



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE  
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

---

Corso di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche

**INSERIMENTO DELL'INFERMIERE NEOASSUNTO  
IN CARDIOLOGIA E CARDIOCHIRURGIA  
PEDIATRICA E CONGENITA ED UTIP TRA  
PANORAMA NAZIONALE E AOU DELLE MARCHE:  
RISULTATI DI UNO STUDIO BEFORE-AFTER  
QUALITATIVO SPERIMENTALE**

Relatrice: Chiar.ma  
**Dott.ssa Gilda Pelusi**

Tesi di Laurea di:  
**Beatrice Cavezzi**

Correlatrice: Chiar.ma  
**Dott.ssa Chiara Gatti**

*Anno accademico 2022-2023*



# INDICE

## 1. INTRODUZIONE

1.1 Premessa.....	1
1.2 Inserimento dell'infermiere neoassunto .....	2
1.2.1 <i>Definizione</i> .....	2
1.2.2 <i>Fasi dell'inserimento infermieristico</i> .....	3
1.3 Analisi del problema .....	5
1.3.1 <i>Inserimento infermiere neoassunto in CCPC ed UTIP di Ancona</i> .....	5
1.3.2 <i>Background internazionale</i> .....	7
1.3.3 <i>Background nazionale</i> .....	9

## 2. OBIETTIVO

2.1 Obiettivo generale .....	11
2.2 Obiettivi specifici.....	11

## 3. MATERIALI E METODI

3.1 Metodologia .....	12
3.2 Setting e timing .....	15
3.3 Criteri d'inclusione ed esclusione .....	16

## 4. RISULTATI .....

19

## 5. DISCUSSIONE .....

28

## 6. CONCLUSIONE .....

38

## 7. BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

## 8. ALLEGATI

## 9. RINGRAZIAMENTI



# 1. INTRODUZIONE

## 1.1 PREMESSA

La componente umana rappresenta la forza motrice e trainante di ogni sistema lavorativo, garantendone adeguato funzionamento e corretto sviluppo.

All'interno del Sistema Sanitario Nazionale, uno degli aspetti cui si sta dando importante rilevanza, è la maggior attenzione alle risorse umane, di cui è sempre più chiaro il ruolo strategico per l'erogazione di servizi di qualità.

Difatti, dato il rilievo che la popolazione attribuisce alla tutela della salute, una dotazione di risorse umane competenti e motivate, è fondamentale nelle Aziende Sanitarie<sup>1</sup>.

In quest'ottica, benché in un primo momento la cura e l'accompagnamento del personale neoassunto possano sembrare impegni faticosi e complessi, essi rappresentano in realtà, investimenti a lungo termine per l'ambito lavorativo in questione, configurando il nuovo personale -come cita Orlandi- "un'occasione di crescita globale per l'azienda".

La letteratura dimostra che i programmi di tutoraggio per infermieri neoassunti creano ambienti di lavoro coesivi, coinvolgendo competenze ed esperienze di infermieri di generazioni diverse, oltre a migliorare la soddisfazione sul lavoro e il senso di appartenenza alla nuova realtà operativa, riducendo al contempo stress e ansia<sup>2,3,4,5</sup>.

All'interno di ogni percorso d'inserimento, il nuovo infermiere viene accompagnato, sostenuto e istruito nei concetti di "sapere" e "saper fare" dal tutor assegnategli, definito propriamente un "facilitatore dell'apprendimento"<sup>6</sup>.

In uno studio americano del 2016, elaborato con metodo quasi sperimentale, descrittivo e quantitativo, è stato considerato un campione di 70 infermieri

---

<sup>1</sup> Calamandrei C., Orlandi C. (2015). *Manuale di management per le professioni sanitarie*. McGrawHill Education 4 Ed.; 397 - 413.

<sup>2</sup> Winfield C., Melo K., Myrick F. (2009). Meeting the challenge of new graduate role transition: clinical nurse educators leading the change. *J Nurses Staff Dev.*; E7-E13.

<sup>3</sup> Nelsey L., Brownie S. (2012). Effective leadership, teamwork and mentoring: essential elements in promoting generational cohesion in the nursing workforce and retaining nurses. *Collegian.*; 19(4):197-202.

<sup>4</sup> Funderburk A. (2008). Mentoring: the retention factor in the acute care setting. *J Nurses Staff Dev.*; 24(3): E1-E5.

<sup>5</sup> Kanaskie M. (2006). Mentoring - a staff retention tool. *Crit Care Nurse Q.*; 29(3):248-252.

<sup>6</sup> Sasso L., Lotti A., Gamberoni L. (2003). Il tutor per le professioni sanitarie. *Carocci Faber*, 1° Ed. 19-31.

neoassunti, diviso in due gruppi uguali per criteri d'inclusione; il primo gruppo, definito come "non tutorato" è stato inserito nell'unità operativa senza l'ausilio di un tutor, mentre il secondo gruppo, identificato come gruppo "mentore", ha condotto un inserimento ordinato e strutturato, con la presenza di un tutor. Tramite questionari condotti before-after l'inserimento del campione di neoassunti, è emerso come il gruppo "mentore", affiancato da un tutor durante l'inserimento, ha presentato un tasso di permanenza nel reparto del 91%, molto più elevato rispetto al gruppo di infermieri inseriti senza un apposito sostegno, su cui è stato rilevato, nello stesso studio, un tasso di permanenza del 66% <sup>7</sup>.

Alla luce di tali risultati, considerato il crescente e fondamentale valore -come già citato- riconosciuto ai nuovi dipendenti, appare fondamentale confidare sulla presenza di un percorso d'inserimento razionalizzato e strutturato che permetta al nuovo infermiere di introdursi in modo competente, sicuro ed efficace nella nuova realtà operativa.

## ***1.2 INSERIMENTO DELL'INFERMIERE NEOASSUNTO***

### ***1.2.1 Definizione***

La fase di inserimento del nuovo infermiere è estremamente delicata e complessa, in quanto segna in modo indelebile tutta la successiva esperienza lavorativa della persona. La durata di tale periodo non è standardizzata ma, viene ritenuto concluso l'inserimento, nel momento in cui il nuovo infermiere risponde con autonomia e assunzione di responsabilità alle attività di reparto; la letteratura afferma che può essere utile fissare una durata di base, da modificare poi, in itinere, in base alle esigenze di neoassunto e tutor (*Calamandrei C., opera già citata, pagina 1*).

L'obiettivo dell'infermiere neofita è di adeguarsi e adattarsi progressivamente al nuovo ambiente, sviluppando relazioni professionali ed umane e acquisendo regole e cultura

---

<sup>7</sup> Schroyer CC., Zellers R., Abraham S. (Jul-Sep 2016). Increasing Registered Nurse Retention Using Mentors in Critical Care Services. *Health Care Manag (Frederick)*; 35(3):251-65.

del nuovo posto di lavoro; inoltre, dovrebbe divenire sempre più indipendente e sicuro nello svolgimento delle attività assistenziali previste.

Tuttavia, tale processo, non dovrebbe basarsi unicamente sulle risorse di quest'ultimo, ma dovrebbe essere guidato da un tutor adeguatamente preparato, che migliori e faciliti l'esperienza globale del nuovo collega, in modo da stimolarlo allo sviluppo delle competenze necessarie, oltre che invogliarlo a mantenere la propria posizione lavorativa, aspetto indubbiamente vantaggioso sia per il nuovo professionista che per l'azienda stessa<sup>8</sup>.

### ***1.2.2 Fasi dell'inserimento infermieristico***

L'infermiere neoassunto entra a far parte della nuova azienda ospedaliera tramite un susseguirsi di momenti standardizzati e consecutivi:

- Reclutamento: l'azienda ricerca personale da immettere nel proprio organico;
- Selezione: l'azienda sceglie tra i candidati reclutati in base alle proprie necessità ed esigenze;
- Assegnazione: il neoassunto viene destinato ad una specifica unità operativa, in base alle qualità del professionista, pur nel rispetto delle esigenze dell'azienda ospedaliera considerata (*Calamandrei C., opera già citata, pagina 1*).

Affinché l'inserimento sia efficace, completo e funzionale dovrebbe seguire uno specifico percorso, che sia uniforme, noto e condiviso per tutto il personale dell'Unità Operativa; esso, come riporta il testo Calamandrei, solitamente comprende le seguenti fasi:

- scelta del tutor che affiancherà il neoassunto (spettante al Coordinatore Infermieristico);
- accoglienza;
- inserimento;
- valutazione.

---

<sup>8</sup> Gazaway SB., Schumacher AM., Anderson L. (Aug 2016). Mentoring to retain newly hired nurses. *Nurs Management*.

Il tutor è un “facilitatore dell’apprendimento” di competenze intellettive, relazionali e gestuali (*Sasso L., opera già citata, pagina 1*), oltre che stimolatore, leader, modello di ruolo, figura di sostegno e principale valutatore del discente (*Calamandrei C., opera già citata, pagina 1*). È un infermiere, con elevate conoscenze e competenze teorico-pratiche e doti caratteriali e relazionali, con il compito di comprendere caratteristiche, pregi ed eventuali carenze dell’infermiere neofita, per accompagnarlo ed istruirlo, fino a determinare, con quest’ultimo, quando può definirsi autosufficiente.

Il compito di individuare l’infermiere appropriato per svolgere tale ruolo è del Coordinatore Infermieristico (C.I.), che collabora attivamente con l’infermiere scelto affinché il percorso d’inserimento avvenga in modo funzionale e produttivo.

Nella fase di accoglienza è superlativo per l’infermiere tutor evitare stati di confusione o disorientamento del nuovo collega, guidandolo tra struttura, organizzazione, regole e piano di lavoro della nuova Unità Operativa, oltre ad incoraggiarlo alla relazione con il resto dell’equipe. In questa fase, fondamentale per la costruzione del rapporto tutor-neoassunto, potrebbe essere utile illustrare il piano d’inserimento previsto, chiarendo obiettivi da raggiungere, tempi d’attuazione ed eventuali strumenti cui poter ricorrere.

Durante l’inserimento, il neoassunto si interfaccia definitivamente con le specifiche attività lavorative svolte nel reparto e, affiancato al proprio tutor, osserva, esplora ed interviene all’interno di un progressivo processo di maturazione delle proprie autonomia, competenza, responsabilità e professionalità.

Al termine di tale fase, esso deve acquisire una propria autonomia ed autosufficienza, sia nello svolgimento delle attività standard pratiche e relazionali, che nel riconoscimento ed intervento di eventuali situazioni critiche.

Al termine del processo l’infermiere tutor, con la supervisione del C.I., conduce la valutazione conclusiva dell’infermiere inserito, individuando gli obiettivi effettivamente raggiunti, per definirlo idoneo o meno alla professione. L’idoneità implica l’immediata immissione dell’infermiere nell’organico dell’unità operativa, altrimenti si opta per il prolungamento del periodo d’inserimento o, in caso di ripetute valutazioni negative, per una diversa assegnazione dell’infermiere (*Calamandrei C., opera già citata, pagina 1*).



Associare tale valutazione ad un'autovalutazione compiuta dall'infermiere neoassunto stesso, è raccomandabile per giudicare l'efficacia del cammino d'inserimento compiuto, ed individuare pregi o mancanze di quest'ultimo, nell'ottica di un crescente miglioramento.

### ***1.3 ANALISI DEL PROBLEMA***

Ogni infermiere, terminato il proprio percorso di studi, custodisce e porta con sé un proprio bagaglio culturale, che si accresce proporzionalmente di esperienza lavorativa in esperienza lavorativa.

Nel momento in cui si accede per la prima volta in una nuova realtà operativa, un inserimento adeguato e strutturato potrebbe aiutare il neoassunto nel giostrarsi tra nuovi scenari clinici, nuove dinamiche assistenziali, nuovi ritmi lavorativi; tuttavia, spesso, tale tipologia di affiancamento non viene, o non può, essere garantita. Tale fenomeno scatena inevitabilmente delle conseguenze, tra cui è possibile includere:

- assistenza infermieristica non uniforme, conseguenza di un processo d'inserimento del neoassunto non standardizzato, con correlato senso di insicurezza innestato nell'assistito;
- indecisione o scarsa autonomia del neo-inserito, con relativo scoraggiamento dell'infermiere.

Al fine di evitare tali complicità, si è ritenuta doverosa e utile l'idea di redigere un idoneo percorso d'inserimento dell'infermiere neoassunto nella SOD (Struttura Organizzativa Dipartimentale) di Cardiologia e Cardiochirurgia Pediatrica e Congenita (CCPC) ed Unità Terapia Intensiva Pediatrica (UTIP), compresa nel Dipartimento di Scienze Cardiovascolari dell'“Azienda Ospedaliero-Universitaria delle Marche” di Ancona.

#### ***1.3.1. Inserimento infermiere neoassunto in CCPC ed UTIP di Ancona***

La SOD CCPC ed UTIP dell'AOU delle Marche è una realtà unica e complessa.

Quest'ultima assiste e tratta contemporaneamente degenti con patologia cardiologica congenita di età neonatale, pediatrica e adulta - GUCH (Grown Up Congenital Heart) e degenti con patologia cardiocirurgica di età neonatale, pediatrica e adulta, in regime di assistenza ordinaria, semi-intensiva ed intensiva (UTIP).

Tali assistiti, in base alle specifiche caratteristiche ed esigenze cliniche, vengono seguiti da un'adeguata e variegata equipe medica mentre, per quanto riguarda il punto di vista assistenziale, essi sono trattati indistintamente dalla medesima equipe infermieristica.

In tale contesto clinico-assistenziale, l'infermiere si trova a dover declinare le proprie conoscenze e competenze in pazienti con bisogni assistenziali e terapeutici molto differenti tra loro, imbattendosi in possibili difficoltà ed incertezze; in particolare, criticità e perplessità potrebbero innescarsi nella pratica lavorativa di un infermiere neoassunto per questo motivo, l'attenzione al percorso del nuovo infermiere, si dimostra essere una priorità.

L'inserimento dell'Infermiere Neo Assunto (I.N.A.) in CCPC ed UTIP di Ancona viene svolto in 108 ore impiegate nei setting ordinario e semi-intensivo, in cui sono incluse due giornate di orientamento nella SOD, ed altre 108 ore investite nella formazione nel setting intensivo (UTIP); i due periodi di addestramento sono indipendenti l'uno dall'altro, perciò essi vengono svolti consecutivamente o meno a discrezione della Coordinatrice Infermieristica (C.I.).

Durante l'intero periodo l'infermiere neoassunto è affiancato e seguito da un infermiere tutor, scelto opportunamente dalla C.I. in base ad anzianità di servizio nello specifico reparto, esperienze lavorative maturate negli anni e adeguate doti caratteriali.

Al termine di ognuno dei due periodi di formazione il nuovo dipendente, insieme al proprio infermiere tutor ed alla C.I., viene sottoposto ad una valutazione circa gli obiettivi e le competenze effettivamente conseguiti, seguendo un'apposita griglia di valutazione; attualmente il giudizio sul percorso dell'I.N.A. avviene unicamente secondo discrezione di C.I. e infermiere tutor poiché non è stato ancora oggettivato un livello minimo di punteggio per giudicare opportunamente "Superato" o "Non superato" il periodo di formazione.

L'intero percorso d'inserimento viene svolto seguendo un protocollo di lavoro strutturato e condiviso di cui tuttavia, con il passare degli anni, con il progressivo cambio del personale e vista l'estrema complessità assistenziale del reparto, sono emersi difetti, mancanze o imperfezioni che, tramite tale progetto, si tenterà di colmare e correggere.

### ***1.3.2 Background internazionale***

La letteratura evidenzia come il cammino di un infermiere neoassunto, alle porte di un nuovo inizio lavorativo, possa essere fortemente condizionato dalle modalità d'inserimento nell'Unità Operativa.

Con l'intento di facilitare ed agevolare l'inserimento dell'I.N.A. in CCPC ed UTIP di Ancona, si è voluta svolgere una revisione sistematica sulle modalità d'inserimento dell'infermiere neoassunto in contesti cardiologici e/o cardiocirurgici pediatrici e/o GUCH (Grown Up Congenital Heart) a livello internazionale.

Quest'ultima è stata condotta sulle principali banche dati scientifiche, utilizzando la seguente stringa:

*(((newly hired nurse) AND (nurs\* mentor\*)) OR (nurs\* training)) AND (congenital pediatric cardiology)) OR (guch).*

Per la scelta degli articoli non sono state poste limitazioni territoriali, ma sono stati considerati esclusivamente gli articoli prodotti negli ultimi 10 anni (dall'anno 2012).

Gli articoli rintracciati sono stati selezionati tramite il metodo PRISMA (secondo Moher, 2009)<sup>9</sup> escludendo prima gli articoli che non rispondessero ai criteri d'inclusioni indicati (*decritti nel paragrafo "Criteri d'inclusione ed esclusione"*), poi quelli non disponibili in full text ed infine gli articoli identici presenti in banche dati differenti.

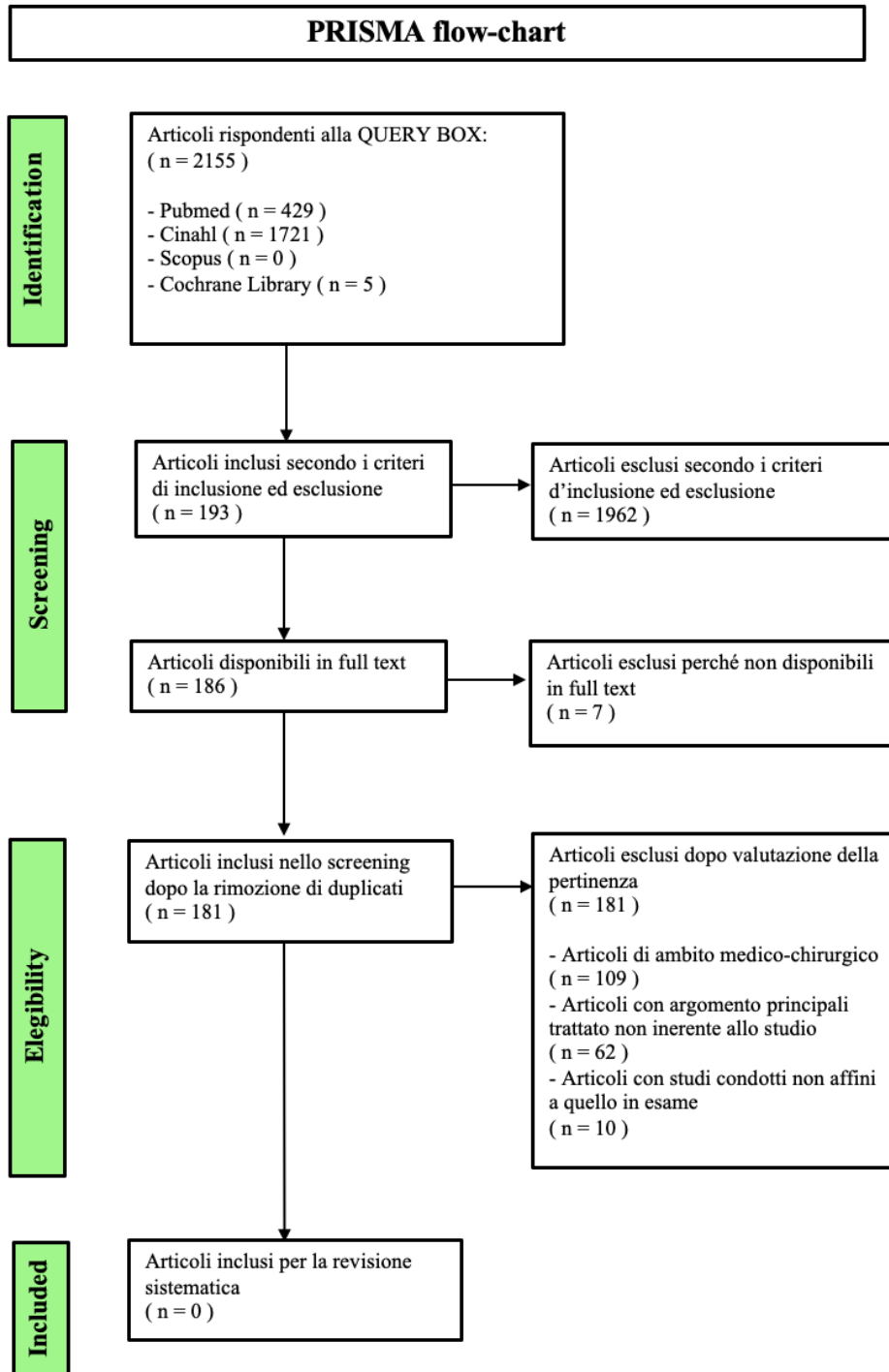
Gli articoli scientifici rimasti, sono stati accuratamente letti e studiati tuttavia, in ultima analisi, sono stati comunque esclusi dalla ricerca in quanto -come riportato nel diagramma PRISMA Statement- alcuni articoli risultavano di argomento prettamente medico-chirurgico, altri trattavano un argomento principale non inerente a quello affrontato in

---

<sup>9</sup> Moher D., Liberati A., Tetzlaff J., Altman DG; PRISMA Group. (Jul 2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS Med*; 21;6(7).

tale studio, ed altri ancora riportavano obiettivi e popolazione dell'indagine non affine alla ricerca d'interesse (come illustrato nel seguente "Diagramma 1 – PRISMA flow chart").

Diagramma 1 - PRISMA flow chart



Da tale ricerca è stato possibile dedurre che a livello internazionale c'è una forte carenza di articoli o studi scientifici relativi all'inserimento dell'infermiere neoassunto in realtà operative simili a quella considerata.

Tale limitatezza di informazioni, ha costituito maggior stimolo ed interesse per procedere con la ricerca in tale campo andando ad investigare, in particolare, il panorama italiano.

### ***1.3.3 Background nazionale***

Considerata la scarsità d'informazioni dal punto di vista internazionale e vista l'importanza del tema trattato, è stata condotta un'indagine circa le modalità d'inserimento dell'infermiere neoassunto nelle Cardiologie e/o Cardiochirurgie Pediatriche e/o Congenite in Italia.

Tale ricerca è stata realizzata tramite interviste semi-strutturate a tutti i Coordinatori Infermieristici (C.I.) delle Unità Operative (U.O.) di interesse in Italia, includendo esclusivamente gli ospedali pubblici e privati convenzionati; non sono stati inclusi nei risultati dell'indagine le U.O. con C.I. non reperibili, non disponibili o che hanno espresso un rifiuto verso la partecipazione all'intervista.

Considerando le U.O. prese in considerazione in Italia, si è registrata una Response Rate da parte dei Coordinatori Infermieristici di circa 60%; ad ognuno, previa informazione circa l'obiettivo della ricerca, sono state rivolte sette domande volte a conoscere caratteristiche e tipologia di attività svolte nel reparto considerato e modalità d'inserimento del personale neoassunto.

Dalla ricerca effettuata emerge subito la fondamentale diversità tra la SOD CCPC ed UTIP dell'AOU delle Marche, rispetto a tutti gli altri contesti cardiologici e cardiochirurgici presi in considerazione in Italia.

In primo luogo, nessuna U.O. considerata può definirsi strutturalmente identica, e perciò completamente assimilabile e comparabile a quella anconetana.

Nel contesto italiano infatti, terapia intensiva pediatrica, cardiologia pediatrica, cardiologia del congenito adulto, cardiochirurgia pediatrica e cardiochirurgia del

congenito adulto, raramente sono presenti nello stesso setting clinico-assistenziale. Difatti, spesso, sono stati accumulati nello stesso reparto pazienti pediatrici e congeniti adulti, distaccando chi necessitava di trattamento cardiologico da quello cardiocirurgico mentre, in altri casi, vengono separati gli assistiti sulla base dell'età, distinguendo pazienti cardiologici e cardiocirurgici adulti con cardiopatia congenita, da quelli pediatrici.

Inoltre, osservando le interviste effettuate, tra le U.O. italiane considerate emerge la sostanziale mancanza di protocolli standardizzati e formali utili all'inserimento dell'infermiere neoassunto e, laddove previsti, essi risultano differenti rispetto a quello considerato nella CCPC ed UTIP di Ancona in termini di tempi d'inserimento, modalità di scelta del tutor, valutazione del neoassunto, diversità attribuibili alle eterogenee conformazioni strutturali dei reparti presi in esami.

Alla luce di tali risultati si è dedotto che l'argomento relativo all'inserimento dell'infermiere neoassunto in realtà cardiologiche e cardiocirurgiche pediatriche e congenite è poco discusso e trattato in Italia e a livello internazionale.

La letteratura globalmente evidenzia il valore che assume un organizzato, uniforme e strutturato processo d'inserimento per l'infermiere neoassunto, dunque, all'interno di una realtà variegata e complessa come la SOD CCPC ed UTIP di Ancona, avere a disposizione uno strumento univoco, standardizzato e ragionato per l'accompagnamento del neo-inserito, potrebbe realmente fare la differenza in termini di qualità assistenziale, prontezza del lavoratore e fiducia dell'assistito.

## **2. OBIETTIVO**

L'obiettivo del progetto consiste nell'elaborare un protocollo d'inserimento strutturato che permetta l'inserimento efficace e razionale dell'infermiere neoassunto nella SOD di Cardiologia e Cardiochirurgia Pediatrica e Congenita ed UTIP dell'A.O.U. delle Marche. Tale protocollo verrà successivamente posto qualitativamente a confronto col precedente in uso nella SOD.

### ***2.1 OBIETTIVO GENERALE***

- Valutare l'efficacia del protocollo d'inserimento del neoassunto in Cardiologia e Cardiochirurgia Pediatrica e Congenita ed UTIP elaborato a seguito di un confronto con le strutture nazionali, misurando le differenze con gli strumenti tradizionali.

### ***2.2 OBIETTIVI SPECIFICI***

- Fornire conoscenze e strumenti utili per permettere all'infermiere neoassunto di assicurare un'ottimale, equa e uniforme assistenza infermieristica al paziente cardiologico e cardiochirurgico congenito pediatrico e adulto.
- Elaborare un processo di valutazione oggettivo per l'infermiere neoassunto.
- Raccogliere e comprendere i vissuti e le esperienze degli infermieri coinvolti nello studio, confrontando qualitativamente i risultati relativi al precedente protocollo in uso, con i risultati relativi al nuovo protocollo realizzato.

### 3. MATERIALI E METODI

#### 3.1 METODOLOGIA

La ricerca bibliografica volta ad indagare le modalità d'inserimento dell'infermiere neoassunto in contesti cardiologici e/o cardiocirurgici pediatrici e/o GUCH nel panorama internazionale, è stata svolta sfruttando il modello PIO che comprendeva:

- *Partecipanti*: Infermieri neoassunti e/o neo-inseriti nell'ambito cardiologico e cardiocirurgico pediatrico e del congenito adulto e nelle terapie intensive pediatriche.
- *Intervento*: Percorsi di educazione, formazione ed addestramento per l'inserimento efficace e razionale dell'infermiere neoassunto nelle unità operative cardiologiche e cardiocirurgiche pediatriche e del congenito adulto e nelle terapie intensive pediatriche.
- *Outcomes*: Valutazione dell'efficacia e funzionalità di diversi percorsi e programmi di inserimento per l'infermiere neoassunto, con l'obiettivo di plasmare, secondo letteratura scientifica, un piano d'inserimento per il nuovo infermiere in Cardiologia e Cardiocirurgia Pediatrica e Congenita ed UTIP dell'AOU delle Marche.

Sulla base del modello PIO sono state effettuate numerose ricerche bibliografiche che hanno condotto all'identificazione delle seguenti *keywords*:

*newly hired nurse, newly qualified nurse, nurse mentoring, mentors, nurse training, mentoring programs, congenital cardiology, pediatric cardiology, guch.*

A partire da quest'ultime, tenendo in considerazione il modello PIO, è stata assemblata la seguente stringa di ricerca, utilizzata nelle banche dati MedLine PubMed, Cinahl, Scopus e Cochrane Library:

*(((newly hired nurse) AND (nurs\* mentor\*)) OR (nurs\* training)) AND (congenital pediatric cardiology)) OR (guch).*



Ogni termine è stato ricercato nel titolo; sulla base dei risultati conseguiti, è stata poi utilizzata la metodologia PRISMA per creare una flow chart che sintetizzasse, in ultima analisi, gli articoli accolti nello studio secondo i criteri di ammissibilità.

Conseguentemente alla ricerca bibliografica sono state effettuate delle interviste semi-strutturate ai Coordinatori Infermieristici dell'unità operative d'interesse, secondo i criteri di inclusione ed esclusione stabiliti.

Sono state composte domande specifiche da sottoporre ai diretti interessati, con l'obiettivo di conoscere caratteristiche e tipologia di attività svolte nel reparto considerato e modalità d'inserimento del personale neoassunto.

In particolare, è stato richiesto: nome dell'unità operativa considerata, struttura del reparto (età dei pazienti trattati, tipologie di attività svolte, grado di rilievo nel contesto cardiologico e cardiocirurgico pediatrico e congenito italiano), equipe sanitaria presente (infermieristica e medica), durata del periodo d'inserimento dell'infermiere neoassunto, criteri d'individuazione dell'infermiere "tutor", modalità e tempi per la valutazione dell'infermiere neoassunto, eventuale presenza ed utilizzo di protocolli per l'inserimento del nuovo infermiere.

Alla luce degli scarsi risultati ottenuti dalla ricerca in ambito nazionale ed internazionale sul tema indagato, sono stati svolti degli incontri formativi con un campione di infermieri esperti, scelto secondo specifici criteri (*illustrati nel paragrafo "Criteri di inclusione ed esclusione"*), per revisionare il protocollo d'inserimento dell'infermiere neoassunto precedentemente in uso e stilare un nuovo che si adegui alle esigenze della SOD.

Gli incontri formativi sono stati accreditati secondo il codice ECM 22213/2022 e sono stati svolti nelle giornate del 7, 17, 27 ottobre e 11 novembre 2022, per un totale di 12 ore, con relativo rilascio di 15,6 crediti ECM ad ogni partecipante.

Il nuovo protocollo è stato successivamente inserito all'interno di uno studio qualitativo fenomenologico, con lo scopo di valutarne considerazioni e opinioni degli infermieri rispetto al vecchio in uso.

Con il campione selezionato per lo svolgimento del progetto è stato svolto un incontro

preliminare, utile ad illustrare e spiegare ai partecipanti la metodologia dello studio. Agli interessati è stata inoltre fornita un' informativa che esplicitasse le fasi dello studio, accompagnata da un consenso informato scritto (*Allegato 1*) firmato da questi ultimi e riconsegnato poi al ricercatore.

Gli infermieri considerati sono stati sottoposti ad interviste semi-strutturate trattate metodologicamente secondo il criterio di Colaizzi.

In particolare, ogni intervistato è stato interpellato individualmente ed in maniera isolata al fine di evitare condizionamenti reciproci all'interno del gruppo e ridurre eventuali bias; previa accettazione del consenso informato scritto, il contenuto dell'intervista è stato registrato e poi trascritto fedelmente.

Le risposte ottenute sono state successivamente lette accuratamente dal ricercatore, per permettergli di *familiarizzare* -come affermano Morrow, Rodriguez e King nel loro articolo- con esse e sono state poi elaborate e studiate, per coglierne punti comuni e affinità, poi ordinati e sintetizzati in raggruppamenti di tematiche.

Il risultato conseguito è stato poi condiviso con il campione, per determinare se esso rispecchia la loro esperienza e il loro parere, ed ottenere quindi una convalida sulla veridicità dei risultati.

Le interviste svolte hanno incluso le seguenti domande:

- *In base al tuo ruolo, quali credi siano i punti di forza e di debolezza del protocollo d'inserimento del neoassunto attualmente in uso?*
- *In base al tuo ruolo e ai tuoi obiettivi, ti sei sentito facilitato dall'attuale protocollo?*
- *In base alla tua personale esperienza, ritieni migliorabile tale protocollo? E perché?*
- *Sapresti proporre delle altre strategie che facilitino il neoassunto nell'inserimento in reparto?*

Tali domande sono state rivolte, inizialmente, agli infermieri tutor e agli infermieri neoassunti della SOD implicati nel vecchio protocollo, per raccogliere opinioni su quest'ultimo; successivamente, le stesse domande sono state indirizzate agli stessi infermieri tutor e ai nuovi infermieri neoassunti, coinvolti nel nuovo protocollo

d'inserimento realizzato.

### ***3.2 SETTING E TIMING***

Lo studio è stato realizzato presso la SOD di Cardiologia e Cardiochirurgia Pediatrica e Congenita ed UTIP dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria delle Marche, in collaborazione con l'Università Politecnica delle Marche, facoltà di Medicina e Chirurgia, sede di Ancona.

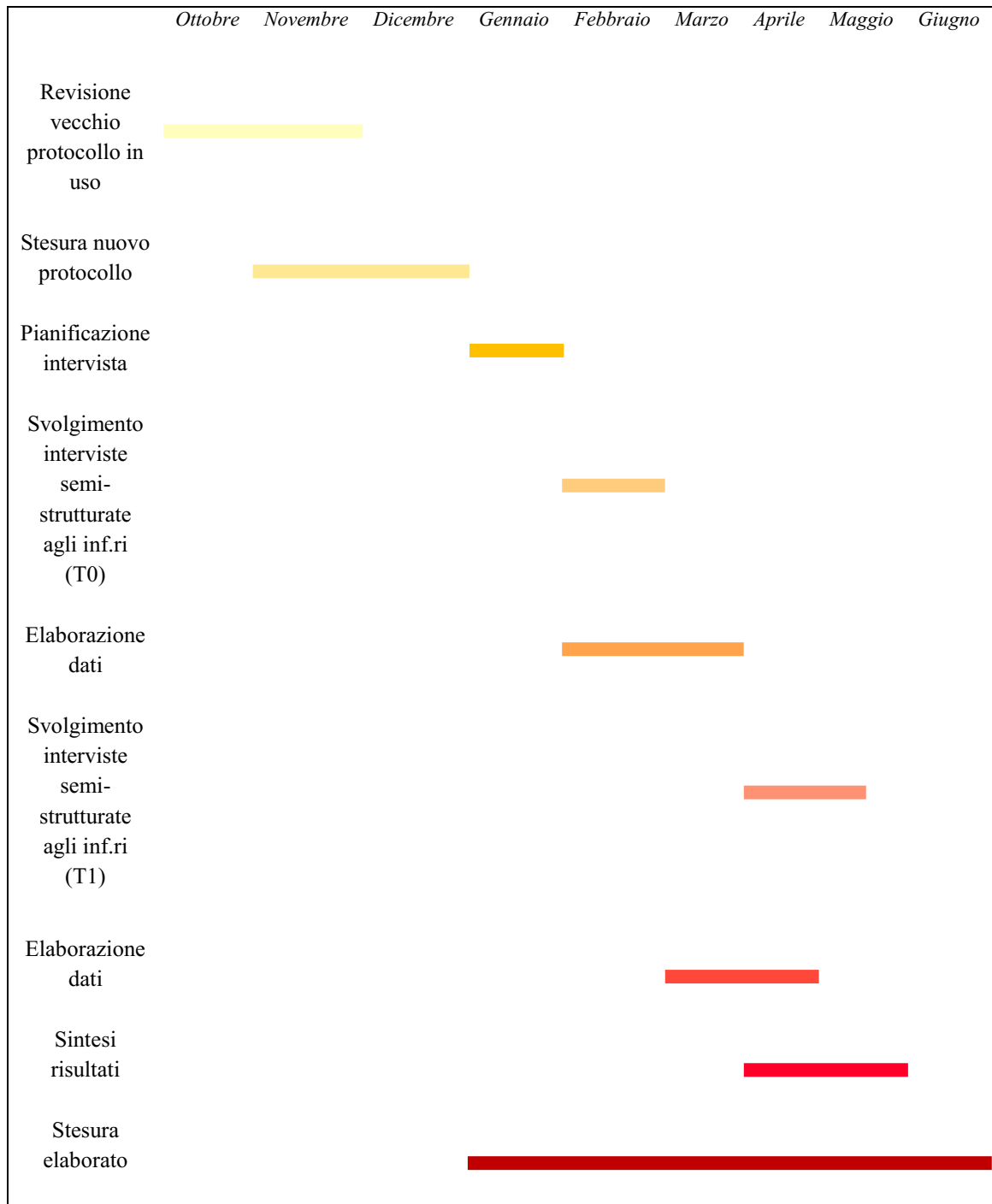
L'analisi del contesto d'interesse è stata svolta tra aprile ed agosto 2022: in particolare, l'elaborazione della stringa di ricerca e il relativo studio internazionale sull'argomento indagato è stato svolto tra aprile e giugno 2022; la ricerca nazionale tra le Unità Operative di cardiologia e/o cardiochirurgia pediatrica e/o congenita ed UTIP è stata invece condotta tra giugno ed agosto 2022.

A partire dall'analisi del problema riscontrato, gli incontri formativi utili alla revisione del protocollo d'inserimento del neoassunto nella SOD CCPC ed UTIP di Ancona sono stati svolti tra ottobre e novembre 2022, presso la Sala Riunioni del reparto interessato. Successivamente, il protocollo rinnovato è stato inserito all'interno di uno studio qualitativo fenomenologico svolto tra gennaio e giugno 2023.

Come raccomandato dalla letteratura, le interviste sono state svolte in un ambiente familiare e conosciuto ai partecipanti, la Sala Riunioni della SOD CCPC ed UTIP di Ancona, luogo che avrebbe potuto incrementare comfort e rilassatezza, permettendo ai partecipanti di pronunciarsi ed argomentare le proprie risposte nel maggior agio possibile.

Nel seguente diagramma di Gantt sono state illustrate le fasi dello studio elaborato.

Tabella 2 - Diagramma di Gantt



### 3.3 CRITERI D'INCLUSIONE ED ESCLUSIONE

Per la ricerca bibliografica sono state utilizzate quattro banche dati bibliografiche: MedLine PubMed, Cinahl, Scopus e Cochrane Library.

Sono stati selezionati articoli scritti in qualsiasi lingua, che riguardassero studi su umani e relativi agli ultimi dieci anni, dal 2012 al 2022. Successivamente, sono stati considerati gli articoli disponibili in testo intero (“full text”), per poi vagliare gli articoli sulla base della pertinenza all’argomento trattato, escludendo, in particolare, articoli di argomentazione medico-chirurgica, articoli con argomento principale trattato non inerente a quello in esame, ed articoli con studi condotti non affini a quello in esame.

Per quanto riguarda le interviste strutturate ai reparti italiani, sono stati considerati tutti i reparti di Cardiologia e/o Cardiochirurgia Pediatrica e/o del Congenito adulto ed UTIP degli ospedali pubblici e privati convenzionati in Italia. Sono stati esclusi i reparti degli ospedali privati, le unità ambulatoriali e le attività di day hospital, oltre alle unità operative con Coordinatori Infermieristici non reperibili, non disponibili o che hanno espresso un rifiuto verso la partecipazione all’intervista.

Per la fase sperimentale del progetto è stato scelto un campione di sei infermieri all’interno della SOD CCPC ed UTIP dell’AOU delle Marche tramite un campionamento non probabilistico propositivo, secondo i seguenti criteri:

- tre infermieri esperti, con un’esperienza specifica nella SOD maggiore ai quindici anni e che abbiano già svolto il ruolo di tutor nel processo d’inserimento del neoassunto;
- tre infermieri neoassunti, con una permanenza nella SOD minore od uguale ai tre anni, inseriti per mezzo del vecchio protocollo d’inserimento in uso.

Tali professionisti sono stati coinvolti in quattro incontri accreditati per la revisione del vecchio protocollo e la realizzazione del nuovo.

Al campione iniziale scelto, è stato aggiunto un ulteriore infermiere secondo il seguente criterio:

- infermieri neoassunti, con una permanenza nella SOD minore ad un anno, inseriti seguendo il nuovo protocollo d’inserimento redatto.

Alle sette unità del campione scelte è stato assegnato un codice identificativo numerico per assicurare il mantenimento della privacy; inoltre, per delineare accuratamente la composizione del campione, è stato chiesto ad ognuno:

- età
- genere
- anni di servizio totali in qualità di Infermiere
- anni di servizio specifici in CCPC ed UTIP di Ancona
- titolo di studio conseguito.

L'intero campione così composto è stato protagonista dello studio qualitativo fenomenologico condotto tramite interviste semi-strutturate elaborate con metodo di Colaizzi.

## 4. RISULTATI

La mancanza di letteratura scientifica e letteraria in merito all' argomento trattato ha costituito maggior stimolo per procedere con la ricerca in tale campo, per cui sono state condotte delle interviste semi strutturate via telefonica o, per necessità, via e-mail, ai Coordinatori Infermieristici delle Unità Operative cardiologiche e/o cardiocirurgiche pediatriche e/o congenite in Italia.

I risultati ottenuti sono stati racchiusi in una tabella dei risultati, per facilitarne il confronto.

Tabella 3 – Modalità d'inserimento dell'infermiere neoassunto nel contesto italiano

UNITA' OPERATIVA	STRUTTURA REPARTO	DURATA INSERIMENTO N.A.	INFERMIERE TUTOR	MODALITA' VALUTAZIONE N.A.	PROTOCOLLI INSERIMENTO N.A.
<i>UOC Cardiochirurgia e Cardiologia Pediatrica e Congenita e UTIP AOU Ospedali Riuniti di Ancona</i>	- Attività di cardiologia e cardiocirurgia pediatrica e del congenito adulto (0-100anni) in degenza ordinaria, semi-intensiva ed intensiva - 129 interventi cardiocirurgici pediatrici nel 2020	108 ore in degenza ordinaria + 108 ore in terapia intensiva pediatrica (ca 6 settimane)	Infermieri con esperienza in ambito cardiologico ed intensivo, con capacità empatiche e d'insegnamento	- 3 valutazioni: al termine dell'inserimento in degenza ordinaria e semi-intensiva, al termine della degenza intensiva ed al termine dell'intero periodo d'inserimento, svolte con tutor e C.I. - griglia di valutazione	Presenti ed in uso, da aggiornare in base alle esigenze del reparto
<i>UOC Cardiologia Pediatrica e dell'Età Evolutiva dell'Ospedale Policlinico S. Orsola - Malpighi di Bologna</i>	- Attività di cardiologia e cardiocirurgia pediatrica e del congenito adulto (0-100 anni) in degenza ordinaria monitorizzata + degenza semi-intensiva pediatrica e guch - 27° miglior ospedale cardiologico al mondo; 205 interventi cardiocirurgici pediatrici nel 2020	2 mesi (adattabili alle necessità dell'I.N.A.) + 6 mesi in turno con proprio tutor	Infermieri con competenze professionali ed empatiche, con priorità ad infermieri che hanno svolto il corso per tutoraggio	- 2 valutazioni: dopo 2 mesi e dopo 6 mesi, svolte con tutor e C.I. - idoneità con superamento degli obiettivi previsti come da griglia di valutazione	Presenti ed in uso
<i>UOC Cardiologia e Cardiochirurgia Pediatrica I.R.C.C.S. Policlinico San Donato Milano</i>	- Attività di cardiologia e cardiocirurgia pediatrica (0-18 anni) - 25° miglior ospedale cardiologico al mondo; 261 interventi cardiocirurgici pediatrici nel 2020	1 mese + inserimento in turno con proprio tutor	Infermieri con competenze professionali ed empatiche, con priorità ad infermieri che hanno svolto il corso per tutoraggio	2 valutazioni: dopo 1 mese e dopo 3 mesi, svolte con tutor e C.I.	Presenti ed in uso

UNITA' OPERATIVA	STRUTTURA REPARTO	DURATA INSERIMENTO N.A.	INFERMIERE TUTOR	MODALITA' VALUTAZIONE N.A.	PROTOCOLLI INSERIMENTO N.A.
<i>UOC Cardiologia Pediatrica e UOC Cardiocirurgia Pediatrica e cardiopatie congenite AOU di Padova</i>	- Attività di cardiologia e cardiocirurgia pediatrica e del congenito adulto - 164 interventi cardiocirurgici pediatrici nel 2020	Non definita, dipende dal grado di preparazione e sicurezza dell'INA	In base alla maggiore esperienza e competenza specifica dell'infermiere	- 2 valutazioni: dopo 3 mesi e dopo 5 mesi - Punteggio minimo per definire l'idoneità è definito dall'Azienda	Presenti, in uso, da riaggiornare
<i>UOS Cardiologia pediatrica e Cardiopatie congenite AO Brotzu di Cagliari</i>	Attività cardiologica pediatrica e del congenito adulto	2 settimane variabili in base ad esigenze I.N.A.	In base all'anzianità di servizio	2 valutazioni: in itinere e al termine del periodo d'inserimento	Assenti, non utilizzati
<i>UOS Cardiologia Pediatrica e cardiopatie congenite dell'ospedale infantile Regina Margherita di Torino</i>	- Attività di cardiologica e cardiocirurgia pediatrica (0-18 anni) - 125 interventi cardiocirurgici pediatrici nel 2020	4 settimane	In base alla maggiore esperienza e competenza specifica dell'infermiere	Una valutazione al termine dell'inserimento	Assenti; in uso una generica e aspecifica procedura aziendale
<i>UOC Cardiocirurgia e UOS Cardiocirurgia Pediatrica</i>	Attività di cardiologia e cardiocirurgia pediatrica e cardiocirurgia del congenito adulto	4 settimane in degenza adulti + 4 settimane in degenza pediatrica	Infermiere con almeno 3 anni di servizio nello specifico ambito	2 valutazioni: in itinere e al termine del periodo d'inserimento	Assenti; in uso una generica e aspecifica procedura aziendale
<i>UOC Cardiologia pediatrica e UTIC pediatrica Ospedale Monaldi di Napoli</i>	- Attività di cardiologia pediatrica (1 mese-16 anni) + UTIC Pediatrica (0-1 mese) - 234 interventi cardiocirurgici pediatrici nel 2020	1 mese	In base all'anzianità di servizio	Valutazione in itinere, a partire dalla prima settimana	Assenti, non utilizzati

Fonti: Rivista statunitense Newsweek. "I migliori ospedali specializzati nel mondo 2021" e Agenas – Programma Nazionale Esiti <sup>10</sup>.

Alla luce del panorama nazionale ed internazionale investigato, si è ritenuto opportuno revisionare il protocollo d'inserimento infermieristico in uso nella SOD di CCPC ed UTIP di Ancona, per stilare uno rinnovato che effettivamente agevoli e faciliti l'infermiere neoassunto in tale unità operativa.

<sup>10</sup> Agenas – Programma Nazionale Esiti, ed. 2021, risultati 2015-2020. Disponibile in: [https://pne.agenas.it/risultati/tipo5/intr\\_struas15\\_HC.php?ind=137&tipo=5&area](https://pne.agenas.it/risultati/tipo5/intr_struas15_HC.php?ind=137&tipo=5&area)



Le impressioni e le opinioni su quest'ultimo sono state confrontate qualitativamente con i giudizi circa il vecchio protocollo in uso, tramite interviste semi-strutturate rivolte al campione considerato, che è risultato così composto:

Tabella 4 – Composizione campione

NUMERO IDENTIFICATIVO	ETA'	GENERE	ANNI DI SERVIZIO	ANNI DI SERVIZIO IN CCPC ED UTIP	TITOLO/I DI STUDIO
5	57	Femmina	36	35	Diploma Regionale Infermiere
2	29	Femmina	6	1	Laurea triennale in Infermieristica
3	34	Femmina	8	3	Laurea in Infermieristica
6	27	Femmina	5	1	Laurea in Infermieristica
7	48	Femmina	29	29	Diploma regionale Infermiere
8	54	Femmina	29	28	Diploma regionale Infermiere
9	26	Femmina	4	4 mesi	Laurea Triennale in Infermieristica

Nella fase di elaborazione dei risultati, il ricercatore ha messo in atto il processo del *bracketing* ovvero, come illustrato dalla letteratura<sup>11</sup>, una vera e propria sospensione del proprio giudizio, identificando e “mettendo tra parentesi” le sue credenze e opinioni preconcepite sul fenomeno oggetto di studio, con il proposito di confrontarsi con i dati in forma pura.

Al fine di ridurre eventuali fattori di confondimento<sup>12</sup> che mettono a rischio l'autenticità del pensiero degli intervistati è stato svolto un incontro preliminare tra ricercatore e

<sup>11</sup> Polit D.F., Beck C.T. (2018). Fondamenti di Ricerca Infermieristica. *McGraw Hill Education*, 2° Ed. 292.

<sup>12</sup> Guerrero-Castaneda R.F., Menezes T.M.O., Ojeda-Vargas M.G. (2017). Characteristics of the phenomenological interview in nursing research. *Rev Gaúcha Enferm.*; 38(2).

unità del campione utile a familiarizzare e creare una situazione di maggior agio, al contempo parlando e approfondendo il metodo utilizzato.

Dall'elaborazione dei dati acquisiti dalle interviste in merito alla valutazione qualitativa del vecchio protocollo in uso, sono state rintracciate delle tematiche ricorrenti:

- *La presenza del protocollo come elemento vantaggioso*
- *L'organizzazione del protocollo come svantaggio*
- *I difetti strutturali ostacolano la funzionalità*
- *Attività integrative teorico-pratiche come ausili*

In particolare, nella prima domanda *“In base al tuo ruolo, quali credi che siano i punti di forza e di debolezza del protocollo d’inserimento del neoassunto attualmente in uso?”*, tutti gli intervistati hanno concordato sul fatto che il punto di forza del protocollo è l'esistenza stessa di quest'ultimo difatti, come dichiarano gli intervistati, esso ha costituito *“un punto d’inizio”* e *“un punto di riferimento”* per facilitare il lavoro di tutor e neoassunto durante l'inserimento in reparto. Gli infermieri considerati si sono inoltre dimostrati d'accordo anche sui punti di debolezza del protocollo, tutti imputati alla perfezionabile organizzazione dello stesso. Difatti, esso è considerato da una tutor intervistata *“non sufficientemente adeguato al reparto, perché troppo generico”* e, tale tesi, è tendenzialmente avvalorata dalle restanti unità del campione che lo definiscono *“dispersivo”*, *“riduttivo e anche poco particolareggiato”* e *“impreciso”*; allo stesso tempo esso è anche definito come *“troppo specifico”* in quanto risultava essere *“organizzato per date”*, ovvero ogni giornata d'inserimento prevedeva determinati obiettivi ed attività, non sempre raggiungibili od affrontabili -secondo il parere degli infermieri neoassunti- data la forte imprevedibilità e variabilità delle situazioni in reparto.

Un interessante elemento preso in considerazione da una sola tutor è la modalità di valutazione del neoassunto, elemento poco chiaro e preciso all'interno del protocollo considerato in questa fase e che, dunque, si pensa che *“vada migliorato”*.

Anche nella seconda domanda *“In base al tuo ruolo e ai tuoi personali obiettivi, ti sei sentito facilitato dall'attuale protocollo?”* tutti gli intervistati hanno concordato sul

fatto che, pur rappresentando il protocollo un ausilio nel percorso d'affiancamento e una *“linea da seguire”*, i difetti e le carenze presenti ne hanno limitato e smorzato l'efficacia.

Infatti, soprattutto gli infermieri neoassunti, pur apprezzando la presenza di uno schema seguito per il loro inserimento, hanno ritenuto difficoltoso apprendere pratiche e procedure seguendo tempi e fasi fin troppo scandite.

Nella terza domanda *“In base alla tua personale esperienza, ritieni migliorabile tale protocollo? e perché?”* tutte gli intervistati concordano nel ritenere migliorabile e perfezionabile il protocollo sotto diversi punti di vista; il pensiero comune, estratto dalle dichiarazioni analizzate, riflette il fatto che *“se ci sono delle imprecisioni che si vanno a migliorare, si rende più facile l'inserimento del neoassunto e, [una volta inserito accuratamente il neoassunto all'interno del reparto,] anche il lavoro in collaborazione risulta semplificato.”*.

Il protocollo verrebbe modificato, soprattutto dagli infermieri neoassunti, rendendolo *“più malleabile”* ed elastico data, come viene ripetuto, l'imprevedibilità delle attività di reparto.

D'altro canto, secondo altre opinioni provenienti da infermieri sia tutor che neoassunti, il protocollo potrebbe essere reso *“più specifico”* e, in particolare, come afferma una tutor considerata, *“occorrerebbe focalizzare alcuni punti e puntualizzarli meglio, anche a livello logico”*, per evitare di tralasciare alcuni argomenti, aspetti o pratiche importanti ai fini dell'apprendimento.

Un aspetto su cui si ritiene, in particolare, di dover migliorare in termini di specificità ed accuratezza è quello della valutazione del neoassunto; nel protocollo preso in considerazione in questa fase dello studio, non sono infatti inclusi metodi o criteri utili a definire il neoassunto *“idoneo”* allo svolgimento delle attività di reparto mentre, sviluppare una strategia che permetta di visualizzare oggettivamente l'eventuale *“raggiungimento degli obiettivi”* da parte del neoassunto, è fondamentale in un reparto tanto variabile e complesso.

Infine, la quarta domanda richiedeva di proporre altre strategie che possano facilitare il neoassunto nell'inserimento in reparto.

Circa l'85% delle unità del campione intervistato ha risposto positivamente e ritiene che sviluppare maggiormente competenze pratiche e procedure manuali, permetterebbe all'infermiere neoassunto di sentirsi più sicuro e preparato nelle attività quotidiane. Dalle dichiarazioni analizzate è emerso come la tecnica della simulazione di determinati scenari, magari in collaborazione con specialisti e professionisti specifici, possa aiutare enormemente nella pratica lavorativa, soprattutto in caso di eventuali urgenze od emergenze.

Un'infermiera neoassunta intervistata apprezzerrebbe *“oltre la formazione fuori dall'orario lavorativo, anche quella durante il turno, quando magari si ha tempo, in gruppo, con gli strumenti di lavoro quotidiani”*, piuttosto che in un ambiente estraneo e con mezzi non familiari. Parallelamente, anche una infermiera tutor proporrebbe di *“simulare magari delle situazioni critiche, in incontri da fare con gli anestesisti o formarsi nelle procedure aritmologiche”*.

Tuttavia, sia da un'infermiera neoassunta che dagli infermieri tutor coinvolti, viene riconosciuto che *“l'aspetto teorico dovrebbe avere una valenza importante”* infatti, durante l'inserimento in reparto e dunque durante il turno lavorativo, *“non c'è il tempo per approfondirla, quindi viene affrontata in modo veloce e sommario, invece forse questo aspetto potrebbe essere importante”* per comprendere e conoscere effettivamente ciò che riguarda il paziente.

Nel rispetto del metodo elaborato da Colaizzi<sup>13,14</sup>, la sintesi dei risultati ottenuti è stata sottoposta ad una fase di convalida tramite confronto con il campione considerato, al fine di garantire la credibilità dello studio e rispettare così il rigore scientifico della ricerca qualitativa, come spiegato dagli studiosi Guba e Lincoln<sup>15</sup>.

Da tale fase è emerso che i risultati elaborati dal ricercatore rispecchiano effettivamente il pensiero degli intervistati ed inoltre, da parte di un'infermiera tutor presa in considerazione, è stata aggiunta e sottolineata l'importanza di potenziare il punto di vista teorico correlato all'assistenza.

---

<sup>13</sup> Morrow R., Rodriguez A., King N. (2015). Colaizzi's descriptive phenomenological method. *The psychologist*. 28(8), 643-644.

<sup>14</sup> James A. Fain. (2004). La ricerca infermieristica: leggerla, comprenderla ed applicarla. *McGraw – Hill*, 2° Ed. 211-227.

<sup>15</sup> Guba E., Lincoln Y. (1981). Effective Evaluation. *Jossey-Bass*, San Francisco.

Sono stati poi raccolti e processati i risultati tratti dalla conduzione del secondo ciclo d'interviste basato sulla valutazione dell'inserimento infermieristico secondo le fasi del nuovo protocollo realizzato.

Sono state individuate le seguenti tematiche comuni:

- *Il protocollo rispecchia la complessità del reparto*
- *L'organizzazione del protocollo facilita il percorso d'inserimento*
- *L'incremento di formazione e educazione come fattori adiuvanti*

A proposito della prima domanda *“In base al tuo ruolo, quali credi che siano i punti di forza e di debolezza del protocollo d'inserimento del neoassunto attualmente in uso?”* tutti gli intervistati concordano nell'individuare diversi punti di forza; difatti esso viene definito *“adeguatamente calato nella realtà del reparto”* ed inoltre *“dettagliato”* e *“molto più preciso ed attento alle peculiarità del reparto”*. Anche l'infermiere neoassunto coinvolto nelle interviste concorda nell'apprezzare l'organizzazione del protocollo, ammettendo di aver vissuto il periodo di formazione nel nuovo reparto con i giusti tempi e con i giusti modi, infatti *“l'organizzazione del protocollo va benissimo, sono suddivise bene le attività in base alle tempistiche che risultano comunque reali quando ti interfacci al lavoro.”*.

Attualmente gran parte degli intervistati non ha individuato alcun punto di debolezza; dal punto di vista dell'infermiere neoassunto, d'altro canto, l'importante complessità del reparto, unita alla varietà e alla frenesia delle attività in esso svolte abbattano fortemente il *“tempo oggettivo di rielaborare”* il percorso formativo assieme al proprio tutor, elemento considerato sfavorevole all'apprendimento ma non del tutto attribuibile alla struttura stessa del protocollo.

Nella seconda domanda *“In base al tuo ruolo e ai tuoi personali obiettivi, ti sei sentito facilitato dall'attuale protocollo?”* tutti gli intervistati hanno affermato di essersi sentiti agevolati nel compiere opportunamente il proprio ruolo.

In particolare, è stata registrata concordanza nell'affermare che il protocollo rappresenta *“una linea”* e *“una guida”* che facilita *“sia la spiegazione”* da parte del tutor che, guidato, persegue una progressione tra le varie fasi formative senza escludere alcun obiettivo, *“sia la comprensione”* per i nuovi infermieri assunti.

Inoltre, la nuova struttura del protocollo, ed in particolare la suddivisione e la programmazione delle attività previste durante l'inserimento *“permettono di valutare periodicamente le attività svolte e di annotare man mano i progressi”* durante lo svolgimento dell'inserimento; risulta concorde anche il parere dell'infermiere neoassunto che ammette che un *“confronto periodico con il protocollo sicuramente aiuta a rivedere quegli argomenti raramente trattati in reparto”*, certificando dunque di aver seguito il protocollo durante l'intero inserimento.

Un aspetto del nuovo protocollo particolarmente apprezzato e giudicato positivamente, specificatamente dagli infermieri tutor considerati, è la nuova modalità di valutazione dell'infermiere neoassunto, che permette di delineare in modo corretto ed oggettivo gli obiettivi effettivamente conseguiti dal nuovo professionista.

La terza domanda *“In base alla tua personale esperienza, ritieni migliorabile tale protocollo? e perché?”* raccoglie pareri univoci da parte di tutti gli intervistati che, pur ammettendo il fatto che ogni situazione potrebbe essere perfezionata in futuro, attualmente, nella quasi totalità delle opinioni avute, non sono stati individuati degli aspetti da migliorare o particolari difetti o criticità.

Un fattore identificato come svantaggioso, soprattutto dagli infermieri tutor presi in considerazione, è il tempo, *“non il protocollo e non a causa del protocollo ma il tempo che l'Azienda prevede per inserire il neoassunto nel nostro reparto”* sembra essere limitante per una formazione ampia, completa e dettagliata.

Inoltre, un infermiere tutor considerato, dopo aver effettivamente applicato il protocollo, proporrebbe *“un'ulteriore suddivisione di alcuni obiettivi da raggiungere, attualmente uniti per campo d'interesse ma non sempre perseguibili di pari passo”*, per facilitare l'apprendimento graduale dell'infermiere neoassunto.

D'altra parte, il protocollo è ritenuto globalmente *“dettagliato e completo”*, per cui *“ci si può ritenere soddisfatti”*, anche alla luce del fatto che, come dichiara anche un infermiere tutor considerato, *“si lavora meglio quando si ha un protocollo aggiornato”*;

in particolare, dall'infermiere neoassunto sono stati apprezzati ordine, precisione, linearità e comodità, oltre al fatto di essere *“coerente con le situazioni reali, senza discordanze”*.

Infine, nella quarta domanda *“Sapresti proporre delle altre strategie che facilitino il neoassunto nell’inserimento in reparto?”* viene ribadita da tutti gli intervistati l'importanza di potenziare la formazione collaterale al reparto stesso.

In particolare, verrebbe ritenuto utile approfondire il punto di vista teorico, *“anche con corsi della formazione continua, anche online”* e magari anche *“dedicare alcune giornate dell’inserimento esclusivamente alla teoria, all’inizio e durante il percorso”*, parallelamente allo sviluppo del punto di vista pratico-tecnico per apprendere quelle procedure con cui non si ha avuto esperienza e domestichezza durante il processo d'inserimento od in altri momenti lavorativi, organizzando sessioni formative *“anche degli stessi locali del reparto per prendere mano con la nostra realtà.”*

Un aspetto interessante segnalato per la prima volta da un infermiere tutor come fattore adiuvante l'introduzione del nuovo professionista in reparto, è di ideare una forma di *“turno protetto”*, istituendo un *“limite di tempo prima che il neoassunto debba trovarsi da solo in turno”*. Difatti, pur sfruttando pienamente il tempo a disposizione per formare l'infermiere neoassunto durante il processo d'inserimento, esso risulta scarso in quanto, questo tempo *“non rende la persona autonoma”*; la soluzione che tale professionista proporrebbe è di *“identificare, oltre al tutor, altri infermieri esperti di riferimento all'interno del turno del neoassunto che possano sostenerlo ed educarlo”* in caso di dubbi, perplessità ed in base ai relativi bisogni formativi, *“anche dopo la conclusione del tempo previsto per l’inserimento.”*

Al fine di assicurare il rigore metodologico secondo quanto stabilito dalla tecnica di Colaizzi, anche in questo secondo ciclo d'interviste l'estratto dei risultati ottenuto è stata sottoposta ad una fase di convalida, tramite confronto con il campione considerato. Da tale fase è emerso che i risultati elaborati dal ricercatore rispecchiano effettivamente e pienamente il pensiero degli intervistati, che concordano con l'individuazione degli aspetti e delle tematiche comuni e principali riscontrate.

## 5. DISCUSSIONE

Per comprendere la complessità e l'impegno di un infermiere neoassunto nella SOD di CCPC ed UTIP di Ancona ci si è valse del confronto con altre Unità Operative italiane assimilabili per tipologie di utenti trattati.

Tra gli ospedali presi in esame è stata tenuta in considerazione, in particolare, l'organizzazione vigente negli ambiti ospedalieri annoverati come i migliori nel mondo per ambito cardiologico, secondo la "World's Best Specialized Hospital 2021"<sup>16</sup> pubblicata nella rivista statunitense Newsweek. La classifica in questione è stata redatta intervistando online 40.000 professionisti tra medici, dirigenti e specialisti in ambito sanitario e provenienti da oltre 20 paesi in tutto il mondo, ed è stata poi validata da un autorevole board internazionale di esperti del settore. Tra le specialità italiane è possibile annoverare l'IRCCS Policlinico San Donato di Milano, il Policlinico Sant'Orsola Malpighi di Bologna, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Padova e l'Ospedale Papa XXIII di Bergamo.

Come già argomentato, dalla ricerca effettuata emerge subito la fondamentale diversità tra la SOD CCPC ed UTIP dell'AOU delle Marche, rispetto a tutti gli altri contesti cardiologici e cardiocirurgici presi in considerazione in Italia, in primo luogo dal punto di vista strutturale-organizzativo del reparto, oltre che per tipologie di utenti trattati e per composizione del personale operante.

Dalle interviste effettuate è emerso che, l'unico scenario italiano che strutturalmente si avvicini a quello di Ancona, è la UOC di Cardiologia Pediatrica e dell'età evolutiva dell'Ospedale Sant'Orsola-Malpighi di Bologna, interessata al trattamento di pazienti cardiologici e cardiocirurgici pediatrici e GUCH, assistiti in una degenza ordinaria, affiancata ad una degenza semi-intensiva.

Andando a considerare l'organico presente all'interno delle Unità Operative considerate, emerge subito la presenza, in particolare nelle sedi di Padova e Torino, di infermieri pediatrici che collaborano nell'equipe.

---

<sup>16</sup> Nancy Cooper. (2021). "I migliori ospedali specializzati nel mondo 2021". *Rivista statunitense Newsweek*. Disponibile in: <https://www.newsweek.com/worlds-best-specialized-hospitals-2021>.



L'infermiere pediatrico è un infermiere laureato in infermieristica pediatrica "responsabile - secondo lo specifico profilo professionale (DM n. 70/1997) - dell'assistenza infermieristica pediatrica", ovvero rivolta ai minori di 18 anni. Quest'ultimi, durante il corso di laurea, acquisiscono specifiche ed approfondite nozioni pediatriche, tali da renderli "esperti" in tale settore; tuttavia, potendo essere collocati esclusivamente in ambiti pediatrici, spesso le Aziende Sanitarie italiane non trovano economicamente vantaggioso un loro reclutamento, prediligendo l'assunzione di infermieri non pediatrici, a probabile discapito della qualità assistenziale fornita al giovane paziente.

Per quanto riguarda propriamente il percorso d'inserimento dell'infermiere neoassunto, sono stati confrontati durata del periodo di affiancamento, modalità di valutazione del nuovo inserito, criteri per l'individuazione dell'infermiere tutor e presenza o assenza di protocolli inerenti, tra contesto italiano ed Ancona.

A tale proposito, un'informazione fornita dai Coordinatori Infermieristici (C.I.) intervistati, subito risultata di particolare interesse è la mancanza, in vari contesti operativi, di protocolli standardizzati e formali per l'inserimento dell'infermiere neoassunto nell'unità operativa specifica.

Gli ospedali che, secondo il Piano Nazionale Esiti 2020, risultano più performanti a livello italiano per numero di interventi cardiocirurgici pediatrici e del congenito adulto (Sant'Orsola-Malpighi di Bologna, IRCCS San Donato di Milano, AOU di Padova), dispongono di appositi protocolli per l'affiancamento del personale neoassunto regolarmente utilizzati; alcuni C.I., come nel caso dell' Azienda Padovana, riferiscono di voler riformare e riaggiornare tali percorsi per adeguarli alle mutate esigenze del reparto ma, mancanza di studi scientifici in merito e di tempo a disposizione, spesso hanno ostacolato tale intento. Negli altri ambiti operativi compresi, invece, non vengono usati protocolli per riferita mancanza di necessità o di tempo per redigerli.

In merito alla durata del processo d'inserimento, nella SOD di CCPC ed UTIP di Ancona, esso avviene in 108 ore in degenza ordinaria, aggiunte ad altre 108 in terapia intensiva pediatrica, per un totale di circa sei settimane lavorative.

Tale dato è fondamentalmente assimilabile ad un terzo delle realtà intervistate che prevedono un periodo di affiancamento di un mese; una ulteriore Unità Operativa lo svolge in due settimane ed una, l'AOU di Padova, non definisce un tempo limite, stabilendo che la durata dell'inserimento dipende dal tempo necessario al neoassunto per raggiungere gli obiettivi previsti.

Il confronto più pertinente per similarità è quello con l'Ospedale Sant'Orsola-Malpighi di Bologna, che prevede invece una durata dell'inserimento di due mesi seguiti, in caso di valutazione positiva, dall'immissione dell'I.N.A. nel turno del proprio tutor, affinché eventuali carenze e lacune rimaste possano essere progressivamente colmate.

In ogni caso, il tempo necessario può dipendere dal bagaglio culturale e dalle competenze dell'infermiere sottoposto all'inserimento, tuttavia, va considerato che un affiancamento breve può comportare il perpetuarsi di dubbi ed incertezze<sup>17</sup>, pur garantendo, allo stesso tempo, la disponibilità di un'unità infermieristica in tempi più brevi.

Nell'Unità Operativa di Ancona il ruolo di infermiere-tutor viene assegnato dal C.I. e, secondo attuale disposizione, viene attribuito al professionista con un'anzianità di servizio nella SOD di almeno 3 anni; tuttavia il continuo, progressivo ed ormai inesorabile turnover infermieristico, ha implicato spesso l'individuazione dell'infermiere tutor in colui che detiene un'esperienza nel reparto di CCPC ed UTIP di almeno un anno e che possieda, soprattutto, ampie e variegate conoscenze e competenze specifiche acquisite da precedenti esperienze lavorative affini al contesto (es. rianimazione cardiocirurgica, cardiocirurgia pediatrica, TIN, UTIP, UTIC, etc...), oltre che doti umane, collaborative, didattiche e valutative e motivazione al cambiamento. Tale decisione è sostenuta e condivisa da vari studi che dimostrano come, la maggior esperienza, formazione ed istruzione dell'infermiere professionale, contribuisce a ridurre il tasso di mortalità intraospedaliera, aumentando al contempo la qualità assistenziale<sup>18,19,20</sup>.

---

<sup>17</sup> Ziebert C., Klingbeil C., Schmitt C.A., et al. (Sep-Oct 2016). Lessons Learned: Newly Hired Nurses Perspectives on Transition Into Practice. *J Nurses Prof Dev*.

<sup>18</sup> Zyblewski S.C., Callow L., Beke D.M., et al. (Oct 2019). Education and Training in Pediatric Cardiac Critical Care: International perspectives. *World Journal for Pediatric and Congenital Heart Surgery*. 1-4.

<sup>19</sup> Hickey P.A., Gauvreau K., Curley M.A., Connor J.A. (2013). The effect of critical nursing care and organizational features on mortality in pediatric cardiac surgery in United States. *J Nurs Adm*. 637-644.

<sup>20</sup> Hickey P.A., Pasquali S.K., Gaynor J.W., et al. (Oct 2016). Critical Care Nursing's Impact on Pediatric Patient Outcomes. *Ann Thorac Surg*.

Sulla stessa linea di pensiero viaggiano anche i due terzi dei reparti considerati nella ricerca, che identificano il tutor in colui che detiene, oltre a conoscenze e competenze teorico-pratiche specifiche, anche doti relazionali, empatiche e d'insegnamento; un terzo delle unità operative coinvolte, assegna invece tale ruolo in base agli anni di servizio nella specifica Unità Operativa.

Un importante elemento preso in considerazione per la scelta del tutor, in particolare, dalle UOC di Bologna e del Policlinico San Donato di Milano è il conseguimento, da parte degli infermieri interessati, del certificato di partecipazione ai corsi di tutoraggio interaziendali o del Master di I livello in "Metodologie tutoriali ed insegnamento clinico"; tali riconoscimenti, nei contesti lavorativi citati, attribuiscono agli infermieri interessati il ruolo di tutor in maniera prioritaria rispetto ad altri.

Nell'ultima fase dell'inserimento viene compiuta la valutazione dell'I.N.A., per giudicarne l'eventuale idoneità in base agli obiettivi raggiunti o meno. Ad Ancona la prima valutazione, svolta al termine del periodo d'inserimento nella degenza ordinaria, è condotta dal C.I. in concerto con l'infermiere tutor, e riguarda l'individuazione degli obiettivi conseguiti secondo un'apposita griglia di valutazione. Se, in base alla valutazione di C.I. e infermiere tutor, si verificasse una valutazione negativa, viene concordato con l'Azienda un prolungamento del periodo d'inserimento. Una seconda valutazione è successivamente condotta con modalità identiche, e riguarda il periodo d'inserimento nella Terapia Intensiva Pediatrica. Le griglie di valutazione della degenza ordinaria e della terapia intensiva sono differenti, comprendendo dunque obiettivi e competenze diversificate e progressive. La difficoltà riscontrata, in particolare, dagli infermieri della CCPC ed UTIP di Ancona in merito al processo valutativo, è quella di emettere un giudizio veritiero circa il percorso del neoassunto per mancanza, nel protocollo d'inserimento in uso sino al 2022, di un metodo valutativo oggettivo.

I due terzi delle unità operative coinvolte nell'intervista concordano con le modalità di valutazione della realtà di Ancona, sottoponendo il nuovo assunto a due valutazioni, l'una al termine del periodo d'inserimento previsto e la seconda dopo ulteriore tempo (dopo 6 mesi a Bologna, dopo 3 mesi a Milano e dopo 3 e 5 mesi a Padova); in un terzo delle realtà operative prese in considerazione, la valutazione è svolta in itinere, confermandone l'esito al termine del percorso d'inserimento.

Le griglie di valutazione dei vari reparti esaminati sono elaborate dalle Aziende Sanitarie in questione e comprendono allegati specifici riferiti all'ambito cardiologico e cardiocirurgico; il punteggio minimo da ottenere per il giudizio di idoneità è esclusivo per ogni Azienda e, attualmente, non è stato condiviso dai C.I. coinvolti nella ricerca.

L'indagine circa l'inserimento del neoassunto nelle realtà Cardiologiche e/o Cardiochirurghe Pediatriche e/o del Congenito adulto in Italia ha permesso di comprendere come la CCPC ed UTIP di Ancona risulta essere una realtà unica, non completamente assimilabile ad altri contesti italiani, complessa ed indubbiamente meritevole di attenzione e cura sotto l'aspetto organizzativo e formativo.

La singolarità di tale SOD nell'A.O.U. delle Marche ha costituito fonte di stimolo ed interesse per approfondire la tematica dell'inserimento del neoassunto, aspetto fondamentale -come già riportato dalla letteratura- per una corretta, responsabile e qualitativa gestione delle risorse umane ed economiche di ogni Azienda.

La revisione del protocollo d'inserimento dell'infermiere neoassunto in Cardiologia e Cardiochirurgia Pediatrica e Congenita ed UTIP di Ancona è stata compiuta, alla luce delle premesse già discusse, per risolvere criticità, difetti o eventuali mancanze avvertibili da Infermieri Tutor ed Infermieri Neoassunti coinvolti nel processo, tenendo conto dell'elevata complessità e particolarità del reparto.

Difatti, dalle interviste effettuate nell'ambito dello studio qualitativo fenomenologico condotto, nonostante tutti gli intervistati siano concordi nel considerare l'esistenza stessa di un protocollo come fondamentale e utile a fini formativi, i pareri di tre Infermieri Tutor e tre Infermieri Neoassunti è concorde nell'affermare che il vecchio protocollo in uso per l'inserimento del neoassunto è migliorabile sotto diversi punti di vista. In primo luogo, dalle interviste effettuate, si ritengono necessarie delle modifiche in termini di sequenzialità e logicità delle fasi previste, soprattutto rispetto alla complessità e all'imprevedibilità delle attività assistenziali, in modo da permettere la corretta comprensione di ogni situazione presentata, sia da punto di vista teorico che pratico-tecnico.

Questo aspetto è stato preso in considerazione e perfezionato durante la revisione del protocollo; la sua nuova strutturazione è stata apprezzata dagli infermieri coinvolti nello studio che attualmente, in linea di massima, non ritengono necessarie ulteriori modifiche. Il neo protocollo redatto comprende una serie di attività da apprendere e le differenti capacità, conoscenze e competenze da trasmettere e da acquisire progressivamente durante il percorso.

In particolare, le 108 ore d'inserimento previste nel settore ordinario e semi-intensivo e le ulteriori 108 ore d'inserimento all'interno della Terapia Intensiva Pediatrica, traducibili in un totale di sei settimane, sono organizzate secondo piani di formazione settimanali; ogni programmazione settimanale include un gruppo di obiettivi operativi che il neoassunto dovrebbe essere in grado di conseguire al termine del periodo stesso. Tale strutturazione permette all'infermiere Tutor di tenere sotto controllo l'andamento del percorso, fornendo all'infermiere neoassunto una formazione quanto più possibile uniforme e graduale, abbattendo fortemente il rischio di tralasciare qualche importante aspetto degno di essere insegnato; inoltre, al termine di ogni settimana di affiancamento, è previsto un breve momento di confronto tra Tutor e Neoassunto, utile a riepilogare i contenuti effettivamente sviluppati ed affrontati.

In questa fase l'infermiere Neoassunto può confrontarsi con sé stesso, oltre che con il proprio Tutor, compiendo un'autovalutazione nella quale prendere consapevolezza delle proprie potenzialità, capacità, limiti, dubbi o punti deboli, sia dal punto di vista teorico-pratico, che relazionale e comportamentale. La letteratura (*Calamandrei C., opera già citata, pagina 1*) sottolinea l'importanza dell'autovalutazione sia in itinere che al termine del percorso d'inserimento, per sottoporre il proprio operato a continua verifica, alla ricerca di un maggior sviluppo professionale consapevole.

Un altro aspetto del vecchio protocollo degno di correzione, soprattutto secondo gli Infermieri Tutor considerati, è la valutazione dell'Infermiere Neoassunto, aspetto non oggettivabile né misurabile nel vecchio protocollo in uso, ma fondamentale per tenere traccia degli obiettivi effettivamente conseguiti dal nuovo infermiere ed esprimere un giudizio valido e realistico sul percorso compiuto dal nuovo inserito e, conseguentemente, dal Tutor assegnategli. Un'appropriata scheda di valutazione comprende tutti gli obiettivi che un Infermiere Neoassunto in CCPC ed UTIP di Ancona dovrebbe raggiungere al

termine del processo; essa permette di ridurre i fattori di soggettività, giudicando unicamente la prestazione del Neoassunto, assicurando equità e sicurezza nella gestione della risorsa umana.

Una valutazione formalizzata, in base a quanto riportato dalla letteratura<sup>21</sup>, avviene usando un metodo e degli strumenti standardizzati, è periodica e continua, usa criteri omogenei, riduce possibili distorsioni limitando la soggettività e permette un uso razionale dei risultati ottenuti.

Nel nuovo protocollo realizzato la valutazione del neoassunto viene svolta tramite un'apposita griglia di valutazione in cui, in corrispondenza di ogni obiettivo tracciato, all'infermiere neoassunto viene affidato il giudizio di "Sì", "No" o "Performance Non Realizzata (PNR)", nell'eventualità in cui l'attività correlata allo specifico obiettivo previsto non si sia verificata durante l'inserimento. Essa viene compiuta in momenti differenti: in itinere durante le settimane dell'inserimento -come precedentemente illustrato-, a conclusione di ogni periodo di affiancamento, rispettivamente prima nel settore ordinario e semi-intensivo (CCPC) e poi intensivo (UTIP), ed infine viene compiuta un'ultima valutazione complessiva riferita all'intero periodo di addestramento di sei settimane.

Quest'ultima interessa l'infermiere neoassunto, valutato dall'infermiere tutor e dal Coordinatore Infermieristico; in questa fase vengono esaminati i vari obiettivi operativi previsti, specificando se essi sono stati conseguiti o meno dal neoassunto.

Nella fase valutativa, la criticità che era stata riscontrata nell'utilizzo del vecchio protocollo d'inserimento era la complessità, propria del sistema di valutazione in uso, di non raggiungere mai la totale obiettività, non tanto per opinioni o pregiudizi dei valutatori, quanto per la mancanza di un sistema univoco volto a trasformare un valore numerico in giudizio.

Con l'elaborazione del nuovo protocollo, ogni attività presente nella griglia di valutazione effettivamente affrontata durante l'inserimento e dunque, ogni competenza infermieristica effettivamente acquisita dal neoassunto, secondo parere del Tutor, rappresenta l'ammontare della percentuale degli obiettivi operativi raggiunti.

---

<sup>21</sup> Calamandrei C., Orlandi C. (2009). La dirigenza infermieristica, Manuale per la formazione dell'infermiere con funzioni manageriali. *McGraw-Hill*, 3° Ed. 464.

Il target da raggiungere, ovvero il livello di performance atteso, affinché l'infermiere neoassunto possa essere definito "Idoneo" alla professione nella specifica SOD, è definito Livello Accettabile di Performance (LAP).

Con le modifiche apportate al protocollo d'inserimento del neoassunto/neo-assegnato, nella SOD CCPC ed UTIP di Ancona, viene istituito un LAP dell'80%; una performance che equivalga o superi positivamente il target atteso, quindi l'infermiere che raggiunga il LAP (minimo 80% degli obiettivi operativi previsti) è definito "Idoneo".

L'esito della valutazione può quindi vertere sull' "Idoneità" o la "Non idoneità" (mancato raggiungimento del LAP) dell'infermiere neoassunto; in quest'ultimo caso si potrebbe scegliere di prolungare il periodo di inserimento e riproporre successivamente la valutazione del dipendente o, nel caso di ripetute valutazioni negative, potrebbe essere destinato ad un'altra Unità Operativa.

L'intento di infermiere tutor e C.I. è, chiaramente, quello di formare ed istruire il neoassunto affinché possa essere definito "idoneo" a mantenere il proprio ruolo professionale nella SOD in cui è stato inserito. Difatti, attuare tutti gli interventi necessari per prolungare quanto più possibile la permanenza del neoassunto nella SOD, rappresenta un realistico proposito non solo di C.I. ed infermiere Tutor, ma dell'intera Azienda Ospedaliera.

Negli anni è stata riconosciuta la crescente importanza della risorsa umana e, una corretta cura di quest'ultima e, generalmente, dell'intero clima organizzativo aziendale, sembrano essere buoni investimenti in termini di benefici economici, soddisfazione del personale e qualità assistenziale erogata<sup>22</sup>.

Con il fine di soddisfare e colmare il bisogno formativo del nuovo professionista, nell'ottica di garantirgli una complessiva esperienza positiva e costruttiva, è stato domandato agli infermieri intervistati quali strategie proporrebbero per facilitare ulteriormente l'inserimento dell'I.N.A. in reparto.

Complessivamente, tutti gli intervistati hanno concordato nell'affermare come un maggior approfondimento delle conoscenze teoriche e delle competenze pratiche

---

<sup>22</sup> De Simoni S., Dari S., Menicacci R. (2015). "La gestione delle risorse umane in una Azienda Sanitaria".

potrebbero aiutare nel conseguimento di una maggior autonomia e autosufficienza professionale; in particolare, è stato citato il potenziale sostegno che potrebbe essere fornito dalla simulazione di veri e propri scenari clinici.

Difatti simulare situazioni cliniche realistiche, ordinarie od urgenti, permette allo studente, così come al professionista in formazione, di acquisire sicurezza nell'esecuzione di tecniche e procedure assistenziali<sup>23</sup>, oltre a garantire un maggior coinvolgimento dello studente, permettendogli di conservare più a lungo le competenze e conoscenze acquisite<sup>24,25</sup>. A questo proposito, gli infermieri della CCPC ed UTIP di Ancona, ammettono anche che simulare scenari clinici nello stesso reparto di lavoro, confrontandosi con i professionisti della salute con cui collaborano quotidianamente, possa fornire un ulteriore ausilio per familiarizzare maggiormente con certe pratiche e procedure non ricorrenti; tale stratagemma è stato preso in considerazione e risulta già in attuazione, quando possibile e fattibile, nella realtà ospedaliera considerata.

Un'altra importante considerazione riportata dagli infermieri intervistati, riguarda il supporto e l'appoggio educativo fornito dall'infermiere tutor all'infermiere neoassunto. In particolare, secondo diverse opinioni, il tempo previsto per l'inserimento del neoassunto in CCPC ed UTIP di Ancona (6 settimane) sembrerebbe scarso ed insufficiente per permettere al neofita di sentirsi sicuro e consapevole fin da subito durante la pratica lavorativa; tale contestazione non è stata riferita dagli intervistati al nuovo protocollo d'inserimento dell'INA redatto e, a quest'ultimo, non risulta attribuibile in quanto, in ogni Azienda Ospedaliera, la durata dell'affiancamento del nuovo dipendente è scelta ad esclusiva discrezione dell'Azienda stessa, tenendo in considerazione diversi parametri organizzativi.

Oltre a ciò, in base all'indagine condotta su scala nazionale circa le modalità d'inserimento dell'infermiere neoassunto in contesti operativi simili, emerge come le settimane dedicate all'affiancamento nella SOD di Ancona siano, come già descritto

---

<sup>23</sup> Frontiero L., Glynn P. (2012). "Evaluation of senior nursing students' performance with high fidelity simulation." *Online Journal of Nursing Informatics*.

<sup>24</sup> Egman S., Giammona S., Marchese F., et al. (2011). "I motivi per scegliere la simulazione come strumento di apprendimento in sanità". *Nurse Educators*.

<sup>25</sup> Pacsi A.L. (2007). "Human simulators in nursing education". *The Journal of the New York State Nurses' Association*.



precedentemente, completamente paragonabili o addirittura superiori alla maggior parte delle U.O. considerate.

Inoltre, proprio per ovviare alla questione della limitatezza di “tempo” dedicato all’addestramento, e con il fine di rendere il neofita effettivamente responsabile e competente, attualmente, nella CCPC ed UTIP di Ancona è in atto, per l’infermiere neoassunto che dopo essere stato valutato “idoneo” entra a far parte dell’organico, l’introduzione in un turno “protetto” ovvero, per un ulteriore anno dopo il termine del percorso d’inserimento, mantiene lo stesso turno del/i suo/i Tutor, così da poter contare sempre sulla presenza di un professionista esperto per ogni dubbio, perplessità o complessità verificatesi.

La strategia di mantenere l’infermiere neoassunto o neo-assegnato nello stesso turno del proprio Tutor per un tempo prolungato, appare vantaggiosa e stimolante nella coppia tutor-neoassunto e contribuisce a rendere positiva l’esperienza vissuta dal neofita, contribuendo a ridurre il rischio di “Intent to Leave”<sup>26</sup>, fenomeno ormai frequente e dannoso nelle realtà ospedaliere; inoltre, la scelta di disporre l’organico in modo da garantire al nuovo infermiere una perpetua fonte educativa, risiede anche in un scritto di Patricia Benner<sup>27</sup> che afferma l’importanza di un tutoraggio costante ed uniforme per rendere quell’infermiere “novizio”, progressivamente “principiante avanzato”, “competente”, “abile” fino ad “esperto”.

---

<sup>26</sup> Shin, S. et al. (2020). “Impact of nurse staffing on intent to leave, job satisfaction, and occupational injuries in Korean hospitals: A cross-sectional study”. *Nursing & health sciences*.

<sup>27</sup> Benner P. (1984). “Da novizio ad esperto: eccellenza e potenza nella pratica infermieristica clinica.”. Casa editrice Addison-Wesley.

## **6. CONCLUSIONE**

Il paziente affetto da cardiopatia congenita è tipicamente un paziente delicato, che richiede attenzione, professionalità, competenza ed empatia.

Nel contesto ospedaliero, l'ambito delle cardiopatie congenite è indubbiamente un campo complesso ed impegnativo, cui si dovrebbe approcciare -come testimoniano i numerosi studi riportati nel corso dell'elaborato- con estrema preparazione, istruzione, formazione e competenza.

La particolare e singolare SOD in cui vengono curate le cardiopatie congenite nell' "A.O.U. delle Marche" è di complicata assistenza infermieristica, in quanto pazienti di ogni fascia di età, con qualsiasi tipo di cardiopatia congenita, vengono gestiti dal medesimo gruppo infermieristico, nello stesso setting operativo.

Con l'obiettivo di valorizzare la risorsa umana, e di accrescere e salvaguardare la qualità assistenziale riducendo al contempo potenziali rischi ed errori, è indispensabile che l'infermiere che opera in tale campo sia e si senta adeguato, sicuro e responsabile; tali consapevolezza, come già espresso nel corso dell'elaborato, possono essere gradualmente ottenute nel corso della pratica assistenziale, a partire da un corretto, funzionale ed efficace inserimento del professionista neoassunto all'interno del reparto.

Nell'ambito di tale ricerca si è voluto ideare un idoneo percorso d'inserimento dell'infermiere neoassunto nella Cardiologia e Cardiochirurgia Pediatrica e Congenita ed UTIP di Ancona.

Il nuovo "Protocollo per l'inserimento del neo-assunto e/o neo-assegnato in CCPC-UTIP" dell'A.O.U. delle Marche, concluso nel novembre 2022, è stato realizzato ascoltando le percezioni, le volontà, i malcontenti, i dubbi e le imprecisioni rilevate dagli infermieri della specifica SOD.

Quest'ultimo, in base allo studio che è stato effettuato in tale sede, risulta appagante, soddisfacente e stimolante, ne è stata apprezzata la struttura, l'organizzazione e la facilitazione che costituisce per infermieri esperti e neofiti.

In conclusione, secondo le considerazioni e le dichiarazioni degli infermieri coinvolti nello studio, esso risulta qualitativamente superiore rispetto al precedente protocollo in uso in reparto per cui, indubbiamente, la sua realizzazione ed applicazione potrà contribuire all'aumentata percezione della qualità lavorativa per il personale infermieristico, e della qualità assistenziale per i numerosi assistiti trattati.

## 7. BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

1. Calamandrei C., Orlandi C. (2015). *Manuale di management per le professioni sanitarie*. McGrawHill Education, 4° Ed.; 397 - 413.
2. Winfield C., Melo K., Myrick F. (2009). Meeting the challenge of new graduate role transition: clinical nurse educators leading the change. *J Nurses Staff Dev.*; E7-E13.
3. Nelsey L., Brownie S. (2012). Effective leadership, teamwork and mentoring: essential elements in promoting generational cohesion in the nursing workforce and retaining nurses. *Collegian.*; 19(4):197-202.
4. Funderburk A. (2008). Mentoring: the retention factor in the acute care setting. *J Nurses Staff Dev.*; 24(3): E1-E5.
5. Kanaskie M. (2006). Mentoring - a staff retention tool. *Crit Care Nurse Q.*; 29(3):248-252.
6. Sasso L., Lotti A., Gamberoni L. (2003). Il tutor per le professioni sanitarie. *Carocci Faber*, 1° Ed. 19- 31.
7. Schroyer CC., Zellers R., Abraham S. (Jul-Sep 2016). Increasing Registered Nurse Retention Using Mentors in Critical Care Services. *Health Care Manag (Frederick)*; 35(3):251-65.
8. Gazaway SB., Schumacher AM., Anderson L. (Aug 2016). Mentoring to retain newly hired nurses. *Nurs Management*.
9. Moher D., Liberati A., Tetzlaff J., Altman DG; PRISMA Group. (Jul 2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS Med*; 21;6(7).
10. Agenas – Programma Nazionale Esiti, ed. 2021, risultati 2015-2020. Disponibile in: [https://pne.agenas.it/risultati/tipo5/intr\\_struas15\\_HC.php?ind=137&tipo=5&area](https://pne.agenas.it/risultati/tipo5/intr_struas15_HC.php?ind=137&tipo=5&area)
11. Polit D.F., Beck C.T. (2018). Fondamenti di Ricerca Infermieristica. *McGraw Hill Education*, 2° Ed. 287-359.
12. Guerrero-Castaneda R.F., Menezes T.M.O., Ojeda-Vargas M.G. (2017). Characteristics of the phenomenological interview in nursing research. *Rev Gaúcha Enferm.*; 38(2).

13. Morrow R., Rodriguez A., King N. (2015). Colaizzi's descriptive phenomenological method. *The psychologist*. 28(8), 643-644.
14. James A. Fain. (2004). La ricerca infermieristica: leggerla, comprenderla ed applicarla. *McGraw – Hill, 2° Ed.* 211-227.
15. Guba E., Lincoln Y. (1981). *Effective Evaluation*. Jossey-Bass, San Francisco.
16. Nancy Cooper. (2021). “I migliori ospedali specializzati nel mondo 2021”. *Rivista statunitense Newsweek*. Disponibile in: <https://www.newsweek.com/worlds-best-specialized-hospitals-2021>.
17. Ziebert C., Klingbeil C., Schmitt C.A., et al. (Sep-Oct 2016). Lessons Learned: Newly Hired Nurses Perspectives on Transition Into Practice. *J Nurses Prof Dev*.
18. Zyblewski S.C., Callow L., Beke D.M., et al. (Oct 2019). Education and Training in Pediatric Cardiac Critical Care: International perspectives. *World Journal for Pediatric and Congenital Heart Surgery*. 1-4.
19. Hickey P.A., Gauvreau K., Curley M.A., Connor J.A. (2013). The effect of critical nursing care and organizational features on mortality in pediatric cardiac surgery in United States. *J Nurs Adm*. 637-644.
20. Hickey P.A., Pasquali S.K., Gaynor J.W., et al. (Oct 2016). Critical Care Nursing's Impact on Pediatric Patient Outcomes. *Ann Thorac Surg*.
21. Calamandrei C., Orlandi C. (2009). La dirigenza infermieristica, Manuale per la formazione dell'infermiere con funzioni manageriali. *McGraw-Hill, 3° Ed.* 464.
22. De Simoni S., Dari S., Menicacci R. (2015). “La gestione delle risorse umane in una Azienda Sanitaria”.
23. Frontiero L., Glynn P. (2012). “Evaluation of senior nursing students’ performance with high fidelity simulation.”. *Online Journal of Nursing Informatics*.
24. Egman S., Giammona S., Marchese F., et al. (2011). “I motivi per scegliere la simulazione come strumento di apprendimento in sanità”. *Nurse Educators*.
25. Pacsi A.L. (2007). “Human simulators in nursing education”. *The Journal of the New York State Nurses’ Association*.
26. Shin, S. et al. (2020). “Impact of nurse staffing on intent to leave, job satisfaction, and occupational injuries in Korean hospitals: A cross-sectional study”. *Nursing & health sciences*.

27. Benner P. (1984). “Da novizio ad esperto: eccellenza e potenza nella pratica infermieristica clinica.”. *Casa editrice Addison-Wesley*.

# ALLEGATI

## Allegato 1 – Informativa partecipazione studio

### INFORMATIVA RESA AI SENSI DEGLI ART. 13-14 DEL GDPR (General Data Protection Regulation) 2016/679

Gentile collega,  
desideriamo informarla che ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 il titolare dei dati personali ha l'obbligo di informare l'interessato su finalità e modalità del trattamento.  
I pilastri su cui si basa il Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati sono correttezza, liceità e trasparenza nella gestione e nella riservatezza dei dati dell'interessato.

Ai sensi dell'articolo 13 del GDPR 2016/679, pertanto, Le forniamo le seguenti informazioni:

- **Finalità del trattamento:** I dati da Lei forniti verranno unicamente trattati a fini di studio, per l'elaborazione di un progetto di ricerca nell'ambito del CdLM in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche;
- **Modalità del trattamento:** Il trattamento proposto sarà effettuato tramite interviste registrate, a soggetti di cui verrà mantenuto l'assoluto anonimato e, i cui risultati, saranno utilizzati al solo fine di studio e saranno esclusivamente contenuti all'interno della tesi di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche che verrà prodotta.
- **Titolare del trattamento:** Cavezzi Beatrice, infermiera e studentessa presso UNIVPM al CdLM in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche.
- **Diritti dell'interessato:** In ogni momento lei potrà esercitare, ai sensi degli art. 15 e 22 del Regolamento UE n. 2016/679, il diritto di:
  - chiedere la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali;
  - ottenere le indicazioni circa le finalità del trattamento, le categorie dei dati personali, i destinatari o le categorie di destinatari a cui i dati personali sono stati o saranno comunicati e, quando possibile, il periodo di conservazione;
  - ottenere la rettifica e la cancellazione dei dati;
  - ottenere la limitazione del trattamento;
  - ottenere la portabilità dei dati, ossia riceverli da un titolare del trattamento, in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico, e trasmetterli ad un altro titolare del trattamento senza impedimenti;
  - opporsi al trattamento in qualsiasi momento ed anche nel caso di trattamento per finalità di marketing diretto;
  - opporsi ad un processo decisionale automatizzato relativo alle persone fisiche, compresa la profilazione;
  - chiedere al titolare del trattamento l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che lo riguardano o di opporsi al loro trattamento, oltre al diritto alla portabilità dei dati;
  - revocare il consenso in qualsiasi momento senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca;
  - proporre reclamo a un'autorità di controllo.

#### CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ CF \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_ Indirizzo e-mail \_\_\_\_\_

#### ACCONSENTE

ai sensi e per gli effetti degli articoli 13 e 14 del Regolamento Europeo GDPR n. 2016/679, al trattamento dei dati personali secondo le modalità e nei limiti di cui all'informativa allegata.

Letto, confermato e sottoscritto

Firma del dichiarante  
(per esteso e leggibile)

\_\_\_\_\_, Li \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## **RINGRAZIAMENTI**

Alla fine di questo elaborato, mi sembra doveroso dedicare questo spazio finale della mia tesi di laurea ai ringraziamenti verso tutti coloro che hanno contribuito alla realizzazione della stessa.

Un ringraziamento particolare va riservato alla Relatrice della tesi, la dottoressa Pelusi Gilda, che mi ha accompagnato e guidato durante il complesso percorso Magistrale con professionalità e competenza.

Un ulteriore considerevole ringraziamento è dovuto alla Correlatrice dell'elaborato, la dottoressa Gatti Chiara, sempre presente e partecipe in ogni fase del progetto, che mi ha supportato e pilotato con esperienza, pazienza e partecipazione.

Vorrei inoltre ringraziare l'intera equipe infermieristica della SOD Cardiologia e Cardiochirurgia Pediatrica e Congenita ed UTIP dell'A.O.U. delle Marche di Ancona, ed in particolare Margherita, Francesca, Barbara, Martina, Sabrina, Giada e Martina, che con le loro disponibilità, collaborazione e cortesia sono state fondamentali per lo studio condotto.