *The impact of death and dying on nursing students: an exploratory study.* Nurse Educ Today 2014;34:1028–33.
- Greenway K, Butt G, Walthall H. *What is a theory–practice gap? An exploration of the concept.* Nurse Educ Pract 2019;34:1–6.
- Gunay U, Kilinc G. *The transfer of theoretical knowledge to clinical practice by nursing students and the difficulties they experience: a qualitative study.* Nurse Educ Today 2018;65:81–6.
- Heaslip V, Scammell J. *Failing underperforming students: the role of grading in clinical practice assessment.* Nurse Educ Today 2018;67:19–24.
- Hussein F, Osuji J. *Bridging the theory–practice gap in nursing education: the role of nurse educators.* J Health Educ Res Dev 2017;5:1000229.
- Huston CJ, Phillips B, Jeffries PR, Toder CM, Rich J, Knecht P, Sommer S. *The academic–practice gap: strategies for an enduring problem.* Nurs Forum 2018;53:27–34.
- Jokelainen M, Turunen H, Tossavainen K, Jamookeeah D, Coco K. *A systematic review of mentoring nursing students in clinical placements.* J Clin Nurs 2011;20:2854–67.
- Kantar LD. *Clinical experience in nursing education: past, present and future.* Int J Nurs Educ Scholarsh 2013;10:1–9.
- Macia-Soler ML, Orts-Cortés MI, Martínez-Riera JR. *Clinical learning environment and supervision of nursing students: a Spanish validation of the CLES+T scale.* Nurse Educ Today 2012;32:614–8.
- Mackey A, Bassendowski S. *The history of evidence-based practice in nursing education and practice.* J Prof Nurs 2017;33:51–5.
- McSharry E, Lathlean J. *Clinical teaching and learning within a preceptorship model in undergraduate nursing education: a literature review.* Nurs Educ Pract 2017;23:92–9.
- Monaghan T. *A critical analysis of the literature and theoretical perspectives on theory–practice gap amongst newly qualified nurses.* Nurse Educ Today 2015;35:e1–7.
- Occhiolino J, Ruland J. *Clinical nurse educators' perceptions of barriers and facilitators to teaching in the clinical setting.* J Nurs Educ Pract 2016;6:36–43.
- Ownby K, Schumann R, Dune L, Kohne D. *A case study on the integration of clinical simulation in nursing education.* Clin Simul Nurs 2012;8:e1–8.
- Saifan A. *Bridging the gap between theory and practice in nursing education.* Int J Nurs 2015;2:21–5.
- Shoghi M, Khosravan S, Sadeghi M, Panahi R. *The challenge of theory and practice gap in nursing education: a qualitative study.* Nurs Educ Pract 2019;39:67–72.
- Skela-Savič B, Kiger A. *Self-assessment of clinical competence: students' perceptions of the relationship between theory and practice in nursing.* Nurse Educ Today 2015;35:507–14.
- Vizcaya-Moreno MF, Pérez-Cañaveras RM, de Juan J, Jiménez C, Barón-López FJ. *Clinical learning environment and supervision: validation of the Spanish version of the CLES+T scale.* Nurse Educ Today 2015;35:e40–5.
- Watson R, Stimpson A, Topping A, Porock D. *Clinical competence assessment in nursing: a systematic review of the literature.* J Adv Nurs 2002;39:421–31.
- Webb C, Shakespeare P. *Judgements about mentoring relationships in nurse education.* Nurse Educ Today 2008;28:563–9.
- Wilkes L. *Using literature review as a research method.* Nurs Res 2015;22:45–52.

L'UTILIZZO DELLA REALTÀ VIRTUALE NEI CORSI DI LAUREA IN INFERMIERISTICA: UN'INNOVAZIONE DIDATTICA PER LA FORMAZIONE CLINICA

Autori: **Eleonora Soricetti** [A], **Gessica Angelini** [B], **Francesca Ciarpella** [B], **Simona Tufoni** [B], **Fabio Sarzana** [B]

[A] Infermiera SOD Clinica di anestesia e rianimazione generale, resp. e del trauma maggiore, AOU Marche

[B] Infermiere UOSD Cardiologia Interventistica, AST Macerata

Per corrispondenza: eleonorasoricetti@gmail.com

SOMMARIO BREVE

La realtà virtuale nella formazione infermieristica emerge come strategia innovativa ed immersiva di apprendimento, capace di ricreare le pratiche cliniche in un ambiente sicuro, dinamico e coinvolgente.

SOMMARIO ESTESO

Negli ultimi anni, l'uso della realtà virtuale (VR), sia in modalità immersiva sia desktop, si è affermato come strumento didattico innovativo all'interno dei Corsi di Laurea in Infermieristica. La letteratura valuta principalmente gli effetti della VR sulle conoscenze teoriche, abilità pratiche, soddisfazione studentesca, fiducia/self-efficacy, mentre sono presenti, seppur meno numerosi, studi che indagano il ragionamento clinico, il carico cognitivo, la motivazione e le competenze relazionali. Nel complesso, la realtà virtuale si rivela superiore o quantomeno equivalente, ai metodi tradizionali nel migliorare conoscenze e competenze pratiche, con effetti positivi anche sulle abilità e sulla percezione degli studenti. Tuttavia, gli studi disponibili sono caratterizzati da un'eterogeneità metodologica legata a diversi livelli di immersione, scenari, outcomes misurati e tempistiche. A ciò si aggiungono campioni di dimensioni ridotte, una limitata presenza di RCT di alta qualità e scarse evidenze riguardanti gli effetti a lungo termine sul pensiero critico e sulla comunicazione. Tra i meccanismi che sembrano favorire risultati più efficaci emergono: grado elevato di immersione, scenari clinici realistici, disponibilità di feedback, visualizzazione dinamica, strumenti tecnologici adeguati ed elementi interattivi. Al contrario, le criticità più frequentemente riferite includono: problemi tecnologici, costi elevati, discomfort visivo, episodi di malessere (es. motion sickness) e limitazioni nell'implementazione pratica. In sintesi, la realtà virtuale rappresenta un'opportunità promettente per integrare l'apprendimento teorico e pratico nei corsi di infermieristica. Ciononostante, sono necessari studi più rigorosi, con campionamenti più ampi, follow-up prolungati e l'utilizzo di misure standardizzate, per consolidare l'evidenza e definire con maggiore precisione il suo reale valore educativo.

Parole chiave: *realtà virtuale, infermieristica, simulazione, formazione clinica, tecnologie educative*

Keywords: *"virtual reality", "nursing education", "simulation", "clinical training", "competency-based learning"*

PREMESSA

La crescente complessità dei contesti sanitari richiede ai futuri infermieri sempre più un'elevata competenza tecnica, decisionale ed etico-relazionale. L'introduzione di nuove metodologie nei laboratori preclinici di simulazione consente di aumentarne il grado di fedeltà e di permettere agli studenti di sperimentare procedure che non si sono presentate durante il tirocinio clinico (*Liu et al.*). Negli ultimi anni, la realtà virtuale (VR) è stata progressivamente integrata nell'apprendimento in simulazione. Grazie a tecnologie digitali specifiche, la VR offre agli studenti un'esperienza ad alta fedeltà rispetto alla simulazione tradizionale, replicando scenari clinici realistici e fornendo ambienti immersivi, coinvolgenti e concreti, in grado di sviluppare negli studenti le competenze specifiche della professione infermieristica (*McClain e Stuart*). Il concetto di immersione si riferisce alla sensazione consapevole di trovarsi in un ambiente o evento ben preciso. Questa esperienza viene resa possibile attraverso tecnologie virtuali, spesso impiegate nei videogiochi, in grado di creare una forte e il più realistica possibile rappresentazione visiva e sensoriale anche attraverso l'utilizzo di interazioni somato-sensoriali. In uno spazio virtuale, l'utente è completamente distaccato dal mondo reale e si immerge completamente in quello virtuale. Immergere lo studente in situazioni realistiche simulate favorisce un coinvolgimento totale, facilitando sia l'acquisizione di competenze pratiche sia l'apprendimento delle conoscenze teoriche. Di conseguenza, l'insegnamento immersivo della VR ha suscitato notevole interesse nell'istruzione e nell'insegnamento tecnico (*Sanders e Cairns*) (*Whitson e Consoli*).

DESCRIZIONI

Le più recenti evidenze confermano che la VR rappresenta oggi un'opportunità significativa per l'innovazione nella formazione infermieristica. Infatti, la simulazione clinica -

- virtuale nella didattica si configura come una strategia tecnologica innovativa di insegnamento ed apprendimento che fornisce una formazione immersiva della pratica infermieristica, riproducendo esperienze e feedback di vita reale in un ambiente virtuale sicuro, interattivo, dinamico e stimolante (*Tinoco et al.*). L'interazione con oggetti e ambienti simulati mediante computer, smartphone o visori dedicati consente un'esperienza multisensoriale complessa, che integra stimoli visivi, uditivi e, quando disponibili, tattili. Tale livello di immersione si traduce in un coinvolgimento attivo che favorisce l'apprendimento esperienziale, elemento cruciale per la pratica professionale (*Padilha et al.*).

Un altro contributo rilevante della VR consiste nella possibilità di esercitarsi in condizioni controllate e prive di rischi. Le simulazioni consentono agli studenti di affrontare procedure complesse, rare o ad alto impatto emotivo senza compromettere la sicurezza del paziente e offrono l'opportunità di apprendere attraverso l'errore in un ambiente protetto (*Rizzo e Koenig*). Questo approccio risponde a una delle sfide tradizionali della formazione clinica: l'accesso limitato a scenari autentici e diversificati. Inoltre, la letteratura mette in luce come la VR favorisca lo sviluppo del giudizio clinico e delle competenze decisionali. **Scenari dinamici e imprevedibili, progettati per simulare il contesto reale, stimolano il pensiero critico** e preparano gli studenti ad affrontare scenari complessi nella pratica quotidiana (*Hou et al.*). In questo senso, la VR non si limita a replicare procedure tecniche, ma diventa un vero laboratorio cognitivo.

Un ulteriore vantaggio è rappresentato dalla possibilità di promuovere la formazione sull'empatia. Gli ambienti immersivi, che consentono agli studenti di "vivere" la prospettiva del paziente, ad esempio simulando deficit sensoriali o condizioni neurodegenerative, potenziano la comprensione delle difficoltà vissute e migliorano la qualità della relazione terapeutica (*Padilha et al.*). Ciò suggerisce che la VR possa contribuire in modo significativo alla dimensione umanistica della cura, spesso difficile da trasmettere attraverso metodologie tradizionali.

Infine, l'integrazione di sistemi basati su Intelligenza Artificiale apre la strada a percorsi formativi altamente personalizzati. La possibilità di adattare dinamicamente gli scenari in funzione delle prestazioni dello studente e di generare feedback mirati, rappresenta un'evoluzione significativa verso un apprendimento adattivo e realmente centrato sul discente (*Foronda et al.*).

Tuttavia, nonostante il potenziale evidente, permangono degli ostacoli che ne limitano la diffusione sistemica. Le barriere economiche, logistiche ed infrastrutturali, dall'acquisto dei visori alla formazione del personale docente, costituiscono fattori critici che molte istituzioni non sono ancora pronte a superare. Queste criticità indicano la necessità di strategie istituzionali condivise: università e policy maker dovrebbero collaborare per definire modelli sostenibili di adozione della VR, promuovendo investimenti, ricerca applicata e programmi di implementazione graduale.

CONCLUSIONI

All'interno dei Corsi di Laurea in Infermieristica, la VR si configura sempre più come una risorsa didattica ad alto potenziale trasformativo efficace nel consolidare le conoscenze teoriche, le competenze pratiche e la soddisfazione degli studenti. L'integrazione sistematica della VR nei curricula, combinata con una formazione adeguata del personale docente, può rispondere alle esigenze professionali attuali e future. È dunque auspicabile che le istituzioni universitarie investano in ricerca, tecnologie ed infrastrutture al fine di valorizzare al massimo il potenziale educativo della VR.

BIBLIOGRAFIA

- Foronda C, Fernandez-Burgos M, Nadeau C, et al. Virtual Simulation in Nursing Education: A Systematic Review Spanning 1996 to 2018. *Simulation in Healthcare* 2020; 15(1):46-54.
- Hou M, Lu Y, Liu Y, et al. The impact of virtual reality applied in nurse education on students' clinical thinking: A systematic review. *Nurse Education Today* 2025;146.
- Liu K, Zhang W, Li W, et al. Effectiveness of virtual reality in nursing education: a systematic review and meta-analysis. *BMC Med Educ* 2023; Sep 28; 23(1):710.
- McClain K, Stuart EM. Unlocking New Horizons: Virtual Reality as an Effective Learning Tool. *Lecture Notes in Networks and Systems* 2024; 1150.
- Padilha JM, Machado PP, Ribeiro A, et al. Clinical virtual simulation in nursing education: Randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research* 2019; 21(3).
- Rizzo AS, Koenig ST. Is Clinical Virtual Reality Ready for Primetime? *Neuropsychology* 2017; 31(8):877-899.
- Sanders T, Cairns P. Time perception, immersion and music videogames, in *Proc. 24th BCS Interact Spec Group Conf Sep2010*; 160-167.
- Tinôco JDS, Enders BC, Sonenberg A, et al. Virtual clinical simulation in nursing education: a concept analysis. *Int J Nurs Educ Scholarsh.* 2021; 18;18(1).
- Whitson C, Consoli J. Flow theory and student engagement. *J.Cross-Disciplinary Perspect. Educ* 2009; 2(1):40-49.



NOTIZIE DALLA SEGRETERIA OPI

“ CALL FOR PAPERS ! ”

Il Comitato di Direzione, il Comitato di Redazione ed il Comitato Scientifico della rivista semestrale “L’ordine informa” vi segnalano la Call for Papers per il numero 1/2026, prevista per il mese di Giugno 2026.

La rivista è il nuovo periodico semestrale d’informazione professionale e scientifica dell’OPI di Macerata che dal 2021 è pubblicata on-line sul sito www.opimacerata.it/lordine-informa. Il suo principale obiettivo è promuovere lo sviluppo e la diffusione di contributi scientifici relativi alla teoria, all’ambito clinico-assistenziale, alla formazione, all’organizzazione e ad altri ambiti di interesse disciplinare.

L’invito è rivolto a tutte le colleghe ed i colleghi infermieri ed ostetriche, studentesse e studenti del Corso di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche e del terzo anno del Corso di Laurea in Infermieristica.

“Nella ricerca scientifica né il grado di intelligenza né la capacità di eseguire e portare a termine il compito intrapreso sono fattori essenziali per la riuscita e per la soddisfazione personale. Nell’uno e nell’altro contano maggiormente la totale dedizione e il chiudere gli occhi davanti alle difficoltà”. (Rita Levi-Montalcini, 1994).

CALL FOR PAPERS

La scadenza per l'invio dell'abstract è il **15.05.2026**,
che potrete inviare all'indirizzo redazione@opimacerata.it.
Di seguito potete prendere visione delle norme editoriali
consultabili anche sul sito dell'OPI di Macerata.



NORME EDITORIALI

MANOSCRITTI:

I manoscritti devono essere presentati in italiano, eventuali parole straniere se non italianizzate vanno riportate in corsivo, essi possono essere accompagnati da una Cover Letter ove si spiega brevemente l'appel del lavoro.

Le pagine devono essere numerate in maniera consecutiva.

La **prima pagina** deve comprendere (a) il titolo dell'articolo, (b) il nome per esteso e il cognome del/degli autore/i, (c) la (le) rispettiva(e) istituzione(i), (d) l'indirizzo per la corrispondenza di uno degli autori.

I manoscritti devono includere un **Sommario Breve** di circa 20 parole, tre-sei Parole-Chiave e un **Sommario Esteso** (circa 200 parole) il tutto strutturato a seconda del tipo di articolo, in uno dei due modi che seguono: **Premessa, Materiali e metodi, Risultati, Conclusioni** (per gli articoli contenenti dati di ricerche) oppure **Premessa, Contributi o Descrizioni, Conclusioni** (rassegne, interviste, commenti, saggi).

I manoscritti non devono superare le 2000 parole.

NOTE A PIÈ DI PAGINA:

Nel manoscritto possono essere inserite delle note a piè di pagine, richiamate nel testo con il numero arabo attaccato alla parola e prima dell'eventuale segno d'interpunzione. Si suggerisce di utilizzare le note solo se realmente necessarie e come note esplicative al testo. Tutti i richiami bibliografici vanno inseriti nei riferimenti bibliografici.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI:

I richiami bibliografici nel testo devono essere indicati tra parentesi tonde, **riportando solo il cognome dell'autore** (quando sono solo due, i cognomi vanno separati dalla “e”, quando sono invece più di due, riportare solo il nome del primo autore, seguito da et al.).

I riferimenti bibliografici vanno poi riportati alla fine del manoscritto, **in ordine alfabetico e senza numerazione**.

I cognomi e le iniziali dei nomi di tutti gli autori (quando sono più di tre, riportare solo i nomi dei primi tre autori, seguiti da et al.), il titolo dell'articolo in corsivo, il titolo della rivista abbreviato in accordo con l'*Index Medicus*, l'anno di pubblicazione, il numero del volume, la prima e l'ultima pagina dell'articolo devono essere riportati secondo lo stile qui di seguito esemplificato:

ARTICOLI DI GIORNALI:

Epstein O, De Villers D, Jain S et al. Reduction of immune complex and immunoglobulins induced by D-penicillamine in primary biliary cirrhosis. N Engl J Med 1979;300:274-8.

Libri: *Blumberg BS. The nature of Australia Antigen: infectious and genetic characteristics. In: Popper H, Scaffener F, Eds. Progress in Liver Disease. Vol. IV. Grune and Stratton, New York and London 1972, pp. 367-9.*

TABELLE & FIGURE:

Le **TABELLE** devono essere **numerate consecutivamente con numeri romani** e devono essere consegnate su file separati in formato .doc o .rtf.

Le **FIGURE** devono essere **numerate consecutivamente con numeri arabi** e devono essere presentate anch'esse su file separati in formato .jpeg o .tiff con definizione di 300 dpi, accompagnate da esplicite legende con definizioni di tutti i simboli ed abbreviazioni usati. Qualora i file dovessero essere di bassa definizione o scarsa qualità, la redazione si riserva di comunicarlo agli autori, in modo che vengano riforniti. Nel caso di materiale illustrativo già pubblicato altrove o da altri autori, dovrà essere richiesta l'autorizzazione e indicata chiaramente la fonte in legenda, specificando se è stata riproposta in originale oppure modificata.

RINGRAZIAMENTI:

I ringraziamenti devono essere riportati in fondo allo stesso file dell'articolo.

AUTORI:

Nel caso di più autori, specificare se questi desiderano che sia indicato in cima al manoscritto il ruolo di ciascuno nel lavoro (es: ricercatore principale, autore senior, partecipante, etc; oppure più dettagliatamente).



MANOSCRITTI RIVEDUTI E BOZZE:

I manoscritti **verranno rinviati agli autori con i commenti dei referees** e/o una revisione a cura della Segreteria Scientifica. Se accettati per la pubblicazione, i testi dovranno essere rimandati alla Segreteria Scientifica con il visto del primo autore.

COPYRIGHT: ©

I manoscritti e il relativo materiale illustrativo **rimangono di proprietà dell'OPI di Macerata e non possono essere riprodotti senza un permesso scritto.**

Assieme al manoscritto gli autori sono pregati di inviare alla Segreteria Scientifica la seguente dichiarazione (a firma di ciascun autore): ***“I sottoscritti trasferiscono tutti i diritti d'autore del manoscritto (titolo dell'articolo) all'OPI di Macerata, nel caso il manoscritto sia pubblicato sulla rivista 'L'Ordine Informa'. Gli autori assicurano che l'articolo non è stato pubblicato in precedenza, ne è in corso di valutazione presso altro giornale”.***

INDIRIZZO PER INVIO DEI MANOSCRITTI:

Il lavoro e tutta la documentazione vanno inviati in **formato .doc** all'indirizzo e-mail **redazione@opimacerata.it**.

Per ulteriori informazioni rivolgersi a

ORDINE DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE di MACERATA (OPI)

Corso Cavour, 96 Macerata - Tel: 0733/233051 Fax : 0733/269863 - email:

info@opimacerata.it - PEC : macerata@cert.ordine-opi.it

a cura del Comitato Scientifico