

UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Infermieristica

AUTOEFFICACIA NELLA GESTIONE DEL PAZIENTE PEDIATRICO DA PARTE DEGLI STUDENTI DI INFERMIERISTICA: UNO STUDIO OSSERVAZIONALE CROSS-SECTIONAL

SELF-EFFICACY IN PEDIATRIC PATIENT MANAGEMENT AMONG NURSING STUDENTS: A CROSS-SECTIONAL OBSERVATIONAL STUDY

Relatrice:

Dott.ssa ILARIA FRANCONI

Tesi di Laurea di:

FRANCESCA BALDUCCI

A.A 2025/2026

ABSTRACT:

Background: La gestione del paziente pediatrico è una delle competenze più complesse per gli studenti del Corso di Laurea in Infermieristica. L'autoefficacia percepita, ovvero la convinzione di essere in grado di eseguire con successo un compito, influenza la sicurezza operativa e la qualità dell'assistenza, ma è ancora poco indagata in ambito pediatrico.

Obiettivo: Valutare il livello di autoefficacia percepita dagli studenti del secondo e del terzo anno del Corso di Laurea in Infermieristica dell'Università Politecnica delle Marche nella gestione del paziente pediatrico ed esplorarne l'associazione con la frequenza delle esperienze pratiche di tirocinio.

Materiali e metodi: Studio osservazionale cross-sectional con campionamento di convenienza su base volontaria. Tra settembre e ottobre 2026 è stato somministrato online un questionario anonimo composto da una scheda socio-demografica e dalla scala NSSE-CS (48 attività, valutate per frequenza di esperienza e autoefficacia percepita su scala Likert da 1 a 5), riferita al solo paziente pediatrico. I dati sono stati analizzati con Microsoft Excel mediante statistica descrittiva, correlazione di Spearman, test U di Mann-Whitney e alfa di Cronbach.

Risultati: Hanno partecipato 103 studenti (33 del secondo e 70 del terzo anno; 77,7% di sesso femminile, età media 23,1 anni). Il punteggio medio di autoefficacia è risultato pari a 3,31 ± 0,64 e quello di frequenza 3,04 ± 0,81. L'autoefficacia è risultata più elevata nelle attività assistenziali di base e di monitoraggio (ad esempio la rilevazione dei parametri vitali, 4,84 ± 0,41) e più bassa nelle procedure ad alta complessità clinica (ad esempio la gestione della tracheostomia, 1,99 ± 1,30). Frequenza di esperienza e autoefficacia sono risultate positivamente associate ($\rho = 0,579$;$p<0,001$); l'associazione è risultata positiva per 46 attività su 48 e, dopo correzione per confronti multipli, statisticamente significativa per 40 di esse. Gli studenti del terzo anno hanno riportato punteggi significativamente più alti rispetto a quelli del secondo anno ($p<0,001$), mentre non sono emerse differenze significative tra studenti con e senza tirocinio pediatrico. La coerenza interna della scala è risultata elevata (α di Cronbach = 0,972).

Conclusioni: Gli studenti percepiscono un'autoefficacia complessivamente intermedia e non uniforme, più alta nelle attività di base e più bassa nelle procedure complesse, che rappresentano possibili bisogni formativi: simulazione ed esercitazioni di laboratorio calibrate sul contesto pediatrico potrebbero risultare utili. I risultati vanno interpretati con cautela per il campionamento di convenienza, il disegno trasversale e l'uso di una scala non validata in ambito pediatrico.

Parole chiave: autoefficacia; studenti di Infermieristica; assistenza pediatrica; NSSE-CS; tirocinio clinico.

INDICE:

INTRODUZIONE **6**

CAPITOLO 1 : L'ASSISTENZA INFERMIERISTICA IN AMBITO PEDIATRICO **9**

1.1 Il paziente pediatrico ed i suoi bisogni assistenziali 9

1.2 Il ruolo dell'infermiere 12

1.3 Il modello organizzativo assistenziale "Family-Centred-Care" 15

CAPITOLO 2: IL PERCORSO FORMATIVO PEDIATRICO DELLO STUDENTE INFERMIERE **18**

2.1 Il percorso formativo triennale 18

2.2 Preparazione teorica alla gestione del paziente pediatrico 20

2.3 Apprendimento pratico in pediatria 22

CAPITOLO 3: LA PERCEZIONE DI COMPETENZA DEGLI STUDENTI NELLA GESTIONE DEL PAZIENTE PEDIATRICO **25**

3.1 Il significato di autoefficacia nella formazione infermieristica 25

3.2 Fattori che influenzano la sicurezza percepita nella gestione del paziente pediatrico 27

3.3 La rilevanza della valutazione della competenza percepita in ambito pediatrico 29

CAPITOLO 4: STUDIO OSSERVAZIONALE SULLA PERCEZIONE DI AUTOEFFICACIA DEGLI STUDENTI DI INFERMIERISTICA NELLA GESTIONE PEDIATRICA **32**

4.1 Background 32

4.2 Obiettivo 33

4.3 Materiali e metodi 33

4.3.1 Disegno e setting dello studio *33*

4.3.2 Domanda di ricerca *33*

4.3.3 Popolazione e campionamento *33*

4.3.4 Strumenti per la raccolta dati *34*

4.3.5 Procedura e modalità di somministrazione *34*

4.3.6 Analisi statistica *35*

4.4 Risultati 36

4.5 Discussione 46

4.6 Conclusione 50

BIBLIOGRAFIA **52**

ALLEGATI **56**

INTRODUZIONE:

L'assistenza infermieristica pediatrica rappresenta un ambito complesso ed altamente specializzato della pratica clinica, in cui il professionista è chiamato ad integrare competenze tecniche, comunicative e relazionali adatte alle diverse fasi dello sviluppo del bambino. La gestione del paziente pediatrico richiede un approccio dinamico e flessibile, capace di rispondere a bisogni assistenziali che cambiano rapidamente nel corso della crescita e che sono influenzati da fattori fisiologici, emotivi, cognitivi e familiari. Per questo motivo, l'infermiere deve possedere una preparazione specifica che gli consenta di garantire sicurezza, continuità assistenziale ed un elevato livello di qualità delle cure, operando in stretta collaborazione con la famiglia e con l'équipe multidisciplinare. La complessità dell'assistenza pediatrica non riguarda esclusivamente gli aspetti clinici, ma coinvolge anche la dimensione relazionale ed educativa. Il bambino vive la malattia in modo diverso rispetto all'adulto, e la sua capacità di comprendere ciò che accade dipende dall'età, dal livello di sviluppo e dal contesto familiare. Allo stesso tempo, la famiglia rappresenta un elemento centrale del percorso di cura: la presenza dei genitori, la loro partecipazione attiva e la loro capacità di collaborare con l'équipe sanitaria influenzano in modo significativo il benessere del bambino e la qualità dell'assistenza. Per questo motivo, l'infermiere deve essere in grado di instaurare una relazione di fiducia, comunicare in modo efficace, sostenere la famiglia e promuovere comportamenti assistenziali sicuri ed appropriati. La qualità dell'apprendimento pratico, inoltre, può variare in base alle opportunità di tirocinio svolte durante il percorso universitario, ed alla disponibilità di tutor esperti. Alcuni studenti possono essere esposti a situazioni cliniche complesse, mentre altri possono incontrare un numero limitato di esperienze significative. Questa variabilità rende ancora più importante disporre di strumenti che permettano di valutare in modo sistematico il livello di competenza acquisito, indipendentemente dal contesto formativo vissuto.

La difficoltà non riguarda solo l'esecuzione delle procedure tecniche, ma anche la capacità di comunicare con il bambino, di interpretare segnali clinici talvolta poco evidenti, di gestire l'ansia dei genitori e di mantenere un comportamento professionale in situazioni emotivamente coinvolgenti. Per questo motivo, risulta essenziale comprendere come gli studenti valutino le proprie competenze nella gestione del paziente pediatrico e quali aspetti del percorso formativo influenzino tale autovalutazione.

L'autovalutazione delle competenze rappresenta un elemento chiave nella formazione infermieristica. Essa non si limita a descrivere una percezione soggettiva, ma costituisce un indicatore utile per comprendere il livello di sicurezza professionale, la capacità di affrontare situazioni complesse e la consapevolezza dei propri limiti. Una buona autovalutazione favorisce

comportamenti assistenziali più sicuri, una maggiore efficacia nelle decisioni cliniche ed una migliore gestione dello stress, elementi essenziali nell'assistenza pediatrica. Al contrario, una scarsa consapevolezza delle proprie competenze può influire negativamente sulla qualità dell'assistenza, sulla capacità decisionale e sulla gestione delle situazioni critiche.

Il concetto di autoefficacia, ampiamente studiato in ambito educativo e professionale, si riferisce alla convinzione dell'individuo di essere in grado di affrontare con successo determinate situazioni. Nel contesto infermieristico, l'autoefficacia influisce sulla capacità di prendere decisioni, sulla gestione delle emergenze, sulla comunicazione con il paziente e sulla qualità complessiva dell'assistenza. In ambito pediatrico, dove le condizioni cliniche possono evolvere rapidamente e richiedere interventi immediati, l'autoefficacia assume un ruolo ancora più rilevante. Sentirsi preparati, competenti ed in grado di gestire situazioni complesse contribuisce a ridurre l'ansia, a migliorare la performance clinica ed a garantire maggiore sicurezza per il bambino.

Alla luce di queste considerazioni, il presente elaborato si propone di analizzare in modo approfondito il tema dell'assistenza infermieristica pediatrica e della formazione dello studente infermiere, con particolare attenzione al ruolo dell'autovalutazione delle competenze nella gestione del paziente pediatrico. La scelta di indagare l'autoefficacia degli studenti nella gestione del paziente pediatrico nasce dalla consapevolezza che la sicurezza professionale non dipende esclusivamente dalle conoscenze acquisite, ma anche dalla capacità di riconoscere i propri limiti, di riflettere sulle esperienze vissute e di identificare i bisogni formativi personali.

La struttura del lavoro prevede quattro capitoli, ciascuno dei quali affronta un aspetto specifico del tema.

Nel **Capitolo I** verranno analizzati i bisogni assistenziali del paziente pediatrico e il ruolo dell'infermiere nei diversi contesti di cura. Sarà inoltre approfondito il modello organizzativo del Family-Centred-Care, che rappresenta uno dei pilastri dell'assistenza pediatrica moderna e che pone la famiglia al centro del percorso assistenziale.

Il **Capitolo II** sarà dedicato al percorso formativo dello studente infermiere, con particolare attenzione alla preparazione teorica e pratica necessaria per la gestione del paziente pediatrico. Verranno analizzate le modalità di apprendimento, le esperienze di tirocinio e gli strumenti utilizzati per sviluppare competenze professionali adeguate.

Nel **Capitolo III** verrà approfondito il concetto di autoefficacia nella formazione infermieristica, analizzando i fattori che influenzano l'autovalutazione delle competenze nella gestione del bambino. Sarà inoltre evidenziata l'importanza della valutazione della competenza percepita come strumento utile per orientare la progettazione didattica e migliorare la preparazione dei futuri professionisti sanitari.

Infine, nel **Capitolo IV** verrà presentato uno studio osservazionale descrittivo rivolto agli studenti del Corso di Laurea in Infermieristica, finalizzato a esplorare il loro livello di autoefficacia nella gestione del paziente pediatrico. Attraverso la somministrazione di un questionario strutturato, lo studio intende individuare punti di forza, criticità e bisogni formativi, con l'obiettivo di contribuire alla definizione di percorsi educativi più mirati ed alla costruzione di competenze professionali solide, consapevoli e adeguate alle esigenze dell'assistenza pediatrica contemporanea.

CAPITOLO 1: L'ASSISTENZA INFERMIERISTICA IN AMBITO PEDIATRICO

1.1 IL PAZIENTE PEDIATRICO ED I SUOI BISOGNI ASSISTENZIALI

Per assistenza al paziente pediatrico si intende un ambito sanitario in cui al centro di tutto c'è il bambino. Il termine "paziente pediatrico" si riferisce a soggetti dalla nascita fino al diciottesimo anno di età [1]. Tuttavia, all'interno di questa fascia anagrafica, ogni fase evolutiva presenta caratteristiche peculiari e bisogni assistenziali specifici. Per questo motivo l'approccio infermieristico deve essere necessariamente personalizzato, adatto allo sviluppo neuropsicomotorio, alle capacità comunicative ed alla vulnerabilità clinica del bambino. In ambito neurologico tali differenze risultano particolarmente evidenti, poiché la maturazione del sistema nervoso centrale procede per tappe. Anche il sistema respiratorio presenta caratteristiche peculiari, le vie aeree sono più strette nelle prime fasi di vita del bambino, la gabbia toracica è più elastica e la capacità di compenso è limitata, perciò tutte queste caratteristiche rendono il bambino più esposto a episodi di desaturazione o difficoltà respiratorie in presenza di malattia acuta. Dal punto di vista metabolico, la diversa distribuzione dei liquidi corporei ed il metabolismo più rapido influenzano la risposta ai farmaci e la gestione clinica complessiva. Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO), la cura del bambino deve essere quindi orientata allo sviluppo, alla protezione emotiva ed alla creazione di un ambiente sicuro e prevedibile, in grado di ridurre lo stress e favorire la collaborazione [2]. La vulnerabilità pediatrica si esprime anche nella maggiore sensibilità agli stimoli ambientali. Rumori, luci intense, separazione dai genitori, procedure invasive o contesti sconosciuti possono generare ansia ed influenzare negativamente il benessere del bambino. Per questo motivo, gli standard internazionali raccomandano gli ambienti di cura progettati specificatamente per l'età pediatrica, con spazi dedicati al gioco, alla distrazione ed alla regolazione emotiva [2].

Le principali caratteristiche assistenziali per fascia d'età sono:

- **NEONATO (0-28 giorni):** Presenta un'elevata immaturità fisiologica ed una totale dipendenza dai caregiver. Richiede monitoraggio continuo dei parametri vitali, attenzione alla termoregolazione, alla nutrizione ed all'idratazione. La comunicazione avviene esclusivamente attraverso segnali non verbali, come il pianto, la postura e la reattività agli stimoli, che devono essere interpretati con precisione [3].
- **LATTANTE (1 mese - 1 anno):** È caratterizzato da rapidi cambiamenti nello sviluppo motorio, sensoriale ed emotivo. L'assistenza si concentra sull'osservazione del comportamento, sulla promozione dell'alimentazione adeguata, sulla prevenzione delle

infezioni e sul sostegno alla relazione genitore-bambino. Il lattante comunica bisogni e discomfort attraverso il pianto, l'irritabilità o variazioni del ritmo sonno-veglia [3].

- **PRIMA INFANZIA (1-3 anni):** Il bambino può essere agitato, poco collaborante ed incapace di comprendere la malattia. La priorità assistenziale è la sicurezza fisica, la prevenzione degli incidenti e la creazione di un ambiente rassicurante. Il gioco diventa uno strumento comunicativo essenziale per instaurare fiducia, ridurre l'ansia e facilitare l'esecuzione delle attività assistenziali [3].
- **ETA' PRESCOLARE (3-6 anni):** Il bambino inizia a comprendere ciò che accade intorno a lui, ma può provare paura verso l'ambiente sanitario e le procedure. È importante utilizzare un linguaggio semplice, spiegazioni brevi e tecniche di distrazione. Le attività ludiche e simboliche aiutano il bambino ad elaborare l'esperienza ed a collaborare in modo più sereno [3].
- **ETA' SCOLARE (6-12 anni):** Il bambino possiede una maggiore consapevolezza del proprio corpo e dello stato di salute. Può partecipare attivamente alle attività assistenziali, comprendere spiegazioni più articolate e porre domande. È fondamentale sostenere la sua autonomia, favorire la comunicazione e mantenere il legame con la scuola e con il gruppo dei pari, elementi cruciali per il benessere psicologico [3].
- **ADOLESCENZA (12-18 anni):** L'adolescente vive l'esperienza di malattia con forte coinvolgimento emotivo e può manifestare bisogno di privacy, desiderio di autonomia e sensibilità rispetto alla propria immagine. L'assistenza deve rispettare la sua identità, favorire la partecipazione alle decisioni e sostenere l'aderenza ai trattamenti. È importante riconoscere eventuali difficoltà emotive, legate alla percezione di diversità o alla temporanea perdita di indipendenza [3].

In generale l'assistenza infermieristica al paziente pediatrico, si concentra sui bisogni del bambino, coinvolgendo attivamente sia lui che la famiglia. La presenza dei genitori durante il ricovero rappresenta un elemento fondamentale per il benessere del bambino. Il coinvolgimento attivo della famiglia contribuisce a ridurre lo stress, migliorando l'aderenza ai trattamenti. Non si va ad intervenire solo sulle problematiche cliniche, ma è anche fondamentale prestare attenzione ai suoi bisogni psicologici ed emotivi. All'interno degli ospedali i bambini vengono trattati in modo equo, indipendentemente dalla loro età o condizione clinica. I professionisti coinvolti nella loro presa in carico devono dimostrare professionalità e rispetto, salvaguardando i diritti dei pazienti più piccoli. Un riferimento fondamentale è rappresentato dalla "Carta dei diritti del bambino in Ospedale" pubblicata dalla "European Association for Children in

Hospital", che definisce in modo chiaro e specifico i diritti dei bambini ricoverati, sottolineando l'importanza di rispettare l'identità del bambino e le sue esigenze psicologiche [4].

I dieci diritti mostrati in questo documento sono:

1. **AMMISSIONE APPROPRIATA:** " I bambini devono essere ricoverati in ospedale solo se le cure di cui hanno bisogno non possono essere ugualmente ben fornite a casa o su base giornaliera" (EACH,art.1).
2. **PRESENZA DEI GENITORI:** " I bambini in ospedale avranno il diritto di avere i loro genitori, o chi ne fa le veci, in ogni momento" (EACH,art.2).
3. **SUPPORTO AI GENITORI:** "L'ospedale deve offrire sistemazioni adeguate a tutti i genitori e fornire aiuto ed incoraggiamento affinché possano restare accanto al bambino. I genitori non devono sostenere costi aggiuntivi né subire perdite economiche per poter assistere il proprio figlio. Per permettere loro di partecipare attivamente alla cura, i genitori devono essere informati sulle routine del reparto ed incoraggiati a collaborare nelle attività assistenziali" (EACH,art.3).
4. **INFORMAZIONE COMPRENSIBILE:** " I bambini ed i genitori hanno il diritto di essere informati in modo adeguato all'età ed alle loro capacità di comprensione. Devono essere adottate misure per mitigare lo stress fisico ed emotivo" (EACH,art.4).
5. **PARTECIPAZIONE ALLE DECISIONI:** " I bambini ed i genitori hanno il diritto di partecipare a tutte le decisioni che riguardano la loro assistenza sanitaria. Ogni bambino deve essere protetto da trattamenti ed indagini mediche non necessari." (EACH,art.5).
6. **AMBIENTE ADEGUATO ALL'ETA':** "I bambini devono essere assistiti insieme ad altri bambini che hanno gli stessi bisogni evolutivi e non devono essere ricoverati in reparti per adulti. Non devono essere applicate restrizioni di età per i visitatori dei bambini in ospedale" (EACH,art.6).
7. **GIOCO,EDUCAZIONE E SVAGO:** "I bambini avranno piena opportunità di gioco, ricreazione ed istruzione adatta alla loro età e condizione, e devono essere in un ambiente progettato,arredato,con personale ed attrezzature adeguate a soddisfare i loro bisogni" (EACH,art.7).
8. **PERSONALE QUALIFICATO:** "I bambini devono essere assistiti da personale la cui formazione e competenze permettano di rispondere ai bisogni fisici, emotivi e dello sviluppo dei bambini e delle loro famiglie." (EACH,art.8).
9. **CONTINUITA' DI CURA:** "La continuità delle cure dovrebbe essere garantita dal team che si occupa dei bambini" (EACH,art.9).

10. **RISPETTO E PRIVACY:** "I bambini devono essere trattati con tatto e comprensione e la loro privacy deve essere rispettata in ogni momento" (EACH,art.10).

La centralità della famiglia, già evidenziata dalla carta EACH, è confermata anche dalle linee guida dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS). La famiglia non è solo un elemento di supporto emotivo, ma una parte integrante del percorso di cura: conosce il bambino, ne interpreta i segnali, ne sostiene i bisogni e contribuisce alla continuità assistenziale. Il coinvolgimento attivo dei genitori riduce l'ansia del bambino, migliora la stabilità emotiva e favorisce una maggiore aderenza ai trattamenti [5].

1.2 IL RUOLO DELL'INFERMIERE:

L'assistenza infermieristica nel contesto pediatrico si distingue per una spiccata complessità operativa e metodologica, determinata dalla necessità di interfacciarsi non soltanto con il singolo paziente, ma con un nucleo sistemico composto dal bambino e dalla sua famiglia [6]. In questo panorama, il ruolo dell'infermiere oltrepassa la pura dimensione prestazionale o l'esecuzione rigida dei gesti tecnici, configurandosi come una funzione professionale articolata che integra competenze clinico-assistenziali, capacità comunicativo-relazionali, responsabilità educative ed etiche [3].
Sul piano clinico, la prima grande specificità dell'agire infermieristico riguarda la valutazione ed il monitoraggio continuo delle condizioni del piccolo paziente. Poiché il bambino, specialmente nelle prime fasi dello sviluppo, non possiede ancora una piena capacità di verbalizzare il proprio malessere, l'infermiere deve sviluppare una elevata capacità di cogliere dettagli anche minimi [6]. Ciò comporta non solo l'impiego di scale di valutazione validate e parametrate in base all'età (come la scala FLACC) [7], ma anche la capacità di interpretare correttamente i segnali non verbali, quali alterazioni della postura, modificazioni del pianto, irritabilità inspiegabile o variazioni del ritmo sonno-veglia, che spesso rappresentano gli unici indicatori di un peggioramento del quadro fisiopatologico.
Un secondo ambito di primaria rilevanza è rappresentato dalla gestione della sicurezza clinica e dalla somministrazione della terapia farmacologica. In pediatria, la variabilità e le peculiarità della farmacocinetica e della farmacodinamica rendono il processo di gestione dei farmaci un'attività ad altissimo rischio di errore. L'infermiere assume quindi la responsabilità di calcolare accuratamente i dosaggi individuali in base al peso corporeo o alla superficie corporea, di monitorare gli accessi vascolari e di prevenire eventuali reazioni avverse, garantendo la massima sicurezza durante tutto il ricovero [8].

Accanto alla dimensione clinica, la componente comunicativa ed emotiva costituisce un pilastro insostituibile della funzione infermieristica [3]. La malattia e l'ospedalizzazione generano nel bambino elevati livelli di stress, ansia da separazione e paura verso un ambiente estraneo o verso procedure percepite come minacciose [6]. L'infermiere è chiamato a modulare il proprio linguaggio adattandolo al livello cognitivo ed evolutivo del minore, ricorrendo a strategie non farmacologiche e metodologie relazionali avanzate, quali il gioco terapeutico, la distrazione e l'uso di narrazioni o supporti visivi [9,10].Tali interventi non hanno una semplice funzione ricreativa, ma rappresentano veri e propri strumenti assistenziali volti a rendere i trattamenti prevedibili, a promuovere la collaborazione attiva del piccolo ed a tutelarne la stabilità psicologica [11].
Allo stesso tempo, il ruolo dell'infermiere si estende direttamente verso i genitori ed i caregiver, attraverso l'educazione terapeutica ed il supporto informativo. In accordo con le raccomandazioni internazionali e con i principi della Family-Centred-Care, l'infermiere guida la famiglia nella comprensione delle condizioni di salute del figlio, ne sostiene il ruolo attivo durante la degenza e la addestra alla gestione delle cure domiciliari [12].Tale attività educativa diventa determinante nelle patologie croniche o complesse, in cui la capacità dei genitori di riconoscere tempestivamente i segnali d'allarme e di somministrare in modo corretto i farmaci di emergenza, garantisce la continuità assistenziale tra la struttura ospedaliera ed il contesto della vita quotidiana [5,13].
Un'altra attività essenziale dell'infermiere pediatrico consiste nel proteggere il bambino durante le comunicazioni cliniche che avvengono tra adulti, sia tra professionisti, sia tra genitori ed équipe. Il bambino, anche quando sembra distratto o non pienamente consapevole, percepisce tono, contenuti e tensioni emotive, e può interpretare in modo distorto informazioni che non sono pensate per lui [14,15]. L'infermiere ha quindi il compito di vigilare affinché il minore non venga esposto a conversazioni inappropriate, allarmanti o non filtrate, che potrebbero generare paura, senso di colpa o fraintendimenti sulla propria condizione di salute. Questa attività richiede una sensibilità particolare: il professionista deve riconoscere quando la presenza del bambino rende necessario modificare il linguaggio, rimandare la discussione o spostarla in un luogo più riservato [16]. La tutela comunicativa del bambino non riguarda solo ciò che viene detto, ma anche come viene detto: tono di voce, espressioni facciali, sospiri, sguardi preoccupati sono elementi che il bambino coglie immediatamente [17]. L'infermiere svolge un ruolo di mediazione quando i genitori, sopraffatti dall'ansia, tendono a parlare del bambino come se non fosse presente, esprimendo paure o preoccupazioni che possono ferirlo o confonderlo. In questi casi si interviene con tatto, aiutando gli adulti a comprendere l'importanza di una comunicazione protetta e rispettosa, orientata a sostenere il benessere psicologico del minore [18,19].

Inoltre, l'infermiere opera come figura chiave all'interno dell'équipe multidisciplinare (composta da figure come pediatri, psicologi ed educatori), facilitando il flusso informativo tra i diversi professionisti e contribuendo in modo determinante alla stesura ed all'aggiornamento del Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) [6]. Attraverso questa visione olistica ed integrata, l'assistenza infermieristica risponde pienamente ai bisogni di salute del bambino, promuovendone la dignità, la sicurezza ed il benessere globale all'interno del percorso di cura [3,18].

Non va trascurata la dimensione emotivo-relazionale che coinvolge direttamente il professionista infermiere. Operare in contesti pediatrici espone continuamente alla sofferenza infantile ed alla fragilità delle famiglie, richiedendo la maturazione di un'elevata intelligenza emotiva ed un adeguato equilibrio personale [20,21].L'infermiere deve saper praticare un'empatia consapevole, capace di accogliere la sofferenza altrui senza smarrire la lucidità necessaria per l'esercizio del ragionamento clinico e del problem solving [22]. Anche la dimensione etica rappresenta un elemento imprescindibile del ruolo infermieristico in ambito pediatrico. Un primo elemento fondamentale riguarda il rispetto della privacy e dell'intimità del bambino, spesso sottovalutato [4]. Questo implica che l'infermiere debba adottare comportamenti attenti e rispettosi, evitando esposizioni non necessarie del corpo, spiegando le procedure in modo adeguato all'età e chiedendo sempre il consenso del bambino quando possibile, anche se non formalmente vincolante [5]. Il coinvolgimento del minore nelle decisioni che lo riguardano, rappresenta un altro pilastro etico dell'assistenza pediatrica: il bambino deve essere ascoltato, informato con un linguaggio comprensibile ed accompagnato nella comprensione di ciò che accade, affinché possa partecipare attivamente al percorso di cura secondo le sue capacità cognitive ed emotive [4,14]. La gestione del consenso informato costituisce un ulteriore ambito di grande rilevanza. In pediatria, il consenso formale è espresso dai genitori o dai tutori legali, ma l'infermiere ha il compito di garantire che tale consenso sia realmente informato, cioè basato su una comprensione chiara e completa delle procedure, dei rischi e dei benefici [23].

L'infermiere svolge un ruolo di mediazione tra équipe medica e famiglia, traducendo il linguaggio tecnico in termini accessibili e verificando che i genitori abbiano compreso le informazioni ricevute [15,19]. Allo stesso tempo, deve assicurarsi che il bambino non venga sottoposto a trattamenti non necessari o potenzialmente traumatici, nel rispetto del principio di non maleficenza [4]. La dimensione etica si estende anche alla protezione del bambino da possibili situazioni di rischio o maltrattamento. L'infermiere, grazie alla sua presenza costante accanto al minore, è spesso il primo professionista in grado di cogliere segnali di allarme, come comportamenti regressivi, lesioni sospette, scarsa igiene o atteggiamenti genitoriali inappropriati [24,25]. In questi casi, ha il dovere

etico e professionale di attivare i percorsi di segnalazione previsti, collaborando con il team multidisciplinare e con i servizi territoriali per garantire la sicurezza del bambino [25].La tutela del minore, infatti, supera la dimensione clinica e si estende alla protezione dei suoi diritti fondamentali [4].La complessità del contesto pediatrico rende quindi l'etica non un elemento accessorio, ma una componente strutturale del ruolo infermieristico, che orienta la pratica quotidiana e contribuisce ad un'assistenza realmente incentrata sul bambino e sulla sua famiglia [18].

1.3 IL MODELLO ORGANIZZATIVO ASSISTENZIALE "FAMILY-CENTRED-CARE"

Il modello assistenziale del "Family-Centred Care" (FCC) rappresenta oggi uno dei pilastri fondamentali dell'assistenza pediatrica moderna, poiché riconosce la famiglia come partner attivo ed imprescindibile nel percorso di cura del bambino [18].Nato negli anni '60 con l'obiettivo di comprendere il punto di vista dei pazienti e dei loro caregiver rispetto all'assistenza ricevuta [26].

Alla base del modello FCC vi sono alcuni principi cardine: rispetto reciproco, condivisione delle informazioni, partecipazione attiva e collaborazione. Il rispetto reciproco implica il riconoscimento del valore della famiglia come risorsa, portatrice di conoscenze uniche sul bambino, sulle sue abitudini, sulle sue reazioni emotive e sui suoi bisogni quotidiani. La condivisione delle informazioni rappresenta un elemento essenziale per costruire un'alleanza terapeutica solida: i genitori devono essere informati in modo chiaro, completo e comprensibile, affinché possano partecipare consapevolmente alle decisioni assistenziali [15]. La partecipazione attiva, infine, si traduce nella possibilità per la famiglia di contribuire alla cura del bambino, di esprimere opinioni, di porre domande e di collaborare con il team multidisciplinare nella gestione quotidiana del ricovero [14]. Nel documento EACH, ad esempio, si sottolinea che "i genitori devono essere informati sulle routine del reparto ed incoraggiati a collaborare nelle attività assistenziali", evidenziando come la partecipazione familiare non sia un elemento accessorio, ma un requisito strutturale dell'assistenza pediatrica [4]. La presenza costante dei genitori diventa quindi un elemento stabilizzante, capace di ridurre l'angoscia del bambino e di facilitare l'interazione con gli operatori sanitari. Inoltre, i genitori sono spesso gli unici in grado di interpretare segnali comportamentali sottili, variazioni dell'umore o modifiche nelle routine quotidiane; informazioni preziose per l'equipe infermieristica nella valutazione clinica e nella pianificazione dell'assistenza. Un altro aspetto centrale del FCC riguarda la co-costruzione del piano assistenziale. L'infermiere non si limita ad informare la famiglia, ma la coinvolge attivamente nella definizione degli obiettivi di cura,

nella gestione quotidiana del bambino e nella prevenzione delle situazioni a rischio [5]. L'educazione terapeutica rivolta ai genitori diventa quindi uno strumento essenziale per garantire continuità assistenziale e sicurezza, permettendo loro di riconoscere precocemente eventuali segnali di peggioramento [27].Questo modello promuove una visione dell'assistenza orientata alla prevenzione del sovraccarico familiare, riconoscendo che la partecipazione attiva dei genitori, se non adeguatamente supportata, può trasformarsi in un peso emotivo ed organizzativo [28]. L'infermiere deve essere in grado di valutare il livello di carico familiare, di identificare eventuali segnali di affaticamento e di proporre strategie di supporto che permettano ai genitori di mantenere un equilibrio tra il ruolo assistenziale e le proprie esigenze personali. La prevenzione del sovraccarico rappresenta un elemento essenziale per garantire una partecipazione familiare sostenibile e per preservare il benessere globale del nucleo familiare [28].

Il FCC promuove inoltre un'organizzazione dei servizi più flessibile e adattabile ai bisogni della famiglia. Ciò include la possibilità di personalizzare gli orari delle visite, di prevedere spazi dedicati ai genitori, di facilitare la loro permanenza in reparto e di offrire supporto psicologico quando necessario [18]. La riduzione dello stress familiare migliora non solo il benessere emotivo dei caregiver, ma anche la capacità di collaborare con l'equipe sanitaria e di sostenere il bambino durante il ricovero. In questo senso, il FCC non si limita a coinvolgere la famiglia, ma tutela attivamente, riconoscendo che il benessere dei genitori è strettamente correlato alla qualità dell'assistenza fornita al bambino [6]. Questo modello valorizza la cultura della sicurezza. La famiglia diventa un ulteriore livello di protezione per il bambino, integrandosi con i sistemi di monitoraggio clinico e con le procedure di prevenzione del rischio adottare dal personale sanitario [2]. Nel complesso, il Family- Centred Care si configura come un modello dinamico, che richiede competenze comunicative avanzate, sensibilità relazionale e capacità di adattamento da parte degli infermieri [19]. È un modello che incoraggia una visione dell'assistenza orientata alla continuità nel tempo, promuovendo un collegamento strutturato tra ospedale, territorio e scuola, affinché il percorso di cura non si interrompa con la dimissione, ma accompagni il bambino e la sua famiglia nelle diverse fasi della crescita [13]. La collaborazione tra equipe ospedaliera, pediatra di libera scelta, ed istituzioni scolastiche, permette di condividere informazioni cliniche essenziali, definire strategie comuni e prevenire interruzioni nel percorso di cura. Tale integrazione facilita inoltre l'elaborazione di piani educativi personalizzati, indispensabili per garantire al bambino un ambiente scolastico inclusivo e sicuro [29]. Il coinvolgimento della scuola diventa quindi parte integrante del progetto assistenziale, contribuendo a ridurre il rischio di isolamento sociale ed a sostenere il benessere globale del

bambino. In questo modo, il FCC supera i confini del reparto ospedaliero e si configura come un modello realmente esteso alla comunità, capace di accompagnare il minore e la sua famiglia in ogni contesto di vita quotidiana [13].

Inoltre, questo modello assistenziale richiede anche una forte attenzione alla dimensione culturale, riconoscendo che le famiglie possono avere valori, credenze e modalità di cura profondamente diverse. L'infermiere deve essere in grado di adattare il proprio approccio comunicativo ed assistenziale alle specificità culturali della famiglia, evitando giudizi e promuovendo un clima di rispetto ed inclusione [30]. La competenza culturale diventa quindi un elemento essenziale per garantire equità di trattamento e per costruire una relazione di cura che valorizzi le differenze come risorsa.

Altro elemento fondamentale del FCC riguarda la valutazione delle aspettative familiari, spesso sottovalutata nella pratica clinica. Ogni famiglia arriva in ospedale con un proprio bagaglio di esperienze, convinzioni, paura ed aspettative rispetto alla malattia del bambino. L'infermiere, attraverso un ascolto attivo ed una comunicazione empatica, deve essere in grado di identificare queste aspettative ed integrarle nel piano assistenziale, evitando incomprensioni o conflitti che potrebbero compromettere la collaborazione [14]. La valutazione delle aspettative permette di costruire un percorso di cura personalizzato, che rispetti la storia familiare e valorizzi la partecipazione dei genitori. Collegato a ciò è importante anche far esprimere alle famiglie una valutazione rispetto all'esperienza di cura, che non si limita agli esiti clinici, ma comprende la percezione dei genitori rispetto alla qualità dell'assistenza ricevuta. L'infermiere partecipa attivamente alla raccolta di feedback, anche attraverso conversazioni informali, che permettono di individuare i punti di forza, le criticità ed i bisogni emergenti. La valutazione dell'esperienza familiare non ha solo una funzione descrittiva, ma rappresenta un indicatore di qualità che orienta il miglioramento continuo dei servizi e permette di adattare l'assistenza alle esigenze reali delle famiglie [31].

CAPITOLO 2: IL PERCORSO FORMATIVO PEDIATRICO DELLO STUDENTE INFERMIERE

2.1 IL PERCORSO FORMATIVO TRIENNALE

Il percorso formativo del Corso di Laurea in Infermieristica dell'Università Politecnica delle Marche è strutturato per accompagnare lo studente in una progressiva costruzione delle competenze professionali, integrando insegnamenti teorici, attività di laboratorio e tirocinio clinico, in conformità al quadro normativo nazionale ed agli standard formativi europei. [32].
L'organizzazione del curriculum rispecchia la complessità della professione infermieristica, che richiede una solida preparazione biomedica, capacità tecnico-assistenziali, competenze comunicative ed una piena consapevolezza etica e relazionale [3].
Il piano di studi si articola in tre anni accademici, ciascuno dei quali presenta obiettivi formativi specifici ed un livello crescente di responsabilità operativa. Le attività sono misurate in crediti formativi universitari (CFU). L'intero percorso è organizzato in diverse tipologie di attività formative: di base, alle quali si aggiungono le attività a scelta, le competenze linguistiche ed informatiche, e la prova finale con valore abilitante [32].
Il primo anno rappresenta la fase introduttiva del percorso formativo, in cui lo studente acquisisce le conoscenze fondamentali per comprendere il funzionamento del corpo umano ed i principi essenziali dell'assistenza infermieristica. Il piano di studi include insegnamenti di area biomedica (biologia, biochimica, anatomia, fisiologia), oppure materie umanistiche (psicologia e sociologia), e si inizia anche ad inquadrare l'assistenza infermieristica, ponendo la concentrazione sulle teoriche del nursing. Questa fase ha l'obiettivo di costruire le basi del ragionamento clinico e della metodologia professionale [3,33]. Le attività di laboratorio del primo anno, svolte presso spazi dedicati della Facoltà, permettono allo studente di esercitare le prime abilità tecniche in ambiente protetto, utilizzando simulatori e manichini sotto la supervisione di guide di laboratorio.
Parallelamente, il tirocinio clinico introduce lo studente ai contesti assistenziali reali. Nel primo anno sono previsti 12 CFU di tirocinio, affiancati da una prova che valuta le competenze acquisite [33]. L'esperienza è orientata alla comprensione dell'organizzazione dei servizi sanitari, all'osservazione dei bisogni dei pazienti e all'apprendimento delle procedure di base, sempre sotto la guida di tutor esperti.
Il secondo anno segna il passaggio dell'apprendimento delle basi teoriche alla gestione del paziente con bisogni clinici più complessi. Il piano di studi prevede insegnamenti di area medica e chirurgica, tra cui medicina interna, malattie infettive, farmacologia, radioprotezione, chirurgia generale e specialistica. A questi si affiancano moduli di infermieristica, che guidano lo studente

nell'integrazione tra conoscenze cliniche ed interventi assistenziali. In questa fase, lo studente inizia a confrontarsi con quadri fisiopatologici articolati, apprendendo a riconoscere segni e sintomi, a monitorare parametri clinici ed a collaborare con l'equipe multidisciplinare. L'insegnamento di pediatria generale e specialistica, previsto nel secondo semestre, introduce le prime conoscenze specifiche relative alla gestione del bambino. Il tirocinio del secondo anno, pari a 14 CFU, assume un ruolo centrale nella formazione [33]. L'esposizione a diversi reparti consente allo studente di sviluppare maggiore autonomia, consolidare le competenze tecniche e perfezionare la capacità di adattare l'assistenza ai bisogni del paziente. L'esperienza anche qui viene poi accompagnata da una prova che valuta la capacità di integrare teoria e pratica. Sono inoltre previsti seminari specialistici che permettono allo studente di ampliare la propria formazione in aree di interesse specifico, favorendo un apprendimento personalizzato ed orientato alla futura pratica professionale [33].
Il terzo anno completa il percorso formativo con insegnamenti avanzati, orientati alla gestione del paziente critico, alla presa di decisione ed alla continuità assistenziale. Il piano di studi include moduli dedicati all'emergenza, alla salute mentale, all'infermieristica territoriale, alla neurologia, alla riabilitazione ed alla medicina legale [33]. Questa fase è caratterizzata da un forte orientamento alla responsabilità professionale: lo studente è chiamato ad integrare competenze tecniche, comunicative, gestionali ed etiche, sviluppando una visione globale dell'assistenza infermieristica. I laboratori del terzo anno consolidano le abilità pratiche, mentre le attività di statistica e metodologia della ricerca favoriscono la capacità di interpretare dati clinici e di applicare principi di Evidence-Based Nursing. Il tirocinio del terzo anno, pari a 25 CFU, rappresenta l'esperienza più significativa dell'intero percorso [33].Lo studente opera in contesti ad alta complessità, affronta situazioni cliniche critiche e partecipa attivamente alla pianificazione assistenziale, sempre sotto la supervisione di tutor esperti. L'obiettivo è raggiungere un livello di autonomia compatibile con l'ingresso nella professione. Il percorso si conclude con la prova finale con valore abilitante, che certifica il raggiungimento delle competenze richieste per l'esercizio della professione infermieristica [33].
L'organizzazione del triennio riflette una progressione intenzionale delle competenze: dalle basi biomediche alla gestione del paziente complesso, dall'osservazione alla responsabilità operativa, dalla teoria alla pratica avanzata. L'alternanza strutturata tra teoria, laboratorio e tirocinio consente di sviluppare una visione critica dell'assistenza, favorendo la capacità di adattarsi ai diversi contesti clinici e di collaborare efficacemente con l'équipe multidisciplinare. L'intero curriculum è orientato alla costruzione di un professionista consapevole [3,32]. Questa progressione rappresenta il presupposto indispensabile per affrontare con competenza anche gli ambiti specialistici, tra cui la pediatria, introdotta nel secondo semestre del secondo anno [33].

2.2 PREPARAZIONE TEORICA ALLA GESTIONE DEL PAZIENTE PEDIATRICO

La preparazione teorica alla gestione del paziente pediatrico rappresenta una componente essenziale del percorso formativo dello studente infermiere, poiché consente di acquisire le conoscenze necessarie per comprendere le peculiarità fisiologiche, psicologiche e relazionali del bambino nelle diverse fasi dello sviluppo [3,12]. L'assistenza pediatrica richiede competenze specifiche che non possono essere derivate unicamente dall'esperienza clinica, ma devono appoggiare su basi teoriche solide, integrate progressivamente nel curriculum triennale [32]. All'interno del piano di studi dell'Università Politecnica delle Marche, la preparazione teorica in ambito pediatrico si sviluppa principalmente nel secondo anno, attraverso insegnamenti dedicati *alla pediatria generale e specialistica* ed all'*infermieristica clinica applicata alla medicina specialistica e* pediatrica [33]. Questi insegnamenti favoriscono allo studente una visione completa delle principali patologie dell'età evolutiva, dei bisogni assistenziali del bambino e delle modalità di interazione con la famiglia, in linea con i principi del modello Family-Centred-Care [18,19,31].

La pediatria generale introduce lo studente alla fisiologia ed alla fisiopatologia dell'età evolutiva, evidenziando come il bambino richieda una gestione completamente diversa dall'adulto, avendo caratteristiche biologiche e cliniche specifiche [3][6].La parte teorica permette di analizzare le principali patologie acute e croniche dell'età pediatrica, con particolare attenzione alle condizioni che richiedono interventi tempestivi, come le infezioni respiratorie e le patologie neurologiche [3,11].

Accanto agli insegnamenti medici, un ruolo centrale è svolto dai moduli di *infermieristica clinica applicata alla pediatria*, che guidano lo studente nella traduzione delle conoscenze teoriche in interventi assistenziali appropriati [3,6,15].In questa fase vengono affrontati temi quali la valutazione del dolore pediatrico [7], l'osservazione dei segni non verbali [16,17], la gestione della terapia farmacologica in base al peso corporeo [8], la prevenzione delle infezioni e la sicurezza delle procedure [2,5].Particolare attenzione è dedicata alla comunicazione con il bambino e con la famiglia, alla gestione dell'ansia ed alla creazione di un ambiente assistenziale rassicurante, elementi che rappresentano pilastri fondamentali dell'assistenza pediatrica [14,15].

Lo studente apprende che la cura del bambino non riguarda esclusivamente gli aspetti clinici, ma coinvolge anche la dimensione emotiva, educativa e relazionale, richiedendo un approccio globale e multidisciplinare [22].Un altro elemento fondamentale della preparazione teorica riguarda la farmacologia pediatrica. La variabilità della farmacocinetica e della farmacodinamica nell'età evolutiva rende la somministrazione dei farmaci un processo ad alto rischio, che richiede precisione nei calcoli, conoscenza dei dosaggi per peso o superficie corporea ed attenzione alle possibili

reazioni avverse [8]. Lo studente apprende le modalità di somministrazione sicure e le strategie per prevenire errori terapeutici [8]. La preparazione teorica include anche aspetti psicologici e comunicativi, indispensabili per instaurare una relazione efficace con il bambino. L'infermiere deve essere in grado di modulare il linguaggio, utilizzare tecniche di distrazione e sostenere la famiglia durante il ricovero, elementi che vengono approfonditi nei moduli teorici e successivamente applicati nel tirocinio [9,10]La preparazione teorica alla gestione del paziente pediatrico non si limita alla trasmissione di contenuti disciplinari, ma promuove una visione etica e responsabile dell'assistenza.

Lo studente apprende l'importanza del consenso informato, della tutela del minore e del rispetto della privacy, elementi che costituiscono la base etica dell'assistenza pediatrica [4,23].

A questa dimensione si integra la formazione metodologica, che introduce lo studente ai principi dell'Evidence-Based-Nursing ed alla lettura critica della letteratura scientifica [3,6,11].

Tale approccio è particolarmente rilevante in pediatria, dove la variabilità clinica e la rapidità dei cambiamenti evolutivi richiedono interventi aggiornati, fondati su evidenze solide e continuamente rinnovate [2,3,11].

In questo contesto, la preparazione teorica comprende anche lo studio dei principali indicatori di outcome pediatrici, strumenti indispensabili per valutare l'efficacia degli interventi infermieristici. L'analisi di parametri come la riduzione del dolore [7], la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza [2,5] e la soddisfazione della famiglia [19,27,31], permette allo studente di sviluppare una visione orientata alla misurazione dei risultati ed alla qualità delle cure. Tale prospettiva favorisce una pratica infermieristica consapevole.

La preparazione teorica include inoltre lo studio dei principali protocolli di sicurezza e delle linee guida internazionali, che rappresentano un riferimento essenziale per la pratica clinica [2]. L'infermiere pediatrico deve conoscere le raccomandazioni relative alla prevenzione del deterioramento clinico, alla gestione delle emergenze ed alla corretta applicazione delle procedure invasive e non invasive. In questo contesto, lo studente viene introdotto ai protocolli di triage pediatrico, alle procedure di gestione delle vie aeree ed alle tecniche di immobilizzazione sicura, sviluppando una consapevolezza critica dei rischi e delle priorità assistenziali [2]. L'integrazione tra teoria e linee guida permette allo studente di comprendere come la pratica infermieristica pediatrica sia fortemente regolata da standard di qualità e sicurezza. Durante percorso universitario si esegue anche un'analisi delle condizioni croniche pediatriche, che richiedono un approccio assistenziale continuativo. In questo ambito lo studente viene introdotto ai concetti di cronicità in età evolutiva ed alle principali patologie a lungo decorso, come diabete, fibrosi cistica, cardiopatie congenite e malattie rare [3,6,13,28].

L'approfondimento dei bisogni assistenziali dei bambini con patologie croniche permette di comprendere l'importanza della continuità delle cure, del sostegno alla famiglia e della collaborazione con i servizi territoriali, scuole e centri specialistici [27,29].
Questa prospettiva amplia ulteriormente la visione dello studente, che impara a considerare l'assistenza pediatrica non solo nel contesto ospedaliero, ma anche nella quotidianità del bambino, dove la gestione della malattia si intreccia con le esigenze di crescita, socializzazione e sviluppo [19,28,29].
Un ulteriore elemento di approfondimento teorico riguarda la dimensione culturale dell'assistenza pediatrica. Il bambino e la famiglia portano con sé valori, credenze e modalità comunicative che possono influenzare la percezione della malattia, l'adesione alle cure e la relazione con l'équipe sanitaria. Nei corsi dedicati alla pediatria, lo studente analizza il ruolo della competenza culturale, apprendendo strategie per adattare la comunicazione, e promuovere un'assistenza inclusiva [15,16,30].

2.3 APPRENDIMENTO PRATICO IN PEDIATRIA

L'apprendimento pratico in ambito pediatrico rappresenta una delle esperienze più significative e formative del percorso dello studente infermiere, poiché consente di confrontarsi direttamente con la complessità dell'assistenza al bambino ed alla sua famiglia [3,6,18]. Se la preparazione teorica fornisce le basi concettuali per comprendere le peculiarità dell'età evolutiva, è nel tirocinio che tali conoscenze assumono concretezza, trasformandosi in competenze operative, relazionali ed emotive indispensabili per la pratica professionale [21,22,34]. L'ambiente pediatrico, infatti, richiede allo studente un adattamento continuo, una capacità di osservazione particolarmente sviluppata ed una sensibilità comunicativa che difficilmente possono essere acquisite esclusivamente in aula [15]. Nel contesto dell'Università Politecnica delle Marche, il percorso formativo prevede che a partire dal secondo anno ogni studente svolga almeno un'esperienza di tirocinio in ambito pediatrico, considerata parte obbligatoria del curriculum professionalizzante [33].Questa scelta risponde alla necessità di garantire a tutti gli studenti un'esposizione minima ma significativa alla gestione del paziente in età evolutiva, indipendentemente dal reparto di assegnazione o dalle preferenze individuali [33]. L'esperienza pediatrica obbligatoria permette di acquisire competenze di base nella valutazione del bambino, nella comunicazione con la famiglia e nella gestione della sicurezza assistenziale, elementi ritenuti essenziali per la formazione dell'infermiere moderno [2]. Il tirocinio pediatrico si svolge in contesti clinici molto diversi tra loro, ciascuno caratterizzato da specifiche esigenze assistenziali e da un differente livello di complessità.

Reparti come pediatria generale, neonatologia, terapia intensiva, pronto soccorso pediatrico e ambulatori specialistici offrono allo studente occasioni di apprendimento eterogenee, permettendo di sviluppare una visione ampia e realistica dell'assistenza al bambino [3,6]. In pediatria generale, ad esempio, lo studente impara a gestire il bambino con patologie acute, a riconoscere variazioni comportamentali significative ed a collaborare con la famiglia nella routine quotidiana del ricovero [14]. In neonatologia, invece, l'attenzione si concentra sulla valutazione del neonato, sulla capacità di interpretare segnali non verbali e sulla gestione di bisogni primari come la termoregolazione, nutrizione e monitoraggio clinico [16,17]. Il pronto soccorso pediatrico espone lo studente a quadri clinici acuti e richiede rapidità di osservazione, capacità di triage e gestione dello stress [3,11]. Gli ambulatori specialistici, infine, permettono di comprendere la continuità assistenziale ed il ruolo dell'educazione terapeutica nelle patologie croniche [28,29]. Elemento centrale dell'apprendimento pratico è il tutor clinico, figura che accompagna lo studente nel processo di acquisizione delle competenze e ne guida la progressione verso l'autonomia. La qualità del tirocinio dipende in larga misura dalla presenza di tutor esperti, capaci di integrare la supervisione tecnica con il sostegno emotivo e la riflessione critica [35]. Il tutor facilita l'ingresso dello studente nel contesto pediatrico, lo aiuta a comprendere i bisogni del bambino, lo supporta nella gestione delle situazioni complesse e lo incoraggia a sviluppare un pensiero clinico autonomo. In un ambiente in cui ogni intervento deve essere calibrato con precisione e sensibilità, la relazione formativa con il tutor assume un valore particolarmente rilevante: attraverso l'osservazione, il confronto e la pratica supervisionata, lo studente costruisce gradualmente sicurezza, competenza e consapevolezza professionale [35]. Durante il tirocinio, lo studente sviluppa competenze che non possono essere acquisite esclusivamente attraverso lo studio teorico. Una delle prime abilità richieste riguarda la valutazione clinica pediatrica, che si basa non solo sull'osservazione dei parametri vitali, ma soprattutto sulle capacità di cogliere segnali non verbali, variazioni del comportamento, modifiche del pianto o dell'interazione con l'ambiente [16,17]. Il bambino, infatti, non sempre è in grado di verbalizzare il proprio malessere, e lo studente deve imparare ad interpretare indicatori sottili che spesso rappresentano i primi segnali di un cambiamento clinico. Accanto alla valutazione, un'altra competenza fondamentale riguarda la gestione della terapia farmacologica, che in pediatria richiede particolare attenzione ai calcoli di dosaggi, alla prevenzione degli errori ed al monitoraggio di reazioni avverse [2,5,8]. La somministrazione dei farmaci in età pediatrica è un processo ad alto rischio, ed il tirocinio rappresenta il contesto privilegiato per apprendere procedure sicure e sviluppare precisione operativa [2,8]. Un ulteriore ambito di apprendimento riguarda la comunicazione con il bambino e con la famiglia, elemento cardine dell'assistenza pediatrica. Lo studente deve imparare a modulare il linguaggio in base all'età del bambino, a utilizzare strategie di

distrazione, gioco o narrazione per ridurre l'ansia e per instaurare una relazione di fiducia che favorisca la collaborazione [9,14,15]. Allo stesso tempo, deve acquisire competenze comunicative rivolte ai genitori, che vivono spesso il ricovero con forte coinvolgimento emotivo [14,22]. La capacità di fornire informazioni chiare, di sostenere la famiglia nei momenti di incertezza e di gestire situazioni di tensione rappresenta una parte essenziale dell'apprendimento pratico. Il tirocinio permette allo studente di osservare come gli infermieri esperti interagiscono con i genitori, come modulano il linguaggio, come proteggono il bambino da comunicazioni inappropriate e come favoriscono la partecipazione attiva della famiglia nel percorso di cura. Il tirocinio pediatrico espone lo studente anche ad una forte dimensione emotiva, che rappresenta una delle sfide più significative dell'apprendimento. Confrontarsi con la sofferenza del bambino, con la fragilità delle famiglie e con situazioni cliniche complesse richiede equilibrio emotivo, capacità di autoregolazione e maturazione personale [20,21,22].Lo studente deve imparare a gestire la propria reazione emotiva, a mantenere lucidità nelle situazioni critiche ed a sviluppare un'empatia consapevole, che permetta di sostenere il bambino e la famiglia senza compromettere la capacità decisionale [20,22]. Questa dimensione, spesso sottovalutata nella formazione teorica, emerge con forza durante il tirocinio e contribuisce in modo determinante alla costruzione dell'identità professionale. Accanto all'esperienza in reparto, l'apprendimento pratico comprende anche attività di simulazione svolte nei laboratori dell'università, che consentono allo studente di esercitarsi in scenari pediatrici complessi senza rischi per il paziente [3,6,34]. Le simulazioni permettono di far acquisire allo studente una maggiore sicurezza e consapevolezza nella gestione di un bambino. Ad esempio, vengono svolte simulazioni sulla gestione delle vie aeree, oppure sulla somministrazione sicura dei farmaci. La simulazione favorisce la gestione dello stress, la capacità di lavorare in team e la riflessione critica sulle proprie performance, contribuendo alla costruzione dell'autoefficacia professionale. Alla fine dell'esperienza si esegue una valutazione allo studente, che si basa su strumenti strutturati che considerano non solo la performance tecnica, ma anche la capacità di osservazione, la sicurezza operativa, la comunicazione, l'integrazione al team e la progressione dell'autonomia [33,35]. Attraverso la valutazione, lo studente acquisisce consapevolezza dei propri punti di forza e delle aree da migliorare. Le difficoltà incontrate durante il tirocinio, come il timore di arrecare dolore al bambino, l'incertezza nella comunicazione con genitori ansiosi, la complessità dei calcoli farmacologici o la variabilità delle esperienze in base al reparto assegnato, rappresentano occasioni di apprendimento che contribuiscono alla maturazione professionale [7,8,14,22]. L'apprendimento pratico in pediatria costituisce quindi un'esperienza formativa essenziale, che permette allo studente di integrare conoscenze teoriche, competenze tecniche, abilità relazionali e maturazione emotiva [3,6,35].

CAPITOLO 3: LA PERCEZIONE DI COMPETENZA DEGLI STUDENTI NELLA GESTIONE DEL PAZIENTE PEDIATRICO

3.1 IL SIGNIFICATO DI AUTOEFFICACIA NELLA FORMAZIONE INFERMIERISTICA

Il concetto di autoefficacia rappresenta uno dei pilastri teorici più rilevanti nella formazione infermieristica contemporanea, poiché consente di comprendere come gli studenti percepiscano la propria capacità di affrontare situazioni cliniche complesse, prendere decisioni appropriate e gestire il carico emotivo associato alla pratica assistenziale [36]. L'autoefficacia, definita da Albert Bandura come "*la convinzione dell'individuo di essere in grado di organizzare e realizzare le azioni necessarie per raggiungere determinati obiettivi*", assume un ruolo centrale nei contesti sanitari, dove la qualità dell'assistenza dipende non solo dalle competenze tecniche acquisite, ma anche dalla sicurezza personale, dalla capacità di autoregolazione emotiva e dalla fiducia nelle proprie abilità operative [37]. Nella formazione infermieristica, l'autoefficacia non coincide con la semplice percezione di "sentirsi capaci", ma rappresenta un costrutto complesso che integra conoscenze, abilità pratiche, esperienze pregresse, capacità di problem solving e gestione dello stress [38]. Essa influenza il comportamento professionale in molteplici dimensioni: dalla rapidità con cui lo studente riconosce un segnale clinico rilevante, alla precisione nell'esecuzione delle procedure, fino alla capacità di comunica efficacemente con il paziente e con la famiglia [36]. In ambito pediatrico, dove il bambino non sempre è in grafo di verbalizzare il proprio malessere e dove la famiglia vive spesso situazioni di forte vulnerabilità emotiva, l'autoefficacia assume un valore ancora più significativo, poiché contribuisce a garantire sicurezza, continuità assistenziale e stabilità relazionale [14]. La letteratura internazionale evidenzia come gli studenti infermieri con elevati livelli di autoefficacia tendano a mostrare maggiore autonomia decisionale, migliore gestione delle situazioni critiche ed una più efficace capacità di adattamento ai contesti clinici complessi [34,36,38]. L'autoefficacia, infatti, modula la percezione del rischio, la tolleranza allo stress e la capacità di mantenere lucidità nelle situazioni ad alta intensità emotiva [20,37]. In pediatria, dove la sofferenza del bambino e l'ansia dei genitori possono influenzare profondamente l'esperienza dello studente, la fiducia nelle proprie competenze rappresenta un elemento determinante per garantire un'assistenza sicura e centrata sui bisogni del minore [3,6,14]. Il concetto di autoefficacia si sviluppa attraverso quattro principali fonti, identificate da Bandura ed ampiamente confermate dagli studi in ambito sanitario: le esperienze dirette di successo, l'osservazione di modelli competenti ,il supporto verbale e motivazionale, e la gestione delle reazioni emotive e fisiologiche [37]. Nel contesto della formazione infermieristica, queste dimensioni assumono una declinazione specifica.

Le esperienze dirette di successo si concretizzano nelle attività di tirocinio, dove lo studente sperimenta la propria capacità di eseguire procedure, comunicare con il paziente, collaborare con l'équipe e gestire situazioni cliniche reali [35,37]. L'osservazione di modelli competenti si realizza attraverso la relazione con il tutor clinico, figura che rappresenta un punto di riferimento essenziale per la costruzione dell'identità professionale [35]. Il supporto verbale e motivazionale deriva dal feedback ricevuto dai professionisti, dai docenti e dai compagni di corso, mentre la gestione delle reazioni emotive si sviluppa attraverso l'esposizione graduale a contesti clinici complessi, che permettono allo studente di maturare equilibrio emotivo e capacità di autoregolazione [20]. La complessità dell'assistenza pediatrica richiede allo studente un insieme di competenze che vanno oltre la dimensione tecnica. Perciò l'autoefficacia, in questo senso, non è solo un indicatore della sicurezza professionale, ma un elemento che orienta il comportamento assistenziale, influenzando la qualità delle cure e la capacità dello studente di affrontare situazioni impreviste [3,6,14]. La costruzione dell'autoefficacia è strettamente correlata alla qualità del tirocinio, alla disponibilità di tutor esperti ed alla varietà delle esperienze cliniche vissute. Nel documento si sottolinea come alcuni studenti possano essere esposti a situazioni complesse, mentre altri possano incontrare un numero limitato di esperienze significative. Questa variabilità rappresenta un fattore determinante nella maturazione dell'autoefficacia, poiché la mancanza di esposizione a contesti clinici diversificati può limitare la capacità dello studente di sviluppare sicurezza professionale e consapevolezza delle proprie competenze. Al contrario, un tirocinio ricco di esperienze, ben strutturato e supportato da tutor competenti, favorisce la maturazione di un'autoefficacia solida, che si traduce in comportamenti assistenziali più sicuri ed in una maggiore capacità di affrontare situazioni critiche [34,38]. La letteratura conferma che gli studenti con elevata autoefficacia mostrano una migliore capacità di problem solving, una maggiore resilienza ed una più efficace gestione delle situazioni ad alta intensità emotiva [20,36]. In pediatria, dove la rapidità di cambiamento delle condizioni cliniche richiede interventi tempestivi e decisioni immediate, la fiducia nelle proprie competenze rappresenta un elemento essenziale per garantire sicurezza e qualità assistenziale [3,6]. L'autoefficacia, inoltre, favorisce la capacità dello studente di collaborare con l'équipe multidisciplinare, di comunicare efficacemente con i genitori e di partecipare attivamente alla pianificazione dell'assistenza [12,14]. Rappresenta un indicatore utile per orientare la progettazione didattica e per identificare i bisogni formativi degli studenti. Valutare l'autoefficacia permette di individuare eventuali aree di fragilità, di migliorare la qualità del tirocinio e di sviluppare interventi educativi mirati, che favoriscano la costruzione di competenze professionali solide e consapevoli [38]. Nel contesto della formazione infermieristica, l'autoefficacia non è solo un obiettivo da raggiungere, ma un processo dinamico che accompagna lo

studente lungo tutto il percorso universitario e che contribuisce in modo determinante alla costruzione dell'identità professionale [37]. La convinzione di poter gestire efficacemente le attività assistenziali costituisce un prerequisito fondamentale per l'ingresso nel mondo professionale, dove la rapidità decisionale, la capacità di adattamento e la stabilità operativa rappresentano aspetti imprescindibili dell'agire infermieristico [36].

3.2 FATTORI CHE INFLUENZANO LA SICUREZZA PERCEPITA NELLA GESTIONE DEL PAZIENTE PEDIATRICO

La sicurezza percepita dagli studenti infermieri nella gestione del paziente pediatrico rappresenta un costrutto multidimensionale, influenzato da variabili formative, emotive, organizzative e relazionali che interagiscono tra loro in modo complesso [37,39]. Comprendere tali fattori è essenziale per interpretare correttamente il livello di autoefficacia dichiarato dagli studenti e per individuare gli elementi del percorso formativo che maggiormente contribuiscono alla costruzione della competenza percepita. La gestione del bambino, infatti, richiede abilità che non si limitano alla dimensione tecnica, ma coinvolgono aspetti comunicativi, decisionali, emotivi e di collaborazione con la famiglia, che possono rappresentare per lo studente una fonte di incertezza o, al contrario, un'opportunità di crescita professionale [3,12,14]. Uno dei principali fattori che influenzano la sicurezza percepita è la natura stessa dell'assistenza pediatrica, caratterizzata da una forte variabilità clinica e da bisogni assistenziali che cambiano rapidamente in base all'età e allo sviluppo del bambino [1,3]. Lo studente deve adattare il proprio comportamento assistenziale a pazienti che non sempre sono in grado di comunicare verbalmente il proprio malessere, che possono manifestare paura o opposizione alle procedure e che richiedono un approccio relazionale calibrato con precisione [14,16,17]. Questa complessità può generare insicurezza, soprattutto nelle prime esperienze di tirocinio, quando lo studente non ha ancora sviluppato pienamente la capacità di interpretare segnali non verbali o variazioni comportamentali [20,21]. La gestione del dolore pediatrico, ad esempio, rappresenta una delle aree che più influenzano la percezione di competenza. L'utilizzo di scale osservative, la necessità di cogliere indicatori sottili e la responsabilità di garantire comfort e sicurezza al bambino richiedono abilità che non sempre risultano intuitive per chi è alle prime esperienze. La difficoltà nel valutare correttamente il dolore può generare timore di sottostimare o sovrastimare il disagio del bambino, influenzando negativamente la sicurezza percepita [7,39]. Un altro fattore determinante riguarda la quantità e la qualità delle esperienze cliniche vissute durante il tirocinio. Alcuni studenti possono essere esposti a situazioni complesse, mentre altri possono incontrare un numero limitato di esperienze significative. Questa variabilità rappresenta un elemento critico nella costruzione dell'autoefficacia: la mancanza di esposizione a

contesti diversificati può limitare la capacità dello studente di sviluppare sicurezza professionale, mentre un tirocinio ricco di esperienze favorisce la maturazione di competenze solide e consapevoli [34,38]. La frequenza con cui lo studente ha l'opportunità di eseguire procedure pediatriche, osservare casi clinici complessi o partecipare attivamente alla pianificazione assistenziale influisce direttamente sulla percezione di competenza [35,36]. L'esposizione ripetuta a situazioni reali permette di consolidare abilità tecniche, migliorare la capacità di problem solving e ridurre l'ansia legata alla gestione del bambino [20,36]. Al contrario, esperienze limitate o eccessivamente protette possono generare una percezione di insicurezza, soprattutto quando lo studente si confronta con contesti ad alta intensità emotiva.

La figura del tutor clinico rappresenta uno dei fattori più influenti nella costruzione della sicurezza percepita. L'osservazione di modelli competenti costituisce una delle principali fonti di autoefficacia [35,37]. Tuttavia, la qualità della relazione formativa può determinare differenze significative nella percezione di competenza degli studenti. Un tutor capace di integrare supervisione tecnica, sostegno emotivo e feedback costruttivo favorisce la maturazione di sicurezza professionale, mentre un tutor poco presente, eccessivamente critico o non abituato a lavorare con studenti può generare insicurezza, timore di sbagliare e difficoltà nell'assumere iniziativa [35,39]. La modalità con cui il tutor gestisce le situazioni complesse, comunica con la famiglia e protegge il bambino durante le procedure rappresenta un modello che lo studente tende a interiorizzare, influenzando direttamente la percezione delle proprie capacità [12,14].

La dimensione emotiva costituisce un ulteriore fattore determinante nella sicurezza percepita. L'assistenza pediatrica espone lo studente a situazioni emotivamente coinvolgenti: la sofferenza del bambino, l'ansia dei genitori, la fragilità delle famiglie e la responsabilità di garantire sicurezza a un paziente vulnerabile possono generare stress, paura di arrecare dolore o timore di commettere errori [6,20,22]. La capacità di autoregolazione emotiva, che si sviluppa progressivamente attraverso l'esposizione graduale a contesti complessi, rappresenta un elemento chiave nella costruzione dell'autoefficacia [20,37]. Gli studenti che riescono a gestire le proprie emozioni, mantenendo lucidità e capacità decisionale anche in situazioni critiche, tendono a percepirsi più sicuri e competenti [36,39]. Al contrario, chi sperimenta elevati livelli di ansia o difficoltà emotive può sviluppare una percezione di insicurezza che non riflette necessariamente il livello reale di competenza tecnica.

La relazione con la famiglia rappresenta uno degli aspetti più complessi dell'assistenza pediatrica ed influisce in modo significativo sulla sicurezza percepita dagli studenti. La necessità di comunicare in modo chiaro, rassicurante e professionale con genitori spesso emotivamente provati, può rappresentare una fonte di stress, soprattutto nelle prime esperienze cliniche [12,14,18]. Gli

studenti possono percepire insicurezza nel fornire informazioni, nel gestire domande difficili o nel sostenere la famiglia durante momenti di incertezza [15]. La paura di dire qualcosa di inappropriato, di non riuscire a rispondere alle preoccupazioni dei genitori o di non riuscire ad instaurare una relazione di fiducia può influenzare negativamente la percezione di competenza [21].
La sicurezza percepita, inoltre, è influenzata anche dal contesto organizzativo in cui lo studente svolge tirocinio. Reparti caratterizzati da un clima collaborativo, da una buona comunicazione tra professionisti e da una cultura della sicurezza, favoriscono la percezione di competenza. Al contrario, ambienti caotici, con carichi di lavoro elevati, scarsa comunicazione o tensioni tra operatori possono generare insicurezza, senso di inadeguatezza e difficoltà nell'apprendimento [39,40].
La presenza di protocolli chiari, procedure standardizzate e strumenti di supporto alla decisione contribuisce a ridurre l'incertezza e a favorire la costruzione dell'autoefficacia [5]. L'organizzazione del reparto, quindi, non rappresenta solo un elemento strutturale, ma un fattore che incide direttamente sulla percezione di sicurezza degli studenti [39,40].

3.3 LA RILEVANZA DELLA VALUTAZIONE DELLA COMPETENZA PERCEPITA IN AMBITO PEDIATRICO

La valutazione della competenza percepita nella gestione del paziente pediatrico rappresenta un elemento centrale nei percorsi formativi infermieristici, poiché consente di comprendere in che misura lo studente si sente realmente in grado di affrontare situazioni cliniche complesse e di assumere decisioni assistenziali in autonomia. In un contesto come quello pediatrico, caratterizzato da elevata variabilità clinica, vulnerabilità del paziente e forte coinvolgimento emotivo della famiglia, la percezione di competenza assume un valore particolarmente rilevante, influenzando la qualità dell'assistenza, la sicurezza del bambino e la capacità dello studente di integrarsi efficacemente nell'équipe multidisciplinare [3,6]. La competenza percepita non coincide necessariamente con la competenza reale, ma ne rappresenta una componente soggettiva che può facilitare o ostacolare l'espressione delle abilità acquisite. Uno studente che possiede buone competenze tecniche ma percepisce un basso livello di autoefficacia tenderà ad evitare situazioni complesse, a delegare eccessivamente o a mostrare esitazione nelle decisioni cliniche [37,38]. Al contrario, una percezione di competenza elevata, se non adeguatamente supportata da conoscenze ed abilità consolidate, può condurre a comportamenti rischiosi, scarsa prudenza o difficoltà nel riconoscere i propri limiti [39]. Per questo motivo, la valutazione della competenza percepita permette di individuare eventuali discrepanze tra abilità reali e percepite, offrendo indicazioni preziose per la progettazione di interventi formativi mirati [34,35]. La valutazione della competenza percepita assume anche un ruolo preventivo. Individuare precocemente aree di insicurezza permette

di intervenire prima che tali difficoltà si traducano in comportamenti evitanti, ansia da prestazione o difficoltà nella gestione del bambino [3,9]. Allo stesso tempo, riconoscere aree di elevata autoefficacia consente di valorizzare punti di forza che possono essere ulteriormente sviluppati, favorendo un percorso di crescita professionale, equilibrato e consapevole [36,37]. Dal punto di vista didattico, la misurazione dell'autoefficacia offre un importante strumento di feedback per docenti e tutor clinici. Attraverso questionari strutturati, scale di autovalutazione o strumenti osservativi, è possibile ottenere informazioni utili per comprendere come gli studenti interpretano le proprie esperienze di tirocinio, quali situazioni generano maggiore insicurezza e quali aspetti del percorso formativo risultano più efficaci nel promuovere competenza e autonomia [34,35]. Questi dati permettono di adattare la progettazione didattica, migliorare la qualità delle esperienze cliniche e sviluppare strategie educative più aderenti ai bisogni reali degli studenti [36]. In particolare, la valutazione della competenza percepita consente di identificare eventuali carenze nella preparazione teorica, difficoltà nella gestione del dolore pediatrico, insicurezze nella comunicazione con la famiglia o criticità nella gestione delle emozioni, elementi che possono essere affrontati attraverso simulazioni, laboratori pratici, briefing strutturati o affiancamento mirato da parte dei tutor [7,9,15].
Un ulteriore elemento che evidenzia l'importanza della competenza percepita riguarda la capacità dello studente di affrontare situazioni impreviste, che in ambito pediatrico si presentano con maggiore frequenza rispetto ad altri contesti assistenziali. Episodi di deterioramento clinico rapido, reazioni emotive intense del bambino o richieste urgenti da parte della famiglia richiedono prontezza, capacità di adattamento e sicurezza nelle proprie decisioni [3,6,11]. La percezione di competenza contribuisce a determinare la qualità della risposta dello studente in tali circostanze, influenzando la sua capacità di mantenere lucidità, di collaborare con l'équipe e di adottare comportamenti assistenziali appropriati [36,38].
Un altro aspetto rilevante da prendere in considerazione riguarda la transizione dallo status di studente a quello di professionista. La percezione di essere pronti ad assumere responsabilità assistenziali autonome si costruisce nel tempo e dipende dalla qualità delle esperienze formative, dal supporto ricevuto e dalla possibilità di confrontarsi con situazioni cliniche reali [34,35,39]. La valutazione di questa transizione permette di comprendere quanto lo studente si senta preparato ad affrontare il passaggio alla pratica professionale, identificando eventuali aree che richiedono un consolidamento aggiuntivo [36,38]. Perciò, la valutazione dell'autoefficacia percepita contribuisce alla costruzione dell'identità professionale dello studente infermiere. Sentirsi progressivamente più sicuri nella gestione del bambino, riuscire a comunicare con la famiglia, affrontare procedure complesse e ricevere feedback positivi da parte dei tutor, favorisce la maturazione di un senso di autoefficacia stabile, che accompagnerà il futuro professionista anche dopo la conclusione del

percorso universitario [37,39]. In questo senso, la competenza percepita non rappresenta solo un indicatore formativo, ma un elemento strutturale del processo di professionalizzazione, capace di influenzare la qualità dell'assistenza pediatrica e la sicurezza del paziente nel lungo termine [37]. Nel capitolo successivo verrà presentato uno studio osservazionale rivolto agli studenti del Corso di Laurea in Infermieristica dell'Università Politecnica delle Marche, finalizzato ad esplorare il loro livello di autoefficacia nella gestione del paziente pediatrico. Tale indagine ha l'obiettivo di offrire una fotografia aggiornata della loro percezione di competenza e fornire indicazioni utili per la progettazione didattica e per il miglioramento dei percorsi clinici in ambito pediatrico.

CAPITOLO 4: STUDIO OSSERVAZIONALE SULLA PERCEZIONE DI AUTOEFFICACIA DEGLI STUDENTI DI INFERMIERISTICA NELLA GESTIONE PEDIATRICA

4.1 BACKGROUND

La gestione del paziente pediatrico rappresenta una delle competenze più complesse per gli studenti del Corso di Laurea in Infermieristica, poiché richiede abilità tecniche, comunicative, relazionali ed emotive specifiche, differenti da quelle necessarie nell'adulto.

La letteratura evidenzia come la pediatria venga percepita dagli studenti come un ambito clinico ad elevata complessità, caratterizzato da forte variabilità fisiopatologica, maggiore responsabilità assistenziale e intensa componente emotiva [41]. Tale complessità deriva dalla necessità di adattare l'assistenza alle diverse fasi dello sviluppo del bambino, alla sua limitata capacità di comunicare il malessere e alla presenza costante della famiglia come parte integrante del percorso di cura.

In questo contesto formativo, il concetto di autoefficacia assume un ruolo centrale. Bandura definisce l'autoefficacia come "la convinzione dell'individuo di essere in grado di eseguire con successo un compito o una prestazione" [37]. Numerosi studi dimostrano che livelli elevati di autoefficacia sono associati a migliori performance cliniche, maggiore autonomia decisionale, più rapida acquisizione delle competenze e riduzione dell'ansia nelle situazioni assistenziali più complesse [42].

Al contrario, bassi livelli di autoefficacia possono ostacolare la capacità di prendere decisioni, ridurre la sicurezza operativa e aumentare il rischio di errore, soprattutto in un contesto come la pediatria, dove la valutazione clinica richiede rapidità, precisione e capacità di interpretare segni e sintomi spesso sfumati.

La formazione universitaria svolge un ruolo determinante nello sviluppo dell'autoefficacia. Le esperienze di tirocinio, la qualità della supervisione clinica, il numero di esposizioni a situazioni pediatriche reali e l'utilizzo di simulazioni influenzano significativamente la percezione di competenza degli studenti [43]. Nonostante ciò, diversi studi riportano che molti studenti riferiscono un senso di inadeguatezza nella gestione del bambino, soprattutto nei primi approcci clinici, percependo la pediatria come un settore che richiede competenze superiori rispetto ad altri ambiti assistenziali [44].

Per analizzare la percezione di autoefficacia in ambito clinico, la letteratura propone strumenti validati, tra cui la Nursing Student Self-Efficacy in Clinical Skills Scale (NSSE-CS) [45].

Tale scala consente una valutazione multidimensionale della competenza percepita, includendo abilità di base, competenze relazionali, gestione della terapia, procedure tecniche, monitoraggio clinico e capacità organizzative.

4.2 OBIETTIVO

Obiettivo primario:

L'obiettivo del presente studio è valutare il livello di autoefficacia percepita dagli studenti iscritti al secondo e al terzo anno del Corso di Laurea in Infermieristica dell'Università Politecnica delle Marche nell'esecuzione delle attività clinico-assistenziali, con particolare riferimento alla gestione del paziente pediatrico.

Obiettivi secondari:

- Esplorare l'associazione tra autoefficacia percepita e frequenza delle esperienze pratiche maturate durante il percorso formativo e di tirocinio.
- Individuare le attività caratterizzate da minore autoefficacia percepita, al fine di identificare possibili bisogni formativi.

4.3 MATERIALI E METODI

4.3.1 DISEGNO E SETTING DELLO STUDIO

Lo studio è di tipo osservazionale cross-sectional, basato sulla somministrazione della scala NSSE-CS agli studenti del Corso di Laurea in Infermieristica dell'Università Politecnica delle Marche. Sono state coinvolte le diverse sedi del Corso di Laurea in Infermieristica distribuite sul territorio regionale, ovvero: Sede di Ancona, Sede di Fermo, Sede di Pesaro, Sede di Ascoli Piceno.

4.3.2 DOMANDA DI RICERCA

In relazione agli obiettivi dello studio, è stata formulata la seguente domanda di ricerca:
"Gli studenti di Infermieristica dell'Università Politecnica delle Marche percepiscono di possedere competenze adeguate per gestire in sicurezza il paziente pediatrico?"

4.3.3 POPOLAZIONE E CAMPIONAMENTO

La popolazione di riferimento è costituita da tutti gli studenti regolarmente iscritti al secondo e al terzo anno del Corso di Laurea in Infermieristica dell'Università Politecnica delle Marche.

Il reclutamento dei partecipanti è avvenuto mediante una tecnica di campionamento di convenienza su base volontaria.

- *Criteri di inclusione ed esclusione:*

  Essere regolarmente iscritti al 2° o al 3° anno di corso del CdL in Infermieristica dell'UNIVPM ed aver espresso il consenso informato alla partecipazione ed al trattamento anonimo dei dati.

4.3.4 STRUMENTI PER LA RACCOLTA DATI

La raccolta dei dati è avvenuta attraverso un questionario strutturato somministrato in modalità digitale, suddiviso in due sezioni distinte:

1. **Scheda socio-demografica e formativa:**

   Una prima sezione finalizzata a raccogliere le informazioni di carattere generale e le variabili formative degli studenti. Nello specifico sono stati rilevati: dati anagrafici (età e genere di appartenenza), background formativo (anno di corso di appartenenza ed avvenuta frequenza degli insegnamenti teorici di ambito pediatrico), esperienze pratiche pregresse (svolgimento di esperienze di tirocinio clinico in reparti pediatrici);
2. **Nursing Student Self- Efficacy in Clinical Skills Scale (NSSE-CS):**

   La seconda sezione è costituita dalla scala validata NSSE-CS, uno strumento progettato per misurare la percezione di autoefficacia degli studenti infermieri rispetto alle competenze cliniche acquisite nel percorso di tirocinio. La scala permette una valutazione multidimensionale che comprende abilità di base, competenze relazionali, gestione della terapia farmacologica, procedure tecniche, monitoraggio clinico e capacità organizzative. La scala NSSE-CS è composta da 48 attività infermieristiche. Per ciascuna delle attività proposte, lo studente è chiamato a esprimere una doppia valutazione:
   - La frequenza con cui ha realmente sperimentato l'attività durante i tirocini clinici (su una scala Likert da 1 a 5 , dove 1 corrisponde a "mai" e 5 a "sempre")
   - Il livello di autoefficacia percepita nel compiere autonomamente la medesima attività (su una scala Likert da 1 a 5, dove 1 corrisponde a "per niente capace" e 5 a "molto capace").

4.3.5 PROCEDURA E MODALITA' DI SOMMINISTRAZIONE

Il percorso di raccolta dei dati si è attenuto alle seguenti fasi procedurali:

- **Autorizzazione istituzionale:** il protocollo di ricerca è stato sottoposto all'approvazione formale dei Direttori delle Attività Didattiche Professionalizzanti (ADP) delle sedi del Corso di Laurea in Infermieristica dell'UNIVPM.

Inoltre, è stata richiesta e ottenuta dagli autori che hanno curato la validazione italiana della Nursing Student Self-Efficacy in Clinical Skills Scale (NSSE-CS) l'autorizzazione all'utilizzo dello strumento nel presente studio e alla sua applicazione nell'ambito della gestione del paziente pediatrico.

- **Reclutamento e invio:** Successivamente all'ottenimento dei nulla osta, il questionario digitale (strutturato tramite modulo online anonimo) è stato diffuso agli studenti eleggibili tramite posta elettronica, grazie al supporto dei coordinatori e dei tutor didattici delle singole sedi.
- **Tempistica:** La finestra temporale di somministrazione e raccolta delle risposte si è svolta tra i mesi di settembre e ottobre 2026.
- **Aspetti etici e trattamento dei dati:** In apertura del modulo online è stata inserita un'informativa dettagliata in cui venivano esplicitati gli scopi della ricerca, la natura volontaria della partecipazione e l'anonimato delle risposte. Ogni dato è stato trattato in forma rigorosamente aggregata e confidenziale, in piena conformità con le normative vigenti in materia di protezione dei dati personali (GDPR 2016/679).

4.3.6 ANALISI STATISTICA

L'analisi statistica dei dati raccolti è stata effettuata dopo la chiusura del modulo online e l'estrazione del database, secondo quanto previsto dal protocollo di ricerca. I dati sono stati esportati in forma anonima ed aggregata nel modulo online, e analizzati mediante Microsoft Excel. Le variabili socio-demografiche e formative sono state analizzate mediante statistica descrittiva e presentate come frequenze assolute (n) e percentuali (%).

Per le variabili quantitative è stata effettuata un'analisi descrittiva tramite calcolo di media (M) ,deviazione standard (DS) e riportando i range dei valori osservati.

Per valutare l'associazione tra la frequenza delle esperienze assistenziali e il livello di autoefficacia percepita, è stato calcolato il coefficiente di correlazione per ranghi di Spearman (ρ), adatto a punteggi ordinali come quelli ottenuti da scale Likert. Poiché le 48 risposte fornite da uno stesso studente non sono indipendenti tra loro, la correlazione non è stata calcolata sull'insieme delle 4.944 coppie di risposte, ma considerando lo studente come unità di analisi: per ciascuno dei 103 studenti sono state calcolate la media delle 48 risposte di frequenza e la media delle 48 risposte di autoefficacia, ed è stata calcolata la correlazione tra le due medie (103 coppie di valori).

Successivamente, con finalità esplorative, è stata calcolata la correlazione di Spearman tra frequenza e autoefficacia per ciascuna delle 48 attività infermieristiche (103 coppie di valori per ogni attività). Per tenere conto dei confronti multipli è stata applicata la correzione di Benjamini-

Hochberg, che controlla la proporzione attesa di falsi positivi; un valore di p corretto <0,05 è stato considerato statisticamente significativo.

I punteggi medi di frequenza delle attività assistenziali e di autoefficacia percepita sono stati infine confrontati in modo descrittivo tra gli studenti del secondo e del terzo anno di corso e tra coloro che avevano svolto un tirocinio in ambito pediatrico e coloro che non avevano maturato tale esperienza. Per il confronto tra gli studenti del secondo e del terzo anno e tra gli studenti con e senza tirocinio pediatrico è stato utilizzato il test U di Mann-Whitney per campioni indipendenti, test non parametrico che confronta le distribuzioni dei punteggi sulla base dei ranghi ed è indicato per punteggi ordinali, come quelli ottenuti da scale Likert, e per gruppi di numerosità diversa. Per ciascuna variabile sono stati riportati il valore di U, il valore z (con correzione di continuità), il p-value bilaterale e la dimensione dell'effetto ($r = |z|/\sqrt{N}$), affiancati dalle mediane dei due gruppi. Un valore di $p<0,05$ è stato considerato statisticamente significativo.

Il test è stato applicato separatamente ai punteggi medi di frequenza e di autoefficacia, per entrambi i confronti. Anche per il confronto in base al tirocinio pediatrico sono stati riportati il valore di U, il valore z (con correzione di continuità), il p-value bilaterale, la dimensione dell'effetto (r) e le mediane dei due gruppi; un valore di $p<0,05$ è stato considerato statisticamente significativo.

Poiché la scala NSSE-CS è stata validata sull'adulto e non nello specifico contesto pediatrico, ne è stata valutata la coerenza interna mediante il coefficiente alfa di Cronbach [46], calcolato separatamente per la sezione di autoefficacia e per quella di frequenza (48 item ciascuna) sui punteggi dei 103 studenti. Il coefficiente assume valori da 0 a 1: valori pari o superiori a 0,70 sono generalmente considerati accettabili, mentre valori molto elevati (oltre 0,90) possono indicare ridondanza tra gli item [47]. Sono state inoltre calcolate la correlazione item-totale corretta, cioè la correlazione tra ciascun item e la somma dei restanti 47 (valori inferiori a 0,30 sono stati considerati indicativi di scarsa coerenza con il resto della scala), e il valore di alfa ottenuto escludendo, uno alla volta, ciascun item.

I risultati sono stati presentati mediante tabelle, al fine di facilitarne la lettura e l'interpretazione.

4.4 RISULTATI

In seguito alla raccolta dati sono pervenuti 103 questionari completi, inclusi nell'analisi statistica.

Analisi delle caratteristiche socio-demografiche e formative

La tabella I riporta le caratteristiche socio-demografiche e formative del campione.

Il campione è composto prevalentemente da studenti di sesso femminile (n=80; 77,7%), mentre gli studenti di sesso maschile rappresentano il 22,3% del campione (n=23; 22,3%).

L'età media dei partecipanti è di 23,1 anni (DS±2,5), con una mediana di 23 anni e un range compreso tra 20 e 36 anni.

Relativamente al percorso accademico, la maggior parte dei partecipanti frequenta il 3° anno del corso di Laurea in Infermieristica (n=70;68%), mentre gli studenti del 2° anno rappresentano il 32,0% del campione (n=33; 32,0%).

Per quanto concerne le esperienze formative in ambito pediatrico, la maggioranza degli studenti riferisce di aver svolto attività di tirocinio in reparti pediatrici (n=81;78,6%), mentre il 21,4% non ha avuto tale esperienza (n=22;21,4%). Inoltre, tutti i partecipanti dichiarano di aver frequentato insegnamenti teorici in ambito pediatrico (n=103;100,0%).

Tabella I. Caratteristiche socio-demografiche e formative (n= 103)

Variabili	Frequenza (n)	Percentuale (%)
Genere:		
Femmina	80	77,7%
Maschio	23	22,3%
Età:		
Media ± DS (anni)	23,1 ± 2,5	–
Mediana (anni)	23	–
Range (anni)	20–36	–
Anno di corso:		
2° anno	33	32%
3° anno	70	68%
Insegnamenti teorici in ambito pediatrico:		
Si	103	100%
No	0	0,0%
Tirocinio in ambito pediatrico:		
Si	81	78,6%
No	22	21,4%

Sintesi dei punteggi medi complessivi

Considerando l'insieme delle 48 attività investigate, gli studenti hanno riportato un punteggio medio di frequenza delle esperienze pari a 3,04 ± 0,81e un punteggio medio di autoefficacia pari a 3,31 ± 0,64. Nel complesso, l'autoefficacia percepita è risultata lievemente superiore alla frequenza delle esperienze dichiarate.

Tabella II. Punteggi medi complessivi di frequenza e autoefficacia

Variabile	M ± DS
Frequenza esperienza	3,04 ± 0,81
Autoefficacia percepita	3,31 ± 0,64

Frequenza e autoefficacia percepita per singola attività

La Tabella III riporta, per ciascuna delle 48 attività, la frequenza di esperienza e l'autoefficacia percepita (media ± deviazione standard, DS) ed il range di risposta (minimo-massimo). Le attività sono ordinate per autoefficacia media decrescente.

Per quanto riguarda la frequenza di esperienza, i valori medi più elevati si registrano per "*Monitorare i parametri vitali*" (4,57 ± 1,12), "*Garantire la sicurezza dei pazienti mediante sorveglianza e monitoraggio*" (4,18 ± 1,16) e "*Garantire la mobilizzazione di una persona a letto o fuori dal letto*" (3,99 ± 1,38), mentre i più bassi riguardano "*Posizionare un sondino naso-gastrico*" (1,55 ± 1,05), "*Supportare le funzioni vitali*" (1,63 ± 1,12) e "*Gestire una tracheostomia e l'aspirazione tracheale*" (1,66 ± 1,18). Per tutte le 48 attività il range è compreso tra 1 e 5, a indicare una marcata eterogeneità delle esperienze degli studenti.

Per quanto concerne l'autoefficacia percepita, 10 attività su 48 hanno ottenuto una media pari o superiore a 4, mentre 17 hanno registrato una media inferiore a 3. "*Monitorare i parametri vitali*" (4,84 ± 0,41; range 3-5) e "*Effettuare un ECG*" (4,71 ± 0,60; range 2-5) sono anche le attività con la minore dispersione delle risposte, a indicare un livello di sicurezza condiviso dalla maggior parte degli studenti. Al contrario, la maggiore variabilità si osserva per "*Posizionare un catetere vescicale*" (2,51 ± 1,49), "*Eseguire un prelievo venoso*" (2,93 ± 1,36) e "*Gestire una tracheostomia e l'aspirazione tracheale*" (1,99 ± 1,30), tutte con range 1-5, segno di percezioni molto diverse tra gli studenti.

Nel complesso, per 32 delle 48 attività l'autoefficacia media supera la frequenza media; i valori complessivi (ultima riga) sono 3,04 ± 0,81 per la frequenza e 3,31 ± 0,64 per l'autoefficacia.

Tabella III. Frequenza di esperienza e autoefficacia percepita per singola attività: media ± deviazione standard (M ± DS) e range (n = 103)

Attività	Frequenza di esperienza		Autoefficacia percepita	
	M ± DS	Range	M ± DS	Range
Monitorare i parametri vitali	4,57 ± 1,12	1-5	4,84 ± 0,41	3-5
Effettuare un ECG	3,81 ± 1,11	1-5	4,71 ± 0,60	2-5
Effettuare le cure igieniche a letto	3,95 ± 1,49	1-5	4,50 ± 0,85	2-5
Gestire la terapia orale	3,92 ± 1,09	1-5	4,46 ± 0,74	1-5
Garantire l'igiene intima di una persona	3,71 ± 1,43	1-5	4,38 ± 0,70	2-5
Gestire la terapia per via sottocutanea	3,42 ± 1,25	1-5	4,34 ± 0,76	1-5
Garantire la mobilizzazione di una persona a letto o fuori dal letto	3,99 ± 1,38	1-5	4,31 ± 0,80	1-5
Gestire la terapia per via topica	3,00 ± 1,09	1-5	4,31 ± 0,95	1-5
Eseguire una emocoltura	3,22 ± 1,29	1-5	4,11 ± 0,94	1-5
Gestire la terapia per via endovenosa	3,95 ± 1,08	1-5	4,05 ± 0,76	1-5
Effettuare una medicazione semplice di una ferita	3,45 ± 1,13	1-5	3,99 ± 0,86	2-5
Gestire la terapia per via infusionale continua con l'utilizzo di pompe infusionali (es. elastomero)	3,56 ± 1,08	1-5	3,90 ± 0,69	2-5
Garantire la sicurezza dei pazienti mediante sorveglianza e monitoraggio	4,18 ± 1,16	1-5	3,84 ± 0,74	1-5
Somministrare l'ossigenoterapia e l'aerosolterapia	3,30 ± 1,13	1-5	3,75 ± 0,93	2-5
Rilevare e monitorare gli effetti dei trattamenti terapeutici	3,87 ± 1,34	1-5	3,64 ± 0,70	2-5
Gestire la terapia per via intramuscolare	2,58 ± 1,40	1-5	3,56 ± 0,91	1-5
Monitorare il bilancio delle entrate/uscite	3,51 ± 1,13	1-5	3,50 ± 0,96	1-5
Garantire in sicurezza una terapia farmacologica complessa (es. paziente con diversi accessi venosi)	3,60 ± 1,24	1-5	3,49 ± 0,84	1-5
Gestire un catetere venoso centrale	2,92 ± 1,15	1-5	3,46 ± 0,99	1-5
Gestire la nutrizione per via naso-gastrica e gastronomica	2,13 ± 1,41	1-5	3,44 ± 1,01	1-5
Gestire il processo di somministrazione degli emoderivati	2,94 ± 1,19	1-5	3,39 ± 0,93	1-5
Gestire il rischio clinico infermieristico del paziente (es. prevenzione degli errori di terapia)	3,59 ± 1,29	1-5	3,36 ± 0,70	1-5
Garantire l'igiene del cavo orale di una persona non autosufficiente	2,14 ± 1,33	1-5	3,24 ± 1,18	1-5
Individuare le priorità assistenziali e le relative motivazioni	3,60 ± 1,25	1-5	3,19 ± 0,78	1-5
Instaurare una relazione professionale con il paziente, i familiari ed il team	3,83 ± 1,08	1-5	3,17 ± 1,09	2-5
Effettuare l'accertamento infermieristico generale sul paziente	3,69 ± 1,31	1-5	3,15 ± 0,92	2-5
Organizzare gli interventi infermieristici previsti in base alle priorità assistenziali ed organizzative	3,59 ± 1,28	1-5	3,13 ± 0,72	1-5

Attività	Frequenza di esperienza		Autoefficacia percepita	
	M ± DS	Range	M ± DS	Range
Effettuare un clistere evacuante o medicato	2,33 ± 1,11	1-5	3,10 ± 1,04	1-5
Utilizzare le scale di valutazione dei sintomi, problemi e rischi della persona	3,55 ± 1,23	1-5	3,02 ± 1,08	1-5
Favorire la partecipazione del paziente alle cure e l'adesione al progetto assistenziale, terapeutico o riabilitativo	3,31 ± 1,21	1-5	3,00 ± 0,80	1-5
Informare/educare una persona alla gestione della propria condizione di salute e i suoi familiari (es. stomia, penna insulinica)	2,96 ± 1,15	1-5	3,00 ± 0,95	1-5
Effettuare un accertamento infermieristico specifico in relazione ai problemi del paziente	3,40 ± 1,31	1-5	2,98 ± 0,98	1-5
Gestire la terapia per via rettale	2,50 ± 1,07	1-5	2,97 ± 1,04	1-5
Eseguire un prelievo venoso	2,52 ± 1,49	1-5	2,93 ± 1,36	1-5
Instaurare una relazione terapeutica con il paziente ed i familiari	3,53 ± 1,06	1-5	2,90 ± 1,08	1-5
Effettuare il monitoraggio post-operatorio del paziente chirurgico	2,34 ± 1,40	1-5	2,84 ± 1,16	1-5
Eseguire una valutazione multidimensionale del paziente	3,27 ± 1,16	1-5	2,81 ± 0,91	1-5
Effettuare una pianificazione assistenziale individualizzata sul paziente a bassa complessità	3,42 ± 1,38	1-5	2,75 ± 1,06	1-5
Posizionare un accesso venoso periferico	2,16 ± 1,50	1-5	2,71 ± 1,29	1-5
Effettuare una medicazione avanzata di una ferita	1,90 ± 1,14	1-5	2,53 ± 1,00	1-5
Posizionare un catetere vescicale	1,84 ± 1,30	1-5	2,51 ± 1,49	1-5
Effettuare una pianificazione assistenziale individualizzata sul paziente a media complessità	2,49 ± 1,17	1-5	2,47 ± 1,14	1-5
Effettuare un'emogasanalisi arteriosa	1,75 ± 1,23	1-5	2,41 ± 1,14	1-5
Posizionare un sondino naso-gastrico	1,55 ± 1,05	1-5	2,28 ± 1,17	1-5
Supportare le funzioni vitali (rianimazione cardiopolmonare, distruzione delle vie aeree)	1,63 ± 1,12	1-5	2,24 ± 1,12	1-5
Effettuare una pianificazione assistenziale individualizzata sul paziente critico/ad alta complessità	1,83 ± 1,20	1-5	2,02 ± 1,12	1-5
Gestire un paziente in ventilazione meccanica (es. broncoaspirazione; monitoraggio parametri)	1,75 ± 1,26	1-5	1,99 ± 1,26	1-5
Gestire una tracheostomia e l'aspirazione tracheale	1,66 ± 1,18	1-5	1,99 ± 1,30	1-5
Media complessiva sulle 48 attività	**3,04 ± 0,81**	**1,00-5,00**	**3,31 ± 0,64**	**1,00-5,00**

Nota. M = media; DS = deviazione standard; range = valore minimo-massimo osservato (scala 1-5); Nell'ultima riga, M ± DS e range sono calcolati sul punteggio medio individuale di ciascuno studente.

Autoefficacia percepita: le attività con i punteggi più alti

La Tabella IV illustra le attività che hanno registrato i più elevati livelli medi di autoefficacia percepita da parte degli studenti. Analizzando i dati, emerge che l'attività con punteggio medio più alto in assoluto è "*Monitorare i parametri vitali*" (4,84±0,41), seguito da "*Effettuare un ECG*" (4,71±0,60). Valori particolarmente elevati si riscontrano anche nelle attività di assistenza di base e gestione terapeutica, quali "*Cure igieniche a letto*"(4,50±0,85), "*Gestire la terapia orale*" (4,46±0,74) e "*Garantire l'igiene intima*"(4,38±0,70).

Tabella IV. Attività con i più elevati livelli di autoefficacia

Attività	Autoefficacia media ± DS
Monitorare i parametri vitali	4,84±0,41
Effettuare un ECG	4,71±0,60
Cure igieniche a letto	4,50±0,85
Gestire la terapia orale	4,46±0,74
Garantire l'igiene intima	4,38±0,70

Autoefficacia percepita: le attività con i punteggi più bassi

La tabella V evidenzia, al contrario, le attività per cui gli studenti hanno riportato i più bassi livelli medi di autoefficacia percepita.

I valori inferiori in assoluto si registrano nella "*Gestire una tracheostomia*" (1,99±1,30) e nel "*Gestire un paziente in ventilazione meccanica*"(1,99±1,26). Seguono la "*Pianificazione del paziente critico"* (2,02±1,12), il "*Supportare le funzioni vitali*"(2,24±1,12) e il "*Posizionare un sondino-naso gastrico*"(2,28±1,17).

Questi dati mettono in luce le aree in cui gli studenti avvertono maggiore criticità o insicurezza, spesso legate a procedure ad alta complessità clinica ed assistenziale.

Tabella V. Attività con i più bassi livelli di autoefficacia

Attività	Autoefficacia media ± DS
Gestire una tracheostomia	1,99±1,30
Gestire un paziente in ventilazione meccanica	1,99±1,26
Pianificazione del paziente critico	2,02±1,12
Supportare le funzioni vitali	2,24±1,12
Posizionare un sondino naso-gastrico	2,28±1,17

Correlazione tra frequenza di esperienza e autoefficacia percepita

Per valutare l'associazione tra la frequenza delle attività assistenziali sperimentate e l'autoefficacia percepita, è stata effettuata una correlazione di Spearman. In primo luogo, la correlazione è stata calcolata tra i punteggi medi complessivi di frequenza e di autoefficacia dei 103 studenti, considerando ciascuno studente come unità di analisi. È emersa un'associazione positiva, di intensità moderata e statisticamente significativa ($\rho = 0,579$; $p<0,001$): a una maggiore frequenza complessiva delle attività assistenziali tende ad associarsi una maggiore autoefficacia percepita. Successivamente, con finalità esplorative, la correlazione è stata calcolata per ciascuna delle 48 attività infermieristiche. L'associazione è risultata positiva per 46 attività su 48 e, dopo correzione per confronti multipli con il metodo di Benjamini-Hochberg, statisticamente significativa per 40 di esse. Le correlazioni più elevate sono state osservate per il prelievo venoso ($\rho = 0,733$), il posizionamento dell'accesso venoso periferico ($\rho = 0,731$), la gestione della tracheostomia e dell'aspirazione tracheale ($\rho = 0,726$) e il monitoraggio post-operatorio del paziente chirurgico ($\rho = 0,710$). Otto attività non hanno mostrato una correlazione statisticamente significativa (ρ compreso tra -0,099 e 0,182): riguardano l'accertamento, la pianificazione e l'organizzazione dell'assistenza, l'individuazione delle priorità, il monitoraggio degli effetti dei trattamenti, il coinvolgimento e l'educazione del paziente e dei familiari. Per la pianificazione assistenziale individualizzata la correlazione è risultata statisticamente significativa per il paziente a media ($\rho = 0,536$) e ad alta complessità ($\rho = 0,588$), ma non per quello a bassa complessità ($\rho = -0,099$). Le correlazioni più elevate e quelle più basse sono riportate nella Tabella VI.

Tabella VI. Correlazione di Spearman tra frequenza di esperienza e autoefficacia percepita: punteggi complessivi e attività con le correlazioni più elevate e più basse

Analisi / attività	ρ di Spearman	p
Punteggi medi complessivi di frequenza e autoefficacia (n = 103 studenti)	0,579	<0,001
Attività con la correlazione più elevata (p corretto)		
Prelievo venoso	0,733	<0,001
Posizionamento di un accesso venoso periferico	0,731	<0,001
Gestione di una tracheostomia e aspirazione tracheale	0,726	<0,001
Monitoraggio post-operatorio del paziente chirurgico	0,710	<0,001
Gestione di un paziente in ventilazione meccanica	0,683	<0,001
Emogasanalisi arteriosa	0,679	<0,001
Posizionamento di un catetere vescicale	0,671	<0,001
Posizionamento di un sondino naso-gastrico	0,613	<0,001
Attività con la correlazione più bassa (p corretto)		

Analisi / attività	ρ di Spearman	p
Pianificazione assistenziale individualizzata (paziente a bassa complessità)	-0,099	0,335
Partecipazione del paziente alle cure e adesione al progetto assistenziale	0,000	0,997
Individuazione delle priorità assistenziali	0,022	0,841
Educazione del paziente e dei familiari	0,112	0,277
Monitoraggio degli effetti dei trattamenti terapeutici	0,118	0,255
Organizzazione degli interventi infermieristici	0,121	0,248
Accertamento infermieristico specifico	0,173	0,092
Accertamento infermieristico generale	0,182	0,077

Nota. ρ = coefficiente di correlazione di Spearman. La correlazione complessiva è stata calcolata sulle medie dei punteggi di ciascuno dei 103 studenti (103 coppie di valori); per le singole attività la correlazione è stata calcolata sulle 103 risposte e il valore di p è corretto per confronti multipli (Benjamini-Hochberg). Le 8 attività con la correlazione più bassa non sono statisticamente significative (p corretto ≥0,05).

Confronto tra studenti del secondo e del terzo anno

Il confronto tra gli studenti del secondo e del terzo anno ha evidenziato differenze osservate sia nella frequenza delle attività assistenziali svolte, sia nei livelli di autoefficacia percepita. Gli studenti del terzo anno hanno riportato una frequenza media totale più elevata rispetto agli studenti del secondo anno (3,25±0,63 vs 2,58±0,95). Analogamente, il punteggio medio di autoefficacia è risultato superiore negli studenti del terzo anno (3,50± 0,65 vs 2,90±0,40).
Tali risultati sono riportati nella tabella VII.

Tabella VII. Confronto dei punteggi medi di frequenza e autoefficacia tra gli studenti del secondo e del terzo anno

Anno di corso	n	Frequenza media±DS	Autoefficacia media±DS
2° anno	33	2,58±0,95	2,90±0,40
3° anno	70	3,25±0,63	3,50±0,65

Per verificare se tali differenze fossero statisticamente significative è stato applicato il test U di Mann-Whitney per campioni indipendenti. Il test ha evidenziato una differenza statisticamente significativa tra i due gruppi sia per la frequenza delle attività assistenziali (U= 609; z=3,86; p<0,001; r=0,38), con una mediana pari a 3,24 negli studenti del terzo anno e a 3,04 negli studenti del secondo anno, sia per l'autoefficacia percepita (U= 350; z=5,69; p<0,001; r=0,56), con una mediana pari a 3,32 negli studenti del terzo anno e a 2,88 negli studenti del secondo anno. Gli studenti del terzo anno hanno quindi riportato punteggi significativamente più elevati rispetto a

quelli del secondo anno; la dimensione dell'effetto è risultata moderata per la frequenza e ampia per l'autoefficacia. I risultati del test sono riportati nella tabella VIII.

Tabella VIII. Risultati del test U di Mann-Whitney nel confronto tra gli studenti del secondo e del terzo anno

Variabile	U	z	p	r	Mediana 2° anno vs 3° anno
Frequenza	609	3,86	< 0,001	0,38	3,04 vs 3,24
Autoefficacia	350	5,69	< 0,001	0,56	2,88 vs 3,32

Nota. U = statistica del test di Mann-Whitney; z = valore standardizzato (con correzione di continuità); p = p-value bilaterale; r = dimensione dell'effetto (|z|/√N, N = 103).

Confronto tra studenti con e senza esperienza di tirocinio pediatrico

È stato inoltre effettuato un confronto tra gli studenti che hanno svolto almeno un'esperienza di tirocinio in ambito pediatrico e quelli che non l'hanno svolta. Gli studenti con esperienza di tirocinio pediatrico hanno riportato una frequenza media delle attività assistenziali pari a 3,14±0,54, rispetto a 2,64±1,37 degli studenti senza esperienza di tirocinio pediatrico. Per quanto riguarda l'autoefficacia percepita, i punteggi medi sono risultati pari a 3,25±0,62 nel gruppo con esperienza di tirocinio e a 3,49±0,70 nel gruppo senza esperienza di tirocinio.

Tali risultati sono riportati nella tabella IX**.**

Tabella IX. Confronto dei punteggi medi di frequenza e autoefficacia in base all'esperienza di tirocinio pediatrico

Esperienza di tirocinio pediatrico	n	Frequenza media±DS	Autoefficacia media±DS
Si	81	3,14±0,54	3,25±0,62
No	22	2,64±1,37	3,49±0,70

Per verificare se le differenze osservate fossero statisticamente significative è stato applicato il test U di Mann-Whitney per campioni indipendenti. Il test non ha evidenziato differenze statisticamente significative tra gli studenti con e senza esperienza di tirocinio pediatrico, né per la frequenza delle attività assistenziali (U= 779;z= 0,90; p= 0,369; r = 0,09), con una mediana pari a 3,15 nel gruppo con tirocinio e a 3,05 nel gruppo senza tirocinio, né per l'autoefficacia percepita (U= 741,5;z= 1,20; p= 0,230; r= 0,12), con una mediana pari a 3,10 nel gruppo con tirocinio e a 3,36 nel gruppo senza tirocinio. Le differenze osservate non possono quindi essere considerate statisticamente

significative; va inoltre tenuto conto della ridotta numerosità del gruppo senza tirocinio pediatrico (n= 22). I risultati del test sono riportati nella tabella X.

Tabella X. Risultati del test U di Mann-Whitney nel confronto tra gli studenti con e senza esperienza di tirocinio pediatrico

Variabile	U	z	p	r	Mediana con vs senza tirocinio
Frequenza	779	0,90	0,369	0,09	3,15 vs 3,05
Autoefficacia	741,5	1,20	0,230	0,12	3,10 vs 3,36

Nota. U = statistica del test di Mann-Whitney; z = valore standardizzato (con correzione di continuità); p = p-value bilaterale; r = dimensione dell'effetto (|z|/√N, N = 103).

Affidabilità della scala (coerenza interna)

Poiché la scala NSSE-CS è stata validata sull'adulto ed è stata qui applicata al solo paziente pediatrico, ne è stata valutata la coerenza interna con l'alfa di Cronbach. Il coefficiente è risultato pari a 0,972 per la sezione di autoefficacia e a 0,972 per la sezione di frequenza, valori che indicano un'elevata coerenza interna in entrambe le scale (Tabella XI).

Per la scala di autoefficacia la correlazione item-totale corretta ha avuto una mediana di 0,72 (range 0,02-0,84) e l'alfa ottenuto eliminando un singolo item è rimasto compreso tra 0,970 e 0,973: nessun item, se escluso, avrebbe migliorato in modo apprezzabile l'affidabilità della scala. Sei attività hanno mostrato una correlazione item-totale inferiore a 0,30: le cure igieniche a letto (r = 0,02), il monitoraggio dei parametri vitali (r = 0,07), la mobilizzazione della persona (r = 0,12), la terapia per via topica (r = 0,15), l'igiene intima (r = 0,21) e l'ECG (r = 0,25). Per tutte queste attività gli studenti hanno riportato punteggi medi elevati, compresi tra 4,31 e 4,85. Per la scala di frequenza la correlazione item-totale corretta ha avuto una mediana di 0,66 (range 0,48-0,78) e nessun item è risultato inferiore a 0,30.

Tabella XI. Coerenza interna (alfa di Cronbach) delle sezioni di autoefficacia e di frequenza della scala NSSE-CS (n = 103)

Scala	Item (n)	α di Cronbach	Correlazione item-totale corretta: mediana (range)	α se item eliminato (range)
Autoefficacia percepita	48	0,972	0,72 (0,02–0,84)	0,970–0,973
Frequenza di esperienza	48	0,972	0,66 (0,48–0,78)	0,971–0,972

Nota. α = coefficiente alfa di Cronbach. La correlazione item-totale corretta è la correlazione tra ciascun item e la somma dei restanti 47 item della stessa scala.

4.5 DISCUSSIONE

Il presente studio si proponeva di valutare il livello di autoefficacia percepita nella gestione del paziente pediatrico da parte degli studenti del secondo e del terzo anno del Corso di Laurea in Infermieristica dell'Università Politecnica delle Marche, e di osservarne l'andamento in relazione alle esperienze di tirocinio. Dai 103 questionari analizzati emerge un'autoefficacia complessivamente intermedia (3,31 su 5), lievemente superiore alla frequenza con cui gli studenti dichiarano di aver sperimentato le attività (3,04 su 5). Per 32 delle 48 attività l'autoefficacia media supera la frequenza media: gli studenti, cioè, tendono a sentirsi più capaci di quanto abbiano avuto occasione di esercitarsi.

Il risultato centrale riguarda il rapporto tra esperienza e sicurezza percepita. La correlazione di Spearman tra i punteggi medi complessivi di frequenza e autoefficacia dei 103 studenti ha evidenziato un'associazione positiva di intensità moderata ($\rho = 0,579$; $p<0,001$): gli studenti che hanno svolto più frequentemente le attività tendono a sentirsi anche più capaci di eseguirle.

Il valore, tuttavia, è lontano da una corrispondenza perfetta ($\rho = 1$), per cui la frequenza di esperienza spiega solo in parte l'autoefficacia percepita; è plausibile che contribuiscano anche altri fattori, come la qualità del feedback ricevuto dai tutor clinici, la preparazione teorica e le esercitazioni in laboratorio. Il disegno dello studio non consente di stabilire un nesso causale.

Lo stesso andamento si osserva a livello delle singole attività: l'associazione tra frequenza e autoefficacia è risultata positiva per 46 attività su 48 e statisticamente significativa, dopo correzione per confronti multipli, per 40 di esse, con i coefficienti più elevati per procedure tecniche come il

prelievo venoso (ρ = 0,733), il posizionamento dell'accesso venoso periferico (ρ = 0,731) e la gestione della tracheostomia (ρ = 0,726).
Inoltre, le attività con i punteggi più alti di autoefficacia coincidono in larga parte con quelle più frequentemente praticate: il monitoraggio dei parametri vitali, ad esempio, è al primo posto sia per autoefficacia (4,84) sia per frequenza (4,57).
Al contrario, le attività con i punteggi più bassi, come la gestione della tracheostomia, il paziente in ventilazione meccanica, il supporto delle funzioni vitali e il posizionamento del sondino naso-gastrico, sono anche tra le meno sperimentate in tirocinio (frequenze comprese tra 1,55 e 1,66). Questo andamento è coerente con la teoria di Bandura, secondo cui le esperienze dirette di successo rappresentano la principale fonte di autoefficacia [37]: la fiducia nelle proprie capacità si costruisce soprattutto attraverso l'esecuzione ripetuta e supervisionata delle attività. Le procedure ad alta complessità clinica, che richiedono contesti assistenziali specifici e spesso intensivi, offrono allo studente poche occasioni di pratica diretta, in particolare in ambito pediatrico, e quindi minori possibilità di maturare sicurezza.
Le correlazioni più deboli, e non significative, riguardano invece attività di accertamento, di pianificazione e organizzazione dell'assistenza, di individuazione delle priorità, di monitoraggio degli effetti dei trattamenti e di coinvolgimento e educazione del paziente e dei familiari. Si tratta di competenze trasversali, che lo studente esercita in modo continuo nelle diverse attività di tirocinio e che non coincidono con una procedura specifica: è plausibile che per esse la frequenza dichiarata rifletta meno direttamente la padronanza della competenza. Per sei di queste attività, inoltre, l'autoefficacia si concentra sui valori centrali della scala (deviazione standard compresa tra 0,70 e 1,06 contro 1,15-1,38 della frequenza), e questa ridotta variabilità può attenuare la correlazione osservata. Si tratta di interpretazioni plausibili che il presente studio non consente di verificare.
Anche le deviazioni standard e i range riportati nella Tabella III permettono alcune considerazioni. Per tutte le attività la frequenza copre l'intero intervallo da 1 a 5, a indicare esperienze molto eterogenee tra gli studenti. Le attività con maggiore concordanza di risposta sono proprio quelle con autoefficacia più alta, come il monitoraggio dei parametri vitali (4,84 ± 0,41) e l'ECG (4,71 ± 0,60), segno di una sicurezza diffusa e condivisa.
Le attività con la variabilità più elevata, come il posizionamento del catetere vescicale (2,51 ± 1,49), il prelievo venoso (2,93 ± 1,36) e la gestione della tracheostomia (1,99 ± 1,30), mostrano invece percezioni molto diverse tra gli studenti, probabilmente legate alla diversa esposizione a tali procedure nei reparti frequentati. Ciò suggerisce che l'autoefficacia in queste attività dipenda in misura notevole dalle opportunità offerte dal singolo percorso di tirocinio, più che dalla

preparazione teorica, che nel campione è comune (tutti gli studenti hanno frequentato insegnamenti pediatrici).

Il confronto con lo studio di validazione della scala NSSE-CS [45] mostra tendenze analoghe. Anche in quel campione di studenti del terzo anno le attività con autoefficacia più alta erano il monitoraggio dei parametri vitali (4,78) e l'ECG (4,64), mentre i punteggi più bassi riguardavano il supporto delle funzioni vitali (2,91) e il posizionamento del sondino naso-gastrico (2,85).

Gli autori attribuiscono questi risultati alla frequente pratica delle abilità tecniche di base, sia in tirocinio sia nei laboratori di simulazione, e alla scarsa opportunità di esercitare le procedure più avanzate. È necessario però tenere presente una differenza sostanziale: nello studio di Biagioli gli studenti valutavano la propria autoefficacia nella pratica clinica in generale, mentre nel presente studio è stato chiesto di rispondere in relazione al solo paziente pediatrico.

I valori qui rilevati risultano infatti più bassi, in particolare per la gestione del paziente in ventilazione meccanica (1,99 contro 3,19) e della tracheostomia (1,99 contro 3,16), così come nel punteggio medio di autoefficacia degli studenti del terzo anno (3,50 contro 3,81) e nella frequenza media (3,25 contro 3,58).

In ambito pediatrico le occasioni di pratica sono più limitate e la gestione del bambino, per le sue peculiarità fisiologiche e relazionali, può far percepire maggiore difficoltà anche in procedure già note sull'adulto. Il confronto va comunque interpretato con cautela, perché i campioni differiscono per numerosità, sede e anni di corso.

Per quanto riguarda l'anno di corso, gli studenti del terzo anno riportano valori più elevati sia di frequenza (3,25 contro 2,58) sia di autoefficacia (3,50 contro 2,90) rispetto a quelli del secondo anno, e il test di Mann-Whitney ha confermato che le differenze sono statisticamente significative ($p<0,001$ per entrambe le variabili). L'entità della differenza, misurata dalla dimensione dell'effetto, è moderata per la frequenza ($r = 0,38$) e ampia per l'autoefficacia ($r = 0,56$): il passaggio dal secondo al terzo anno si associa dunque a un aumento dell'autoefficacia più marcato di quello della sola frequenza delle esperienze. Il risultato appare coerente con la progressione del percorso formativo: con l'avanzare degli anni lo studente accumula esperienze di tirocinio, riceve feedback dai tutor clinici e sperimenta una crescente autonomia, tutti elementi che contribuiscono alla costruzione dell'autoefficacia [35,37].

Il terzo anno, inoltre, è caratterizzato da insegnamenti avanzati e da un'esposizione più ampia a contesti assistenziali complessi.

Il confronto tra studenti con e senza esperienza di tirocinio pediatrico non ha evidenziato differenze statisticamente significative né per la frequenza ($p = 0,369$) né per l'autoefficacia ($p = 0,230$).

Le medie osservate sembrano indicare una frequenza più alta negli studenti con tirocinio pediatrico (3,14 contro 2,64) e , al contrario, un'autoefficacia lievemente più alta nel gruppo senza tale esperienza (3,49 contro 3,25), ma il test non consente di escludere che queste differenze siano dovute al caso; anche le mediane risultano molto vicine (3,15 contro 3,05 per la frequenza). Va inoltre considerata l'elevata variabilità del gruppo senza tirocinio pediatrico (DS 1,37 per la frequenza).

Il dato sull'autoefficacia è apparentemente controintuitivo e va letto con prudenza. Il gruppo senza tirocinio pediatrico è poco numeroso (n = 22) e non omogeneo per anno di corso, e un campione ridotto limita la capacità del test di rilevare differenze reali: l'assenza di significatività non equivale quindi a dimostrare che il tirocinio pediatrico non abbia alcun effetto.

Inoltre, gli studenti privi di tirocinio in pediatria potrebbero aver risposto basandosi sulle esperienze maturate in altri contesti, sulle attività di laboratorio o su una percezione generale delle proprie abilità, senza riferimenti diretti al bambino. È anche possibile che l'esperienza pediatrica porti a una valutazione più critica e realistica delle proprie capacità e che la sola partecipazione a un tirocinio pediatrico, indipendentemente da durata e tipo di attività svolte, non rifletta l'effettiva esposizione alle singole procedure. Si tratta di ipotesi che il presente disegno di studio non consente di verificare.

I risultati offrono anche indicazioni per la formazione. Le attività con autoefficacia più bassa, come la gestione della tracheostomia e del paziente in ventilazione meccanica, il supporto delle funzioni vitali, il posizionamento del sondino naso-gastrico e la pianificazione del paziente critico, rappresentano possibili bisogni formativi. Poiché il tirocinio offre su queste procedure poche occasioni di pratica diretta, potrebbero risultare utili attività integrative, come la simulazione e le esercitazioni in laboratorio, calibrate sul contesto pediatrico.

Un ulteriore aspetto riguarda l'affidabilità dello strumento. Poiché la NSSE-CS è stata validata sull'adulto e non sul paziente pediatrico, ne è stata verificata la coerenza interna del campione: l'alfa di Cronbach è risultato pari a 0,972 sia per l'autoefficacia sia per la frequenza, indicando che gli item, riferiti al bambino, risultano fortemente coerenti tra loro. Valori così elevati possono tuttavia dipendere in parte dall'alto numero di item (48) e, talvolta, segnalare ridondanza tra le domande [47]. Inoltre, per sei attività di base, come le cure igieniche a letto e il monitoraggio dei parametri vitali, la correlazione con il resto della scala è risultata bassa: è possibile che la concentrazione delle risposte sui valori più alti riduca la variabilità e, di conseguenza, la correlazione.

Limiti dello studio

I risultati vanno interpretati alla luce di alcuni limiti. Il campionamento di convenienza su base volontaria e la partecipazione di studenti di un solo ateneo limitano la generalizzabilità dei risultati, e la numerosità campionaria è contenuta. L'autovalutazione è soggetta a possibili distorsioni, in particolare alla desiderabilità sociale, con il rischio di sovrastimare le proprie competenze.
Il disegno trasversale non consente di stabilire rapporti di causalità tra esperienze di tirocinio e autoefficacia né di seguire la sua evoluzione nel tempo.
I confronti tra gruppi sono stati condotti con test non parametrici, adatti a punteggi ordinali, ma su sottogruppi poco numerosi, in particolare gli studenti senza tirocinio pediatrico (n = 22), con una limitata capacità di rilevare differenze reali. Le analisi sono inoltre univariate: l'anno di corso e il tirocinio pediatrico sono stati valutati separatamente, senza poter controllare formalmente l'effetto di eventuali variabili confondenti né l'influenza reciproca tra le due variabili.
Inoltre, la correlazione di Spearman è stata calcolata sull'insieme delle coppie di punteggi di tutti gli studenti (4.944 coppie), considerando come indipendenti le 48 risposte fornite da uno stesso studente: il valore di ρ va quindi inteso come indicazione descrittiva dell'intensità di associazione.
Infine, la scala NSSE-CS è stata sviluppata e validata per valutare l'autoefficacia nelle competenze cliniche in generale, nel contesto dell'assistenza all'adulto.
In questo studio è stata utilizzata chiedendo agli studenti di riferirsi al solo paziente pediatrico, un adattamento non sottoposto a una specifica validazione psicometrica, e alcune attività, come la gestione di una tracheostomia o della ventilazione meccanica, possono essere state interpretate in modo diverso nel contesto pediatrico. La coerenza interna della scala, valutata con l'alfa di Cronbach, è risultata elevata, ma non sono state esaminate altre proprietà psicometriche (ad esempio la stabilità nel tempo), per cui lo strumento non può considerarsi validato in ambito pediatrico.

4.6 CONCLUSIONE

Il presente studio ha esplorato la percezione di autoefficacia nella gestione del paziente pediatrico in 103 studenti del secondo e del terzo anno del Corso di Laurea in Infermieristica dell'Università Politecnica delle Marche. Rispetto alla domanda di ricerca iniziale, i risultati indicano che gli studenti percepiscono un livello di competenza complessivamente intermedio (autoefficacia media 3,31 su 5), ma non uniforme. La sicurezza percepita è elevata nelle attività assistenziali di base e di monitoraggio, come la rilevazione dei parametri vitali e l'esecuzione dell'ECG, ed è invece più bassa nelle procedure ad alta complessità clinica, quali la gestione della tracheostomia e della

ventilazione meccanica, il supporto delle funzioni vitali, il posizionamento del sondino naso-gastrico e la pianificazione assistenziale del paziente critico.

L'autoefficacia si associa in modo positivo e moderato alla frequenza con cui le attività sono state sperimentate in tirocinio ($\rho = 0,579; p<0,001$), in linea con la teoria di Bandura, secondo cui l'esperienza diretta è la principale fonte di fiducia nelle proprie capacità. Gli studenti del terzo anno hanno riportato punteggi significativamente più alti rispetto a quelli del secondo, sia per la frequenza sia per l'autoefficacia ($p<0,001$). Non sono invece emerse differenze statisticamente significative tra chi ha svolto un tirocinio pediatrico e chi no, risultato da interpretare con cautela per la ridotta numerosità di questo gruppo ($n = 22$).

Dal punto di vista formativo, le attività con autoefficacia più bassa rappresentano possibili bisogni di apprendimento. Poiché il tirocinio offre su queste procedure poche occasioni di pratica diretta, potrebbero risultare utili attività integrative, come la simulazione e le esercitazioni in laboratorio, calibrate sul contesto pediatrico.

I risultati vanno letti alla luce dei limiti dello studio: il campionamento di convenienza, la partecipazione di un solo ateneo, il disegno trasversale e l'utilizzo della scala NSSE-CS, validata sull'adulto, con riferimento al solo paziente pediatrico. Sebbene la coerenza interna della scala sia risultata elevata (α di Cronbach = 0,972), lo strumento non può considerarsi validato in ambito pediatrico. Studi futuri, su campioni più ampi e multicentrici e con disegni longitudinali, potranno confermare questi risultati, seguire l'evoluzione dell'autoefficacia nel corso della formazione e valutare l'efficacia di interventi didattici mirati, contribuendo a formare infermieri più sicuri e consapevoli nell'assistenza al bambino.

BIBLIOGRAFIA:

1. Strouse PJ, Trout AT, Offiah AC. What is pediatric? Pediatr Radiol. 2022;52(1):1-4.
2. World Health Organization. Standards for improving the quality of care for children and young adolescents in health facilities. Geneva: World Health Organization; 2018.
3. Hockenberry MJ, Wilson D, Rodgers CC. Wong's essentials of pediatric nursing. 11th ed. St. Louis: Elsevier; 2021.
4. European Association for Children in Hospital. Carta dei diritti del bambino in ospedale. [n.d]. EACH; [citato il 3 giugno 2026]. Disponibile su: https://www.each-for-sick-children.org
5. Istituto Superiore di Sanità. Linee di indirizzo e standard per la qualità dell'assistenza pediatrica. Roma: ISS; 2021.
6. Foster K, Vrabel M. Pediatric nursing: Caring for children and their families. Philadelphia: F.A. Davis; 2019.
7. Merkel SI, Voepel-Lewis T, Shayevitz JR, Malviya S. The FLACC: A behavioral scale for scoring postoperative pain in young children. Pediatr Nurs. 1997; 23(3):293-7.
8. Marufu TC, Bower R, Hendron E, Manning JC. Nursing interventions to reduce medication errors in paediatrics and neonates: systematic review and meta-analysis. J Pediatr Nurs. 2022;62:14-23.
9. Li WHC, Lopez V. The effectiveness of therapeutic play in reducing anxiety in hospitalized children. J Pediatr Nurs. 2008;23(1):58-66
10. Koller D. Child Life Council evidence-based practice statements. Rockville (MD): Child Life Council; 2017.
11. American Academy of Pediatrics. Child life guidelines. Elk Grove Village: American Academy of Pediatrics; 2018.
12. Institute for Patient- and Family-Centered Care. Core concepts of family-centered care. Bethesda: IPFCC; 2017.

13. American Academy of Pediatrics.Transition of care guidelines. Pediatrics. 2016; 138(5):e20162587.
14. Coyne I. Children's participation in communication and decision-making. J of Clin Nurs. 2008;17(1):168-76.
15. Lambert V, Glacken M. Communication between children and health professionals. J Adv Nurs. 2011;67(3):481-93.
16. Lambert V. Nonverbal communication in pediatric nursing. Nurs Child Young People. 2013;25(4):22-7.
17. Hall JA. Nonverbal behavior in pediatric care. Pediatrics. 2011;127(Suppl 3):S160-6.
18. Shields L. Family-centred care: A review of the literature. J Clin Nurs. 2012; 21(11-12):1526-37.
19. Kuo DZ, Houtrow AJ, Arango P, Kuhlthau KA, Simmons JM, Neff JM. Family-centered care: Current applications and future directions. Matern Child Health J. 2012;16(2):297-305.
20. Freshwater D, Stickley T. The heart of the art: emotional intelligence in nurse education. Nurs Inq.2004;11(2):91-8.
21. McQueen A. Emotional intelligence in nursing work. J Adv Nurs. 2004;47(1):101-8.
22. Gerber Z. Empathy in pediatric nursing. Pediatr Nurs. 2018;44(2):85-90.
23. Committee on Bioethics, American Academy of Pediatrics. Informed consent in pediatric practice. Pediatrics. 2016;138(2):e20161484.
24. World Health Organization. Responding to children and adolescents who have been abused. Geneva: World Health Organization; 2017.
25. Ministero della Salute. Linee di indirizzo nazionali per le aziende sanitarie e le aziende ospedaliere in tema di soccorso e assistenza socio-sanitaria alle donne e ai minori vittime di violenza. Gazzetta Ufficiale n. 24 del 30-01-2018.
26. Pinto JP, Ribeiro CA, Pettengill MM, Balieiro MM. Cuidado centrado na família e sua aplicação na enfermagem pediátrica. Rev Bras de Enferm. 2010;63(1):132-7.

27. Bianchi M, Bagnasco A, Aleo G, et al. Parents' involvement in pediatric care: A systematic review. J Pediatr Nurs. 2020;51:34-42.
28. Cousino MK, Hazen RA. Parenting stress among caregivers of children with chronic illness: A systematic review. J Pediatr Psychol. 2013;38(8):809-28.
29. UNESCO. Inclusive education guidelines. Paris: UNESCO; 2017.
30. Campinha-Bacote J. The process of cultural competence in healthcare. J Transcult Nurs. 2002;13(3):181-4.
31. Institute for Healthcare Improvement. Patient- and family-centered care improvement guide. Boston: IHI; 2017.
32. Italia. Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca. Decreto Ministeriale 22 ottobre 2004, n. 270. Modifiche al regolamento recante norme concernenti l'autonomia didattica degli atenei. Gazzetta Ufficiale n. 266 del 12-11-2004.
33. Università Politecnica delle Marche. Corso di laurea in infermieristica: Piano di studi e organizzazione didattica. Ancona: UNIVPM; 2025.
34. Levett-Jones T, et al. The development of clinical reasoning in nursing students. Nurse Educ Today. 2010;30(3):234-9.
35. Oermann MH, Shellenbarger T. Clinical teaching strategies in nursing. 4th ed. New York: Springer; 2014.
36. Akça K, Berşe S. Nursing students' self-efficacy and clinical decision-making in the context of medication administration to children: A descriptive-correlational study. *Nurse Educ Pract*. 2023;67:103565.
37. Bandura A. Self-efficacy: The exercise of control. New York: W.H. Freeman; 1997.
38. Cheraghi F, Hassani P, Yaghmaei F, Alavi Majd H. Developing a valid and reliable self-efficacy in clinical performance scale. Int Nurs Rev. 2009;56(2):214-21.
39. Cantrell MA, Browne AM. The impact of clinical experiences on nursing students' self-efficacy. J Nurs Educ. 2006;45(9):364-70.

40. Papathanasiou IV, et al. Communication skills and clinical environment: Impact on nursing students' learning. BMC Nursing. 2014;13(1):18.
41. Betz CL, et al. Pediatric nursing education challenges and student perceptions. J Pediatr Nurs. 2019;46:e45-52.
42. Zengin M, Pinar R, Akinci AC. The relationship between nursing students' self-efficacy and clinical performance. Nurse Educ Today. 2021;98:104748.
43. Cant R, Cooper S. Simulation-based learning in nursing education: Systematic review. J Adv Nurs. 2017;73(1):3-15.
44. Hardan-Khalil K, Jadalla A, Deckers CM, Costa CB. Undergraduate nursing student perceptions of clinical training approaches: a quasi-experimental study. Nurs Rep. 2025;15(1):12-20.
45. Biagioli V, Bulfone G, Mazzotta R, Vannini V, Sist L, Latina R, et al. The Nursing Student Self-Efficacy in Clinical Skills Scale (NSSE-CS): a development and psychometric validation study. Nurse Educ Pract. 2025;82:104210.
46. Cronbach LJ. Coefficient alpha and the internal structure of tests. Psychometrika. 1951;16(3):297-334.
47. Tavakol M, Dennick R. Making sense of Cronbach’s alpha. Int J Med Educ. 2011; 2:53-5.

ALLEGATI

Contenuto del Questionario Google Form

Autoefficacia nella gestione del paziente pediatrico: questionario per gli studenti di Infermieristica

Questo questionario fa parte dello studio osservazionale cross-sectional "Autoefficacia nella gestione del paziente pediatrico da parte degli studenti di Infermieristica", svolto presso l'Università Politecnica delle Marche.
L'obiettivo è valutare il livello di autoefficacia degli studenti del 2° e 3° anno nella gestione del paziente pediatrico e identificare i principali fattori formativi che influenzano tale auto-valutazione.
La compilazione è anonima. I dati saranno trattati esclusivamente per fini di ricerca, nel rispetto del GDPR 769/2016.
La partecipazione è volontaria.

Dati socio-demografici e formativi:

- Età:
  Risposta aperta

- Genere:
  - Femmina
  - Maschio
  - Preferisco non rispondere

- Anno di corso:
  - 2° anno
  - 3° anno

- Sede Universitaria:
  - Ancona
  - Fermo
  - Macerata
  - Pesaro
  - Ascoli Piceno

- Hai frequentato insegnamenti teorici in ambito pediatrico?
  - Si
  - No

- Hai svolto tirocinio in ambito pediatrico?
  - Si
  - No

Scala NSSE-CS Nursing Student Self-Efficacy in Clinical Skills

Per ciascuna attività infermieristica indica:
1. Quanto spesso l'hai sperimentata durante i tirocini (1-5)
2. Quanto ti senti capace di svolgerla (1-5)

1= mai/per niente capace
2= raramente/poco capace
3=a volte/abbastanza capace
4= spesso/capace
5=sempre/molto capace

Elenco delle attività della scala NSSE-CS:

1. Effettuare le cure igieniche a letto
2. Garantire la mobilizzazione di una persona a letto o fuori dal letto
3. Garantire l'igiene del cavo orale di una persona non autosufficiente
4. Garantire l'igiene intima di una persona
5. Effettuare un clistere evacuante o medicato
6. Monitorare i parametri vitali
7. Effettuare un ECG
8. Posizionare un catetere vescicale
9. Eseguire un prelievo venoso
10. Somministrare l'ossigenoterapia e l'aerosolterapia
11. Effettuare una medicazione semplice di una ferita
12. Utilizzare le scale di valutazione dei sintomi, problemi e rischi della persona
13. Gestire la terapia orale
14. Gestire la terapia per via sottocutanea
15. Gestire la terapia per via rettale
16. Gestire la terapia per via topica
17. Effettuare l'accertamento infermieristico generale sul paziente
18. Effettuare una pianificazione assistenziale individualizzata sul paziente a bassa complessità
19. Garantire la sicurezza dei pazienti mediante sorveglianza e monitoraggio
20. Instaurare una relazione professionale con il paziente, i familiari ed il team
21. Gestire la terapia per via endovenosa
22. Gestire la terapia per via intramuscolare

23. Effettuare una medicazione avanzata di una ferita
24. Posizionare un accesso venoso periferico
25. Gestire un catetere venoso centrale
26. Gestire il processo di somministrazione degli emoderivati
27. Gestire la nutrizione per via naso-gastrica e gastrostomica
28. Effettuare un accertamento infermieristico specifico in relazione ai problemi del paziente
29. Effettuare una pianificazione assistenziale individualizzata sul paziente a media complessità
30. Effettuare il monitoraggio post-operatorio del paziente chirurgico
31. Informare/educare una persona alla gestione della propria condizione di salute e i suoi familiari (es. stomia, penna insulinica)
32. Rilevare e monitorare gli effetti dei trattamenti terapeutici
33. Eseguire un'emocoltura
34. Gestire la terapia per via infusionale continua con l'utilizzo di pompe infusionali (es. elastomero)
35. Gestire la tracheostomia e l'aspirazione tracheale
36. Monitorare il bilancio delle entrate/uscite
37. Posizionare un sondino naso-gastrico
38. Instaurare una relazione terapeutica con il paziente ed i familiari
39. Gestire un paziente in ventilazione meccanica (es. broncoaspirazione, monitoraggio parametri)
40. Eseguire una valutazione multidimensionale di un paziente
41. Effettuare una pianificazione assistenziale individualizzata sul paziente critico/ad alta complessità
42. Gestire il rischio clinico infermieristico del paziente (es. prevenzione degli errori di terapia)
43. Individuare le priorità assistenziali e le relative motivazioni
44. Garantire in sicurezza una terapia farmacologica complessa (es. paziente con diversi accessi venosi)
45. Effettuare un'emogasanalisi arteriosa
46. Favorire la partecipazione del paziente alle cure e l'adesione al progetto assistenziale, terapeutico o riabilitativo
47. Organizzare gli interventi infermieristici previsti in base alle priorità assistenziali ed organizzative
48. Supportare le funzioni vitali (rianimazione cardiopolmonare, disostruzione delle vie aeree)

Ringraziamento e conclusione del questionario.