

INDICE

Premessa	1
INTRODUZIONE	3
Mission e background di ricerca	6
Il conflitto tra teoria e prassi nell'assistenza infermieristica	8
- L'integrazione teorico pratica	11
- Quale teoria per quale prassi?	13
Presentazione dell'accREDITAMENTO in sanità: definizioni e concetti introduttivi	16
- L'accREDITAMENTO formativo: nozioni generali e specifiche secondo UNIVPM	18
- Excursus normativo in materia di accREDITAMENTO formativo	22
OBIETTIVO	27
Topic dei principali temi revisionati in letteratura	28
Obiettivi formativi generali clinici e didattici	28
MATERIALI E METODI	31
<i>Search Method: PICO, PRISMA</i>	31
Pianificazione temporale: il Diagramma di Gantt	33
Modalità di integrazione delle procedure aziendali e delle skills didattiche	35
Predisposizione di un'intervista semi-strutturata per la docenza UNIVPM	39
Indagine parallela sulla discesa: la parola agli studenti infermieri	44
<i>Autorizzazioni e consensi</i>	49
RISULTATI	50
La ricerca teorica: revisione dei risultati offerti della letteratura	50
- Revisione sistematica: studenti e infermieri a confronto sul tirocinio clinico	52
- Breve focus: la formazione inf.ca durante la pandemia: impatto e conseguenze	55
I contenuti didattici e quelli aziendali: analogie e conflitti	57
Considerazioni dei docenti AST-UNIVPM sul quesito di ricerca	60
Percezioni degli studenti UNIVPM sul contrasto didattica-tirocinio	67

DISCUSSIONE	73
Iniziale disamina oggettiva: i protocolli a confronto	73
Sulla docenza: corrispondenza complessiva, esigenza di un consolidamento specialistico	75
Sulla discesa: critica consapevole e necessaria integrazione collaborativa	78
Tentativo di spiegazione del gap teorico-pratico infermieristico	86
<i>Limiti della ricerca</i>	87
CONCLUSIONI	89
Un occhio al futuro	93
BIBLIOGRAFIA	97
Riferimenti Normativi	98
Altri documenti / Sitografia	99

<i>Allegato A – Tabella progettuale riepilogativa di integrazione procedurale aziendale AST Mc e didattico formativa UNIVPM Mc</i>	100
<i>Allegato B – Modello di intervista semi-strutturata per la docenza UNIVPM</i>	101
<i>Allegato C – Modello di intervista semi-strutturata per gli studenti UNIVPM</i>	104

Premessa

“Non fare come me, so che non si dovrebbe fare così”

“... qui noi abbiamo sempre fatto in questo modo”

Almeno una volta in tutta l'esperienza formativa di tirocinio clinico, uno studente ha sentito pronunciare queste parole da parte di professionisti infermieri. Parole che molto spesso non sono state prese in considerazione, ma sappiamo quanto ogni affermazione pronunciata abbia delle ragioni e a sua volta comporti delle conseguenze. Probabilmente tra le cause che spingono alcuni infermieri ad esprimersi in questo modo c'è proprio la questione che rappresenta l'oggetto di ricerca di questo studio: la *vexata quaestio* del conflitto tra teoria e prassi nell'assistenza infermieristica. Essi potrebbero apparire conflittuali ad una prima analisi, ma questo elaborato ci mostrerà come essi in realtà si uniscono, completano e spiegano a vicenda, nella persona stessa dell'infermiere che agisce secondo la propria autonomia e il proprio know-how. Infatti, sono proprio la competenza, conoscenza e il rigore del singolo professionista che creano o annullano questo conflitto, reale o potenziale, presente tra teoria e prassi.

La ricerca scientifica effettuata ha avuto lo scopo di evidenziare il contesto attuale relativo alla problematica oggetto di ricerca. In una prima fase di progettazione, infatti, sono stati selezionati e qui riproposti articoli derivanti da ricerche scientifiche inerenti alla qualità degli strumenti di formazione, la transizione da studente a professionista infermiere, l'uniformità e la validità dei programmi didattici nelle università e, di pari passo, i modelli e i protocolli formativi aziendali che regolamentano, in tutti i suoi aspetti, l'assistenza infermieristica nell'ambito clinico pratico. All'interno di questi ambiti, si inserisce il processo di accreditamento, ma non nello specifico delle sue fasi, quanto all'analisi della sua rilevanza secondo le evidenze scientifiche attuali e secondo la regolamentazione dell'Università Politecnica delle Marche che attua la politica per la qualità, promuovendo un processo di miglioramento continuo delle attività formative e di ricerca. L'osservazione di questo complessivo contesto di riferimento rappresenta la base dell'individuazione del problema di studio e vuole identificare le aree di ricerca che interesseranno una successiva e più approfondita analisi osservazionale di interesse.

L'ipotesi di ricerca sonderà il coordinamento di due servizi, universitario e aziendale sanitario, la loro integrazione e l'implementazione dell'aggiornamento di risorse umane e materiali, oltre all'identificazione delle criticità formative e/o operative e il monitoraggio dei processi.

Il confronto con la letteratura internazionale, compiuto mediante la ricerca scientifica presentata nei prossimi sottocapitoli, ha il fine di sottolineare quali aree siano già state indagate e quali altre siano meritevoli di ulteriore investigazione. Dopo una chiara definizione della *mission* e dell'obiettivo del progetto, si passerà alla disamina degli strumenti, dei materiali e dei metodi

mediante i quali è stato possibile condurre la ricerca, con un focus relativo al cronogramma di tutti i processi e gli step implementati, riassunti nel Diagramma di Gantt. Ancora successivamente potremmo finalmente ritrovarci di fronte al confronto valutativo osservazionale vero e proprio che analizza da una parte le percezioni dei docenti sul quesito di ricerca e dall'altra le considerazioni degli studenti proprio sul contrasto, teorico o effettivo, tra didattica e tirocinio clinico. Come già detto poc'anzi, lo studio si limita ad essere di tipo qualitativo osservazionale descrittivo, affiancato da una revisione sistematica della letteratura più aggiornata; non per questo, però, sono da considerare insufficienti tutti gli aspetti che emergono dall'analisi, anzi, questi ultimi ci offrono già molte spiegazioni e risposte che confermano discretamente l'ipotesi di ricerca: il contrasto è indubbiamente presente tra la teoria e la sua attuazione pratica ma ci sono alcune variabili che meritano di essere indagate ulteriormente perché agendo su di esse si potrà cambiare l'evoluzione di questo conflitto.

A tal proposito, infatti, nel capitolo relativo ai risultati e alle discussioni dello studio si renderà chiaro come il processo di accreditamento, l'integrazione e la comunicazione tra Azienda sanitaria e Università, il potenziamento della formazione e tutti i processi di miglioramento continuo delle prestazioni, se traslati in ciascun autonomo e specifico contesto, trovino ancora importanti lacune proprio nel controllo delle dinamiche interne o nell'attenzione da riservare al passaggio dello studente dai banchi universitari alle Unità Operative.

Questa prima premessa intende anche chiarire le motivazioni che sono alla base della scelta del tema trattato. Se davvero l'infermiere vuole essere riconosciuto come un professionista deve essere altresì pronto a non riconoscersi solo come educatore ma anche come colui che deve essere costantemente educato; egli dovrebbe dunque essere promotore dell'aggiornamento professionale affinché ogni azione e attività compiuta nell'ambito pratico sia il risultato di una riflessione teorica, e non di una mera esecuzione di procedure. Le capacità di *problem solving* e di *decision making* dovranno essere alla base di ogni scelta clinica affinché egli non pronunci più frasi analoghe a quelle inserite nell'incipit di questa premessa.

INTRODUZIONE

In un'era di incremento dei costi, di riforme sanitarie, di una popolazione sempre più anziana con bisogni complessi e di carenza del personale, la professione infermieristica si sta sempre più ampliando¹. Inoltre, la recente pandemia da Coronavirus ha consolidato ancor più l'importanza di avere degli erogatori di servizi sanitari adattabili e di alta qualità². Mentre il contesto sanitario sta cambiando rapidamente, anche i tutor che guidano la formazione infermieristica si stanno evolvendo, ampliando sempre più le competenze critiche ed integrandole all'assistenza centrata sulla persona e al lavoro in team, in modo da soddisfare i bisogni di individui, famiglie, comunità e popolazioni³. La letteratura è ricca di potenziali soluzioni per fornire un'istruzione di alta qualità agli studenti infermieri che si ritrovano a fronteggiare e a vivere un ambiente sanitario povero di risorse⁴. Alcune di queste hanno incluso una simulazione altamente fedele al tirocinio che verrà svolto nei setting assistenziali al fine di completare la preparazione accademico-pratica nei laboratori didattici⁵.

Tutti questi cambiamenti in perpetua evoluzione stanno limitando le opportunità, per gli studenti, di imparare in maniera adeguata durante il loro tirocinio⁶, la loro preparazione infatti è spesso percepita come scarsa rispetto alle richieste attuali sempre in costante metamorfosi⁷. Storicamente, i programmi di formazione infermieristica fornivano agli studenti uno stile di apprendistato “impara sul lavoro”⁸, conosciuto anche per il suo forte divario fra teoria e pratica; in realtà, attualmente, mille sono i fattori che ruotano attorno la loro formazione, tra cui il supporto ricevuto proprio nei tirocini clinici⁹. Questi forniscono un legame cruciale tra la conoscenza teorica e l'applicazione pratica¹⁰; rappresentano il contesto in cui gli studenti hanno l'opportunità di comprendere la complessità dell'erogazione dei servizi sanitari in materia di assistenza infermieristica¹¹.

Nell'ambito dei tirocini clinici, variare il collocamento clinico degli studenti universitari sta diventando un'ulteriore questione di crescente interesse e una sfida importante per i sistemi

¹ Christine M. Olson, “*Nurse practitioner programs: Selection factors and the student experience*”, *Journal of Professional Nursing*, Volume 41, 2022, Pages 88-99, ISSN 8755-7223.

² Nel 2021 il U.S. News & World Report classificato la professione infermieristica tra le prime 100 dei migliori posti di lavoro in base alla crescita di categoria, prospettive future, livello di stress ed equilibrio tra lavoro e vita privata.

³ AACN, 2021.

⁴ AACN, 2015; Drayton-Brooks et al., 2017; Giddens et al., 2014; McCauley et al., 2020.

⁵ AACN, 2015; Ballmann et al., 2016; Carelli et al., 2019; Davis & Fathman, 2018; Delaney et al., 2019; Doherty et al., 2020; Goodwin et al., 2021; J. Harris et al., 2016; Institute of medicine [IOM], 2016; Mounayar & Cox, 2021; National Organization of nurse practitioner faculties [NONPF], 2016; Pappas-Rogich & Gehrling, 2013; Posey et al., 2020; Warren et al., 2016.

⁶ Rhodes, 2011.

⁷ Greenwood, 2000.

⁸ Levett-Jones & FitzGerald, 2005.

⁹ Casey et al., 2004; Edwards et al., 2004; Levett-Jones & Lathlean, 2008; Wolff, Regan, Pesut & Blasck, 2010.

¹⁰ Ford et al., 2016.

¹¹ Halcomb et al., 2018.

educativi sanitari¹². L'attenzione e la vigilanza più importanti consistono nell'impiego di un modello di supervisione clinica appropriato che supporti lo studente durante la sua esperienza, identificando i fattori che concorrono alla loro soddisfazione¹³. Gli infermieri già operanti nelle realtà sanitarie non sempre sono esperti clinici dell'area a cui sono assegnati e, di conseguenza, spesso non trasmettono sicurezza agli studenti che diventano poco familiari con le procedure ospedaliere¹⁴, dissipando il tempo a loro disposizione per il potenziamento di abilità cognitive e pratiche. Un efficiente tirocinio clinico permetterà allo studente di acquisire nuove abilità e di valorizzare quelle già note affinché egli sia pronto ad intraprendere la carriera professionale. Esiste un punto di incontro tra teoria universitaria, pratica clinica e qualità di erogazione di entrambi gli ambiti: l'accreditamento, formativo e professionale. L'ordinamento didattico e la pianificazione delle attività all'interno dell'università sono processi governati da un Ente Nazionale di accreditamento. Le ore vengono divise in quasi tutti i diversi contesti operativi e il collocamento assegnato rientra nel programma infermieristico accreditato. Ovviamente, per ciascuna di queste esperienze viene assegnata una valutazione ponderata che stima la prestazione dello studente ed è a tutti gli effetti una delle valutazioni che rientra nelle medie. L'aspettativa è che queste valutazioni formative sommative promuovano la responsabilità e il grado di professionalità tra gli studenti¹⁵. In realtà, il vero sviluppo si ottiene quando lo studente riflette sulla propria prestazione, identifica i bisogni di apprendimento¹⁶ e formula giudizi sulle proprie aspettative educative¹⁷. Mentre questi aspetti siano apprezzati e indagati in letteratura, lo studio sulle modalità con cui vengono pragmaticamente formati gli studenti dagli infermieri all'interno della pratica clinica, è limitato.

Si può, ad ogni modo, definire l'“Educazione infermieristica” come un corpo di conoscenze, skills, attitudini, valori ed abilità che sono in gran parte plasmate dai tutor didattici e, nell'ambito dei tirocini formativi, dagli infermieri che operano nelle diversificate Unità¹⁸. Il modello di apprendimento della formazione infermieristica, fino ad ora generalmente centralizzato in ambito ospedaliero, ha riservato una minore attenzione ai bisogni formativi degli studenti, proprio a causa dell'enfasi posta sul servizio ospedaliero, mentre la teoria filosofica di Florence Nightingale poneva l'accento sulla promozione della teoria e della pratica soprattutto al di fuori

¹² Buchanan et al., 2014.

¹³ Papastavrou et al., 2016.

¹⁴ Towell-Barnard A, Coventry L, Foster L, Davis S, Twigg DE, Bharat C, Boston J. The psychometric validation of the quality practical experience (QPE) instruments (nurses and student nurse) to evaluate clinical supervision of undergraduate student nurses. *Nurse Educ Pract.* 2020 Jan 14;43:102697. doi: 10.1016/j.nepr.2020.102697. Epub ahead of print. PMID: 31981971.

¹⁵ Stuart, 2014.

¹⁶ Green et al., 2014.

¹⁷ Pelliccione & Dixon, 2008.

¹⁸ Shariff and Masoumi, 2005.

del contesto nosocomiale¹⁹. La filosofia educativa della fondatrice della nostra professione ha sostenuto il cambio di paradigma, dalla formazione ospedaliera alla formazione universitaria. Questo non ha riguardato soltanto un cambiamento nel setting, ma soprattutto ha esposto gli infermieri al pensiero critico piuttosto che al mero ‘*saper fare*’²⁰.

L'ambiente dell'apprendimento clinico assistenziale è la massima risorsa per lo sviluppo della competenza infermieristica studentesca²¹. Essendo una professione che vive prevalentemente in un setting pratico, la maggior parte degli aspetti della formazione infermieristica risiedono proprio nell'esperienza reale. Il tirocinio clinico è infatti l'unica via per contestualizzare i concetti teorici assunti²². Essendo un'occasione di estrema importanza per lo studente, è necessario garantire che ad esso sia fornito il migliore ambiente per l'apprendimento con un tutoraggio appropriato, instaurando un saldo legame e una costante comunicazione tra Università e Ospedale²³.

Nel 2018 è stato intrapreso uno studio per capire quanto siano riconosciuti, preparati e supportati gli infermieri ‘educatori’ (in senso lato) e per comprendere l'impatto dell'insegnamento clinico e la loro supervisione agli studenti, in un ambiente di pratica sempre più complesso. Le loro caratteristiche, infatti, come la qualità e l'esperienza, contribuiscono a loro volta a rendere competenti e sicuri i nuovi professionisti²⁴. Agli infermieri educatori vengono assegnati uno o più studenti, ai quali devono fornire una supervisione informale, guida e orientamento. Questo infermiere diventa un vero e proprio ‘fornitore di istruzione’ dell'Ospedale in cui presta servizio, anche se spesso il suo ruolo non è riconosciuto, né controllato. Il gap risiede infatti nel cercare di capire se le competenze e le conoscenze in possesso dell'educatore siano tutte simili ed eque.

Anche il passaggio dall'essere studente al divenire un infermiere professionista è stato un tema comune a diversi studi presenti in letteratura. D'altronde pur sperimentando autonomia e responsabilità durante il tirocinio clinico, l'impatto che egli si ritrova a vivere nel gestire l'assistenza infermieristica in prima persona non è assolutamente paragonabile. Infatti, la teoria dello ‘*shock da transizione*’ di Duchscher (2009), ha evidenziato episodi di stress, insicurezza, sentimenti di incompetenza e ansia vissuti dagli infermieri neolaureati durante il loro passaggio di ruolo. Anche gli standard del CCNE²⁵ sottolineano che la sicurezza del paziente e la qualità

¹⁹ Scheckel, 2009.

²⁰ Morrall and Goodmann, 2013.

²¹ Henderson et al., 2012; Kelly, 2007; Murray e Williamson, 2009.

²² Murray and Williamson, 2009.

²³ Gale J, Ooms A, Sharples K, Marks-Maran D. “*The experiences of student nurses on placements with practice nurses: A pilot study*”. Nurse Educ Pract. 2016 Jan;16(1):225-34. doi: 10.1016/j.nepr.2015.08.008. Epub 2015 Aug 20. PMID: 26321359.

²⁴ Anderson et al., 2016.

²⁵ Commission of Collegiate Nursing Education, lo strumento di accreditamento dell'AACN, l'American Association of Colleges of Nursing. Si sono occupati della pubblicazione dei programmi di accreditamento infermieristici nel 2015.

dell'assistenza erogata dipendano anche dal supporto e dall'affiancamento che i nuovi infermieri ricevono mentre passano ad essere indipendenti. Nel corso degli anni anche la formazione infermieristica ha progettato dei corsi specifici e riorganizzato quelli esistenti nell'ottica di miglioramento delle capacità di pensiero critico, della comunicazione e del lavoro in squadra, di assistenza personalizzata e della pratica basata sull'evidenza (NCSBNN, 2020). Ad oggi l'ACEN accredita una varietà di programmi di transizione alla pratica clinica^{26 27}.

Nel 2010, l'Istituto di Medicina ha pubblicato il “*Future of Nursing Report: Leading change in advancing health*”. Questo documento ha offerto suggerimenti per la progressione della professione infermieristica nell'erogazione dell'assistenza sanitaria dal 2010 al 2020. Oggi, riflettendo sulla scadenza del decimo anniversario di questa relazione, si riferiscono progressi in alcune aree, come quella accademica, ma continua ad essere necessario un lavoro costante per far progredire l'assistenza²⁸. L'Accademia Nazionale delle Scienze, dell'Ingegneria e della Medicina (NAM)²⁹, ha completato ulteriori studi sui passi successivi necessari al potenziamento assistenziale. Il loro ultimo rapporto intitolato “*The Future of Nursing, 2020-2030: Charting a path to achieve health equity*”, offre un'analisi dell'attuale problematica riscontrata, suggerendo tempestive modifiche relative alla pratica, alla politica, all'accreditamento e alla regolamentazione generale che aiuterà a reimmaginare il futuro dell'assistenza infermieristica^{30 31}.

Mission e background di ricerca

Il tema qui discusso, come detto nella premessa, è ancora poco indagato nei suoi aspetti. Alla luce degli studi presenti in letteratura e del costante ma silente conflitto tra teoria e prassi, la volontà nel discutere di quest'aspetto vuole riflettere la necessità, nell'ambito della formazione quanto nella professione, di un robusto sistema di accreditamento che possa conferire stabilità, garanzia qualitativa e riproducibilità delle modalità didattiche da una parte, e di quelle operative dall'altra.

²⁶ ACEN, 2019.

²⁷ Hampton KB, Smeltzer SC, Ross JG. Evaluating the transition from nursing student to practicing nurse: An integrative review. *J Prof Nurs.* 2020 Nov-Dec;36(6):551-559. doi: 10.1016/j.profnurs.2020.08.002. Epub 2020 Aug 6. PMID: 33308555.

²⁸ Hassmiller et al., 2020.

²⁹ L'ultimo rapporto NAM, suggerisce che infermieri educatori e accreditatori devono affrontare gli aspetti critici dell'istruzione da una parte e dell'assistenza sanitaria dall'altra, che influiscono sulla preparazione e sui risultati sanitari futuri. Nello specifico una raccomandazione suggerisce che: “*i programmi di educazione infermieristica, compresa la formazione continua devono accordarsi con i membri del Consiglio Nazionale e gli Organismi Infermieristici Statali [...], dovrebbero garantire che gli infermieri siano preparati ad affrontare i determinanti sociali della salute e raggiungere l'equità sanitaria*”.

³⁰ National Academies of Sciences, Engineering and Medicine, 2021.

³¹ Shellenbarger T. “*Accreditors stepping up to the challenge: Reimagining the future of nursing*”. *Teach Learn Nurs.* 2022 Jul;17(3):253-255. doi: 10.1016/j.teln.2022.03.004. Epub 2022 Apr 15. PMID: 35440919; PMCID: PMC9010958.

In una prima parte di questo studio si verranno a delineare i concetti base che inquadrano il tema centrale: la presentazione di definizioni e concetti introduttivi, delle evidenze relative emerse dopo accurata revisione della letteratura, l'organizzazione e la pianificazione didattica UNIVPM e il *corpus* normativo in materia di accreditamento formativo. Si passerà poi al capitolo "*Materiali e metodi*": una pianificazione di tipo pragmatico che è stata implementata per questo progetto e che ne descrive il *modus operandi*, gli strumenti adottati per redigere le interviste alla docenza e alla discenza e le metodologie di analisi. La *mission* dello studio non dimentica che ogni argomentazione e ogni quesito di ricerca sono spinti dalla necessità di assicurare gli standard qualitativi sia nell'ambito generale della ricerca che in quelli specifici della didattica e della pratica clinica assistenziale, quindi tradotti in termini di accreditamento formativo. Quest'ultimo poi verrà ad adattarsi ad un accreditamento di tipo professionale traslando gli stessi concetti nell'ambito della clinica, passando quindi dalla dottrina universitaria all'applicazione procedurale nell'Azienda AST, mediante l'attenta analisi dei protocolli aziendali. Ciò che rende significativo lo studio stesso è proprio l'associazione tra l'accREDITamento formativo dello studente e quello professionale dell'infermiere (il professionista sanitario già formato), evidenziando punti di forza e/o debolezza che intercorrono tra la concettualizzazione teorica e la contestualizzazione pratica dei temi, da sempre divisi da *gap* eterogenei poco indagati.

Lo studio è di tipo qualitativo osservazionale e descrittivo perché caratterizza il problema relativo al conflitto tra teoria e pratica e ne formula delle ipotesi senza mai tentare di farne un'analisi rigorosa univoca e quantitativa, proprio per via dell'eterogeneità degli elementi e delle variabili. Il disegno di ricerca, quindi, parte dalla formazione universitaria e arriva al contesto operativo, che mette alla luce l'effettiva o meno potenzialità applicativa del razionale considerato. L'ipotesi di studio sonderà anche il coordinamento dei due servizi (universitario e aziendale), l'integrazione, l'implementazione, la revisione e l'aggiornamento di dottrina e procedure, la loro corrispondenza contenutistica e qualitativa, l'identificazione delle criticità formative e/o operative e il monitoraggio di dinamiche e processi. In altre parole, si indagheranno le verosimili cause e/o aspetti che contribuiscano ad aumentare questo gap tra la teoria assunta in ambito universitario e la loro applicazione pratico-clinico-assistenziale. Dopo l'analisi delle procedure aziendali, si rintracceranno i docenti che si occupano degli stessi argomenti didattici per sottoporli ad un'intervista semi-strutturata che meglio verifichi la corrispondenza contenutistica. Si verranno poi ad interrogare i protagonisti veri e propri, coloro che ricevono la formazione e che la applicano nel tirocinio, gli studenti.

Volendo quindi configurare la *mission* del progetto stesso: lo studente iscritto al CdL in Infermieristica, protagonista centrale dello studio, viene formato all'interno del contesto universitario e preparato ad essere accolto nelle diverse U.U.O.O. dell'Azienda Ospedaliera. Per questa ragione, tutto il *know-how* di conoscenze e abilità che deve essere trasmesso ad esso, deve necessariamente rispondere a dei requisiti che rispettino l'accreditamento: un processo documentale che autorizza un'azienda (sia essa formativa accademica o sanitaria ospedaliera) ad erogare prestazioni in un dato ambito o a realizzare documentazione formativa nell'altro, che sarà sottoposta ad una verifica della validità. Un apparato che identifica le unità operative come sistemi accreditati per formare e, allo stesso modo, anche i professionisti e collaboratori di cui esse si costituiscono diventano fonti di efficace formazione per accogliere lo studente e seguirlo in tutta la sua esperienza triennale.

Il conflitto tra teoria e prassi nell'assistenza infermieristica

“Nulla è più pratico di una buona teoria”

(Kurt Lewin)

Il titolo di questo corposo sottocapitolo è ispirato ad un articolo pubblicato sulla rivista *Nursing Oggi* nell'anno 2002 dal Dott. Manara D. F. e la scelta di questo background di ricerca non è casuale; infatti, leggendo le sue riflessioni, è evidente quanto il tema qui trattato sia ancora emergente e di attuale interesse nonostante siano trascorsi più di vent'anni. Non sarà di certo questo lo studio che cambierà le carte in tavola ma magari potrà essere a sua volta uno stimolo per future ricerche in campo infermieristico.

Già da alcuni spunti introduttivi si è compreso come, se esista un soggetto in grado di essere l'ago della bilancia nel favorire la coerenza tra teoria e pratica, esso è proprio l'infermiere, prima e dopo la sua formazione universitaria. La sua competenza e il suo rigore morale alimentano o annullano il rischio del gap. Si sostiene quindi una concezione della prassi infermieristica come *phrònesis*, letteralmente “*saggezza pratica*”, intesa come interpretazione adeguata dei molteplici livelli di complessità della situazione assistenziale mediante la scienza, l'arte, la tecnica, la conoscenza e l'umanità³². La teoria infermieristica dovrebbe essere rispettosa dell'irriducibile alterità del paziente, affinché l'infermiere eroghi un'assistenza che sia misurabile, efficace ed efficiente. Gli ideali conoscitivi e pratici non si fermano alla conoscenza dell'ambito studiato, oggetto e soggetto di un sapere teorico, ma ne ricercano la sua

³² Manara Duilio F., (2002), “*Il conflitto tra teoria e prassi nell'assistenza infermieristica. L'assistenza come saggezza pratica*”, *Nursing Oggi*, n. 3, pp. 16-28, n. 4, pp. 18-27.

comprensione profonda; allo stesso modo, non praticano un'applicazione neutrale ed automatizzata di procedure e tecniche ancorché ampiamente accreditate, ma danno luogo alla personalizzazione in senso olistico del processo di pianificazione dell'assistenza. Ad ogni modo, la situazione infermieristica cui stiamo assistendo, sia in termini di reclutamento di personale sia per il sempre più ridotto numero di nuovi iscritti al Corso di Laurea, sta portando all'attenzione anche pubblica il problema relativo alla qualità dell'assistenza, dentro e fuori l'ambito professionale. Discutere in materia di qualità secondo alcuni può essere ridotto in termini molto semplici, d'altro canto sarebbe sufficiente dire ciò che si fa, attuare ciò che si dice e dimostrare quanto compiuto; ma qui sorge il quesito: perché nell'assistenza infermieristica è così complesso sapere ciò che si sta compiendo e fare ciò che si conosce? Sappiamo per certo che non può esistere alcuna prassi senza un supporto teorico e viceversa ogni nozione teorica non riveste alcun senso se non induce alla comprensione di ciò che andrà attuato. Ecco perché Manara associa l'assistenza al *phrònesis*: quella virtù razionale che va coltivata dall'infermiere perché permette una sintesi tra scienza ed etica, tra tecnica e impianto teorico, in una data circostanza.

Da secoli i filosofi dibattono sul rapporto tra teoria e prassi, assumendo posizioni contrastanti. Non si tratta sicuramente di una tematica nuova emersa di recente nemmeno nel dibattito infermieristico³³. Già dal 2001, ad esempio, alcune autorevoli infermiere statunitensi pubblicarono sul *Journal of Advanced Nursing* l'appello “*Salvare la disciplina infermieristica – 10 questioni apicali ed inesauribili per il dibattito infermieristico nel nuovo millennio*”³⁴. In loro risposta, nell'ultimo numero della rivista australiana *Nursing Inquiry*, l'editoriale si pone in aperta polemica con questa dichiarazione e lo titola come segue: “*Salvare la pratica – 10 questioni apicali e di non esauribili per il dibattito infermieristico nel nuovo millennio*”³⁵.

Per entrare nel merito di una questione così articolata è d'obbligo restringere in maniera opportuna il campo di analisi e l'orizzonte concettuale a partire dal concetto di “teoria”. Nell'uso

³³ Come si può intuire da alcuni articoli della rivista *Nursing Philosophy*, tra i quali B. J. B. Whelton (2000), “*Nursing as practical science: some insight from classical Aristotelian science*”, n.1, pp. 57-63; H. Trevor (2000), “*Realism and nursing*”, n.1, pp. 98-108.

³⁴ J. Fawcett, B. Newman, P. H. Walker, J. Watson, (July 2001), “*Saving the discipline – Top 10 unfinished issues to inform the nursing debate in the new millenium*”, *Journal of Advanced Nursing*, p. 138. Per la cronaca le 10 questioni erano le seguenti: 1) Che cosa costituisce l'evidenza nella pratica basata sull'evidenza? 2) Quali fondamenti morali, filosofici, etici, culturali, concettuali/teoretici e storici della disciplina infermieristica sono evidenti nella corrente pratica infermieristica e nella ricerca? 3) Ci sarà convergenza tra *leadership* e *scholarship*, se sì, come avverrà? 4) Qual è l'interfaccia tra disciplina e professione e come possiamo rimettere il nursing nella pratica clinica? 5) In che misura la scienza (teoria e ricerca) è integrata nel nursing? 6) Qual è la relazione tra conoscenza clinica e conoscenza scientifica? 7) la teoria integra le altre vie della conoscenza (la clinica empirica) e quali tipi di teoria sono allora importanti per il nursing? 8) Cosa o chi costituisce la comunità scientifica nel nursing? 9) Come possiamo chiarire i paradigmi della ricerca infermieristica? 10) Quali sono i legami ed i richiami tra ricerca infermieristica, teoria e pratica? Quale viene per primo?

³⁵ S. Nelson, S. Gordon, M. McGillion, (July 2002), “*Saving the practice – Top 10 unfinished issues to inform the nursing debate in the new millenium*”, *Nursing Inquiry*, pp. 63-64. La prima di questa seconda serie di questioni è “come possiamo assicurare un pagamento adeguato per il lavoro dell'infermiere?” e si conclude con un invito alla leadership infermieristica affinché consideri sempre le problematiche della pratica infermieristica come prioritarie.

contemporaneo essa è la rappresentazione concettuale di un certo ambito e ne scompone i fattori consentendone la descrizione, spiegazione ed eventuale risoluzione di problemi in termini ragionati, misurabili e oggettivi. Come dichiarò Popper: “osserviamo ogni cosa alla luce di teorie preconcelte”³⁶. Ogni aspetto del mondo reale ancor prima di essere considerato valido o meno, corretto o sbagliato, è esso stesso un “fatto” in virtù di qualche teoria e, in senso lato, essa gli permette di acquistare un certo significato. Questo “fatto” è dunque rilevabile solo per mezzo di una teoria che ne permette la costruzione³⁷. Tuttavia, il dibattito resta ancora aperto in quanto la definizione contemporanea del concetto di «teoria» è quasi privativa, perché sembra possa definire come esclusivamente teorico qualcosa che non possiede in realtà la perentorietà determinante degli scopi pratici³⁸. Passando al concetto di «prassi» invece, per la maggior parte esso si concretizza nell'applicazione della teoria scientifica. Invece, non dovrebbe né essere ridotto a questa considerazione né contrapporsi alla teoria, bensì esprimere il comportamento dell'essere vivente nella sua accezione più generale, ponendosi tra l'agire secondo virtù e il sentirsi situato³⁹. Il nursing è quindi la perfetta combinazione tra teoria e pratica, almeno concettualmente, le quali non potendo essere scisse o considerate separatamente, restano entrambe fortemente presenti in ogni attività infermieristica cognitivo-pratica. Non a caso si è utilizzato il termine «presenza»: l'etimo *ad-sistere* della parola *infermieristica* significa semplicemente «restare accanto», ecco perché l'infermiere è richiesta un'attitudine alla recettività, una valida, pronta e disponibile apertura all'altro.

La tesi sostenuta da Manara D. F., è che l'assistenza infermieristica si caratterizza come *phrònesis* (saggezza pratica): una risposta pratica ad un problema complesso e specifico e bisogno di assistenza infermieristica⁴⁰. Questo tipo di ‘razionalità che guida la prassi’ è stato identificato proprio come *phrònesis* da Aristotele che per primo notò alcuni aspetti: essa si verifica nella situazione concreta⁴¹, non è mai solo un fatto oggettivo ma in primis relazionale⁴²,

³⁶ K. R. Popper, (1969), “*Scienza e filosofia*”, Einaudi, Torino, p. 142. Si veda anche K. R. Popper, (1995), “*Il mito della cornice*”, Il Mulino, Bologna, p. 133.

³⁷ Come per i bisogni fondamentali individuati da Virginia Henderson.

³⁸ Cfr. H-G. Gadamer, (1983), *Verità e Metodo*, Bompiani, Milano, p. 520.

³⁹ Cfr. H-G. Gadamer, (1976), *La ragione nell'età della scienza*, op. cit., p. 69-71.

⁴⁰ Attraverso questa definizione viene esplicitamente adottata una delle più note tradizioni o scuole di pensiero dell'infermieristica: la cosiddetta “scuola dei bisogni dell'assistenza”. Di conseguenza, ogni successiva affermazione sull'assistenza acquisisce il senso voluto solo all'interno dell'orizzonte di significato di tale scuola. Per un'introduzione al tema si veda il capitolo “la scuola dei bisogni come principale programma di ricerca dell'infermieristica” in D.F. Manara, (2000), *Verso una teoria di bisogni dell'assistenza infermieristica*, Lauri edizioni, Milano.

⁴¹ Uno dei cosiddetti metaparadigmi dell'infermieristica contempla, insieme ai concetti di salute, persona e assistenza infermieristica, proprio l'*ambiente*, visto da alcuni autori come il sistema di relazioni che la persona intrattiene con gli altri e con il mondo che la circonda nel *qui ed ora* della situazione data.

⁴² La percezione di ogni bisogno assistenziale e della relativa risposta è frutto “di una costruzione reciproca tra attore-paziente e ambiente-contesto assistenziale; infatti, le opportunità presenti e latenti nell'ambiente sono interpretate nella misura in cui nell'attore-paziente è presente l'interesse corrispondente, che a sua volta viene evidenziato e reso prioritario rispetto agli altri per effetto della presenza delle opportunità che gli corrispondono. Il bisogno di assistenza [...] è un fatto relazionale tra persone e tra queste ed il proprio ambiente”, D. F. Manara, *Verso una teoria*, op. cit., p. 72.

necessità di interpretazione⁴³, combina la generalità dei principi teorici con la specifica situazione pratica (con conseguente personalizzazione dell'assistenza erogata), richiede esperienza così come conoscenza, quindi può essere insegnata solo fino ad un certo punto⁴⁴, si attua attraverso una comprensione empatica, sensibile ed immediata nei confronti della condizione posta in essere.

L'integrazione teorico pratica nel tirocinio clinico

Stiamo quindi comprendendo come l'essere un infermiere professionista non sia il risultato di una sola delle due componenti, bensì la perfetta integrazione tra quella formativa e quella esperienziale sviluppata nella pratica clinica. Nel caso dello studente, il tirocinio rappresenta proprio il perno che consente la saldatura tra il sapere teorico e quello pratico, rappresentando l'elemento che caratterizza e modella tutto il percorso formativo. L'esperienza di tirocinio, infatti, ha da sempre avuto una valenza fondamentale nel curriculum infermieristico perché permette il consolidamento di una cultura professionale che è legata ad un'assistenza in costante evoluzione. Esso rappresenta infatti un percorso scandito da obiettivi generali e specifici che vanno a verificare, arricchire ed integrare tutti gli apprendimenti teorici, diventando terreno fertile per sistemi procedurali non sempre programmati che scaturiscono proprio dalla contingenza degli eventi assistenziali. Per queste ragioni, il tirocinio è inteso come momento in cui il sapere acquisito incontra il sapere esperienziale, le problematiche incontrate diventano attività da gestire autonomamente, spesso tempestivamente e sempre in maniera professionale, traducendo nella pratica il Gold standard relativo ad ogni procedura ma mai standardizzando ognuna di essa. All'interno del documento intitolato “*Modelli per la formazione clinica nel diploma universitario per infermiere*” di De Marinis et al., articolo contenente numerose riflessioni in merito al tema posto in essere (non recente ma molto valido ed attuale a livello concettuale), viene riportato il commento ai principi generali che fa da guida all'applicazione dell'ordinamento, elaborato dalla Conferenza dei Presidenti di Consiglio di Laurea, in cui si afferma che: “*Il tirocinio non può essere e non è un periodo in cui lo studente mette in pratica ciò che ha appreso in teoria, quanto piuttosto una fase di ulteriore maturazione professionale, e di acquisizione di un maggior grado di confidenza con la professione [...]*”. Il tirocinio clinico

⁴³ Cfr. D. Leder, (1990), “*Clinical interpretation: the hermeneutic of medicine*”, *Theoretical Medicine*, n. 11, pp. 9-24. Anche Virginia Henderson in *Principi fondamentali*, op. cit., p. 12 (1966), ritorna sul tema relativo all'interpretazione dei bisogni del malato scrivendo della troppa facilità con cui “l'infermiera può fraintendere l'effettiva consistenza dei bisogni del paziente, qualora manchi di sottoporre le proprie interpretazioni al vaglio di una verifica attenta”, “*The nature of nursing: a definition and its implications for practice, research and education*”, Macmillan Co., New York.

⁴⁴ La saggezza pratica è materia non solo di riflessione razionale ma anche di percezione ed esperienza. In questa prospettiva possiamo cogliere l'importanza del tirocinio clinico nel completare la formazione dell'infermiere soprattutto in senso qualitativo cioè a condizione che avvenga in un ambiente armonioso e formativo fatto di infermieri non solo in grado di stimolare il ragionamento scientifico dello studente ma anche di affinarne capacità tecniche e potenzialità cognitive.

permette sia di affrontare nuove sfide e nuove aree operative, sia di acquisire *clinical e communication skills* che non sarebbero altresì assumibili. Questa forma di apprendimento consente allo studente di assimilare in maniera critica gli aspetti etici, cognitivi, relazionali e psicomotori dell'assistenza infermieristica. La prassi o l'azione automatica dei processi non sono in alcun caso sufficienti alla costruzione di un robusto apparato teorico-pratico che sia significativo sotto il profilo professionale e personale. Cogliere l'opportunità di imbastire un abito versatile, da indossare per tutta la propria carriera, non deve essere vanificata bensì promossa, strutturata e personalizzata. Le abilità cognitive citate poc'anzi scaturiscono dalla capacità dello studente di porre e di porsi costantemente delle domande, di riflettere su di esse e di elaborare così nuove conoscenze e competenze. Esso non deve essere il risultato di in uno schema concettuale fisso ma piuttosto in una sua costante rivisitazione affiancata alla pianificazione di sempre nuovi obiettivi. Affinché possa avvenire la traduzione dei concetti teorici didattici nei processi mentali e attitudinali, devono essere garantiti alcuni elementi essenziali per la qualità del tirocinio universitario. Tra questi: la relazione tra la Guida di tirocinio e lo studente, l'integrazione teorico-pratica, il coinvolgimento da parte dell'infermiere professionista già operante. Da parte di quest'ultimo, infatti, è richiesta la necessità di possedere una valida, aggiornata e solida competenza clinica oltre che relazionale, perché è determinante apprendere da un professionista esperto. Queste abilità vanno intese come competenze nella gestione dei casi clinici secondo modelli assistenziali ben definiti che incontrano una pratica dettata dall'esperienza e da un'attenzione costante alla ricerca e alla letteratura, con interesse, dedizione e coinvolgimento. Nonostante ciò, quasi mai esiste la ricetta perfetta; possedere un corpus di nozioni e competenze pratiche non permetterà un potenziamento e un'evoluzione della nostra professione. Ciò che davvero può fare la differenza è la trasmissione, trasparente e autentica, agli studenti del bagaglio professionale di cui ciascun infermiere è portatore. Affiancarlo nel suo tirocinio clinico non vuol dire soltanto mostrargli aspetti procedurali di base o avanzati ma comprendere anche i suoi bisogni formativi offrendo riflessioni eticamente significative in risposta a problematiche che emergono quotidianamente.

L'area del "*saper fare*", collocata in situazioni reali, è promossa da un apprendimento complesso che sollecita lo studente a ricercare una risposta globale all'uopo assistenziale⁴⁵. Integrando gli obiettivi teorici accademici con quelli di tirocinio, si dà allo studente la possibilità di interpretare la logica del percorso formativo e la continuità dei contenuti del tirocinio e della teoria in maniera vicendevole, perché essi si precedono e seguono, non si

⁴⁵ De Marinis et al. (1999), "*Modelli per la formazione clinica nel diploma universitario per infermiere*", in *Nursing Oggi*, num. 2.

escludono e si mescolano costantemente. Se allo studente manca la risposta ad una delle fasi del processo, si può creare una situazione di incertezza che lo conduce ad apprendere situazioni cui poi non assiste o viceversa applica delle abilità pratiche delle quali non conosce la ratio teorica, rendendo insufficiente e inefficace la rielaborazione intellettuale. Tuttavia, una delle occasioni che diventa più rapidamente problematica nella formazione infermieristica è la mancata analogia tra l'approfondimento teorico e la realtà assistenziale, vissuta in maniera concreta all'interno delle unità operative. Lo scarto che esiste e persiste tra i due ambiti causa da parte dello studente una sottovalutazione complessiva perché viene omessa la riflessione critica. Molto spesso nasce, infatti, l'esigenza di concordare e programmare le attività e i modelli tra i responsabili dell'apprendimento teorico da una parte e clinico dall'altra, permettendo che l'uno sia conforme all'altro, nell'ottica di una formazione omogenea e riproducibile. Il gap teorico-pratico spesso germoglia già dall'orientamento e dal background degli infermieri che si occupano della docenza rispetto ai clinici. Mentre il primo basa il suo sapere su studi teorici ricavati dalle migliori evidenze in letteratura, (seppur non sempre sperimentabili e applicabili sul campo), il secondo potrebbe rispondere al pressing crescente di questa cultura teorica, con un modello che dia indicatori di qualità più legati all'efficienza che alla qualità soggettivamente percepita. Al fine di ovviare a questo sempre più emergente dato di fatto, si sta cercando di costruire una salda unitarietà ed omogeneità dell'esperienza formativa nella sua interezza, impalcando un lavoro di cooperazione, integrazione e di interdisciplinarietà tra i docenti del CdL di infermieristica, i docenti delle aree cliniche, le Guide di tirocinio e gli infermieri operanti nei diversi setting assistenziali. Il tentativo è quello di individuare il contributo che i moduli didattici e le skills da una parte e le procedure aziendali dall'altra, possano apportare al processo di definizione degli obiettivi teorici e pratici. Risultati da raggiungere per il progressivo consolidamento di capacità e conoscenze, fino alla più completa padronanza del pensiero critico e alla costruzione dell'attitudine di intervento diretto sul problema. Anche i programmi di accreditamento, che assicurano la qualità nell'ambito dell'educazione infermieristica, gettano le basi per la costruzione di sistemi di valutazione della formazione sia nel mondo accademico che nella pratica, azioni necessarie per determinare il successo quindi l'efficacia dei programmi stessi⁴⁶.

Quale teoria per quale prassi?

«La pratica senza la teoria è cieca,

⁴⁶ Hampton KB, Smeltzer SC, Ross JG. Evaluating the transition from nursing student to practicing nurse: An integrative review. *J Prof Nurs.* 2020 Nov-Dec;36(6):551-559. doi: 10.1016/j.profnurs.2020.08.002. Epub 2020 Aug 6. PMID: 33308555.

come cieca è la teoria senza la pratica». (Protagora)

Nonostante ci troviamo ancora nel capitolo introduttivo di questo studio, si è già compreso come ogni variabile epistemologica approfondita non solo modifichi le modalità di accadere della pratica assistenziale, ma impatti in maniera risoluta e tangibile anche nelle abitudini formative, organizzative e gestionali della professione. Si è infatti già visto nei paragrafi precedenti come ogni teoria sia già una forma di prassi⁴⁷ (la cosiddetta *phrónesis*). Lo stesso autore definisce la scienza come uno dei modi che l'uomo si è dato nel corso della sua storia per acquisire una maggiore conoscenza sul mondo che lo circonda; ma egli non ne ha l'esclusività: plurimi sono i 'modi di conoscere', la scienza è solo uno di questi⁴⁸. Lo studio scientifico implica necessariamente l'avvio di una teoria, di norma definita come una 'rappresentazione concettuale' intricata che determina la costituzione della disciplina scientifica⁴⁹. Il costituirsi di una comunità di professionisti scaturisce proprio dal coagularsi di 'esperti' attorno ad un paradigma, una disciplina.

L'attuale sanità ci offre continuamente innovazioni tecniche e tecnologiche ma le risorse economiche e professionali non sostengono questo progresso, per questo motivo si rileva più che mai necessario dover stimolare negli infermieri la capacità di "teorizzare" attorno alla propria prassi. Questo esercizio deve considerarsi una sorta di 'resistenza attiva' ad una concezione della sanità di tipo pragmatico-economico, alle derive sociali che tendono all'appiattimento in rigidi ruoli prestabiliti, ad uno scadimento, peraltro spesso vantaggioso, negli alibi dell'emarginazione professionale o del conflitto tra teoria e prassi⁵⁰. In questo quadro, gli eventi permangono indistinti e sfuggibili. Per essere un buon osservatore, affermava Charles Darwin, occorre prima di tutto essere un buon teorico. Questa 'vigilanza attiva' da parte dell'infermiere dovrà essere attuata nei confronti non solo della semplice prestazione da erogare, ma soprattutto nei confronti della teoria che ne è a capo, per impedire che il suo cono di luce possa celarci le ombre, quindi i gap. Sostanzialmente, la cornice teorica non deve diventare una prigione concettuale⁵¹. Essendo le discipline dei *campi strutturati del sapere* che raccolgono un insieme di teorie circa un medesimo problema, volendo ricercare una conoscenza estremamente oggettiva e rigorosa, esse *non sono uniformemente definibili una volta per sempre*. La scienza *si applica con sfumature e accenti diversi ai diversi campi di oggetti*. Ciò che resta costante

⁴⁷ Manara Duilio F., (2002), "Il conflitto tra teoria e prassi nell'assistenza infermieristica. L'assistenza come saggezza pratica", *Nursing Oggi*, n. 3, pp. 16-28, n. 4, pp. 18-27.

⁴⁸ Cfr. G. Reale, (2001), "La ragione e la scienza", in G. Reale, D. Antiseri, *Quale ragione?*, Raffaello Cortina Editore, p.40.

⁴⁹ T. S. Kuhn, (1978), *La struttura delle rivoluzioni scientifiche*, Einaudi, Torino, p. 39. Cfr D. F. Manara, (1999), "L'inquadramento epistemologico della disciplina infermieristica", *Nursing Oggi*, n. 1, pp. 29-40.

⁵⁰ K. Cash, (2001), "Theory as resistance", editorial, *Nursing Philosophy*, n. 2, pp. 1-3.

⁵¹ Cfr. K. R. Popper (1995), "Il mito della cornice. Difesa della razionalità e della scienza", il Mulino, Bologna.

nelle diverse applicazioni di questo concetto, è innanzitutto l'intento conoscitivo, l'aspirazione a raggiungere una conoscenza oggettiva e rigorosa⁵². Anche la disciplina infermieristica nel corso degli anni ha prodotto a livello nazionale e internazionale innumerevoli teorie e/o modelli concettuali che hanno tentato di rispondere a questa criticità. Molte di queste facevano riferimento al concetto di “*bisogno assistenziale*”, primi tra tutti lo psicologo Abraham Maslow⁵³ e la già citata infermiera americana Virginia Henderson⁵⁴. Per tutte queste teorie però, il rischio di un'insufficiente ed incompleta teorizzazione del concetto di bisogno non è mai privo di conseguenze pratiche. La stessa Henderson, già nel 1977, dichiarò che: “*il concetto di assistenza infermieristica [...] resta sempre confuso*”⁵⁵, a causa dell'uso ideologico di teorie e modelli contrastante con il perseverare di una pratica infermieristica non standardizzabile. La categorizzazione rigida dei bisogni rappresenta una trappola spesso riscontrabile nella formazione base degli infermieri. Essa viene trasmessa attraverso una pedagogia fondamentalmente appresa dal docente e dai testi di riferimento, il cui scopo però non è quello di *apprendere a pensare, ma di imparare a riprodurre e ad applicare*⁵⁶. Negli anni si è voluto quindi rendere più logica ed immediata l'identificazione dei bisogni in funzione di un loro tempestivo utilizzo operativo, nonostante poi nella realtà si richiedano comunque doti dettate dall'esperienza e dalla conoscenza, dall'intuito e dalla sensibilità. Dal momento in cui la teoria evita la dinamica e il confronto con l'applicazione pratica, essa viene ridotta meramente ad un concetto statico e privo di completamento. Infatti, né Nightingale né Henderson, nonostante siano state teoriche dell'infermieristica, hanno mai voluto avanzare delle personali intuizioni (*hints of thought*, scriveva la Nightingale) dei loro modelli teorici da applicare, ma piuttosto si sono interrogate e hanno cercato di indagare la natura delle cure a partire proprio da ciò che accadeva nella loro pratica assistenziale⁵⁷.

⁵² E. Agazzi (1994), “*Cultura scientifica e interdisciplinarietà*”, Ed. La scuola, Brescia, p. 86.

⁵³ Si vedano a titolo d'esempio gli articoli: B. H. Zuluaga, (2000), “*Implementation of the Zuluaga-Raysmith (Z-R) model for assessment basic human needs in home health clients and caregivers*”, *Public Health Nursing*, n. 5, pp. 317-324. G. Robertson, (1999), “*Individuals perception of their quality of life following a liver transplant: an exploratory study*”, n. 2, pp. 497ss., W. Luder, (2001), “*The utility of self-care theory as a theoretical basis for self-neglect*”, n. 4, pp. 545.

⁵⁴ Si vedano a titolo d'esempio gli articoli: A. Dijkstra, T. Dassen, (1999), “*Construct validity of the Nursing Care Dependency Scale*”, *Journal of Clinical Nursing*, n. 4, pp 380ss. R. Helleso, (2001), “*Developing a module for nursing documentation integrated in the electronic patient record*”,

⁵⁵ Conferenza tenuta alla scuola Nightingale dell'ospedale St. Thomas di Londra il 4 novembre 1977. Il testo è stato pubblicato in V. Henderson, (1978), “*The concept of nursing*”, *Journal of Advanced Nursing*, n. 3, pp. 113-130.

⁵⁶ Tra le autrici che più hanno sottolineato i limiti del concetto di ‘bisogno’ così come è stato utilizzato dalle intuizioni della Henderson, la francese Marie Francois Collière, che nel 1994 ha curato una riedizione commentata del principale testo hendersoniano – M-F. Collière, “*Retrouver la nature des soins infirmiers*”, introduction à V. Henderson, *La nature des soins infirmiers*, op. cit. pp. 33-34.

⁵⁷ M-F. Collière, (2001), “*Soigner... le premier art de la vie*”, 2nd edition, Masson, Paris, pp. 112-114. Nelle primissime righe della prefazione della sua opera *Notes on Nursing*, la Nightingale scrive testualmente: “*non pretendo in nessun modo che le note che seguono debbano scrivere come regola, con le quale le infermiere possono apprendere per conto loro come assistere gli infermi: meno ancora intendo che sia un manuale di istruzione. [...] non pretendo di insegnare alle donne come assistere gli ammalati; la prego di apprenderlo da se stessa, e a questo fine, mi avventuro a darle alcuni indizi*”. What it is and what it is not (1859), trad. it. *Cenni sull'assistenza degli ammalati*, ristampa a cura dell'Associazione Regionale degli infermieri, Milano, p.7.

Volendo restare fedeli all'assistenza intesa come *phrònesis*, si dovrà mettere in gioco una teoria dotata di un coerente impianto metodologico che sia in grado di 'problematizzare' il concetto di bisogno assistenziale in relazione alla prestazione infermieristica, come risposta appropriata al bisogno emerso (cioè resa propria, autentica e compartecipata). Occorre quindi domandarsi quale sia il rapporto che intercorre tra un'assistenza altamente orientata al paziente e personalizzata su di esso e il sapere tecnico-pratico, figlio di una teoria orientata ad una condizione più generale eretta ad esempio dall'Evidence Based Nursing⁵⁸. Queste raccomandazioni consentono di incrementare i valori di efficacia ed efficienza delle prestazioni infermieristiche perché riducono gli errori mediante la standardizzazione dei comportamenti, al tempo stesso però, proprio per questa ragione non sono esenti da rischi. Abbiamo già detto come standardizzare i processi si rispecchi in realtà nell'automatizzazione dell'assistenza infermieristica, approccio del tutto errato nei confronti di una professione che necessita l'interpretazione della condizione clinica e che pertanto muove l'infermiere ad attuare un comportamento che può allontanarsi dal nudo dato tecnico, perché è il prodotto di un giudizio morale e di un processo cognitivo. In questa chiave di lettura l'infermieristica è dunque 'costruttivista', piuttosto che 'applicativa', 'descrittiva', 'osservazionale' o 'prescrittiva'. La competenza viene edificata primariamente dalla conoscenza teorico-didattica, dall'esperienza e soprattutto dalla ricerca di costante aggiornamento oltre che dalla problematizzazione della prassi vissuta e contestualizzazione della teoria appresa. L'infermiere pertanto potrà sintetizzare la complessità del paziente in una diagnosi infermieristica, cosciente però che essa è un'approssimazione alla realtà dell'altro e non la sua identificazione⁵⁹.

Presentazione dell'accreditamento in sanità: definizioni e concetti introduttivi

L'attuale fase di transizione demografica, epidemiologica, sociale ed economica impone continue sfide che riguardano il settore sanitario e, gli interventi normativi regionali che si sono susseguiti negli ultimi anni versano sul tema dell'efficienza, della qualità e dell'efficacia⁶⁰. Con il termine di "accreditamento" in sanità, intendiamo un processo documentale che, verificata l'esistenza di determinati requisiti⁶¹, autorizza un'Azienda sanitaria, pubblica o privata, ad

⁵⁸ Come noto, con il termine EBN si intendono le cure infermieristiche basate su risultati di ricerca validi, su osservazione cliniche di infermieri qualificati e su standard accreditati di buone pratiche assistenziale. Mediante la migliore metodologia di ricerca (in quanto la più accreditata), si ottengono raccomandazioni a vari livelli sulla validità dell'indicazione stessa.

⁵⁹ D. F. Manara, (16 dicembre 2000), "*La personalizzazione dell'assistenza infermieristica*", Atti del corso di aggiornamento *La qualità dell'assistenza infermieristica: dall'evidenza scientifica alla personalizzazione*, Collegio IPASVI di Lecco, pp. 78-88.

⁶⁰ Nota dell'Assessore Manuela Lanzarin nella Deliberazione della Giunta Regionale n. 1533 del 22 ottobre 2019 - Istituzione del Tavolo Permanente Regionale con gli Ordini Provinciali delle Prof. Inf.che – L.R. 28 dicembre 2018, n. 48, PSSR 2019-2023.

⁶¹ Ulteriori rispetto a quelli richiesti dall'"autorizzazione": "*il provvedimento che, verificato il possesso di prestabiliti requisiti minimi, rende lecito l'esercizio dell'attività sanitaria da parte di qualsiasi soggetto*", D. Lgs 502/92.

erogare delle prestazioni sanitarie nell'ambito e per conto del Servizio Sanitario Nazionale, quindi ottenendone il rimborso. Con l'accreditamento vengono stipulati gli accordi contrattuali⁶². La realizzazione di questo processo prevede una complessità e un'articolazione che ha inizio dalle scelte normative avanzate dalla Regione, e prosegue con l'azione dell'Azienda Sanitaria nel pianificare e realizzare una serie di documenti che saranno oggetto di verifica e valutazione proprio a livello regionale; parliamo di: procedure⁶³, protocolli⁶⁴ e istruzioni operative⁶⁵. Tutti entrano in gioco nei processi di lavoro e dovranno rispettare normative, linee guida, revisioni sistematiche e sapere scientifico.

L'effetto di un buon processo di accreditamento consente di ottenere i punti di forza qui elencati, mentre il suo uso scorretto può comportare alcune debolezze all'intero sistema⁶⁶:

<i>Punti di forza del processo</i>	<i>Punti di debolezza riscontrati</i>
✓ Unire coordinare l'attività di diversi servizi;	✗ L'uso di tecnicismi spinti può impedire la comprensione e l'attuazione valida da parte di tutte le professionalità coinvolte.
✓ Promuovere l'integrazione interprofessionale;	
✓ Consolidare un linguaggio condiviso;	✗ L'incapacità del processo di mostrare il suo valore: è spesso vissuto come 'debito'.
✓ Revisionare le procedure inefficaci;	✗ Sotto alcuni aspetti, la mancata coerenza con la pratica clinica reale (mancanza di una dimensione contestualizzata: rapporto infermiere:paziente, risorse, tipologie assistenziali etc.).
✓ Identificare e limitare gap e criticità;	
✓ Monitorare i processi e garantirne una costante revisione.	

Tab. 1: Punti di forza e di debolezza nel processo di accreditamento.
Ognibene F. "L'accreditamento in sanità, punti di forza/debolezza" (30 gennaio 2019) in *Tecniche e tecnologie per l'assistenza infermieristica*, InfermieriAttivi.it.

⁶² Ai sensi dell'articolo 8 quinquies del D. Lgs. 502/92, nell'ambito della vigente normativa e nel rispetto di alcuni principi fondamentali quali imparzialità, trasparenza, buon andamento e libera concorrenza tra pubblico e privato.

⁶³ La *procedura* è il documento più comune, essa descrive in maniera sintetica, chiara e lineare un flusso di azioni, fasi o attività necessarie per portare a termine un'attività.

⁶⁴ Il *protocollo* è un documento riconosciuto, simile alla procedura nella sua struttura, è spesso legato ad obblighi legislativi e si costituisce di più procedure che si susseguono.

⁶⁵ L'*istruzione operativa* descrive dettagliatamente l'attività da svolgere.

⁶⁶ Ognibene F. "L'accreditamento in sanità, punti di forza/debolezza" (30 gennaio 2019) in *Tecniche e tecnologie per l'assistenza infermieristica*, InfermieriAttivi.it.

È proprio sull'aspetto della coerenza con la pratica clinica che verrà testato il processo di accreditamento formativo: la valutazione dei protocolli e delle skills erogati in occasione dei laboratori didattici, con la realtà clinico assistenziale della pratica infermieristica quotidiana.

Il processo di accreditamento vede ruotare attorno a sé tre protagonisti: la Regione che definisce la struttura normativa, le Aziende Sanitarie che applicano la porzione documentale e i valutatori che attuano le verifiche. Le modalità con cui ciò viene realizzato può essere prevalentemente di due tipi:

- 1) Documentazione imposta dall'alto: alcuni uffici, non collegati direttamente alla realtà produttiva, inviano documenti e le aziende realizzano dei corsi di formazione per validarli;
- 2) Documentazione direttamente realizzata dai servizi: è l'azienda stessa che redige i documenti; in questa condizione si verifica la massima corrispondenza fra quanto scritto e quanto attuato. Ogni realtà lavorativa è un settore specialistico con le proprie peculiarità ed elementi unici⁶⁷.

L'accREDITAMENTO formativo: nozioni generali e specifiche secondo UNIVPM

Le modalità con le quali gli studenti apprendono durante il tirocinio clinico sono alquanto complesse⁶⁸ e le esperienze vissute influenzano il loro sviluppo e l'identità professionale⁶⁹. Gli studenti universitari di Infermieristica sono tenuti a completare un'esperienza professionalizzante e formativa che prevede un determinato numero di ore di pratica clinica (per il CdL Infermieristica dell'UNIVPM, facoltà di Medicina e Chirurgia, sono previste 1800 ore complessive).

La diversità dei modelli di educazione clinica mette a dura prova la responsabilità intrinseca relativa alla valutazione dello studente⁷⁰ e al mantenimento di un alto standard di competenza nell'ambito pratico⁷¹. Ciò è reso possibile solo mediante un processo che analizza la qualità delle singole attività. La Commissione di Accreditamento per l'Educazione all'Infermieristica (ACEN), dichiara questo processo come una revisione a più livelli, che può essere realizzata soltanto utilizzando il contributo del '*valutatori tra pari*' nonché la valutazione di programmi infermieristici studiandone la conformità con gli standard e i criteri di accreditamento ACEN⁷².

⁶⁷ La realizzazione di procedure e protocolli può anche dotarsi di un'organizzazione a rete, con un centro che riceve le proposte e ne garantisce la realizzazione (come avviene nel modello Toyota).

⁶⁸ Dean & Sykes, 2020.

⁶⁹ Perry et al., 2018.

⁷⁰ Broadbent et al., 2014.

⁷¹ Anderson et al., 2016.

⁷² ACEN, 2019^o, p. 71.

Volendo entrare nello specifico della realtà esaminata, l'Assicurazione della Qualità per la formazione rappresenta l'insieme delle attività attraverso le quali l'Università Politecnica delle Marche attua la politica per la qualità e promuove un processo di miglioramento continuo della formazione e della ricerca, al fine di raggiungere gli obiettivi prestabiliti e il soddisfacimento dei requisiti qualitativi. Il sistema di assicurazione della qualità UNIVPM si articola come segue:

1. Accreditalamento di sede e dei corsi di studio:

• Decreti di accreditalamento e normativa:

Come già compreso, mediante l'accreditalamento si dà garanzia agli utenti che le loro esigenze vengano soddisfatte e che i loro diritti fondamentali siano tutelati da una autorità competente. Il sistema di accreditalamento della formazione universitaria intende raggiungere tre obiettivi principali:

- L'assicurazione per gli utenti da parte del MUR e di ANVUR che le istituzioni di formazione del Paese soddisfino almeno il livello di soglia minima per la qualità;
- L'esercizio da parte degli Atenei di un'autonomia responsabile e affidabile nell'uso delle risorse pubbliche e nei comportamenti collettivi e/o individuali;
- Il miglioramento continuo della qualità delle attività formative e di ricerca.

L'accreditalamento iniziale autorizza una sede universitaria ad avviare la propria attività oppure va a confermare l'autorizzazione già disposta ai corsi di studio universitari già attivati alla data di entrata in vigore del D. Lgs 19/2012, in quanto in possesso dei previsti livelli di soglia. Alla scadenza della validità di quest'ultimo, l'accreditalamento periodico conferma o revoca l'autorizzazione ad operare.

Il processo di accreditalamento include tre fasi⁷³:

- 1) La predisposizione (da parte dell'istituzione valutata) di documenti di autovalutazione⁷⁴;
- 2) Una valutazione esterna, effettuata da esperti, della documentazione di autovalutazione con una verifica condotta in base alle linee guida prestabilite e conclusa con la redazione di un rapporto di valutazione esterna. Questo conterrà anche eventuali raccomandazioni;

⁷³ "Accreditalamento di sede e dei corsi di studio", UNIVPM.

⁷⁴ Con i contributi di competenza della commissione paritetica docenti-studenti e del nucleo di valutazione, avente come riferimento i livelli e i criteri stabiliti dall'organismo accreditalante.

3) L'analisi, da parte dell'organismo accreditante, del rapporto di valutazione esterna e la decisione in merito alla concessione o revoca dell'accREDITamento formativo.

2. Attori:

- Presidio della qualità di ateneo PQA:

Questo organo è stato costituito con Decreto Rettorale n. 544 del 19/04/2013, e successive modifiche, ai sensi del D. Lgs. 19/2012 e delle vigenti Linee Guida ANVUR “*AccREDITamento periodico delle Sedi e dei Corsi di Studio universitari*”. Esso garantisce il funzionamento delle attività di AQ, mediante la promozione della Qualità all'interno dell'Ateneo. Ad esso sono state attribuite le seguenti funzioni⁷⁵:

- Supervisione dello svolgimento adeguato e uniforme delle procedure di AQ di tutto l'Ateneo, sulla base degli indirizzi degli Organi di Governo;
- Organizzazione e verifica della compilazione di schede di monitoraggio annuale per ogni Corso di Studio;
- Coordinamento e supporto delle procedure di AQ a livello di Ateneo;
- Definizione e aggiornamento degli strumenti per l'attuazione della politica per l'AQ;
- Attività di formazione del personale coinvolto nell'AQ;
- Assicurazione dello scambio di informazioni con il nucleo di valutazione e con l'ANVUR, la raccolta dei dati per il monitoraggio degli indicatori sia qualitativi sia quantitativi, curandone la diffusione degli esiti;
- Monitoraggio della realizzazione dei provvedimenti intrapresi in seguito alle raccomandazioni e/o condizioni formulate in occasione delle visite esterne;
- Organizzazione e coordinamento delle attività di monitoraggio e della raccolta dati preliminare alla valutazione condotta del nucleo sui risultati conseguiti;
- Coordinamento delle procedure orientate a garantire il rispetto dei requisiti per la certificazione ISO-9001.

- Nucleo di valutazione:

Esercita le funzioni di valutazione interna dell'efficacia, dell'efficienza e della qualità delle attività didattiche e di ricerca, attraverso i seguenti compiti⁷⁶:

⁷⁵ “*Presidio della Qualità di Ateneo*”, UNIVPM.

⁷⁶ “*Nucleo di valutazione*”, UNIVPM.

- Verifica della qualità e dell'efficacia dell'offerta didattica, anche sulla base degli indicatori individuati dalle commissioni paritetiche docenti studenti⁷⁷;
- Verifica delle attività di ricerca svolta dai Dipartimenti e dalla congruità del curriculum scientifico o professionale dei titolari dei contratti di insegnamento⁷⁸;
- Valutazione delle strutture e del personale⁷⁹, in raccordo con le attività dell'ANVUR, al fine di promuovere in piena autonomia e con modalità organizzative proprie, il merito e il miglioramento della *performance* organizzativa e individuale.

Il nucleo gode di autonomia operativa e detiene il diritto di accesso ai dati e ai documenti dell'Ateneo, oltre a rispondere direttamente agli organi di governo universitari.

- Carta dei diritti e dei doveri degli studenti:

Questo documento dispone di sei articoli totali. A titolo di esempio e per maggior attinenza contenutistica al tema qui approfondito, nei capitoli relativi alla metodologia e alla discussione dei risultati verranno citati alcuni di questi articoli per evidenziare se le esigenze dello studente incontrano o si scostano da questi diritti.

3. AQ Corsi di studio
4. AQ Ricerca
5. Dati sulla carriera di esperienze dello studente
6. Sistema gestione qualità certificato ISO 9001
7. Eventi formativi AQ

Altro tema al quale l'accreditamento formativo e il sistema di assicurazione della qualità dedicano cura e attenzione riguarda la centralità dello studente e la rilevazione delle sue opinioni, nell'ottica di migliorare costantemente l'organizzazione didattica e la formazione stessa. Il DPR 76/2010, nell'assegnare all'ANVUR il compito di definire criteri e metodologie per la valutazione delle Università, sottolinea l'importanza di promuovere il coinvolgimento attivo degli studenti⁸⁰ e anche in riferimento a questo aspetto prevede che l'agenzia predisponga *“in collaborazione con i nuclei di valutazione interna procedure uniformi per la rilevazione della valutazione dei corsi da parte degli studenti, fissa i requisiti minimi cui le Università si attengono per le procedure di valutazione dell'efficacia della didattica e dell'efficienza dei*

⁷⁷ di cui agli articoli 32-38 dello statuto di Ateneo.

⁷⁸ di cui all'articolo 23, comma uno, della legge n. 240/2010.

⁷⁹ di cui all'articolo 14 del decreto legislativo numero 150/2009.

⁸⁰ Art. 3, c. 1, lettera d.

*servizi effettuate dagli studenti e ne cura l'analisi e la pubblicazione soprattutto con modalità informatiche*⁸¹.

Le linee guida AVA 2017 includono le opinioni degli studenti [...] nel processo di autovalutazione ed esplicitano la possibilità di introdurre ulteriori indicatori basati sulle opinioni e sulla soddisfazione degli studenti⁸². Le nuove linee guida che normano il processo di rilevazione delle opinioni degli studenti sono state presentate il 3 luglio 2019 e sono attualmente sottoposte a una fase di consultazione con i principali attori istituzionali di riferimento, al fine di consolidarne l'impianto e gli obiettivi prima della loro adozione⁸³.

Nel prossimo sottocapitolo si verrà a delineare la normativa vigente in materia di accreditamento che contiene in parte proprio queste istruzioni operative e principi.

Excursus normativo in materia di accreditamento formativo

L'introduzione di un sistema di accreditamento trova i suoi riferimenti normativi all'art. 5, comma 3, della Legge n. 240/2010 la quale, nell'esercizio della delega di cui al comma 1, lettera a, prevede l'introduzione di un sistema di accreditamento delle sedi dei corsi di studio universitari⁸⁴.

Volendo offrire una panoramica generale al riguardo dei principali riferimenti normativi che hanno ad oggetto l'accREDITAMENTO, soprattutto formativo, il processo di valutazione periodica e di autovalutazione degli enti, possiamo qui elencare (datati in ordine crescente, ponendo in evidenza solo quelli di maggiore interesse per il tema qui affrontato)⁸⁵:

- **Legge n. 240 del 30/12/2010:** *“Norme in materia di organizzazione delle università, di personale accademico e reclutamento, nonché delega al Governo per incentivare la qualità e l'efficienza del sistema universitario”*;
- **Decreto del Presidente della Repubblica n. 76 del 01/01/2010**⁸⁶, in cui si definisce il ruolo dell'ANVUR nei sistemi di accreditamento;
- **Decreto Legislativo n. 19 del 27/01/2012:** *“Valorizzazione dell'efficienza delle università e conseguente introduzione di meccanismi premiali nella distribuzione di risorse pubbliche sulla base di criteri definiti ex-ante anche mediante la previsione di un sistema di accreditamento periodico delle università [...]”*.

⁸¹ Regolamento concernente la struttura e il funzionamento dell'Agenzia Nazionale di Valutazione del sistema Universitario e della Ricerca (ANVUR), adottato ai sensi dell'articolo 2, comma 140, del decreto legge 3 ottobre 2006 n. 262, convertito con modificazioni dalla legge 24 novembre 2006, n. 286.

⁸² Elaborati sulla base dei risultati delle sperimentazioni da parte dell'ANVUR, in linea con quanto previsto dal DM 6/2019.

⁸³ *Rilevazione Opinioni Studenti*, UNIVPM.

⁸⁴ Art. 3 del Regolamento di cui al Decreto del MIUR 22 ottobre 2004, n. 270.

⁸⁵ *“Riferimenti Normativi”*, ANVUR, Agenzia Nazionale di Valutazione del Sistema Universitario e della Ricerca, pgg. 12-14.

⁸⁶ Art. 3, comma 1, lettera f ed art. 4, comma 1.

Vista la L. 240/2010, il presente Decreto al suo art. 2 disciplina:

- a. L'introduzione di un sistema di accreditamento iniziale e periodico delle sedi e dei corsi di studio universitari;
- b. L'introduzione di un sistema di valutazione e di assicurazione della qualità, dell'efficienza e dell'efficacia della didattica e della ricerca;
- c. Il potenziamento del sistema di autovalutazione della qualità e dell'efficacia delle attività didattiche e di ricerca dell'università⁸⁷.

Il sistema Nazionale di Accreditamento opera in coerenza con standard e linee guida per l'assicurazione della qualità nell'area Europea dell'Istruzione e si articola nel suo art. 4 in:

- a) Un sistema di valutazione interna attivato in ciascuna Università;
- b) Un sistema di valutazione esterna;
- c) Un sistema di accreditamento delle sedi e dei corsi di studio⁸⁸.

Al comma 2 dell'art. 5 si definisce l'accreditamento iniziale come: *“l'autorizzazione all'Università da parte del Ministero ad attivare sedi e corsi di studio. [...] Esso comporta l'accertamento e la verifica dei requisiti didattici, strutturali, organizzativi, di qualificazione dei docenti e di qualificazione della ricerca idonei a garantire qualità, efficienza ed efficacia”*. Allo stesso modo viene anche descritto l'accreditamento periodico: *“la verifica dei requisiti di qualità, di efficienza e di efficacia delle attività svolte. Esso avviene con cadenza almeno quinquennale per le sedi e almeno triennali per i corsi di studio”*.

All'interno dell'articolo 6 vengono definiti gli indicatori per l'accreditamento⁸⁹ che tengono conto degli obiettivi qualitativi⁹⁰ delle linee generali di indirizzo della programmazione triennale dell'università⁹¹. Le procedure di valutazione sono rivolte anche a misurare l'efficienza e i risultati conseguiti nell'ambito della didattica e della ricerca delle articolazioni interne con cui sono strutturate le università⁹². Questa attività tiene conto, altresì, dei seguenti principi connessi al sistema di valutazione definito al presente Capo:

⁸⁷ Riguardo il suo ambito di applicazione invece, l'art. 3 prevede che le disposizioni del suddetto Decreto si applichino alle Istituzioni Universitarie Italiane, statali e non statali.

⁸⁸ Al comma 2 si specifica quanto segue: *“In tutti i processi della valutazione è assicurato il confronto tra le risultanze della valutazione interna e quelle della valutazione esterna”*.

⁸⁹ *“Standards and Guidelines for Quality Assurance in the European Assoc. for Quality assurance in Higher Education”* – EHEA.

⁹⁰ Definiti ai sensi dell'articolo due, comma due, del decreto del presidente della Repubblica 1 Febbraio 2010, n. 76.

⁹¹ Definite con Decreto del Ministro ai sensi dell'articolo 1-ter del decreto legge 31 gennaio 2005, n. 7, convertito, con modificazioni, dalla legge 31 Marzo 2005, n. 43, nonché dall'accertamento della sostenibilità economico finanziaria.

⁹² Art. 10, comma 1, *“Definizione Dei criteri e degli indicatori”*, D. Lgs. 19/2012.

- a. Omogeneità, in modo da consentirne l'applicazione su tutto il territorio nazionale per il raggiungimento di un livello di qualità uniforme⁹³;
- b. Capacità di riflettere le attuali tendenze di aggregazione dei corsi e delle strutture e di diffusione dei risultati della ricerca nel contesto sociale e produttivo;
- c. Capacità di esprimere coerenza tra la programmazione triennale dell'ateneo e le linee generali di indirizzo emanate dal Ministro⁹⁴.

Anche l'allegato C recante “*Valutazione della qualità delle sedi e dei corsi di studio*”, indica e descrive gli ambiti di valutazione declinati nelle linee guida ANVUR:

- A. Strategia di pianificazione e organizzazione: si valuta la capacità degli Atenei di definire e formalizzare, attraverso politiche e strategie, una propria visione chiara, coerente, articolata e pubblica, della qualità della didattica. Essa deve essere assicurata con l'implementazione di un sistema di governance.
- B. Gestione delle risorse;
- C. Assicurazione della qualità: l'attitudine dell'Ateneo nel dotarsi di un sistema di autovalutazione dei corsi di studio, con un'attività di monitoraggio e riesame dei processi e dei risultati della didattica;
- D. Qualità della didattica e dei servizi agli studenti: affinché si abbia una chiara visione complessiva della programmazione e dell'articolazione dell'offerta formativa; aspetti importanti riguardano la progettazione nell'aggiornamento dei corsi di studio, tenendo conto delle necessità di sviluppo espresso dalla società anche in relazione alle diverse modalità di erogazione della didattica (in presenza, a distanza o di tipo misto/ibrido, modalità alle quali verrà dedicato un paragrafo successivamente);
- E. Qualità della ricerca e della terza missione / impatto sociale.

I nuclei di valutazione interna delle università effettuano un'attività annuale di controllo sull'applicazione dei criteri e degli indicatori di verifica dell'adeguatezza del processo di autovalutazione⁹⁵. Gli esiti dell'attività svolta con metodologie stabilite autonomamente e raccordate con quelle definite dall'ANVUR, confluiscono nella relazione⁹⁶. Al fine di potenziare le attività, le università adottano metodologie interne di monitoraggio della realizzazione degli obiettivi strategici programmati ogni triennio, che si traducono in

⁹³ Secondo quanto stabilito dal programma di qualità di cui all'articolo 2, comma 2, del DPR 1 Febbraio 2010, n. 76.

⁹⁴ Ai sensi dell'art. 1-ter, comma 1, del DL 31 gennaio 2005, n. 7, convertito, con modificazioni, dalla L. 43/2005.

⁹⁵ Art. 12, comma 1, “*Controllo annuale*”, D. Lgs. 19/2012.

⁹⁶ Di cui all'art. 1, comma 2, della L. n. 370/99, secondo quanto stabilito dall'art. 14. Art. 12, c. 2, “*Controllo annuale*”, D. Lgs. 19/2012.

piani annuali e conseguenti compiti specifici assegnati alle singole strutture⁹⁷. Le metodologie possono prevedere l'elaborazione di autonomi indicatori, anche su proposta delle commissioni paritetiche docenti-studenti, adeguatamente armonizzati con gli indicatori ANVUR che misurano il grado di raggiungimento degli obiettivi⁹⁸. Proprio le commissioni paritetiche docenti-studenti redigono una relazione annuale che contiene proposte al nucleo di valutazione interna nella direzione del miglioramento della qualità e dell'efficacia delle strutture didattiche in relazione ai risultati ottenuti, alle prospettive occupazionali e di sviluppo nonché alle esigenze del sistema. L'elaborazione delle proposte avviene previo monitoraggio degli indicatori e sulla base di questionari o interviste agli studenti. Essa verrà poi trasmessa ai nuclei di valutazione interna entro il 31 dicembre di ogni anno⁹⁹.

- **Decreto Ministeriale n. 1154 del 14 ottobre 2021:** “*Autovalutazione, valutazione, accreditamento iniziale e periodico delle sedi e dei corsi di studio*”¹⁰⁰; esso ha affidato all’ANVUR il compito di valutare periodicamente i risultati conseguiti dalle università nell’ambito della didattica e della ricerca e della loro internazionalizzazione. La necessità di disporre di dati relativi alle carriere accademiche degli studenti e ai risultati inerenti alle loro attività formative risponde ad una serie di obiettivi istituzionali connessi all’attività di accreditamento e valutazione nel sistema AVA. La revisione e le nuove disposizioni ministeriali sono stati occasione per una nuova definizione del set di indicatori con finalità di riesame annuale. I valori dei singoli indicatori sono calcolati e registrati annualmente con riferimento ai tre anni accademici rendendo immediata l’osservazione dei trend interni. Per rendere i dati il più possibile recenti, i valori degli indicatori per il monitoraggio annuale dei CdS vengono aggiornati trimestralmente e pubblicati entro i 15 giorni successivi.

Da Febbraio 2020 ANVUR si è riservato un'area nel sito *Osservatorio studenti didattica*, uno strumento che si integra a quelli già a disposizione degli Atenei per le proprie attività di monitoraggio e autovalutazione.

Con il suddetto Decreto è stato inoltre possibile garantire un recente potenziamento ancora maggiore dei CdL, considerato anche che per i corsi di studio delle professioni

⁹⁷ Art. 12, comma 3, “*Controllo annuale*”, D. Lgs. 19/2012.

⁹⁸ Art. 12, comma 4, “*Controllo annuale*”, D. Lgs. 19/2012.

⁹⁹ Anche secondo l’art. 1 - *Ambito di applicazione* - DM n. 1154 del 14/10/21, al punto e) *Requisiti per l’Assicurazione di Qualità dei corsi di studio*: “*un sistema di assicurazione della qualità [...] deve essere capace di produrre i documenti con particolare riferimento alla rilevazione dell’opinione degli studenti, dei laureandi e dei laureati*”.

¹⁰⁰ esso ha sostituito il DM 6/2019 a decorrere dalla definizione dell’offerta formativa dell’a.a. 2022-2023.

sanitarie, nella perdurante situazione di emergenza sanitaria¹⁰¹ è stato necessario assicurare lo sviluppo e la flessibilità dei percorsi.

- **Modello AVA 3 definitivo, febbraio 2023:** rappresenta il più recente sistema normativo, frutto dell'evoluzione del DM 1154/2021 prima in un modello grezzo (ottobre 2022) poi nel suo finale. Esso pone un accento maggiore alla strategia, pianificazione e all'organizzazione nell'elencare dettagliatamente i requisiti di sede, applicando un'integrazione sistemica di politiche, strategie, obiettivi operativi, performance e bilancio. La sua architettura conferisce maggiore chiarezza anche nel ruolo e nei compiti di ciascun nucleo di valutazione. Si incrementa, inoltre, il rilievo e la responsabilità dei sistemi di governo che operano con maggior rappresentanza adottando un carattere di continuità ed esclusività, aggiungendo enfasi sull'efficacia di ciascuna attività. L'obiettivo di questa revisione normativa resta fondamentale il potenziamento della *“capacità degli atenei di definire, formalizzare e realizzare, attraverso politiche, strategie, obiettivi strategici operativi, una propria visione, chiara, coerente, articolata e pubblica, della qualità della didattica, della ricerca, della terza missione e delle attività istituzionali e gestionali. L'attuazione [...] deve essere assicurata attraverso l'implementazione di un sistema di governo e di assicurazione della qualità, dotato di un efficace sistema di pianificazione e monitoraggio dei piani e dei risultati conseguiti, nonché di modalità chiare e trasparenti per la revisione critica del suo funzionamento”*. Ancora una volta il focus primario sono gli studenti *“ai quali è necessario attribuire un ruolo attivo e partecipativo, a tutti i livelli, nei processi decisionali e gli organi di governo”*¹⁰².

¹⁰¹ E per quelli attualmente in fase di primo avvio ad orientamento professionale di cui al DM n. del 12 agosto 2020.

¹⁰² AVA 3 (13 febbraio 2023), *“Modello di accreditamento periodico delle sedi e dei corsi di studio universitari, con note”*, approvato con Delibera del Consiglio Direttivo n. 26 del 13 Febbraio 2023.

OBIETTIVO

Come già largamente espresso nell'introduzione, il fine che questo progetto sperimentale intende porsi riguarda l'analisi del contesto attuale relativamente alla produzione o meno di documenti, procedure e strumenti di applicazione, osservazione, controllo e validazione del processo di accreditamento formativo e professionale. Questo è direttamente inerente al quesito che ci si pone in questo studio: *“può, una data procedura, accompagnare la formazione dello studente in tutto il suo iter triennale, oppure egli si ritrova ad apprendere e formarsi secondo concetti teorici che poi, contestualizzati nelle specifiche unità operative ospedaliere, in realtà incontrano limiti applicativi più o meno evidenti?”*.

In secundis, se la risposta alla nostra domanda d'indagine accolga un esito negativo, la sua non conformità alla realtà pratica, subirà un'ulteriore disamina dei conflitti presunti e/o tangibili, sottoponendo i razionali contenuti nelle procedure ad un processo di revisione che, conseguentemente, verrà poi a tradursi in una ricerca costante di potenziamento della formazione, che renda ottimale i processi di accreditamento stessi.

Una volta analizzata tutta la documentazione aziendale a disposizione relativa a protocolli e procedure, quindi stimato l'aggiornamento, la validità e l'appropriatezza contenutistica e bibliografica, si selezioneranno le procedure aziendali di interesse condivise con l'ambito formativo. A livello di quest'ultimo, infatti, si andrà ad implementare una contestuale ricerca da un lato degli stessi temi del protocollo aziendale, ma contestualizzati in una macroarea teorica più ampia e poi tradotti nella selezione dei moduli didattici inerenti, e dall'altro nell'individuazione del docente che eroga quel dato ambito. In questa maniera, verranno posti sul piatto della stessa bilancia sia la formazione universitaria, sia la sua evoluzione nei diversificati setting di tirocinio, valutando contemporaneamente (pur distinguendoli) se davvero l'azienda sia “accreditata” (quindi se essa sia concretamente “formata per formare”) e se anche l'Ateneo, nella sua sede di Macerata, sia accreditato nei giusti standard. Ulteriore e successiva considerazione riguarderà la possibile presenza di gap più o meno forti dal punto di vista teorico-pratico in generale, secondo le considerazioni dei docenti e degli studenti separatamente. Inoltre, un altro obiettivo di ricerca riguarda l'indagine sui punti di vista al riguardo dell'integrazione delle procedure aziendali con gli insegnamenti didattici in modo da preparare lo studente antecedentemente la sua esperienza di tirocinio. Sarà la voce stessa dei protagonisti di questo studio ad offrirci risposte e spunti di riflessione. Mettere a confronto le argomentazioni dei docenti e quelle degli studenti centerà l'obiettivo della ricerca e sposterà l'attenzione sui contrasti emersi, la loro natura ed eventuali metodi risolutivi.

Topic dei principali temi revisionati in letteratura

La ricerca condotta ha avuto lo scopo di raccogliere e sintetizzare le evidenze attuali presenti in letteratura su temi tutti coerenti fra loro che fanno capo alla materia dell'accreditamento, sia formativo sia come processo valutativo dei contesti sanitari all'interno dei quali si è svolto il tirocinio, in maniera da valutare da un lato come lo studente acquisisce le competenze, dall'altro se e come l'azienda sanitaria, quindi gli operatori al suo interno, siano effettivamente accreditati alla formazione. Nell'elenco sottostante verranno riportati in maniera schematica i temi di interesse ricercati in letteratura in modo da fornire più rigore metodologico e trasparenza all'indagine:

- La preparazione accademica degli studenti di infermieristica, loro abilità e skills necessarie. Disamina della preparazione accademica per meglio comprendere l'attuale pedagogia educativa, identificando eventuali lacune nel corpus dottrinale infermieristico¹⁰³;
- Revisionare la letteratura recente attorno all'esperienza dello studente, alle sue percezioni, ai rapporti con la facoltà, e nella transizione verso il contesto pratico¹⁰⁴;
- Ricercare una metodologia validata che permetta una sperimentazione valutativa;
- Studiare le conseguenze causate dal fenomeno pandemico sull'istruzione infermieristica;
- Valutare l'aspetto inerente alla transizione dello studente a infermiere professionista;
- Presentare le variabili che entrano in gioco nella supervisione clinica dello studente;
- Stimare l'impatto della recente emergenza sanitaria sulla prassi durante il tirocinio clinico;
- Contestualizzare la difficoltà nell'informare i programmi di formazione infermieristica.

Obiettivi formativi generali clinici e didattici

Come indicato dal Regolamento di tirocinio clinico e di laboratorio didattico UNIVPM¹⁰⁵, Facoltà di Medicina e Chirurgia, nel suo CdL in Infermieristica, il tirocinio clinico è momento professionalizzante, occasione di importante apprendimento dall'esperienza e di sviluppo delle competenze indispensabili per l'esercizio professionale. Esso costituisce quindi l'elemento di saldatura tra il sapere cognitivo e quello pratico e caratterizza tutto il processo formativo.

¹⁰³ Chimezie J. Agomoh, et al., "A mapping review of clinical nurse leader and nurse educator transitional care skills and competencies", *Nursing Outlook*, Volume 68, Issue 4, 2020, Pages 504-516, ISSN 0029-6554.

¹⁰⁴ Christine M. Olson, "Nurse practitioner programs: Selection factors and the student experience", *Journal of Professional Nursing*, Volume 41, 2022, Pages 88-99, ISSN 8755-7223.

¹⁰⁵ Regolamento di tirocinio clinico e di laboratorio didattico (a.a. 2022/2023, X rev. dicembre 2022), UNIVPM, Facoltà di Medicina e Chirurgia, CdL in Infermieristica.

Durante il tirocinio il tempo e lo spazio vengono in contatto con il fare, promosso da processi di pensiero costanti. La trasmissione della professionalità infermieristica, che è ancora in permanente evoluzione, esige un percorso chiaro definito per obiettivi che integrano, verificano e ampliano gli apprendimenti teorici. Tra gli scopi che le *clinical e communication skills* permettono di prefissare, troviamo:

- Verifica applicativa delle conoscenze acquisite;
- Integrazione della conoscenza teorico-pratica;
- Maturazione di capacità diagnostiche, attraverso la formulazione di ipotesi;
- Verifica delle ipotesi, alla luce dell'EBN;
- Sviluppo di capacità decisionali;
- Acquisizione di competenze operative e capacità relazionali;
- Aumento dell'attitudine al lavoro in equipe.

A questi fini formativi, fanno seguito gli obiettivi generali e specifici inclusi nel progetto di tirocinio, riguardante l'intero triennio di corso. Essi rappresentano la guida di riferimento dell'intera esperienza formativa clinica e non devono mai essere persi di vista dallo studente. Una prima simulazione clinica avviene nei laboratori didattici e si contestualizza mediante procedure e certificazioni a cura dei tutor che si avvalgono del contributo e della collaborazione delle guide di tirocinio e di professionisti sanitari esperti. Possiamo di seguito elencare gli obiettivi formativi, con complessità crescente nel triennio e le relative aree di esperienza distinte per anno didattico:

Obiettivi formativi, con complessità crescente	Aree di esperienza	Anno accademico
1) Valutare la realtà socio sanitaria e lo specifico contesto di tirocinio 2) Identificare i bisogni di assistenza infermieristica della persona 3) Pianificare e gestire l'assistenza infermieristica alla persona 4) Erogare gli interventi di competenza infermieristiche 5) Valutare l'assistenza infermieristica alla persona 6) Applicare le procedure diagnostiche e terapeutiche 7) Garantire la sicurezza di esercizio professionale 8) Gestire relazioni professionali 9) Gestire attività educative e per lo sviluppo professionale	• Area medica e chirurgica specialistica	1° - 2° - 3°
	• Area materno infantile	2° - 3°
	• Area territoriale e dei servizi	1° - 2° - 3°
	• Area della salute mentale	2° - 3°
	• Area geriatrica	1° - 2° - 3°
	• Area critica	2° - 3°

Tab. 2: *Obiettivi formativi e Aree di esperienza UNIVPM.*
CdL Infermieristica UNIVPM, a.a. 2022/2023, X. rev. dicembre 2022.

Come visualizzabile nella colonna di destra, gli studenti del terzo anno dovrebbero possedere complessivamente tutte le aree di esperienza previste, oltre ad aver raggiunto tutti gli obiettivi formativi. Per questo valore aggiunto, avendo essi una più ampia visione d'insieme sull'esperienza di tirocinio vissuta, avranno una percezione e una padronanza più valida ed attinente alle aree sulle quali questo studio intende indagare, ragion per cui solo gli studenti del terzo anno sono stati inclusi nei destinatari dell'intervista.

MATERIALI e METODI

Search Method: PICO, PRISMA

È importante indagare sulla giusta ipotesi di ricerca per ottenere i risultati più validi¹⁰⁶. Dall'identificazione del tema di interesse si è passati ad una corposa ricerca bibliografica, ad una valutazione e infine analisi dei dati e delle nozioni raccolte. Queste ultime sono state ricercate all'interno di documenti legislativi, siti web di organismi di accreditamento, banche dati scientifiche. Per rispettare la formulazione strutturata del quesito del presente studio, ossia la comprensione dei fattori che causano un conflitto tra teoria e prassi infermieristica, si è progettato il modello PICO, largamente utilizzato nella disciplina infermieristica per la formulazione di un quadro di interesse e nella produzione della ricerca clinica, metodo che trova ampio uso nella pratica basata sulle evidenze (EBP)¹⁰⁷ e che si distingue per l'attenzione verso il soggetto/oggetto, l'intervento, il confronto e l'esito.

PICO (Chiari P. et al., 2011, modificato)		
P	Popolazione/Problema <i>(Population/Problem)</i>	<i>Popolazione:</i> Studenti Infermieristica III anno, Docenti Infermieristica. <i>Problema:</i> Conflitto tra teoria e prassi infermieristica.
I	Intervento (Intervention)	Predisposizione di un'intervista qualitativa semi-strutturata ai docenti di infermieristica e agli studenti.
C	Comparison (Confronto)	Quali sono le percezioni dei docenti sul problema e quali considerazioni hanno gli studenti sullo stesso conflitto; Confronto osservazionale qualitativo e relazione tra i due soggetti e i rispettivi fattori causali emersi.
O	Outcome (Esito)	Far emergere in maniera trasparente e valida le variabili che ruotano attorno il gap teorico pratico al fine di poter intervenire su di esse, riducendo lo scarto e potenziando la formazione, quindi la professionalità infermieristica.

Tab. 3 Modello PICO: Patient-Intervention-Comparison-Outcome.

Chiari P., Mosci D., Naldi E., (2011), "Evidence-Based Clinical Practice, la pratica clinico-assistenziale su prove di efficacia", Seconda edizione. Ed. Mc Graw-Hill, Centro Studi EBN, Milano.

La ricerca delle evidenze in letteratura è stata condotta utilizzando i seguenti database nazionali: *Cochrane Library, Pubmed, Elsevier, Science Direct* e le riviste scientifiche *The journal for Nurse Practitioner, Nurse Leader, Nurse Education Today, Journal of Nursing Regulation*. Dall'altro canto invece, la ricerca della documentazione normativa ha previsto la revisione approfondita di un corpo normativo e sitografico che verrà riportato nella sezione dedicata alla

¹⁰⁶ Shellenbarger, T., 2022. "Making choices with accreditation decisions". Teaching and Learning in Nursing, 17(1), pp.5-6.

¹⁰⁷ Katra L., (2020), "Sistema Pico e varianti: modelli scientifici ordinati", Assocarenews.

bibliografia in fondo a questo elaborato. Tornando alla ricerca sui database, si specifica che sono stati utilizzati questi filtri di ricerca per il perfezionamento del principio di eleggibilità:

- Anno di pubblicazione della ricerca: dal 2020 al 2023, in modo da conferire maggiore attualità ai temi e al tempo stesso eliminare realtà più remote;
- Tipologia di articolo: *Review and Research articles*, *Book reviews*, *Practice Guidelines*;
- Keywords di ricerca incluse: “*Student*”, “*Training*”. “*Accreditation*”, e l'utilizzo dell'operatore booleano AND per “*Nursing*”, “*Skills*”, “*Quality*”, “*Practicum*”;
- Criteri di inclusione della lingua di scrittura: nessuno;
- Criterio di esclusione: articoli valutati *Low/Major flaw*.

I risultati di ricerca sono stati scelti per la loro rilevanza e gli studi sono stati eleggibili per l'inclusione dal momento in cui contenevano le *keywords* poc'anzi citate. Tra gli altri criteri di esclusione: argomentazioni fuori tema, generalizzazioni e discostamenti dal tema centrale, ridondanza dei contenuti, eccessiva specificità di contesto, studi datati. Grazie all'immediatezza della *check list* e della *flowchart* è stato qui configurato il PRISMA (vedi *Fig. 1*) inerente alla ricerca nella sua interezza che ha consentito di creare un reporting omogeneo:

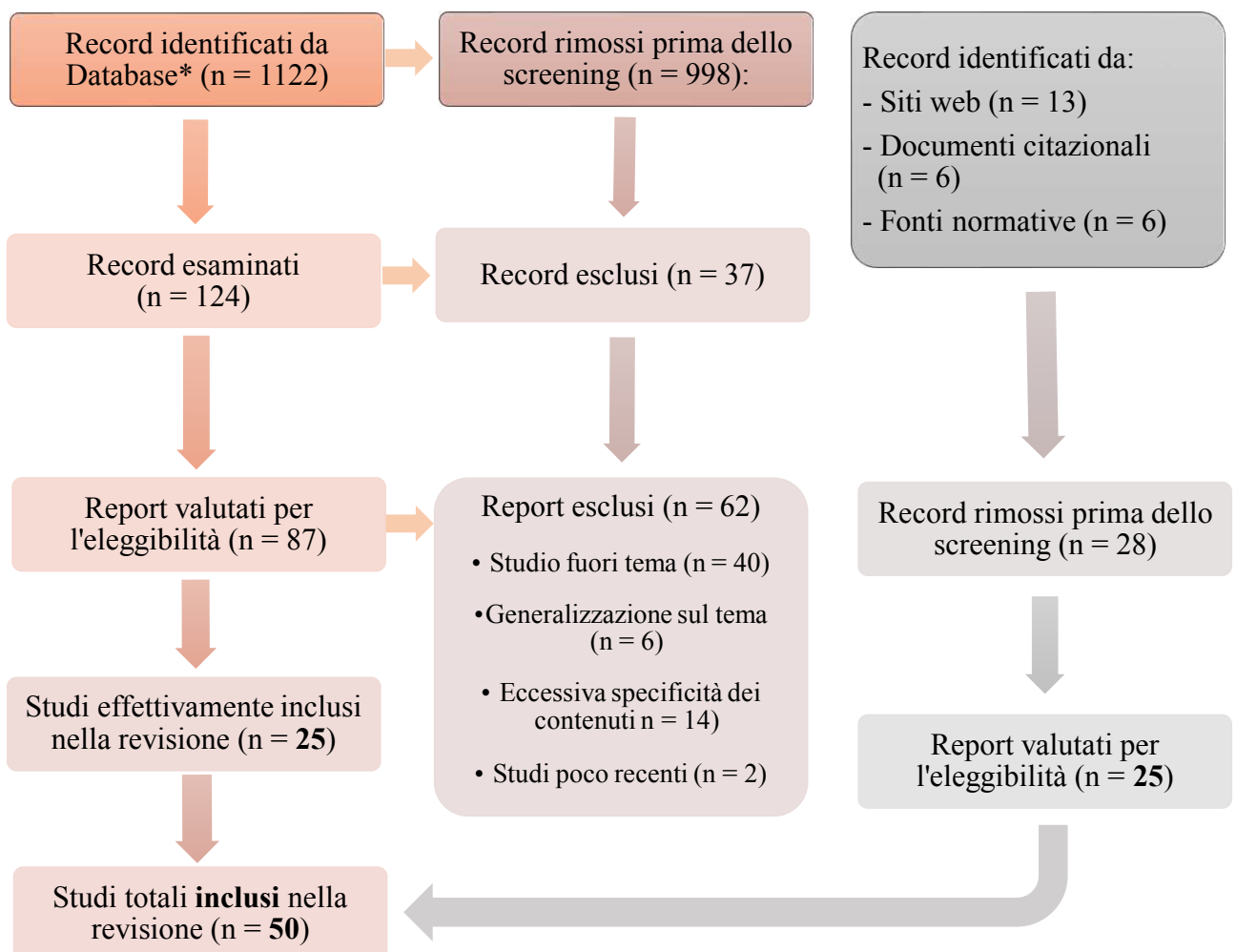


Fig. 1 PRISMA: *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis.*

I Database nazionali su cui è stata condotta la ricerca sono: *Cochrane Library, Pubmed, Elsevier, Science Direct e le riviste scientifiche The journal for Nurse Practitioner, Nurse Leader, Journal of Emergency Nursing, Nurse Education Today, Journal of Nursing Regulation.*

Come ben delineato dal PRISMA, i database hanno identificato 124 record (998 su un totale di 1122 sono stati rimossi perché non hanno incontrato i criteri di inclusione stabiliti) i quali, dopo scrupolosa disamina, sono stati ridotti a 25 effettivamente eleggibili, rispettosi dei criteri inclusivi. Questi poi, vanno a sommarsi ai record identificati da siti web, documenti citazionali e fonti normative per un totale di 50 documenti inclusi effettivamente nella revisione.

Pianificazione temporale: il Diagramma di Gantt

Per quanto riguarda il contesto entro il quale è stato avviato lo studio, sin dall'inizio si è scelto di integrare l'ambito aziendale con quello accademico in modo tale da non far emergere l'uno sull'altro o viceversa bensì consentendo una valutazione parallela, quindi permettere un valido confronto. I partecipanti oggetto e soggetto dello studio sono pertanto i docenti da una parte e i discenti dall'altra, entrambi aventi rilevanza centrale ai fini della valutazione delle percezioni in merito alla questione sollevata dallo studio. Le variabili che si intendono esplorare riguardano le procedure e i protocolli redatti in ambito aziendale e quelli in ambito formativo. Una loro attenta analisi oggettiva permetterà di valutarne la corrispondenza associando questa valutazione alla raccolta di percezioni soggettive sempre in merito alla congruenza dei contenuti secondo i docenti prima e gli studenti in un secondo tempo, in modo da sondare la variabile relativa all'efficacia degli stessi, facendo emergere eventuali analogie o diversità tra i due contesti di riferimento.

Il timing operativo previsto per la completa realizzazione dell'analisi copre i due anni di ricerca e formazione del CdLMSIO. Come illustrato e semplificato nel Diagramma di Gantt sottostante, le attività designate nel progetto sono rapidamente visualizzabili nell'elenco posto sull'asse delle ordinate, in ordine temporalmente crescente. Nello stesso ordine, l'asse delle ascisse accoglie la durata temporale prevista per ciascuna attività¹⁰⁸ quantificata in mesi. Per ragioni di completezza e chiarezza, si è preferito inserire entrambi i modelli temporali pianificati, rispettivamente inerenti al primo anno di studio teorico attorno al tema (2022) e a seguire il secondo anno di implementazione progettuale (2023) (*Fig. 2*). Come deducibile l'aggiornamento e la revisione della letteratura, uniti alla ricerca dei core-curricula della docenza, ha interessato una prima parte del secondo anno, mentre si entra nel vivo del progetto più recentemente, a partire dal mese di maggio, in modo da ottenere dati e valutazioni il più aggiornate possibile. L'ultima fase indicata concerne la pianificazione, il controllo e

¹⁰⁸ Si specifica che i valori temporali sono mediamente molto fedeli a quelli effettivi e non meramente indicativi.

l'aggiornamento di processi e variabili considerate pertanto, per comprensibile ragione, riveste il 100% dell'analisi stessa e permea ogni fase.

Diagramma temporale di Gantt

PRIMO ANNO di STUDIO - 2022

2022

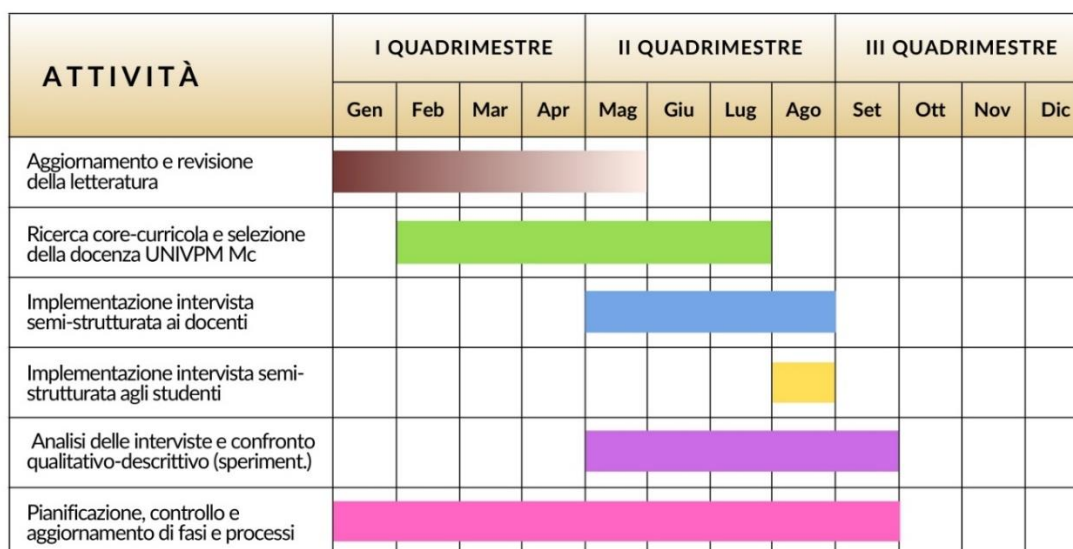


■ 12 ■ 6 ■ 7 ■ 5 ■ 2 ■ 7

Diagramma temporale di Gantt

SECONDO ANNO di STUDIO - 2023

2023



■ 5 ■ 6 ■ 4 ■ 1 ■ 5 ■ 9

Fig. 2. Diagramma di Gantt 2022-2023.
(Gantt H. L., 1917)

Una specifica importante è da fare sul fatto che setting, timing e tutti gli altri elementi menzionati nel primo diagramma, sono solo un'imbastitura dell'abito finale e che per questa ragione sono stati sottoposti a parziale modifica delle parti.

La ricerca e la selezione della docenza UNIVPM hanno fatto seguito all'acquisizione e analisi dei protocolli aziendali perché, solo selezionando il tema di ciascuno di questi si è potuto poi ricercare quale docente si occupasse del relativo insegnamento in ambito didattico. Dal diagramma si può notare come, nonostante la definizione dei docenti sia stata definitivamente conclusa nel mese di luglio, la contestuale implementazione dell'intervista semi-strutturata agli stessi si è avviata già dal mese di maggio; questo intersecarsi temporalmente delle attività è dovuto proprio al fatto che le interviste sono state disposte subito dopo aver ricercato il docente, senza attendere il completamento del processo, ma permettendo al contempo di ottenere dei risultati che potessero perfezionare la direzione delle modalità di studio e delle attività stesse. L'implementazione dell'intervista agli studenti, invece, è avvenuta nel mese di agosto, entro il quale essi hanno l'obbligo di concludere l'esperienza di tirocinio clinico (1800 ore totali); prima di questo tempo, infatti, alcuni degli studenti del terzo anno non avevano ancora conseguito tutte le ore previste dal Regolamento didattico.

Infine, l'attività relativa all'analisi delle interviste e al loro confronto qualitativo-descrittivo ha rivestito l'arco temporale che intercorre dal mese di maggio a settembre, quindi dalla prima intervista fino al termine del metodo analitico di destrutturazione e discussione delle stesse.

Modalità di integrazione delle procedure aziendali e delle skills didattiche

Le procedure aziendali rappresentano un corpus di documenti, interni all'azienda, predisposti, redatti e aggiornati dalla stessa, che descrivono in maniera dettagliata le modalità di esecuzione e di realizzazione di attività concernenti una determinata area assistenziale. Nel caso specifico, mediante la piattaforma del *Portale del Dipendente* dell'AST di Macerata, nella sezione *Modulistica*, si è potuto accedere all'elenco dei protocolli aziendali. Dopo attenta consultazione, sono stati inclusi solo quelli che possedevano i seguenti requisiti: ambito generico, applicazione trasversale e comune ai diversi setting, aggiornamento all'anno 2023, diversificazione delle attività e delle competenze incluse, possibilità di rintracciare un insegnamento didattico afferente alle stesse aree assistenziali. Tra i criteri di esclusione invece possiamo citare: l'eccessiva specificità del contesto applicativo e i protocolli in corso di aggiornamento o quelli pianificati per un aggiornamento post-2023. Una volta vagliati, essi sono stati analizzati dal punto di vista dei contenuti, del contesto, dei vincoli normativi e delle evidenze su cui è stata plasmata, con particolare attenzione agli obiettivi individuati e alle descrizioni delle attività.

Sulla base di questi stessi elementi di valutazione verrà poi realizzata l'osservazione delle *skills* universitarie corrispondenti (implementate nei laboratori). La ragione per cui si è scelto di considerare il momento relativo ai laboratori didattici in questa prima indagine, è perché esso rappresenta la premessa all'esperienza di tirocinio clinico, pertanto, è il primo momento che lo studente vive di effettiva condivisione della teoria appresa e della pratica da affrontare. L'unione dei principi teorici con l'esecuzione tecnica delle differenti attività assistenziali è occasione di confronto primario perché da essa scaturisce la preparazione congiunta dello studente, la successiva qualità del suo tirocinio ed è sempre da essa che eventuali lacune devono essere individuate e recise per evitare di creare dicotomie concettuali e pratiche che lo studente riscontrerà durante il tirocinio.

Onde evitare una sovrapposizione delle valutazioni, nel discutere i risultati si descriveranno in prima istanza quelle ottenute dalle interviste, alle quali si affiancherà la stima oggettiva e contestuale di questo primo confronto come argomentazione integrativa dei risultati, dal più specifico gap tra singoli protocolli didattici/aziendali fino al divario globale tra teoria e pratica infermieristica. Evitando la ridondanza nel dettagliare le attività compiute, affermiamo solo che questa prima fase è stata preceduta dalla condivisione dei protocolli selezionati all'interno dei laboratori didattici UNIVPM, con il consenso del Direttore ADP del CdL di Infermieristica, nella sede di Macerata, a partire dal mese di ottobre 2022 per tutti e tre gli anni accademici. Contestualmente, si è effettuata la ricerca della documentazione formativa inerente alle macroaree assistenziali corrispondenti ai protocolli aziendali, quindi dei docenti che da core-curricula ne possedevano la didattica.

Nella tabella riepilogativa inserita alla fine di questo studio (*Allegato 1*) si possono visualizzare in un quadro d'insieme i temi che sono stati considerati nell'analisi qualitativa osservazionale. Essa contiene infatti nella prima colonna i protocolli aziendali che esplorano e regolamentano una data area della professione infermieristica, nella colonna adiacente si è individuata la macroarea di interesse relativa e nelle ultime due questa viene contestualizzata all'interno del CdL Infermieristica di Macerata, ricercando e selezionando i rispettivi insegnamenti, il modulo e l'anno didattico. Per meglio inquadrare ed indagare i temi così determinati, si è altresì specificato il docente che eroga la didattica e il corso integrato di riferimento. Per avere una sintesi panoramica che riassume il metodo di integrazione di due ambiti, si prega di far riferimento a questo allegato.

Nella tabella sottostante invece, si prenderà in considerazione ciascun ambito relativo al protocollo aziendale posto in essere, in maniera singola ed individuale. Primo step l'individuazione di una macroarea base di analisi comune, un tema generale al quale fa

riferimento sia il protocollo aziendale sia la documentazione inerente alla stessa area in ambito universitario. Come già esposto sopra, in seconda analisi si verranno a confrontare i loro aspetti specifici emersi da tale confronto in maniera complessiva e generale seppur oggettiva (vedi cap. *Risultati*). A questa verifica di corrispondenza tra i contenuti delle procedure aziendali individuate e la documentazione didattica ottenuta relativa agli stessi ambiti assistenziali, mancano però tutti i materiali di vario genere (dispense, libri, approfondimenti cartacei e/o informatici) che vengono utilizzati dal singolo docente durante la lezione. Per poter attuare un primo confronto qualitativo dei macro-temi afferenti ai due ambiti, aziendale e didattico, si è deciso di preferire i protocolli aziendali da una parte e le skills universitarie dall'altra (entrambi aggiornati) perché rappresentano la documentazione più oggettiva e non personalizzata, selezionata o modificata dal docente.

Sintesi dei contenuti aziendali e didattici:	
Studio osservazionale qualitativo	
Protocolli aziendali selezionati AST Macerata	Skills / documentazione UNIVPM corrispettiva CdL Infermieristica Macerata
Indicazioni per la gestione diagnostica e terapeutica dell' iperglicemia in ospedale	- [Assenza di skill/obiettivo didattico]
MACROAREA ASSISTENZIALE: GESTIONE dell'IPERGLICEMIA (DIABETE)	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Analisi vincoli normativi, linee guida e evidenze di letteratura; ▪ Approfondimenti relativi alla tipologia di insulina e alla via di somministrazione; ▪ Gestione dell'insulino-tp in un paziente sottoposto a NA / NE / NPT; ▪ Calcoli sul dosaggio insulinico in pompa per via sottocutanea; ▪ Trattamento delle ipoglicemie 	-
Indicazioni per l'utilizzo di penne di insulina preriempite (Terapia insulinica)	<ul style="list-style-type: none"> - Attività di laboratorio didattico inerente: “Somministrazione terapia per via [...] sottocutanea [...]” - Laboratorio relativo alla “Somministrazione di insulina per via sottocutanea” (<i>skill n.33</i>)

MACROAREA ASSISTENZIALE: GESTIONE della TERAPIA SOTTOCUTANEA E INSULINO-TP	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fonti di ricerca; ▪ Procedura di somministrazione della terapia insulinica; ▪ Addestramento del paziente; ▪ Matrice delle responsabilità. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Procedura di somministrazione della terapia insulinica; ▪ Addestramento del paziente.
La gestione della febbre post-chirurgica	<ul style="list-style-type: none"> - Attività di laboratorio didattico inerente: “Cura della persona allettata” - Attività di laboratorio didattico inerente: “Rilevazione Parametri vitali”
MACROAREA ASSISTENZIALE: GESTIONE della TEMPERATURA CORPOREA	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Timing; ▪ Valutazione e gestione della temperatura corporea; ▪ Metodo di rilevazione. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Timing e metodi di rilevazione; ▪ Descrizione dei diversi tipi di termometro e la loro gestione dopo l’uso; ▪ Descrizione dei range fisiologici e dei fattori che possono modificarli.
Prevenzione delle cadute nelle strutture sanitarie e sociosanitarie	<ul style="list-style-type: none"> - “Cura della persona allettata” (attività di laboratorio didattico) - Laboratorio relativo al “Posizionamento del paziente” (<i>skill n. 1</i>)
MACROAREA ASSISTENZIALE: SICUREZZA e MOVIMENTAZIONE del PAZIENTE	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Definizioni e gestione della sicurezza e della movimentazione; ▪ Individuazione dei fattori di rischio e modalità di accertamento ▪ Utilizzo di scale oggettive di valutazione (griglia di accertamento dei fattori di rischio, Conley, IPFRAT); ▪ Utilizzo della contenzione. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Descrizione delle modalità di posizionamento del paziente; ▪ Enunciazione dei principi di base relativi alla cura della persona allettata e al soddisfacimento dei bisogni di sicurezza; ▪ Utilizzo di scale di valutazione del rischio di Caduta (Conley).
Procedura prevenzione e trattamento delle LDD	Attività di laboratorio didattico inerente: “Cura della persona allettata”
MACROAREA ASSISTENZIALE: PREVENZIONE e TRATTAMENTO delle LDD	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prevenzione e fattori di rischio per LDD; 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Descrizione dei principi base relativi al soddisfacimento dei bisogni di comfort, di riposo, di igiene e sicurezza [...];

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Utilizzo scale oggettive di valutazione (Braden); ▪ Posizionamento; ▪ Valutazione stato nutrizionale (MNA); ▪ Stadiazione LDD; ▪ Trattamento; ▪ Gestione del dolore e scale (NRS, Painad). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Utilizzo di scale oggettive di valutazione del rischio LDP (Braden); ▪ Accurata descrizione dell'esecuzione delle tecniche relative alla cura della persona allettata in ambiente simulato.
---	--

Tab. 4 Sintesi dei contenuti: Studio osservazionale qualitativo.

Nella sezione dei *Risultati* relativi a questo iniziale confronto qualitativo descrittivo tra protocolli aziendali e skills didattiche, verrà riproposta questa tabella inserendo solo la macroarea generale (per evitare di creare disordine nella lettura dell'analisi) e, in una colonna adiacente si elencheranno gli eventuali conflitti emersi che rappresenteranno la base per il successivo confronto post realizzazione delle interviste che, a sua volta, andrà a confermare o contraddire quanto riscontrato.

Predisposizione di un'intervista semi-strutturata per la docenza UNIVPM

Per raggiungere gli obiettivi pianificati, si è scelto di condurre una ricerca di tipo qualitativo osservazionale, descrittiva dell'argomento in oggetto. In questa tipologia di studio si è improntati all'esplorazione, alla descrizione e alla spiegazione del fenomeno indagato generando, ove possibile, delle riflessioni¹⁰⁹. Rappresenta infatti un approccio conoscitivo dei comportamenti, delle caratteristiche e della natura degli eventi.

Per meglio ricercare e rilevare la descrizione del vissuto della popolazione campionata nell'analisi qualitativa, si è deciso di predisporre e utilizzare delle interviste, in modo da comprendere esattamente ciò che l'individuo percepisce e ci comunica. Per portare a termine in modo corretto l'indagine, il ricercatore deve essere scrupoloso e avere la massima accuratezza nella rilevazione dei dati perché, i propri preconcetti, potrebbero condurre ad una distorsione delle informazioni raccolte¹¹⁰. Tra i vari sottogruppi della ricerca qualitativa è stato selezionato il metodo fenomenologico che risulta ben applicabile per quanto concerne la pratica infermieristica. Esso, infatti, mira a comprendere l'esperienza, il vissuto e la percezione della persona intervistata e di come essa riferisce le proprie valutazioni relativamente a una data condizione¹¹¹ (in questo caso relativamente al gap tra teoria e prassi e argomenti affini). Inoltre,

¹⁰⁹ "La ricerca qualitativa in sanità: conoscere, valutare e pianificare studi di ricerca qualitativa", GIMBE Education, Bologna.

¹¹⁰ Fain J., (2004), "La ricerca infermieristica. Leggerla, comprenderla e applicarla", edizione italiana a cura di Ercole Vellone, presentazione di Lucia Saiani, McGraw-Hill, seconda edizione.

¹¹¹ Ambrosi E., Canzan F., (2013), "Introduzione alla ricerca qualitativa: i principali metodi e sistemi di campionamento", Assistenza infermieristica e ricerca, 32: 178-187.

la scelta di questa metodologia di ricerca risiede nel fatto che l'argomento che si intende indagare non è ancora stato ampiamente trattato e revisionato in letteratura quindi, oltre ad ampliare le conoscenze globali su questo ambito, questo metodo potrà supportare gli infermieri su temi rilevanti e sulle loro future azioni professionali. Tra le altre ragioni alla base della scelta di un'intervista semi-strutturata, si pone la consistenza del campione, ossia piccolo; un campionamento più ampio e statisticamente significativo avrebbe richiesto una strutturazione più rigida. L'autonomia del ricercatore è elevata: egli può formulare le domande nella modalità che ritiene più opportuna ed utile e nella traccia progettuale sono indicati solo i temi da affrontare; la documentazione raccolta permette di ottenere informazioni complete su un numero ridotto di ambiti e/o su scarso background di ricerca in letteratura per una limitata e deficiente presenza di articoli attinenti. Quindi, in linea generale, tra i vantaggi di un'intervista semi-strutturata possiamo nominare il possibile adeguamento delle domande, la personalizzazione di alcune di esse, la completezza dello studio per via della grande varietà della tipologia delle domande che congiungono simultaneamente il rigore metodologico ma anche la flessibilità, la valutazione oggettiva e quella più soggettiva, garantendo comunque conformità e coscienziosità all'indagine stessa. Gli svantaggi invece includono: l'elevata professionalità ed esperienza dell'intervistatore, un tempo elevato per somministrare ciascuna di essa, una difficile codifica e classificazione oltre che confronto delle risposte ottenute. Ai primi tre 'difetti', si è rimediato con l'informatizzazione dell'intervista, modalità che, come spiegheremo anche fra poco, ha rimosso la componente soggettiva da parte dell'intervistatore che non ha inciso sul condizionamento delle risposte e che non possedeva un'adeguata esperienza in questo settore. È da specificare a questo riguardo, che tutte le interviste sono state visionate dalla Guida di tirocinio, nonché relatore del presente elaborato, che ha assunto il ruolo di supervisore esterno, per poter confermare la credibilità e l'appropriatezza della forma e dei contenuti¹¹². Si è agito in questo modo anche sulla variabile 'tempo': una volta inviata l'intervista, il docente ha avuto del tempo a disposizione per poterla completare, circoscritto ad un mese, specificando la necessità di compilarlo una sola volta e di getto, senza troppe congetture, onde evitare la correzione delle riflessioni.

Questa semi-strutturazione, come detto poc'anzi, riproduce una forma flessibile di intervista, centrata sul soggetto intervistato che ragiona e rielabora i suoi concetti con introspezione. In questo metodo il tema resta sempre prefissato e immutabile, seppur con lievi scostamenti da esso ma al solo fine di contestualizzare e completare il giudizio espresso.

¹¹² Fain J., (2004), "*La ricerca infermieristica. Leggerla, comprenderla e applicarla*", edizione italiana a cura di Ercole Vellone, presentazione di Lucia Saiani, McGraw-Hill, seconda edizione.

In questo primo paragrafo verremo ad illustrare l'intervista che è stata progettata per la docenza e nel successivo quella per gli studenti. Ricordiamo celermente come la selezione dei docenti si sia realizzata a partire dalla ricerca dei core-curricula degli insegnamenti corrispondenti alle macroaree del protocollo aziendale. In questa ottica si può affermare come la scelta del docente sia il risultato di un campionamento passivo e non ha previsto una selezione attiva da parte del ricercatore che, per questa ragione, non ha influenzato soggettivamente questo screening, eliminando la componente arbitraria. Lo strumento si compone di dieci domande base, impostate in modo da permettere all'intervistatore un graduale approfondimento del tema posto in essere. Infatti, a partire da un inquadramento più generico e complessivo, si passa man a mano a rendere più specifico e ristretto il campo di indagine. Le domande pianificate sono fisse, ma la risposta è adattabile ad esse; esse sono inoltre: dirette ('è a conoscenza', 'ha utilizzato', etc.), indirette ('è previsto che?'), indirette non riferite al soggetto (feedback dagli studenti), proiettive (*ci sono stati gap?*), chiuse (che hanno previsto una risposta sintetica: Sì/No) o aperte. Al fine di rimuovere quasi completamente l'elemento della soggettività da parte dello sperimentatore, si è ovviato alla trascrizione delle risposte, attività che può comportare errori propriamente riferiti alla trascrizione o che azzeri il flusso costante delle riflessioni espresse, mediante la somministrazione dell'intervista attraverso i canali informatici sotto forma di indagine conoscitiva libera. Si è mantenuta però costante la strutturazione dell'intervista predisponendo temi e quesiti articolati ma elastici. Grazie a questa modalità, si è voluta ridurre notevolmente la componente psicologica che può far percepire all'intervistato una pressione emozionale che influenzerebbe le risposte e, parallelamente, si è anche azzerata la possibilità da parte dell'intervistatore di guidare le valutazioni registrate verso un certo giudizio piuttosto che l'altro, condotta che avrebbe ridotto di gran lunga l'autenticità e la spontaneità delle argomentazioni offerte.

La formulazione dei quesiti è stata costruita a partire dall'analisi dei protocolli aziendali redatti da AST Mc e sulla volontà di indagare la corrispondenza prima complessiva poi specifica dei contenuti sanitari rispetto alla documentazione didattica utilizzata dal docente ai fini formativi sugli stessi ambiti assistenziali. Si è alternata una domanda diretta chiusa e generica ad una aperta che approfondisse la precedente in modo da valutare anche l'effettiva coerenza delle risposte. Essendo un'intervista semi-strutturata la tipologia di domande non è meramente standardizzata¹¹³: sono stati mantenuti costanti per tutti i docenti i quesiti che devono essere posti obbligatoriamente in maniera fissa perché rilevanti per la ricerca, ma due di essi sono stati

¹¹³ Prellezo J. M., Malizia G., Nanni C., (2008), "Dizionario di Scienze dell'Educazione", LAS, Roma.

personalizzati sullo specifico insegnamento mediante l'associazione tra il modulo didattico del docente e l'area assistenziale regolamentata dal protocollo aziendale (*Quesiti n. 1 e n. 6*). Come modello metodologico di ispirazione, è stato utilizzato quello proposto da Colaizzi¹¹⁴, particolarmente indicato per ricerche che includono da due a dieci persone e che vivono quotidianamente l'ambito di ricerca. Di seguito, quindi, si propone la struttura base per l'intervista semi-strutturata ai docenti, edificata sulla base di tutte le considerazioni finora descritte. Essa si ordina di dieci aree di indagine e riassume all'interno di questo elenco il *core*, il nucleo di interesse che la domanda intende centrare:

1. **Conoscenza professionale** relativa all'esistenza del protocollo aziendale;
2. *In caso di risposta positiva*, **utilizzo** del protocollo per la didattica;
3. **Considerazione generale** sulla possibilità di consultare ed utilizzare i protocolli aziendali nella didattica;
4. **Corrispondenza complessiva dei contenuti** tra protocollo e didattica teorica;
5. **Eventuali difformità riscontrate** nel protocollo aziendale;
6. **Corrispondenza specifica sui contenuti** (confronto qualitativo contenutistico);
7. Feedback dagli studenti riguardo l'**effettiva applicazione dei principi teorici** nella pratica clinica;
8. Feedback dagli studenti riguardo l'**effettiva applicazione dei principi del protocollo aziendale** nella pratica clinica;
9. In un quadro generale **considerazioni sul gap teorico pratico** della professione;
10. *In caso di risposta positiva*, un **esempio** relativo ai contrasti/difformità.

Da questi presupposti sintetizzati 'per sommi capi' si sono sviluppate le domande complete (includono in maniera esauriente ed integrale tutte le domande senza selezione e associazione dei contenuti in base al docente) qui di seguito compendiate:

- 1) *Era già a conoscenza dell'esistenza dei protocolli aziendali redatti da AST Mc, approvati e validati nell'anno corrente, inerenti i seguenti temi?:*
 - *“Indicazioni per l'utilizzo di penne di insulina pre-riempite in ospedale”*
 - *“La gestione della febbre post chirurgica”*
 - *“Prevenzione delle cadute nelle strutture sanitarie e socio sanitarie”*
 - *“Procedura prevenzione e trattamento lesioni da pressione”*

¹¹⁴ Il metodo Colaizzi prevede nove punti inderogabili che devono venir trattati per effettuare una corretta analisi dei dati: 1) Descrivere il vissuto esperienziale in uno studio; 2) Raccogliere le descrizioni dei partecipanti sull'esperienza vissuta; 3) Leggere tutte le descrizioni di partecipanti; 4) Estrarre affermazioni significative; 5) Articolare il significato di ogni affermazione; 6) Aggregare i significati in gruppi di temi; 7) Scrivere una descrizione esaustiva; 8) Ritornare dai partecipanti per validare la descrizione; 9) Immettere ogni nuovo dato emerso durante la validazione per una descrizione esaustiva finale.

- *“Indicazioni per la gestione diagnostica e terapeutica dell'iperglicemia in ospedale”*
- 2) *In caso di risposta positiva, li ha utilizzati per completare a livello contenutistico e qualitativo la sua didattica?*
 - 3) *Fino ad oggi aveva mai considerato la possibilità di consultare le procedure aziendali al fine di associarle e integrarle ai suoi insegnamenti didattici? Ritiene che esse possano contribuire positivamente alla riduzione del gap tra la teoria e la pratica assistenziale infermieristica?*
 - 4) *Riguardo il protocollo aziendale che le abbiamo fornito prima di questa intervista, le chiediamo se lei reputa che ci sia una complessiva corrispondenza dei contenuti tra il protocollo stesso e i contenuti teorici della sua didattica o se i principi espressi nella documentazione aziendale si discostano dai contenuti che lei eroga nel suo insegnamento.*
 - 5) *Nel caso in cui lei abbia rilevato all'interno del protocollo aziendale un elemento discordante, mancante, non completo etc. (sempre rispetto alla sua didattica), può fornirci dettagli in merito?*
 - 6) *Entrando nel merito specifico, sempre nell'ottica di confrontare contenutisticamente e qualitativamente la sua disciplina con i protocolli aziendali, ritiene ci sia concordanza dei seguenti contenuti?:*
 - *Fonti di ricerca, procedura di somministrazione della terapia insulinica, addestramento del paziente, matrice delle responsabilità*
 - *Timing, valutazione e gestione della temperatura corporea, metodo di rilevazione*
 - *Definizioni e gestione della sicurezza e della movimentazione, individuazione dei fattori di rischio e modalità di accertamento, utilizzo di scale oggettive di valutazione (griglia di accertamento dei fattori di rischio, Conley, IPFRAT), utilizzo della contenzione*
 - *Prevenzione e fattori di rischio per le LDD, utilizzo scale oggettive di valutazione (Braden), posizionamento, valutazione dello stato nutrizionale (scala MNA), stadiazione LDD, trattamento, gestione del dolore e scale (NRS, Painad)*

- *Approfondimenti relativi alla tipologia di insulina e alla via di somministrazione, gestione dell'insulino-tp in un paziente sottoposto a NA / NE / NPT, calcoli sul dosaggio insulinico in pompa o sc, trattamento delle ipoglicemie*
- 7) *Ha mai ricevuto feedback da parte degli studenti in merito alla corretta ed effettiva applicazione dei principi teorici da lei insegnati? Oppure sono state riscontrate difformità tra la teoria e la pratica clinica?*
- 8) *Ha mai ricevuto feedback da parte degli studenti in merito alla corretta ed effettiva applicazione dei principi espressi nel protocollo aziendale?*
- 9) *In un quadro più generale, lei reputa siano presenti dei gap a livello teorico-pratico nella professione infermieristica?*
- 10) *In caso di risposta positiva, potrebbe descrivere un esempio oggettivo al quale assistito che mostri come la nostra professione presenti dei limiti che si interpongono tra l'apprendimento teorico e l'attuazione degli stessi concetti in ambito pratico?*

Per avere un quadro più completo delle domande, della forma e della struttura definitiva, si rimanda all'*Allegato B* in fondo al presente studio: l'intervista integrale.

Indagine parallela sulla discesa: la parola agli studenti infermieri

Nonostante il rilievo rivestito e disposto al riguardo della docenza UNIVPM, si è ritenuto altrettanto essenziale dover condurre una parallela, affine e coerente indagine qualitativa ma stavolta nei riguardi del soggetto che si trova al centro di una formazione didattica da un lato e pratica dall'altro, e che per questa ragione può offrire maggiore consistenza all'analisi stessa: lo studente di Infermieristica. In Italia la rilevazione dell'opinione degli studenti è svolta obbligatoriamente e autonomamente dagli Atenei per gli studenti frequentanti¹¹⁵. L'utilizzo dei risultati delle rilevazioni ai fini dell'individuazione degli aspetti critici e dei margini di miglioramento dell'organizzazione didattica e della didattica stessa è parte integrante del sistema di AQ ed è quindi un requisito necessario per l'accreditamento¹¹⁶.

¹¹⁵ Ai sensi dell'articolo 1, comma 2, della L. 370/1999.

¹¹⁶ Rilevazione Opinioni Studenti, UNIVPM.

L'obiettivo di condurre un'analisi rivolta anche alle loro esperienze e percezioni, quindi, è quello di raccogliere informazioni e considerazioni vissute in prima persona recentemente, quindi aggiornate e riferite ad un modo di agire attuale, durante le occasioni di tirocinio nei diversificati setting assistenziali, rilevando i gap e possibilmente gli elementi su cui intervenire per ridurre le criticità o altresì per perfezionare processi e dinamiche.

Al pari dell'intervista progettata per i docenti, questa è stata costruita su un 'focus' preciso, il conflitto teorico-pratico della professione infermieristica, e si è strutturata seguendo modalità simili, sempre ai fini esplorativi o confermativi. Anche in questo caso la ricerca è di tipo qualitativo osservazionale, diretta ad esplorare e indagare il conflitto teorico-pratico, stimolando delle riflessioni. Utilizzare anche in questo caso un metodo fenomenologico permetterà di conoscere le possibili modalità attraverso le quali modificare delle variabili che possano, a loro volta, migliorare da una parte l'esperienza di tirocinio clinico dei futuri studenti e dall'altra far riflettere gli infermieri sul proprio atteggiamento adottato nei confronti dei futuri colleghi. Anche questo campionamento ha previsto una popolazione relativamente piccola e per questo si è scelto di progettare una seconda intervista semi-strutturata che fosse contenutisticamente simile a quella dei docenti (seppur costruita dal punto di vista dello studente in questo caso) promuovendo un possibile confronto qualitativo descrittivo. Optare per questo modello di intervista ha nuovamente garantito un'elevata autonomia del ricercatore, la riduzione al minimo della soggettività dei risultati offerti e la flessibilità di risposta. Approntare l'informatizzazione di questa intervista, come nel primo caso, ha concesso l'azzeramento del condizionamento nella risposta e una maggiore distensione dell'intervistato che, mediante l'interazione digitale ha potuto fornire considerazioni fedeli, obiettive, personali e 'intime'. Anche agli studenti è stato specificato come rispondere istintivamente senza troppe riflessioni avrebbe condotto ad un'analisi più realistica; il tempo a disposizione è stato di 30 giorni, l'intervista una volta completata e inviata non era modificabile.

Si è scelto di utilizzare un metodo di campionamento non probabilistico e più precisamente un campionamento di convenienza: non è stata applicata alcuna restrizione nel genere e/o limiti di età; sono stati reclutati gli studenti che rispettavano i seguenti requisiti (criteri di inclusione):

- ✓ Studenti iscritti e frequentanti il terzo anno del CdL in Infermieristica di Macerata (UNIVPM);
- ✓ Possesso di tutte le certificazioni pianificate dal Regolamento didattico di tirocinio;
- ✓ In regola con il tirocinio (presso AST Mc) e con gli esami di profitto del triennio formativo;

Tra i criteri di esclusione, il mancato raggiungimento da parte dello studente del monte ore di tirocinio clinico previsto (1800 ore) e l'esclusione da tutti i criteri elencati prima. Anche in questo caso, la selezione del campione è di tipo passivo, il ricercatore non ha anteposto la propria soggettività nel reclutamento.

Ci si è, a questo punto, serviti dello strumento d'indagine: l'intervista semi-strutturata. Dopo aver predisposto le interviste riservate ai docenti, si è passati infatti alla costruzione di un apparato base di argomentazioni equivalenti sulle quali indagare e sulle quali successivamente si sono formulati i quesiti inerenti alcune circostanze vissute in maniera condivisa e che accumulavano entrambe le popolazioni campionate. La formulazione delle domande d'indagine, quattro aperte e due chiuse a selezione multipla, è scaturita dalla sovrapposizione con l'intervista ai docenti, escludendo il dettaglio contenutistico specifico delle procedure aziendali rispetto alla didattica ma assicurando la condivisione degli stessi temi. La struttura base che è stata ideata per l'intervista si compone infatti di alcune aree principali dalle quali sono poi scaturite le domande che possono essere consultate in maniera completa al termine di questo elaborato (*Allegato C*) e qui elencate in maniera riassuntiva:

1. **Conoscenza professionale relativa all'esistenza dei protocolli** aziendali;
2. **Considerazione generale sulla possibilità di integrare** i protocolli aziendali alle skills di laboratorio nella didattica;
3. **Corrispondenza complessiva dei contenuti** tra protocollo e didattica teorica;
4. **Esempi** relativi ai **contrast/difficoltà teorico-pratiche** (se riscontrate);
5. **Aree sulle quali intervenire per ridurre il gap teorico-pratico** (le aree elencate sono tratte dal CLEQEI UNIVPM);
6. Compilazione di una griglia oggettiva¹¹⁷ per la **valutazione empirica degli infermieri** che hanno affiancato lo studente durante il tirocinio clinico (confronto teoria-pratica).

Per completezza analitica e oggettiva, si menzionano integralmente i quesiti d'intervista, derivanti dagli ambiti appena sintetizzati:

- 1) *Prima della ricezione del protocollo aziendale in allegato, eri a conoscenza in linea generale dell'esistenza dei protocolli aziendali?*
- 2) *Ritieni che integrare i protocolli aziendali alle skills di laboratorio possa contribuire positivamente alla riduzione del gap tra la teoria e la pratica assistenziale inf.ca?*

¹¹⁷ Manara D. F., 2000.

- 3) *Pensi ci sia una complessiva corrispondenza dei contenuti tra i protocolli aziendali e i contenuti teorici delle lezioni e dei laboratori cui hai assistito in università?*
- 4) *Hai mai assistito a delle differenze tra la teoria appresa e la pratica osservata in tirocinio? Puoi offrirci degli esempi oggettivi?*
- 5) *Quali pensi siano tra queste le aree sulle quali dover intervenire maggiormente per ridurre il conflitto e le differenze presenti tra la teoria e la pratica infermieristica? Ti chiediamo di inserire una "X" in quelli che ritieni di aver vissuto maggiormente.*
- a) *Qualità delle strategie tutoriali;*
 - b) *Opportunità di apprendimento;*
 - c) *Sicurezza e qualità dell'assistenza;*
 - d) *Auto-apprendimento;*
 - e) *Qualità dell'ambiente di apprendimento.*
- 6) *Nella griglia (vedi Fig. 3) sottostante sono presenti dei quadranti derivati dall'intersecazione degli assi che rappresentano la teoria (ordinate) e la pratica (ascisse). Sono valutazioni brevi che esprimono i diversi possibili atteggiamenti degli infermieri che ti hanno affiancato durante le molteplici esperienze di tirocinio. Ti chiediamo di inserire una "X" in quelli che ritieni di aver vissuto maggiormente.*

I primi quattro indagano sia in merito alla loro conoscenza e approccio nei confronti dei protocolli aziendali, aspetto che riflette anche le modalità di utilizzo degli stessi da parte degli infermieri, sia in merito al più generico gap tra teoria appresa in università e prassi osservata in tirocinio. La quinta domanda, invece, intende esplorare la percezione dello studente circa le possibili aree sulle quali egli ritiene più opportuno e proficuo un intervento correttivo o di potenziamento, sempre in virtù della riduzione e/o risoluzione del conflitto; le risposte non sono casuali ma sono tratte dagli item¹¹⁸ dello strumento valutativo della qualità del tirocinio clinico utilizzato dall'UNIVPM: il CLEQEI¹¹⁹ (*Clinical Learning Quality Evaluation Index*) e sono: *la qualità delle strategie tutoriali, l'opportunità di apprendimento, la sicurezza e la qualità dell'assistenza, l'auto-apprendimento, la qualità dell'ambiente di apprendimento*¹²⁰. Al

¹¹⁸ Palese A. et al, (2017), "Lo strumento italiano di misurazione della qualità dell'apprendimento clinico degli studenti infermieri", *Assist. Inferm. Ric*; 36:41-50.

¹¹⁹ Al termine di ogni periodo di tirocinio e prima che la Guida possa esprimere la propria valutazione per il debriefing, gli studenti sono tenuti a compilare la scheda CLEQEI, per valutare la qualità del Tirocinio Clinico, in forma anonima.

¹²⁰ CLEQEI UNIVPM, CdL in Infermieristica, sede di Macerata.

momento della discussione dei risultati inerenti questa domanda, verrà posto un confronto tra i punteggi assegnati in questa intervista alle variabili appena menzionate rispetto alle valutazioni che gli studenti hanno espresso proprio nel CLEQEI di un anno fa (si è infatti richiesta ed ottenuta la consultazione dei punteggi assegnati a queste categorie relative all'anno accademico 2021/2022 al fine comparativo) fornito loro dall'università in modo da rilevare se ci sia corrispondenza fra i due giudizi espressi o se, in quest'ultimo anno, il peso che lo studente dà a queste componenti qualitative sia variato.

Il sesto quesito non è considerato un interrogativo vero e proprio, bensì la possibilità da parte dello studente di esprimere in maniera un pò più oggettiva l'atteggiamento degli infermieri che egli ha osservato durante il tirocinio, rendendo disponibile uno schema di valutazione e confronto tra la teoria e la pratica. Pur essendo del tutto empirico, esso è frutto di uno studio, simile al medesimo, condotto più di venti anni fa dal collega Dott. Manara D. F. il quale ha inserito questa griglia analitica valutativa nella costruzione del suo “Libro bianco”, un'autentica raccolta di vicende raccontate dagli studenti in prima persona proprio in occasione del loro tirocinio. Essa pone sull'asse cartesiano delle ascisse l'ambito afferente alla “pratica” clinica e sulle ordinate la “teoria”. Dalla loro intersecazione si individuano quattro quadranti caratterizzati ognuno dalla coppia delle rispettive coordinate (Fig.3).

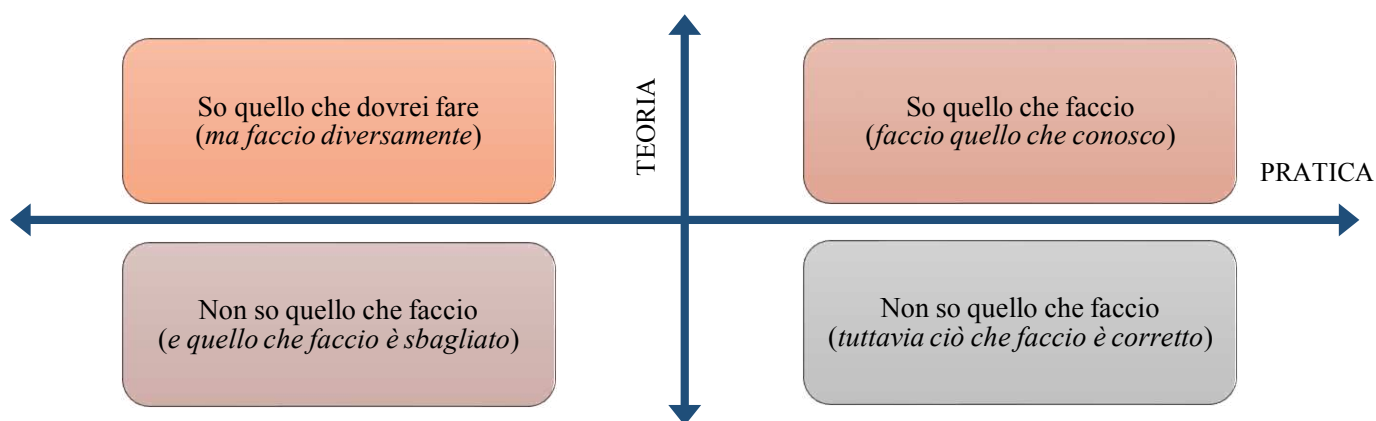


Fig. 3 Manara D. F., (2002), “Il conflitto tra teoria e prassi nell’assistenza infermieristica. L’assistenza come saggezza pratica”, *Nursing Oggi*, n. 3, pp. 16-28, n. 4, pp. 18-27.

Il quadrante in alto a destra (T+P+) accoglie le esperienze che esprimono una buona teoria unita ad una buona pratica; l'infermiere al fianco dello studente in questo caso, possiede sia conoscenza sia abilità pratica, sa ciò che sta compiendo a livello teorico e lo sa applicare correttamente. Il quadrante in basso a destra (T-P+) è la traduzione di un infermiere che possiede una teoria carente associata ad una pratica comunque adeguata; egli infatti esegue in maniera corretta l'attività ma non ne conosce il raziocinio teorico. Spostandoci invece sulla

porzione a sinistra dell'asse delle ordinate, nel quadrante superiore (T+P-) vediamo come il professionista possiede una solida conoscenza teorica ma questa si abbina, per giunta consapevolmente, ad una pratica non consona. Esso conosce la giusta pratica ma adotta un comportamento diverso, vuoi per abitudine o altra ragione. Infine, inferiormente a sinistra (T – P-) il quadrante raccoglie le esperienze di coloro che non solo attuavano pratiche scorrette, ma non possedevano neppure il background teorico e la consapevolezza di essere nell'errore.

Solo considerando queste metodiche di analisi della griglia, si può pensare ad una eccessiva semplificazione delle considerazioni, ma è per questo che le quattro domande preliminari sono state aggiunte per consentire la raccolta di vissuti più generici e meno vincolati da uno schema. L'utilizzo di domande dirette e indirette spinge ad un'indagine flessibile e libera; lo studente, infatti, potrebbe sentire il 'peso' di esprimere un proprio giudizio nei confronti degli infermieri o più in generale della professione, è per questo che informatizzare l'intervista ha ridotto notevolmente la componente emotiva e favorito invece la veridicità e la naturalezza delle risposte.

Fa seguito all'intervista una sezione dedicata alle caratteristiche socio-demografiche degli studenti (età e genere) in modo da poter inquadrare e contestualizzare più ampiamente le loro argomentazioni.

Autorizzazioni e consensi

Per quanto riguarda i docenti, essi sono stati intervistati dopo svariati colloqui ed accordi presi con l'azienda AST di Macerata, soprattutto nella persona del Prof. Antognini P., Dirigente Infermieristico AST Mc, e contestualmente con il CdL in Infermieristica UNIVPM sempre a Macerata, nella persona della Prof. Fiorentini R., Direttore ADP del Corso. Pertanto, le autorizzazioni allo svolgimento della sperimentazione sono state concordate ed ottenute a monte del progetto stesso. I docenti sono stati interpellati di persona e nella stessa occasione hanno offerto il proprio consenso sia verbalmente sia per iscritto rispondendo alle e-mail inviate nei canali aziendali ufficiali; anche gli studenti hanno risposto all'intervista in maniera autonoma e libera da vincoli, garantendo analogamente la loro disponibilità.

Le interviste agli studenti, riportate e analizzate all'interno di questo studio, sono anonime e in nessun modo è possibile ricondurre le argomentazioni registrate al soggetto intervistato. Nel caso dei docenti, invece, pur non esprimendo il loro nominativo in maniera esplicita, sono state riportate alcune specifiche relative il loro background curriculare al fine di contestualizzarne il ruolo, l'ambito lavorativo di appartenenza e di conseguenza poter comprendere meglio il loro contributo all'interno della cornice di ricerca.

RISULTATI

La ricerca teorica: revisione dei risultati offerti della letteratura

In questo capitolo verranno illustrati i principali risultati che sono emersi dalla revisione narrativa, quindi tutti gli esiti ottenuti da ciascun articolo incluso nella selezione. Essi pongono risposta agli obiettivi dichiarati in prima istanza.

Il focus Group analizzato nello studio di Cusack et al.¹²¹, ha identificato quattro temi:

1. Gli infermieri hanno riconosciuto il ruolo di insegnamento e supervisione [...]: *«abbiamo la responsabilità di insegnare e guidare, loro saranno lo specchio della nostra professione da qui in poi, quindi ciò che insegni loro, è ciò che otterrai»;*
2. Lo stesso ruolo però, non è riconosciuto dal sistema di accreditamento dell'azienda di cui sono dipendenti [...]: *«siamo qui anche per insegnare ma non abbiamo un riconoscimento per questo ruolo e non sappiamo come dedicare tempi e modi»;*
3. Essi potrebbero avere una preparazione maggiore per questo ruolo, non sempre pesato nella giusta misura, per mancanza di formazione [...]: *«tutti coloro che affermano che gli studenti non siano preparati sufficientemente, hanno più aspettativa da parte loro piuttosto che occuparsi della loro formazione e del loro supporto»;*
4. Infine, proprio gli stessi infermieri hanno richiesto un maggiore supporto soprattutto nell'uniformare le modalità con le quali supportano gli studenti.

In letteratura è presente una grande quantità di studi che esaminano l'associazione tra esiti in termini di sicurezza del paziente e i livelli di preparazione del personale sanitario¹²², mentre c'è una minore quantità di ricerca sugli *outcomes* del paziente e i livelli di preparazione, nel particolare, della pratica infermieristica. Nello studio di Gale J. et al., (2016), è stato impiegato un disegno di ricerca valutativa scegliendo un framework ideato da Marks-Maran (2015): il quadro di valutazione utilizza un progetto di ricerca-azione educativa che utilizza quattro aspetti innovativi nella formazione infermieristica: il coinvolgimento degli studenti, il loro valore, l'impatto e la sostenibilità dei processi. Questo modello è mostrato in Fig. 4 qui di fianco.

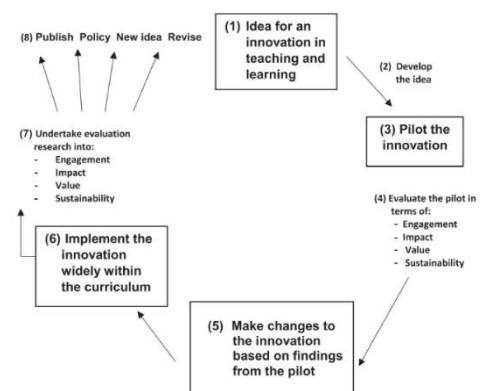


Fig. 1. Framework for educational action research.

Fig. 4 Framework for educational action research.

¹²¹ Cusack L, Thornton K, Drioli-Phillips PG, Cockburn T, Jones L, Whitehead M, Prior E, Alderman J. "Are nurses recognised, prepared and supported to teach nursing students: Mixed methods study". Nurse Educ Today. 2020 Apr 11;90:104434. doi: 10.1016/j.nedt.2020.104434. Epub ahead of print. PMID: 32315837.

¹²² Ad es. Kane et al., 2007.

Infatti, proprio secondo questo studio, tutti gli studenti, popolazione di riferimento del campione preso in esame, erano in qualche modo d'accordo sul fatto che il tirocinio clinico abbia loro conferito una diversa comprensione della vera assistenza ai pazienti, migliorando anche le loro conoscenze infermieristiche e in particolare quelle relative alla promozione della salute. Essi hanno anche identificato il valore dell'esperienza clinica di tirocinio soprattutto in termini di sviluppo professionale, di identificazione di standard di pratiche assistenziali sempre migliori, della capacità di lavorare in team, dei valori di fiducia, competenza e comunicazione¹²³.

Il processo di acceleramento del cambiamento illustrato nei 7 step di Kotter (2020) Fig. 5, è stato utilizzato in molti processi di accreditamento; il risultato derivante dalla revisione di molti progetti qualitativi che hanno utilizzato questo modello, ha dimostrato un incremento nella risposta adattativa positiva delle Università e degli studenti. Le fasi sono¹²⁴:

- 1) Step 1 - Creare un senso di urgenza: secondo Kotter, questo richiede un'organizzazione per identificare opportunità e motivazione, centrando l'obiettivo condiviso dell'accREDITamento;
- 2) Step 2 - Costruire una guida: essa deve rappresentare tutte le funzioni (come ricevere informazioni sull'organizzazione a tutti i livelli e sintetizzare i modi di lavorare);



Fig. 5. Kotter's 8-Steps Process for Leading Change.
 Note: Kotter (2020). 8-Steps to accelerate change. [eBook edition]. Publisher.
www.kotterinc.com. Permission to reprint granted 8.27.2021.

- 3) Step 3 - Creare una visione strategica: una serie di attività mirate e coordinate che, se progettate e implementate abbastanza velocemente, renderanno il progetto effettivo;
- 4) Step 4 - Arruolare dei volontari;
- 5) Step 5 - Abilitare l'azione rimuovendo i difetti: tra questi i processi inefficienti, la mancanza di collaborazione e il mancato coinvolgimento dello studente

¹²³ Gale J, Ooms A, Sharples K, Marks-Maran D. "The experiences of student nurses on placements with practice nurses: A pilot study". Nurse Educ Pract. 2016 Jan;16(1):225-34. doi: 10.1016/j.nepr.2015.08.008. Epub 2015 Aug 20. PMID: 26321359.

¹²⁴ Campbell J, Ziefle K, Colsch R, Koschmann KS, Graeve C. "Completing accreditation during the COVID-19 pandemic: A step-by-step process for success". J Prof Nurs. 2022 May-Jun;40:79-83. doi: 10.1016/j.profnurs.2022.03.003. Epub 2022 Mar 17. PMID: 35568463; PMCID: PMC8929720.

nell'accreditamento; una delle prime soluzioni da attuare è l'identificazione precoce delle potenziali barriere;

- 6) Step 6 - Proiettare obiettivi a breve termine: nel caso dell'accreditamento si possono pianificare aggiornamenti mensili e premialità contestuali motivando il cambiamento;
- 7) Step 7 - Sostenere l'accelerazione: politiche, procedure e sistemi dovrebbero allinearsi con la visione generale del cambiamento, fissando come obiettivo il ri-accredimento di successo.

Revisione sistematica: studenti e infermieri a confronto sul tirocinio clinico

Nei diversi studi revisionati gli studenti hanno descritto le loro esperienze offrendo una valutazione complessiva dell'apprendimento durante il tirocinio clinico. Tra questi, è stata espressa la necessità di comprendere l'interpretazione dei criteri di valutazione utilizzati e la modalità di assegnazione dei voti; tanto per citare uno dei commenti espressi da uno studente: *“si basa tutto sull'interpretazione degli standard degli educatori e di come questi vengano utilizzati nel processo valutativo... ma non dovrebbe essere solo bianco e nero”*¹²⁵. Infatti, gli educatori (siano essi infermieri-guida nel tirocinio didattici), dovrebbero interessarsi su concetti di impegno, responsabilità, professionalità ricettività degli studenti come elementi centrali per la formazione, non solo sul focus della valutazione.

Uno degli studi ha evidenziato alcuni problemi incontrati e riferiti dagli studenti infermieri che ostacola l'acquisizione delle *skills* cliniche e fra questi ci sono: scarso supporto e supervisione dei tutor e mancanza di una guida scientifica in letteratura, esiguo supporto da parte degli infermieri durante il tirocinio e limitata attrezzatura per la simulazione in occasione dei laboratori didattici¹²⁶.

Nella revisione di Christine M. Olson (2022), sul tema della prospettiva degli studenti, si identificano le seguenti aree di interesse:

- Rapporto docenti-studenti: indipendentemente dall'ambiente universitario o dal programma didattico, gli studenti desiderano un'elevata interazione e comunicazione di qualità con i docenti¹²⁷. Si è rilevato che l'aspetto più utile nel raggiungimento del successo è stato proprio il supporto di docenti e tutor, preferendo un'interazione faccia a faccia con gli educatori¹²⁸. Inoltre, sottoporre gli studenti ad uno tsunami di

¹²⁵ Rachel Cross et al., “Stakeholder perspectives on the clinical placement appraisal process in undergraduate nurse education: A qualitative study”, *Collegian*, Volume 29, Issue 4, 2022, Pages 438-443, ISSN 1322-7696.

¹²⁶ Anarado AN et al.: “Factors hindering clinical training of students in selected nursing educational institutions in Southeastern Nigeria”. *Nurse Educ Today*. 2016 May;40:140-5. doi: 10.1016/j.nedt.2016.02.022. Epub 2016 Mar 3. PMID: 27125164.

¹²⁷ Esden & Nichols, 2016; Hlabse et al., 2016; Schroeder et al., 2021.

¹²⁸ Esden & Nichols, 2016.

informazioni disordinate, non lineari e magari neppure in presenza, non è una soluzione¹²⁹.

- Connessione tra pari - coesione di coorte: far parte di una comunità di apprendimento è una componente fondamentale che permette la comprensione più approfondita delle argomentazioni, la condivisione di sentimenti sulle esperienze vissute e il miglioramento della qualità del corso. Anche la condivisione con altre aree di specializzazione rivela prospettive diverse e prepara gli studenti ad una cooperazione interprofessionale¹³⁰.
- Duttilità dell'insegnamento: apprendere è un'esperienza unica per ciascun individuo¹³¹. La sfida principale è progettare corsi che catturino l'interesse di un'ampia varietà di studenti con esperienze, motivazioni e stili di apprendimento a loro volta differenti¹³².
- Abbandono del corso di laurea: per molti anni lo stress percepito dagli studenti di infermieristica è stato rilevato sia a livello nazionale che internazionale¹³³. Sfortunatamente sono pochi gli studi presenti in letteratura che mettono in evidenza i tassi di abbandono e il piano formativo didattico che è previsto per il loro ordinamento¹³⁴. Il tasso di completamento del corso è richiesto da organismi di accreditamento¹³⁵ come *la Accrediting Commission for Education in Nursing (ACEN)* e *la Commission on Collegiate Nursing Education (CCNE)*. Tuttavia, la pubblicazione dei tassi di abbandono elevati potrebbe potenzialmente riflettere la vulnerabilità del programma che a sua volta incide sulla solida preparazione infermieristica. L'unico dato di cui la letteratura dispone è un tasso di abbandono che può arrivare dal 36% al 53%¹³⁶. Tra i fattori di stress può inserirsi un'aspettativa differente tra la percezione dello studente e quella della facoltà e la natura opprimente del corso di studio¹³⁷. Uno studio di ricerca ha riferito che il 37% degli studenti sta valutando la possibilità di ritirarsi dal corso a causa della difficoltà di bilanciare le responsabilità di vita privata, le difficoltà con i docenti e dal sentirsi illusi dal programma¹³⁸.
- Esperienza clinica: è una componente essenziale richiesta agli studenti di infermieristica; sfortunatamente identificare la qualità delle aree cliniche e degli

¹²⁹ Stott & Mozer, 2016.

¹³⁰ Gardenier et al., 2019.

¹³¹ Candela, 2019.

¹³² Koivisto et al., 2016.

¹³³ Abele et al., 2013; Hamshire et al., 2019; Jeffrey, 2021; Merkley, 2016; Smith-Wacholz et al., 2019.

¹³⁴ Knestrick et al., 2016; Riso et al., 2013; Volkert et al., 2018.

¹³⁵ Gazza & Hunker, 2014; Rice et al., 2013.

¹³⁶ Dean, 2017; Martin & Rojjanasrirat, 2019, Rice et al., 2013.

¹³⁷ Volkert et al., 2018.

¹³⁸ Wheeler & Eichelberger, 2017.

infermieri educatori per gli studenti è diventata una delle sfide più grandi¹³⁹ e anche per questa ragione rappresenta il tema centrale di questo elaborato. Gli studenti hanno espresso la necessità di acquisire *skills* cliniche più avanzate per prendersi cura di pazienti ad elevata complessità assistenziale¹⁴⁰.

- Predisposizione fiduciosa nella pratica assistenziale: la transizione dello studente infermiere all'interno del contesto pratico è associata a sfide che potenzialmente influenzano il suo sviluppo di ruolo, il suo benessere generale il futuro burnout professionale¹⁴¹.

Secondo Rebeiro G. et al. (2021), sia gli educatori che gli studenti intendono raggiungere specifici obiettivi, e ciò è subordinato alla loro capacità di cooperare reciprocamente. Anche Cotton e Wilson (2006), hanno identificato che le interazioni informali tra gli erogatori dell'educazione infermieristica e gli studenti, sono il fattore predisponente sui risultati ottenuti. Inoltre, si è visto come la qualità della loro connessione ha sempre un impatto positivo sugli esiti pedagogici. Al contrario, le cosiddette “guide di apprendimento”¹⁴² hanno considerato impegnativa e complessa la fase di tessitura relazionale con lo studente perché nessuno dei due aveva conoscenza dell'altro¹⁴³. Lo stesso studio ha affermato come questi infermieri non siano stati sempre utili nella facilitazione dello studente all'apprendimento pratico, a causa di un deficit nella loro preparazione e/o esperienza e relativamente al mancato riconoscimento del ruolo che ha provocato in loro un senso di sfiducia e disinteresse nel supportare il suo percorso formativo¹⁴⁴.

Nell'analisi offerta da Campbell SH. et al. (2021), è evidente come la simulazione sia uno strumento ampiamente utilizzato nell'istruzione ma che ci sia altrettanta difficoltà nel suo utilizzo a causa di varie barriere¹⁴⁵. In alcuni casi, anche gli studenti sentivano di non avere risorse a disposizione o il supporto sufficiente a creare dei buoni ambienti di simulazione; questo si associava sempre ad un senso di smarrimento e fallimento che conduceva ad una vulnerabilità personale.

Secondo la revisione di Shellenbarger (2022)¹⁴⁶, molti infermieri educatori percepiscono il processo di accreditamento come minaccioso, non necessario, contraddittorio, punitivo, non

¹³⁹ Doherty et al., 2020.

¹⁴⁰ Estes et al., 2019; Hawkins-Walsh et al., 2011; Jones et al., 2015; Pleshkan & Hussey, 2020.

¹⁴¹ Barnes, 2015a; Barnes, 2015b.

¹⁴² Henderson & Eaton, 2013.

¹⁴³ Henderson & Eaton, 2013; Hanson et al., 2018.

¹⁴⁴ Geraldine Rebeiro, et al. “*Enablers of the interpersonal relationship between registered nurses and students on clinical placement: A phenomenological study*”, Nurse Education in Practice, Volume 57, 2021, 103253, ISSN 1471-5953.

¹⁴⁵ Nye et al., 2019.

¹⁴⁶ Executive Director National League for Nursing Commission for Nursing Education Accreditation.

gratificante, oneroso e invadente¹⁴⁷. D'altro canto, Halstead (2020) afferma come per molti tutor didattici, la paura del fallimento e del possibile impatto negativo sull'apprendimento degli studenti li porta a scoraggiarsi e a non abbracciare nuove strategie formative. Nella maggior parte dei casi, è l'accreditamento ad avere una responsabilità e un ruolo attivo nella promozione dell'innovazione dei programmi e delle modalità educative. La facoltà potrà adottare alcuni criteri impegnandoli in maniera riflessiva sul processo decisionale, allineandosi agli standard di accreditamento e riducendo al minimo i rischi connessi; tra queste¹⁴⁸:

- Qualsiasi cambiamento contemplato deve essere prima motivato all'interno di una valutazione del bisogno basata sull'evidenza;
- È necessario identificare le risorse necessarie per attuare con successo il cambiamento;
- Lo sviluppo produttivo di un piano di valutazione in itinere per misurare i risultati;
- Documentare e diffondere i risultati a tutti gli attori del processo con l'opportunità di ricevere feedback per ulteriori perfezionamenti.

La formazione infermieristica durante la pandemia: impatto e conseguenze

La pandemia da COVID-19 ha aumentato esponenzialmente la tendenza dell'istruzione verso l'online¹⁴⁹. Questa è una sfida importante per i programmi di formazione, esacerbata nei modelli di apprendimento a distanza e dalla valutazione delle competenze cliniche¹⁵⁰. Queste, infatti, non possono essere determinate attraverso discussioni teoriche o test scritti ma solo da una dimostrazione pratica¹⁵¹. La ricerca di Ainslie et al. (2021), si occupa del divario che questa situazione ha creato nei modelli di apprendimento a distanza e nella stima della loro efficacia¹⁵². I dati ottenuti dimostrano oggettivamente che un modello educativo online, unito a limitate lezioni in presenza, può fornire risultati equivalenti, in termini qualità, rispetto alla modalità unicamente in presenza. Quella che si sta verificando è proprio una transizione ad una modalità di tipo ibrido perché la qualità educativa, unita alla flessibilità, è sempre più ricercata e in evoluzione¹⁵³.

Delva et al. (2019), hanno raccomandato nel loro studio qualitativo che i corsi di Laurea in Infermieristica dovrebbero trarre beneficio dalle pratiche basate sulle evidenze per migliorare

¹⁴⁷ Kuh et al., 2015; Saewert, 2017.

¹⁴⁸ Questo approccio metodologico all'innovazione dei programmi basati sull'evidenza si allinea agli standard e al nucleo di accreditamento NLN CNEA nei suoi valori di cura, integrità, diversità ed eccellenza, dimostrando la conformità con gli standard.

¹⁴⁹ In linea con la Raccomandazione del Ministero della Salute a proseguire con educazione a distanza (Consiglio Istr. Sup., 2020b).

¹⁵⁰ Ainslie, 2017.

¹⁵¹ Miller, 1990.

¹⁵² Questa ricerca ha utilizzato un campione di 98 studenti in una piccola università privata nel New England.

¹⁵³ Ainslie M, et al. "Efficacy of distant curricular models: Comparing hybrid versus online with residency outcomes in nurse practitioner education". 2021 Dec;107:105146. doi: 10.1016/j.nedt.2021.105146. Epub 2021 Sep 11. PMID: 34563962.

anche la qualità dell'educazione a distanza, fino a quando non vengano stabiliti degli standard nazionali in materia, da parte degli organismi di accreditamento. La formazione infermieristica da remoto non è sufficiente né adeguata per acquisire competenze, come quelle nei laboratori didattici e nel tirocinio clinico, né tantomeno può sostituirsi a queste ultime due attività menzionate¹⁵⁴. L'articolo di Ard Nell et al. (2021)¹⁵⁵, ha discusso su alcune delle modifiche al programma avvenute in risposta alla pandemia e ha offerto una panoramica su alcuni dei modi in cui essa ha influito sull'orientamento della Commissione di Accreditamento per l'Educazione in Infermieristica (ACEN). Alcune facoltà hanno utilizzato delle videoconferenze sincrone mentre altri dei corsi online (oppure una combinazione delle due modalità). In genere, quando un programma inizia ad utilizzare l'istruzione a distanza, come nel caso di corsi infermieristici, esso dovrebbe presentare un rapporto di modifica sostanziale in conformità con la politica n.14¹⁵⁶. Se l'utilizzo di questa modalità di istruzione diventa continuativo, la Facoltà deve assicurarsi di saper utilizzare metodi e strumenti adeguati nella maniera migliore possibile¹⁵⁷. Soprattutto, l'incertezza dell'esperienza clinico-pratica¹⁵⁸ ha posto sfide importanti nell'adozione di soluzioni e strategie immediate. Alcuni corsi hanno aumentato quantitativamente i laboratori didattici e le simulazioni, mentre raramente si è proseguita l'attività negli ospedali, evitando tutte le strutture dedicate all'assistenza ai pazienti affetti da COVID-19¹⁵⁹.

Il passaggio dall'istruzione alla pratica infermieristica è stressante per gli infermieri alle prime armi e per coloro che acquisiscono ruoli di pratica differenti¹⁶⁰. In questo momento, si sa ancora poco dell'impatto che la pandemia ha avuto sulle esperienze degli studenti, ma si sa bene come essi abbiano dovuto vivere uno stress aggiuntivo. La mancanza di tutoraggio, il sentirsi impreparati alla pratica, le interruzioni frequenti ai tirocini, il cambio continuo nella modalità di erogazione delle lezioni, i ritardi nel conseguimento della laurea¹⁶¹ e molto altro avranno

¹⁵⁴ Eycan Ö, Ulupinar S. “Nurse instructors' perception towards distance education during the pandemic”. Nurse Educ Today. 2021 Dec;107:105102. doi: 10.1016/j.nedt.2021.105102. Epub 2021 Aug 18. PMID: 34482209; PMCID: PMC8413118.

¹⁵⁵ Ard N, Beasley SF, Nunn-Ellison K, Farmer S. “Responding to the pandemic: Nursing education and the ACEN”. Teach Learn Nurs. 2021 Oct;16(4):292-295. doi: 10.1016/j.teln.2021.06.009. Epub 2021 Jul 11. PMID: 34305486; PMCID: PMC8272680.

¹⁵⁶ ACEN, Accreditation Manual, Section II Policies, online.

¹⁵⁷ L'ACEN definisce la formazione a distanza come: “un metodo educativo di erogazione dei corsi infermieristici in cui l'istruzione si verifica quando uno studente e un tutor non sono fisicamente nello stesso posto. Essa può essere sincrona o asincrona” – glossario del manuale di accreditamento ACEN, online.

¹⁵⁸ L'attuale definizione dell'ACEN di ‘esperienza clinica-professionale’ è: “un'attività di apprendimento pianificata, pratica, diretta con i pazienti nel corso della loro vita, in interazione con il team interprofessionale, con una famiglia del paziente, realizzata per raggiungere i risultati di apprendimento e le competenze professionali specifiche del ruolo con la supervisione di docenti qualificati che forniscono feedback” – glossario del manuale di accreditamento ACEN, online.

¹⁵⁹ Ard N, Beasley SF, Nunn-Ellison K, Farmer S. “Responding to the pandemic: Nursing education and the ACEN”. Teach Learn Nurs. 2021 Oct;16(4):292-295. doi: 10.1016/j.teln.2021.06.009. Epub 2021 Jul 11. PMID: 34305486; PMCID: PMC8272680.

¹⁶⁰ Barnes, 2015; Lin et al., 2020.

¹⁶¹ Dewart et al., 2020; Dos Santos, 2020.

indubbiamente effetti di lunga durata anche nella carriera futura degli studenti¹⁶². Tutto ciò ha causato una netta riduzione della possibilità di sperimentare il campo clinico prima della Laurea, fatto direttamente correlato al disadattamento degli studenti e degli infermieri neolaureati¹⁶³. Queste opportunità perse sono state evidenti nel sentimento di incertezza tangibile che è stato espresso dagli studenti stessi, e dalla loro dichiarazione chiara di essere stati sottoposti ad una formazione probabilmente non sufficiente; questa formazione prolungata ed intermittente adduce ad un senso di insuccesso e debolezza professionale¹⁶⁴.

Nel processo di adattamento ai contesti clinici, la maggior parte degli infermieri neolaureati sperimenta uno smarrimento a causa del divario tra le conoscenze e competenze apprese all'università, e la pratica vera e propria¹⁶⁵. Al tempo stesso gli infermieri neolaureati con scarsa prontezza hanno difficoltà ad applicare nella pratica ciò che hanno appreso nelle università¹⁶⁶, sperimentando pressioni e problematiche interpersonali per via di scarse prestazioni lavorative¹⁶⁷. Traslando questo fenomeno nell'ambito pandemico, è ovvio come esso peggiori ulteriormente, evidenziando le criticità. Gli studenti hanno perso l'occasione da una parte di ridurre la paura tipica dell'aspetto clinico pratico, dall'altra di acquisire fiducia con situazioni assistenziali reali¹⁶⁸.

I contenuti didattici e quelli aziendali: analogie e conflitti

Come già affermato nel capitolo *Materiali e Metodi*, al fine di evitare una dicotomia o, peggio, una duplicazione delle valutazioni, che condurrebbe ad un'analisi scorretta e poco chiara, nel passare in rassegna i risultati si procederà in primis alla disamina delle valutazioni ottenute dalle interviste ai docenti sul quesito di ricerca e, nel contempo, verranno integrate ad esse le considerazioni circa questo iniziale confronto valutativo oggettivo. La volontà nell'effettuare questo tipo di unione dei risultati, risiede nel voler sommare al confronto oggettivo, quello soggettivo dei docenti che sono primi conoscitori della documentazione che essi utilizzano e predispongono per i propri studenti, materiale che manca nella prima valutazione ma che è strettamente necessario al completamento del confronto. Pertanto, avanzate queste premesse, successivamente si proporrà una tabella sintetica di mera ricapitolazione che associa la

¹⁶² Dyess & Sherman, 2009; Jewell, 2013.

¹⁶³ Kang Y, Hwang H. The impact of changes in nursing practicum caused by COVID-19 pandemic on new graduate nurses. *Nurse Educ Today*. 2023 Feb;121:105675. doi: 10.1016/j.nedt.2022.105675. Epub 2022 Dec 5. PMID: 36549256; PMCID: PMC9719932.

¹⁶⁴ Crismon D, et al. "COVID-19 pandemic impact on experiences and perceptions of nurse graduates". *J Prof Nurs*. 2021 Sep-Oct;37(5):857-865. doi: 10.1016/j.profnurs.2021.06.008. Epub 2021 Jun 17. PMID: 34742515.

¹⁶⁵ Caliskan and Ergun, 2012.

¹⁶⁶ Leong and Crossman, 2015.

¹⁶⁷ Gardiner and Sheen, 2016; Sin and Kim, 2017.

¹⁶⁸ Kang, 2020; Lim, 2021; Wallace, 2021.

macroarea comune ai protocolli aziendali e ai documenti didattici e, contigui, i conflitti o le analogie evidenziate dal primo paragone effettuato.

Primo confronto contenutistico oggettivo tra protocolli aziendali e documentazione didattica		
Macroarea Assistenziale	Analogie	Conflitti
GESTIONE dell'IPERGLICEMIA (DIABETE)	<p>Pur non essendo presente un documento didattico corrispondente, tutti gli ambiti di cui il protocollo aziendale tratta sono stati inclusi nella macroarea relativa alla “<i>Gestione della terapia sottocutanea e insulino-tp</i>”.</p> <p>Per questa ragione tra i conflitti non è stata inserita l'assenza di un'attività formativa dedicata.</p>	-
GESTIONE della TERAPIA SOTTOCUTANEA E INSULINO-TP	<p>Facendo riferimento all'integrazione della documentazione didattica relativa alla “<i>Gestione dell'iperglicemia (diabete)</i>” e a quella inerente questa macroarea, si può confermare come ci sia una precisa analogia contenutistica al riguardo di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Approfondimenti relativi alla tipologia di insulina e alla via di somministrazione; - Gestione dell'insulino-tp in un paziente sottoposto a NA / NE / NPT; - Trattamento delle ipoglicemie. 	<ul style="list-style-type: none"> - L'assenza di una matrice delle responsabilità all'interno della documentazione didattica è stata riscontrata quasi in tutti i confronti qualitativi; - Allo stesso modo anche una contestualizzazione bibliografica inerente alle fonti di ricerca, l'analisi dei vincoli normativi, delle linee guida e delle evidenze in letteratura risulta essere spesso omessa e sottintesa; - Scarsa presenza di calcoli pratici sul dosaggio insulinico.
GESTIONE della TEMPERATURA CORPOREA	Piena e completa analogia.	-

SICUREZZA e MOVIMENTAZIONE del PAZIENTE	<p>Corrispondenza dei contenuti circa:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Definizione e descrizione delle modalità di movimentazione; - Individuazione dei fattori di rischio e accertamento; - Generico utilizzo di scale valutative oggettive. 	<ul style="list-style-type: none"> - La scala IPFRAT, citata all'interno del protocollo aziendale non è analogamente utilizzata nella didattica; - Assenza di riferimento all'utilizzo della contenzione nella documentazione universitaria.
PREVENZIONE e TRATTAMENTO delle LDD	<p>Conformità nelle seguenti materie di approfondimento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Definizione dei principi base relativi alla prevenzione e ai fattori di rischio; - Riferimento all'utilizzo della stessa scala oggettiva di valutazione (Braden). 	<p>A livello didattico non si fa riferimento a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Valutazione dello stato nutrizionale (nessuna scala); - Gestione del dolore (nessuna scala valutativa).

Tab. 5 Primo confronto contenutistico oggettivo.

I protocolli aziendali AST Mc e la documentazione didattica UNIVPM Mc posti a confronto qualitativo.

Nella sezione relativa ai conflitti sono state aggiunte alcune aree poco indagate dalle attività di laboratorio in ambito didattico ma interiorizzate negli insegnamenti corrispettivi del docente. Ecco perché l'analisi dei conflitti eventualmente emersi dal confronto tra la prassi infermieristica, regolata dai protocolli aziendali, e la teoria, stimata nella documentazione relativa ai laboratori formativi, deve essere sottoposta ad un ulteriore studio che integra le valutazioni dei docenti, quindi aggiunge il contributo da essi offerto e, secondariamente, quelle degli studenti che invece fanno emergere eventuali mancanze o lacune non riscontrate precedentemente.

Si passerà quindi a diagnosticare i vari contrasti a partire da un ambito più specifico (le macroaree assistenziali individuate) per poi contestualizzarli più genericamente e in maniera complessiva all'interno del quesito di ricerca. Dal piccolo gap tra il protocollo assistenziale e il laboratorio didattico, si passa al gap tra le lezioni integrate e il contesto pratico, fino al gap più ampio e complesso tra la teoria e la prassi infermieristica.

Questi primi risultati grezzi pongono le fondamenta per il confronto con i risultati emersi dalle interviste ai docenti, che da qui verremo a descrivere, in modo da poter confermare o confutare quanto riscontrato in prima analisi.

Considerazioni dei docenti AST-UNIVPM sul quesito di ricerca

La comunicazione dei risultati delle interviste avviene attraverso un resoconto metodologico che comprende l'illustrazione dello schema interpretativo maturato con l'analisi e del rapporto che lo lega alla documentazione empirica. La ricostruzione del percorso metodologico serve a delineare sia i margini di incertezza che gravano sui risultati raggiunti, sia la loro credibilità ed affidabilità, mentre attraverso il resoconto riflessivo si rende visibile il processo di costruzione della documentazione empirica¹⁶⁹. Pertanto, nella tabella sottostante (*Tab. 6*) sono stati distinti e rubricati i docenti utilizzando, puramente come riferimento illustrativo, le prime cinque lettere dell'alfabeto (A, B, C, D, E, ponendo ciascuno in ordine casuale), la macroarea tematica assistenziale che condividono con il protocollo aziendale e i due quesiti specifici che dipendono proprio da questa associazione tematica (*Quesito n. 1, 6*)¹⁷⁰. Nello studio, a questa precisazione non attribuiamo una rilevanza e un valore imprescindibili ma si è voluto comunque mostrare come ciascuno step, dalla predisposizione all'implementazione dell'intervista, richieda estrema e dettagliata attenzione che eviti generalizzazioni ed errori nella contestualizzazione delle risposte e dei risultati. Una mancata, omessa o errata intersecazione tra l'ambito procedurale aziendale e quello didattico avrebbe condotto ad una distorsione degli esiti e una loro falsa interpretazione. Questa la specifica:

Docente	Macroarea di interesse didattico condivisa con il protocollo aziendale	Quesito n. 1	Quesito n. 6
A	<p>“Gestione della tp SC e insulino-tp”,</p> <p>“Gestione della TC”,</p> <p>“Sicurezza e movimentazione del pz”</p> <p>“Prevenzione e trattamento LDD”</p>	<p><i>Era già a conoscenza dell'esistenza dei protocolli aziendali redatti da AST Mc, approvati e validati nell'anno corrente, inerenti i seguenti temi?:</i></p> <p>(← vedi macroaree)</p>	<p><i>Entrando nel merito specifico, sempre nell'ottica di confrontare contenutisticamente e qualitativamente la sua disciplina con i protocolli aziendali, ritiene ci sia concordanza dei seguenti contenuti?:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Fonti di ricerca, procedura di somministrazione della terapia insulinica, addestramento del paziente, matrice delle responsabilità</i> • <i>Timing, valutazione e gestione della temperatura corporea, metodo di rilevazione</i> • <i>Definizioni e gestione della sicurezza e della movimentazione, individuazione dei fattori di rischio e modalità di</i>

¹⁶⁹ Atkinson R., (2002), “L'intervista narrativa. Raccontare la storia di sé nella ricerca formativa, organizzativa e sociale”, Raffaello Cortina Editore, Milano.

¹⁷⁰ Ricordiamo che le altre domande sono state mantenute fisse per tutti i docenti e pertanto non si ritiene necessario replicarle.

			<p>accertamento, utilizzo di scale oggettive di valutazione (griglia di accertamento dei fattori di rischio, Conley, IPFRAT), utilizzo della contenzione</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prevenzione e fattori di rischio per le LDD, utilizzo scale oggettive di valutazione (Braden), posizionamento, valutazione dello stato nutrizionale (scala MNA), stadiazione LDD, trattamento, gestione del dolore e scale (NRS, Painad)
B	“Gestione dell’iperglicemia (diabete)”	<p>Era già a conoscenza dell’esistenza dei protocolli aziendali redatti da AST Mc, approvati e validati nell’anno corrente, inerenti i seguenti temi?:</p> <p>(← vedi macroaree)</p>	<p>Entrando nel merito specifico, sempre nell’ottica di confrontare contenutisticamente e qualitativamente la sua disciplina con i protocolli aziendali, ritiene ci sia concordanza dei seguenti contenuti?:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Approfondimenti relativi alla tipologia di insulina e alla via di somministrazione, gestione dell’insulino-tp in un paziente sottoposto a NA / NE / NPT, calcoli sul dosaggio insulinico in pompa o sc, trattamento delle ipoglicemie
C	“Gestione dell’iperglicemia (diabete)” “Gestione della TC”	<p>Era già a conoscenza dell’esistenza dei protocolli aziendali redatti da AST Mc, approvati e validati nell’anno corrente, inerenti i seguenti temi?:</p> <p>(← vedi macroaree)</p>	<p>Entrando nel merito specifico, sempre nell’ottica di confrontare contenutisticamente e qualitativamente la sua disciplina con i protocolli aziendali, ritiene ci sia concordanza dei seguenti contenuti?:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Approfondimenti relativi alla tipologia di insulina e alla via di somministrazione, gestione dell’insulino-tp in un paziente sottoposto a NA / NE / NPT, calcoli sul dosaggio insulinico in pompa o sc, trattamento delle ipoglicemie • Timing, valutazione e gestione della temperatura corporea, metodo di rilevazione
D	“Gestione della tp SC e insulino-tp”	<p>Era già a conoscenza dell’esistenza dei protocolli aziendali redatti da AST Mc, approvati e validati nell’anno corrente, inerenti i seguenti temi?:</p> <p>(← vedi macroaree)</p>	<p>Entrando nel merito specifico, sempre nell’ottica di confrontare contenutisticamente e qualitativamente la sua disciplina con i protocolli aziendali, ritiene ci sia concordanza dei seguenti contenuti?:</p>

			<ul style="list-style-type: none"> • Fonti di ricerca, procedura di somministrazione della terapia insulinica
E	“Prevenzione e trattamento LDD”	<p><i>Era già a conoscenza dell'esistenza dei protocolli aziendali redatti da AST Mc, approvati e validati nell'anno corrente, inerenti i seguenti temi?:</i></p> <p>(← vedi macroaree)</p>	<p><i>Entrando nel merito specifico, sempre nell'ottica di confrontare contenutisticamente e qualitativamente la sua disciplina con i protocolli aziendali, ritiene ci sia concordanza dei seguenti contenuti?:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Prevenzione e fattori di rischio per le LDD, utilizzo scale oggettive di valutazione (Braden), posizionamento, valutazione dello stato nutrizionale (scala MNA), stadiazione LDD, trattamento, gestione del dolore e scale (NRS, Painad)

Tab. 6 Quesiti specifici docente-correlati

Tutti i quesiti dell'intervista sono fissi. Queste le uniche due domande specifiche (*Quesito n. 1 e n. 6*). La tabella vuole chiarificare i processi di associazione e l'ambito condiviso tra la disciplina didattica del docente e la macroarea assistenziale del protocollo aziendale.

In quest'ulteriore tabella sommaria (*Tab. 7*), sono state trasferite integralmente le risposte emerse dall'implementazione dell'intervista semi-strutturata alla docenza UNIVPM. Essa consta di una colonna relativa al numero progressivo della domanda, di una che elenca i docenti (identificati come visto con le 5 lettere alfabetiche e cromaticamente distinti), una che riguarda la risposta fornita in maniera completa ed autentica e l'ultima che sintetizza il contenuto della risposta in modo da permettere una più lineare ed efficace analisi successiva, conferendo maggiore chiarezza analitica.

Risultati dell'intervista ai DOCENTI			
Numero progressivo di domanda	Docente	Risposta integrale	Analisi sintetica
		<p>1) <i>Era già a conoscenza dell'esistenza dei protocolli aziendali redatti da AST Mc, approvati e validati nell'anno corrente, inerenti i seguenti temi?:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>“Indicazioni per l'utilizzo di penne di insulina pre-riempite in ospedale”</i> ▪ <i>“La gestione della febbre post chirurgica”</i> ▪ <i>“Prevenzione delle cadute nelle strutture sanitarie e socio sanitarie”</i> ▪ <i>“Procedura prevenzione e trattamento lesioni da pressione”</i> ▪ <i>“Indicazioni per la gestione diagnostica e terapeutica dell'iperglicemia in ospedale”</i> 	
1	A	<i>Si</i>	Buona conoscenza
	B	<i>Si</i>	Buona conoscenza

	C	<i>Si li conoscevo e li avevo diffusi al gruppo di lavoro</i>	Conoscenza e diffusione nel contesto aziendale
	D	<i>Si ne sono venuta a conoscenza</i>	Buona conoscenza
	E	<i>SI</i>	Buona conoscenza
2) <i>In caso di risposta positiva, li ha utilizzati per completare a livello contenutistico e qualitativo la sua didattica?</i>			
2	A	<i>Si</i>	Applicazione dell'integrazione
	B	<i>No, preferisco l'utilizzo della ricerca bibliografica nelle banche dati scientifiche ed il confronto delle linee guida delle società scientifiche</i>	Preferenza della sola teoria nella didattica
	C	<i>No non ho mai usato documenti dell'azienda.</i>	Nessun utilizzo nella didattica
	D	<i>Si li ho confrontati con la letteratura e quanto scritto nei testi consigliati agli studenti</i>	Confronto con la letteratura e con i testi didattici di riferimento
	E	<i>SI</i>	Applicazione dell'integrazione
3) <i>Fino ad oggi aveva mai considerato la possibilità di consultare le procedure aziendali al fine di associarle e integrarle ai suoi insegnamenti didattici? Ritiene che esse possano contribuire positivamente alla riduzione del gap tra la teoria e la pratica assistenziale infermieristica?</i>			
3	A	<i>Si</i>	Utilizzo già avviato
	B	<i>No vedi risposta 2 No, ritengo che le procedure <u>validate ed aggiornate di una AZIENDA</u> contribuiscano a normare comportamenti all'interno della stessa per il raggiungimento degli alcuni obiettivi specificati nel protocollo. Non possono sostituire la formazione continua obbligatoria sia del dipendente che dello studente.</i>	Impossibilità di utilizzo del protocollo in ambito universitario
	C	<i>No essendo documenti aziendali non li utilizzo senza autorizzazione. Eventualmente approfondisco gli argomenti utilizzando la bibliografia delle procedure/protocolli</i>	Necessaria autorizzazione per l'integrazione dei documenti
	D	<i>Si è assolutamente indispensabile integrare i protocolli e le procedure aziendali con quanto viene trasmesso agli studenti sia nelle lezioni teoriche che nei contenuti dei laboratori didattici e tutto ciò contribuisce alla riduzione del gap tra teoria e pratica.</i>	Si ritiene assolutamente indispensabile questa integrazione promossa dallo studio
	E	<i>Ritengo che sia opportuno formulare gli insegnamenti sulle linee guida validate e attuali più che sui protocolli aziendali, perché quest'ultimi a volte potrebbero essere non aggiornati e presentare defezioni da migliorare, perciò se pur questo possa far verificare un gap tra formazione e pratica, creare la giusta cultura nello studente produrrà a mio avviso il corretto cambiamento all'interno della struttura in cui esso lavorerà.</i>	Potenziare la cultura dello studente che lavorerà nell'azienda sanitaria

4) Riguardo il protocollo aziendale che le abbiamo fornito prima di questa intervista, le chiediamo se lei reputa che ci sia una complessiva corrispondenza dei contenuti tra il protocollo stesso e i contenuti teorici della sua didattica o se i principi espressi nella documentazione aziendale si discostano dai contenuti che lei eroga nel suo insegnamento.			
4	A	<i>I contenuti sono in linea</i>	Corrispondenza confermata
	B	<i>Si (primo item) No (secondo item)</i>	Corrispondenza confermata parzialmente
	C	<i>Fondamentalmente le indicazioni e i contenuti sono i medesimi</i>	Corrispondenza confermata
	D	<i>Si c'è una corrispondenza in quanto sia i protocolli aziendali e i contenuti delle lezioni devono seguire le evidenze scientifiche</i>	Corrispondenza confermata anche con la letteratura e le evidenze
	E	<i>Il protocollo proposto è stato redatto da me e da altri colleghi, per cui gli insegnamenti forniti agli studenti sono attinenti alle linee guida vigenti e al protocollo aziendale suddetto.</i>	Corrispondenza confermata
5) Nel caso in cui lei abbia rilevato all'interno del protocollo aziendale un elemento discordante, mancante, non completo etc. (sempre rispetto alla sua didattica), può fornirci dettagli in merito?			
5	A	<i>Non ho rilevato elementi discordanti</i>	Assenza differenze
	B	<i>Vedi risposta 4</i>	Assenza differenze
	C	<i>Non mi è ancora capitato</i>	Assenza differenze
	D	-	Assenza differenze
	E	<i>La mia didattica non era rivolta solo alle LDP, argomento del protocollo aziendale, ma alla gestione delle lesioni cutanee croniche ed acute, argomento più vasto che ovviamente comprende anche le LDP. La mia didattica ha come fine insegnare un approccio corretto allo studente per la gestione delle lesioni cutanee. La parte riguardante le LDP nella mia didattica è comunque attinente al protocollo aziendale in questione.</i>	Assenza differenze
6) Entrando nel merito specifico, sempre nell'ottica di confrontare contenutisticamente e qualitativamente la sua disciplina con i protocolli aziendali, ritiene ci sia concordanza dei seguenti contenuti?:			
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Fonti di ricerca, procedura di somministrazione della terapia insulinica, addestramento del paziente, matrice delle responsabilità</i> ▪ <i>Timing, valutazione e gestione della temperatura corporea, metodo di rilevazione</i> ▪ <i>Definizioni e gestione della sicurezza e della movimentazione, individuazione dei fattori di rischio e modalità di accertamento, utilizzo di scale oggettive di valutazione (griglia di accertamento dei fattori di rischio, Conley, IPFRAT), utilizzo della contenzione</i> ▪ <i>Prevenzione e fattori di rischio per le LDD, utilizzo scale oggettive di valutazione (Braden), posizionamento, valutazione dello stato nutrizionale (scala MNA), stadiazione LDD, trattamento, gestione del dolore e scale (NRS, Painad)</i> ▪ <i>Approfondimenti relativi alla tipologia di insulina e alla via di somministrazione, gestione dell'insulino-tp in un paziente sottoposto a NA / NE / NPT, calcoli sul dosaggio insulinico in pompa o sc, trattamento delle ipoglicemie</i> 			

6	A	<i>Si</i>	Corrispondenza confermata
	B	<i>Si, nel rispetto delle competenze specifiche di ogni professionista sanitario coinvolto (somministrazione, gestione, dosaggi e trattamento) della matrice del protocollo</i>	Corrispondenza confermata
	C	<i>Si i contenuti sono concordanti.</i>	Corrispondenza confermata
	D	<i>Si c'è una concordanza. Stiamo lavorando su tutte le sedi del corso di laurea UNIVPM su una check list da utilizzare nel laboratorio didattico.</i>	Corrispondenza confermata, si sta lavorando in tutte le sedi UNIVPM per la produzione di una check-list comune da utilizzare nei laboratori didattici
	E	<i>SI</i>	Corrispondenza confermata
7) <i>Ha mai ricevuto feedback da parte degli studenti in merito alla corretta ed effettiva applicazione dei principi teorici da lei insegnati? Oppure sono state riscontrate difformità tra la teoria e la pratica clinica?</i>			
7	A	<i>Si sono state riscontrate difformità</i>	Difformità riscontrate
	B	<i>No</i>	Nessun feedback
	C	<i>Spesso vi è discordanza tra teoria e pratica nei vari settinings, spesso legata anche al livello professionale dei vari infermieri che hanno formazioni e background molto differenti (vedi x ip rispetto al laureato)</i>	Discordanza dovuta al livello professionale e alle diverse formazioni degli infermieri
	D	<i>Purtroppo esistono, nella pratica clinica delle discordanze, soprattutto nel seguire le regole di somministrazione sicura dei farmaci, non solo per l'insulinoterapia ma per tutte le vie di somministrazione in particolare nel rispetto delle 10G e nel triplice controllo.</i>	Discordante riscontrate nella somministrazione sicura dei farmaci (insulino-tp e rispetto delle 10 G e triplice controllo)
	E	<i>Spesso gli studenti evidenziano quanto sia diversa la gestione delle lesioni nei reparti, rispetto a quanto viene insegnato loro .Non posso che confermare questa evidenza, con al consapevolezza che un gap culturale del genere necessita di molto tempo e costanza nella formazione purtroppo, tenendo presente che questa disciplina, il wound care, è una disciplina specialistica. E' per questo che la nostra azienda ha proposto a noi specialisti in wound care di formulare il protocollo aziendale in questione per formulare dei comportamenti procedurali corretti e uniformati in tutta l'azienda</i>	Gap nella gestione assistenziale (pratica clinica) rispetto agli insegnamenti (teoria)
8) <i>Ha mai ricevuto feedback da parte degli studenti in merito alla corretta ed effettiva applicazione dei principi espressi nel protocollo aziendale?</i>			
8	A	<i>Non ho ricevuto feedback in merito ai protocolli aziendali</i>	Nessun feedback

	B	No	Nessun feedback
	C	No nessun feedback ma sarebbe utile magari approfondire in futuro chiedendo agli studenti un loro ritorno.	Nessun feedback
	D	Si confermo quanto sopra	Si, feedback in merito alla diversificata operatività nella somministrazione della terapia (insulinica e regola delle 10G)
	E	NO	Nessun feedback
9) In un quadro più generale, lei reputa siano presenti dei gap a livello teorico-pratico nella professione infermieristica?			
9	A	Si	Si, conferma del gap
	B	Non ho gli elementi per poter rilevare il dato che mi chiede	Incapacità di giudizio, astensione
	C	Pur avendo una ottima formazione base, ritengo ci siano delle lacune che sarebbe utile sanare con una formazione post base più clinica e specialistica	Necessità di un consolidamento formativo post base e specialistico
	D	Si	Si, conferma del gap
	E	Si ci sono, credo che l'unica strada per ridurre il gap sia ampliare le conoscenze e le competenze del sanitario, altrimenti l'adeguarsi ai comportamenti sbagliati continuerà a verificarsi.	Scorretto adeguamento ai comportamenti osservati
10) In caso di risposta positiva, potrebbe descrivere un esempio oggettivo al quale assistito che mostri come la nostra professione presenti dei limiti che si interpongono tra l'apprendimento teorico e l'attuazione degli stessi concetti in ambito pratico?			
10	A	Somministrazione dei farmaci per via intramuscolare: sede elettiva	Marcato utilizzo dei farmaci intramuscolari come sede elettiva
	B	Vedi risposta 9	Incapacità di giudizio, astensione
	C	Ad esempio in emergenza un professionista non ha il bagaglio teorico-pratico utile a gestire attività specifiche.	Contesto emergenziale poco impalcato su una solida struttura formativa specialistica
	D	Non sempre gli infermieri sono aggiornati rispetto alle evidenze scientifiche e la soggettività dell'assistenza infermieristica	Entra in gioco la soggettività dell'assistenza infermieristica e si verifica spesso il mancato aggiornamento sulle evidenze scientifiche
	E	Restando nell'argomento LDP, spesso vedo utilizzare medicazioni improprie nelle lesioni, con enorme spreco	Improprietà nella scelta delle metodiche e

	<p><i>di materiali, per assenza di materiali a disposizione, ma più spesso per incapacità di inquadrare una lesione, come ad esempio medicazioni non antimicrobiche in lesioni francamente infette o viceversa.</i></p> <p><i>Non consigliare al pz o familiare il corretto presidio antidecubito in presenza di LDP o alto rischio valutato con scala di Braden.</i></p>	<p>degli strumenti in contesti specialistici, spreco di risorse in una già scarsa disponibilità di materiali</p>
--	---	--

Tab. 7 Risultati dell'intervista ai docenti.

Nella tabella si riportano integralmente e in maniera riepilogativa tutte le risposte fornite dai docenti campionati e intervistati.

Come deducibile dall'osservazione della tabella, tutti i docenti (cinque su cinque) hanno risposto a tutti i quesiti. Non ci sono state astensioni, tutti hanno offerto il proprio contributo entro i termini previsti dalla sperimentazione, garantendo la propria trasparenza e veridicità.

Le risposte risultano alquanto eterogenee e, per questo, meritevoli di un'ampia ed attenta analisi e discussione, che possa scovare la natura di esse o determinarne la fonte.

Percezioni degli studenti sul contrasto didattica-tirocinio

È importante a questo punto porre una premessa, prima di presentare e schematizzare i risultati, teorici ed effettivi, in modo da creare un breve background sui diritti e i doveri degli studenti. Questo ci consentirà di analizzare ciò che il regolamento universitario dichiara rispetto alla percezione vissuta in prima persona dallo studente e, conseguentemente, di poter meglio comprendere se e quanto queste prescrizioni, che regolamentano la vita di uno studente all'interno dell'Ateneo, siano coerenti con le sue necessità formative. All'articolo 1, la Carta¹⁷¹ dichiara “*l'Università è una comunità umana e scientifica, di insegnamento e di ricerca. È suo compito contribuire all'innalzamento del livello delle conoscenze scientifiche e trasmettere il sapere disponibile alle nuove generazioni*”¹⁷². Tra gli altri diritti dello studente che l'università deve perseguire per garantire standard di assicurazione della qualità, citiamo: “*gli studenti hanno diritto ad una didattica qualificata e organizzata ai fini del raggiungimento degli obiettivi formativi, culturali e professionalizzanti del corso di studio*”¹⁷³ – “*l'Università opera nel rispetto della trasparenza e della chiarezza procedurale*”¹⁷⁴. Pertanto, possiamo comprendere come le opinioni degli studenti sulla didattica costituiscano principalmente un diritto fondamentale ma anche un corpus di informazioni essenziali per i sistemi di assicurazione della qualità. È proprio dallo studente e dal suo coinvolgimento attivo che la

¹⁷¹ Carta dei diritti e dei doveri degli studenti e delle studentesse, doc. UNIVPM, emanato con decreto rettoriale n. 1055 del 20/10/2016.

¹⁷² Articolo 1 – Principi fondamentali, c. 1, Carta dei diritti e dei doveri degli studenti, UNIVPM.

¹⁷³ Articolo 1 – Principi fondamentali, c. 7, Carta dei diritti e dei doveri degli studenti, UNIVPM.

¹⁷⁴ Articolo 1 – Principi fondamentali, c. 9, Carta dei diritti e dei doveri degli studenti, UNIVPM.

formazione attua un miglioramento costante dei suoi apparati. Questo presupposto rappresenta uno dei motivi per cui in questo studio, seppur non ci sia alcuna pretesa di rigore scientifico, si è ritenuto imprescindibile indagare sulle considerazioni valutative da esso espresse. Anche le linee guida europee *Standard and Guidelines for Quality Assurance in the European Higher Education Area*, sottolineano la rilevanza della *student voice* nei processi valutativi e il coinvolgimento degli studenti nei processi di *information management* delle Università, di monitoraggio e di revisione periodica dei CdS¹⁷⁵.

L'obiettivo che ha fatto da sfondo all'implementazione dell'intervista semi-strutturata agli studenti, era quello di raccogliere quante più informazioni e percezioni possibili, soggettive e non, vissute durante il tirocinio e in generale nel corso del triennio formativo. Questo scopo è stato verosimilmente raggiunto con la registrazione di una discreta adesione, disponibilità e partecipazione all'indagine, seppur con dei limiti che descriveremo. Già questo dato ci offre una visione abbastanza positiva perché ha fatto emergere una verosimile necessità profonda ma silente da parte dei futuri infermieri che a questo tema hanno dedicato interesse ed attenzione con un semplice contributo riflessivo.

Il campione di studenti che è stato intervistato è composto da 25 unità volontarie, tutti frequentanti il CdL in Infermieristica, UNIVPM con sede a Macerata. Tutti hanno risposto a tutte le domande poste, senza alcuna omissione di una o più di esse. Dando subito un inquadramento socio-demografico al campione, affermiamo che l'età media degli intervistati rientrava nel range 20-30 anni, con una prevalenza di genere femminile.

Al pari della docenza, si ritiene opportuno inserire in una tabella di *recap* (Tab. 8 e Tab. 9) le risposte fornite dagli studenti in questa intervista, sempre mantenendo integrale la loro versione. È da specificare che sono state progettate due tabelle meramente per una questione formale e di chiarezza dei contenuti. Nella prima, sulla sinistra troviamo gli studenti (1-25) enumerati in ordine temporale di risposta fornita, nelle quattro colonne adiacenti il numero progressivo della domanda “1 – 4”, quindi dedicando la tabella ad accogliere solamente i contenuti liberi più generali e soggettivi.

Risultati dell'intervista agli STUDENTI				
Numero progressivo di domanda (1 – 4)				
<i>Studenti</i>	1	2	3	4
1	<i>Si</i>	<i>Si</i>	<i>No</i>	<i>Si</i>

¹⁷⁵ Si fa riferimento alla versione più recente adottata nell'incontro di Yerevan – si vedano in particolare ESG (2015), pp. 8,14.

2	<i>Si, ne ero a conoscenza dell'esistenza;</i>	<i>Credo possa essere importante, perché potrebbe completare correttamente le conoscenze anche di infermieri con anni di esperienza, far lavorare tutti allo stesso modo e nel modo consono.</i>	<i>Penso di no</i>	<i>Credo che la pratica in tirocinio sia molto diversa dalla teoria appresa in università, ad esempio alcune situazioni emergenziali (non troppo trattate in università) non sempre permettono di lavorare in ordine ed in tranquillità.</i>
3	<i>No</i>	<i>Si</i>	<i>No</i>	<i>Si</i>
4	<i>Si</i>	<i>Si</i>	<i>Si</i>	<i>Si</i>
5	<i>Poco, l'università ce ne ha parlato scarsamente e nell'ambito dei laboratori didattici lo abbiamo ricevuto quest'anno solo in occasione di questo studio</i>	<i>Assolutamente si. Integrare sin da subito gli aspetti pratici aziendali a quelli teorici che riceviamo nel triennio può migliorare la nostra professionalità futura, ma solo con attenta collaborazione e disponibilità, non sempre ricevuta durante il tirocinio.</i>	<i>Complessiva si, specifica meno. Il protocollo dà informazioni dettagliate anche rispetto alle diverse responsabilità dei numerosi operatori rispetto a una procedura specifica</i>	<i>Si, spesso l'infermiere spesso sa che quella determinata procedura richieda un certo susseguirsi di azioni specifiche e un dato utilizzo dei materiali, ma nonostante conosca ne conosca bene anche il principio teorico, applica comunque azioni che hanno lo stesso fine ma che riducono i tempi. Un po' come nel caso del posizionamento del catetere vescicale; non sempre gli infermieri lo eseguono in maniera completamente sterile</i>
6	<i>No</i>	<i>Decisamente si</i>	<i>Più o meno</i>	<i>Si continuamente</i>
7	<i>Si</i>	<i>Credo sia molto vantaggioso</i>	<i>Si, abbastanza ma in maniera complessiva. In laboratorio non si citano le fonti normative come nel protocollo</i>	<i>Si, molto spesso gli infermieri non conoscono le norme che regolano alcuni aspetti della pratica clinica</i>
8	<i>Abbastanza, me ne hanno parlato alcuni infermieri nel tirocinio</i>	<i>Sarebbe opportuno</i>	<i>Solo complessiva</i>	<i>Si molte differenze nella modalità di esecuzione delle procedure</i>
9	<i>No</i>	<i>Si</i>	<i>Abbastanza simili tra loro</i>	<i>Moltissime</i>
10	<i>Si, nel tirocinio</i>	<i>Integrarle può essere l'occasione per avvicinare la teoria e la pratica</i>	<i>Sono poco corrispondenti, il protocollo è più completo</i>	<i>È capitato che alcune azioni non fossero eseguite in maniera sterile come ci insegnano all'università</i>
11	<i>No</i>	<i>Non credo sia possibile</i>	<i>Abbastanza, il protocollo rispetto alle skills è più approfondito</i>	<i>Costantemente in molte attività</i>
12	<i>No</i>	<i>Penso di si</i>	<i>Si, abbastanza</i>	<i>Ci sono delle differenze spesso dovute al poco tempo a disposizione</i>
13	<i>Non conoscevo il loro utilizzo</i>	<i>Non saprei</i>	<i>Poca corrispondenza</i>	<i>Le differenze che ho potuto osservare si verificano soprattutto in emergenza</i>

14	<i>L'università non ce ne ha parlato</i>	<i>Si</i>	<i>All'incirca, meno specifico il laboratorio rispetto alla procedura aziendale</i>	<i>Ho assistito a delle differenze ma solo da infermieri con più anni di esperienza e forse minore formazione</i>
15	<i>No</i>	<i>Si</i>	<i>No</i>	<i>Si</i>
16	<i>Lo abbiamo utilizzato da quest'anno nei laboratori</i>	<i>Integrare i protocolli potrebbe migliorare molto i nostri laboratori perché dà un'impronta pratica</i>	<i>I documenti didattici che ci forniscono nei laboratori sono più generici e meno dedicati all'aspetto pratico</i>	<i>Ho assistito a molte differenze tra teoria e pratica e nella maggior parte l'infermiere ne era consapevole</i>
17	<i>Li conoscevo ma in linea generale</i>	<i>Si, è una buona idea l'integrazione</i>	<i>Leggendoli si nota che nei laboratori non vengono menzionati le fonti di ricerca o la bibliografia</i>	<i>Credo che le differenze risiedano principalmente nella persona stessa dell'infermiere, ognuno è responsabile del proprio modo d'agire</i>
18	<i>Si li conoscevo</i>	<i>Si, penso possa contribuire molto positivamente</i>	<i>Penso ci sia una buona corrispondenza complessiva</i>	<i>Si ci sono</i>
19	<i>No</i>	<i>Si</i>	<i>No</i>	<i>Si</i>
20	<i>No</i>	<i>Si</i>	<i>Non corrispondono appieno</i>	<i>Si ho assistito a differenze nella gestione delle medicazioni ad esempio</i>
21	<i>Non prima di quest'anno</i>	<i>Assolutamente si</i>	<i>Poca corrispondenza, nei laboratori non si valutano le variabili tipiche della prassi infermieristica</i>	<i>Molti infermieri non hanno il tempo necessario per eseguire le attività come ci vengono insegnate nei laboratori, pur rispettando il principio teorico</i>
22	<i>No</i>	<i>Credo in una giusta ed efficace integrazione delle due realtà</i>	<i>Integrarli serve ad aggiungere quello che manca nei laboratori rispetto al protocollo aziendale come la matrice delle responsabilità che potrebbe farci comprendere meglio quali sono i nostri limiti professionali</i>	<i>I giovani infermieri tendono ad aggiornarsi maggiormente quindi riducono il gap tra teoria e pratica, oltre ad avere una formazione più incentrata sulla teoria quindi sono meno esperti ma conoscono meglio il background teorico</i>
23	<i>Si</i>	<i>Si, molto</i>	<i>Abbastanza</i>	<i>Alcune</i>
24	<i>Ne ho sentito parlare durante il tirocinio</i>	<i>L'integrazione sarebbe molto vantaggiosa perché laddove i laboratori non rimandino alla pratica, il protocollo può rimediare</i>	<i>Discreta corrispondenza dei contenuti</i>	<i>In Rianimazione vengono applicate le stesse procedure del laboratorio didattico mentre in Pronto Soccorso ad esempio spesso viene meno la sterilità, la regola delle 9 G etc.</i>
25	<i>No</i>	<i>Si</i>	<i>Il protocollo aziendale sembra molto più approfondito soprattutto sull'aspetto pratico</i>	<i>Proprio perché il protocollo è più specifico sulla pratica, ci sono molte differenze tra teoria e clinica</i>

Tab. 8 Risultati dell'intervista agli studenti.

Nella tabella si riportano integralmente e in maniera riepilogativa tutte le risposte fornite dai discenti campionati e intervistati.

Questa seconda tabella fa seguito alla prima includendo le ultime due risposte che oggettiva le precedenti e infine, come implementato per la docenza, una colonna riporta un'analisi sintetica che riassume le considerazioni dello studente in termini molto pragmatici e riassuntivi, permettendo una successiva più snella discussione degli stessi.

<i>Studenti</i>	Numero progressivo di domanda (5 – 6)		<i>Analisi sintetica</i>
	5	6	
1	<i>b; c</i>	<i>C; A</i>	Opportunità e sicurezza
2	<i>a;b</i>	<i>C</i>	Necessaria integrazione per maggiore uniformità della prassi tra giovani neolaureati ed esperti
3	<i>a; e</i>	<i>C</i>	Tutor e ambiente di tirocinio sono le variabili decisive
4	<i>a; e</i>	<i>A</i>	Coerenza tra teoria e pratica
5	<i>a; e</i>	<i>A</i>	Marcata discrepanza tra teoria e pratica, in gioco la variabile tempo e la critica consapevolezza
6	<i>a; c</i>	<i>C</i>	Molti gap tra teoria e pratica
7	<i>b; e</i>	<i>D</i>	Mancata specificità dei riferimenti normativi nei lab.
8	<i>a; e</i>	<i>A</i>	Scarsa corrispondenza e molti gap
9	<i>b; e</i>	<i>A</i>	Discreta corrispondenza
10	<i>b; e</i>	<i>C</i>	Scarsa sterilità nella prassi clinica
11	<i>a; e</i>	<i>D</i>	Maggior approfondimento del protocollo aziendale
12	<i>a; d</i>	<i>A</i>	Variabile tempo come causa nel gap
13	<i>b; c</i>	<i>C</i>	Gap soprattutto in emergenza
14	<i>a; e</i>	<i>B</i>	Maggiori differenze da parte degli infermieri con più anni di esperienza e diversa formazione
15	<i>b; c</i>	<i>A</i>	Scarsa corrispondenza ma buona pratica generale
16	<i>a; e</i>	<i>A</i>	Consapevolezza del gap negli infermieri
17	<i>a; e</i>	<i>C</i>	Mancanza delle fonti di ricerca nella bibliografia dei laboratori didattici
18	<i>a; b</i>	<i>D</i>	Buona corrispondenza complessiva
19	<i>a; c</i>	<i>A</i>	Buona pratica unita ad un buon rigore teorico
20	<i>a; e</i>	<i>C</i>	Differenze nella gestione delle medicazioni
21	<i>b; e</i>	<i>D</i>	Poco tempo a disposizione degli infermieri per riprodurre fedelmente le attività come in laboratorio
22	<i>a; e</i>	<i>A</i>	Necessaria integrazione della responsabilità nelle skills; differenze tra giovani infermieri ed esperti

23	<i>a; e</i>	<i>A</i>	Buona corrispondenza nonostante il gap
24	<i>b; d</i>	<i>C</i>	Sterilità e regola delle 9 G con attuazioni diversificate
25	<i>a; e</i>	<i>A</i>	Laboratori poco dettagliati sul piano pratico

Tab. 9 Risultati dell'intervista agli studenti.

Nella tabella si riportano integralmente e in maniera riepilogativa tutte le risposte fornite dai discenti campionati e intervistati.

Le risposte fornite sono risultate abbastanza incisive, sintetiche e chiare. Altri di essi hanno riservato una riflessione più complessa ed ampia. In linea generale, però, la maggioranza delle esperienze raccolte si riferivano ad episodi attinenti all'ambito pratico, con pochi riferimenti a quello teorico. Le vicende e le considerazioni personali sono stati narrati con stili e contenuti molto diversi fra loro. Senza alcuna pretesa di rigore e dignità scientifica, questi interrogativi posti e le conseguenti risposte registrate hanno fornito il materiale per un confronto futuro e per approfondimenti che possono essere messi a disposizione delle università al fine di migliorare costantemente i loro processi formativi.

DISCUSSIONE

Come principale risultato e background teorico di riferimento, e nel contesto di una più ampia letteratura revisionata in linea con i risultati degli studi a breve esaminati, sosteniamo che sembra esserci una vera e propria disconnessione degli elementi che compongono l'intero percorso di formazione dello studente essendo afferente ad un sistema che include da una parte l'università e dall'altra l'assetto ospedaliero, evidente riflesso della varietà delle sue risorse umane e materiali.

Tra gli elementi necessari al raggiungimento di un'adeguata educazione accademica, secondo la letteratura, si presenta la comunicazione: progettata per preparare, allenare e collaborare; essa consente lo sviluppo di una partecipazione attiva e il mantenimento di una relazione lavorativa efficace per facilitare la corretta disseminazione delle informazioni e per prevenire l'omissione di importanti informazioni¹⁷⁶.

Nei capitoli precedenti, si è visto come il tirocinio clinico rappresenti un'occasione per verificare quale ricaduta hanno alcuni insegnamenti, con un monte ore limitato, sull'attività clinica. Questa argomentazione è stata poi confermata dai risultati della ricerca nei quali sia i docenti sia gli studenti hanno confermato come nell'ambito di discipline infermieristiche di base, una sintesi dei contenuti vincolata dalle condensate ore riservate al modulo didattico, sia probabilmente un limite (proprio per i suoi tempi ridotti che contrastano con la numerosità contenutistica da apprendere) oltre che uno scoglio alla completa acquisizione dei concetti perché causa la perdita di informazioni che potrebbero conferire maggiore poliedricità all'insegnamento stesso.

Nei successivi due sottocapitoli verremo a distinguere le considerazioni emerse dalla prima intervista, quindi osserveremo il tema centrale dal punto di vista dei docenti, mentre nel successivo potremmo analizzarlo con gli occhi degli studenti. Un momento di confronto critico dei risultati ottenuti, alla luce della letteratura specifica già narrata, con una particolare attenzione ai possibili punti di forza.

Iniziale disamina oggettiva: i protocolli a confronto

Come già affermato nei capitoli precedenti, la discussione dei risultati a questo primo livello integrerà, in maniera generica e complessiva, l'analisi grezza dapprima condotta sul confronto tra i protocolli aziendali e la documentazione didattica inerente ai laboratori, spiegando alcune delle motivazioni che sono alla base dei conflitti rilevati.

¹⁷⁶ Chimezie J. Agomoh, et al., "A mapping review of clinical nurse leader and nurse educator transitional care skills and competencies", *Nursing Outlook*, Volume 68, Issue 4, 2020, Pages 504-516, ISSN 0029-6554.

È importante specificare come nella sezione dedicata ai conflitti riscontrati, sono state comunque inserite alcune aree scarsamente inquadrare nelle documentazioni di laboratorio didattico seppur interiorizzate negli insegnamenti teorici corrispondenti del docente. Questo ci fa riflettere sull'importanza di affiancare a questa analisi base, un ulteriore confronto qualitativo che integri e aggiunga il contributo della docenza (permettendo una presunta rimozione di alcuni gap individuati a questo livello, considerato grezzo), e infine delle valutazioni da parte degli studenti, ultima concreta voce che può far emergere eventuali ed ulteriori mancanze non riscontrate precedentemente.

Osservando quindi la tabella concernente il primo confronto contenutistico oggettivo (*Tab. 5*), è evidente come nei laboratori didattici si dia poco spazio ai i seguenti contenuti:

- **Contestualizzazione bibliografica:** una completa ed aggiornata menzione e disamina delle fonti di ricerca, dei vincoli normativi, delle linee guida e delle evidenze in letteratura risulta essere spesso omessa all'interno delle skills didattiche, scarsa o sottintesa. Questo dato può essere ricondotto al fatto che un riferimento teorico sia già stato assunto dallo studente all'interno di moduli didattici relativi allo stesso tema e pertanto già affrontati in precedenza; si ritiene comunque fondamentale la presenza di un rimando teorico anche a livello del laboratorio didattico, in modo da contestualizzare l'attività pratica da certificare alla ricerca delle migliori evidenze, background della procedura specifica;
- **Indicazioni sulle responsabilità:** l'ovvia presenza di una matrice delle responsabilità all'interno del protocollo aziendale è un dato noto. Allo stesso tempo il fatto che essa non sia presente all'interno della documentazione didattica di laboratorio è una realtà altrettanto conosciuta ma che implica una riflessione: permettere allo studente di conoscere quali attività specifiche siano condivise con altre figure professionali potrebbe rappresentare un elemento che, ancora una volta, consentirebbe l'integrazione tra i principi teorici assunti e l'effettiva prassi che lo trova coinvolto in un setting all'interno del quale operano diversi professionisti. Questo rimando potrebbe aiutare lo studente a comprendere meglio i limiti del suo agire e gli ambiti di collaborazione, così come una migliore chiarezza in termini di responsabilità professionale;
- **Integrazione teorico-pratica:** si può sovrapporre questo elemento riscontrato all'iniziale quesito di ricerca: il gap tra teoria e prassi infermieristica. Già a livello dei laboratori didattici, infatti, si è notato come questi siano pianificati in modo da essere fortemente improntati alla certificazione della corretta esecuzione di una procedura assistenziale ma con poco coinvolgimento dei principi teorici, o di altre variabili non

prettamente inerenti l'attività pratica, ma comunque fondamentali per una gestione complessiva che integri la teoria alla prassi.

Ad ogni modo, volendo perseguire i principi di chiarezza e trasparenza delle argomentazioni e delle valutazioni come capisaldi di questo studio, e allo scopo di evitare qualsivoglia reiterazione o discordanza contenutistica, si passeranno ora in rassegna, in maniera distinta, dapprima le considerazioni emerse dai docenti e poi quelle degli studenti.

Sulla docenza: corrispondenza complessiva, esigenza di un consolidamento specialistico

Una specifica importante è da fare sul titolo e sul ruolo rivestito dai docenti al di fuori della loro cattedra, elemento che può rappresentare una variabile che influenza la valutazione da essi offerta e che per questo va contestualizzata. Nel seguente elenco si approfondisce questo aspetto:

- Docente A: Docente e tutor presso UNIVPM Mc;
- Docente B: Dirigente infermieristico presso AST Mc;
- Docente C: Coord. inf.co presso AST Mc, Presidente OPI Mc, Docente UNIVPM Mc;
- Docente D: Docente e Direttore ADP presso UNIVPM Mc;
- Docente E: Infermiere presso ADI Mc (AST Mc), referente per la gestione delle lesioni, Presidente Commissione d'Albo OPI Mc e docente per il corso didattico (laboratorio professionale) sulla gestione delle lesioni acute e croniche.

Come ben evidenziato, la selezione dei docenti è perfettamente coerente all'obiettivo di sperimentazione: non solo per l'associazione della macroarea assistenziale del protocollo aziendale con il loro insegnamento, ma anche per via del loro profilo professionale e della loro esperienza curriculare. Molti di essi, infatti, lavorano all'interno dell'Azienda da cui si sono considerati i protocolli, rivestendo anche ruoli decisionali nella loro pianificazione e redazione. Gli altri possiedono allo stesso modo caratteri di determinazione della didattica all'interno del contesto UNIVPM e stringono forti rapporti con la rappresentanza dei docenti che lavorano nel contesto aziendale AST Mc. Nell'ottica di questa integrazione comunicativa e di carriera, l'analisi qualitativa viene coltivata in un terreno di ricerca fertile.

Alla luce di questo riferimento, scomponendo le risposte dell'intervista notiamo come i docenti riferiscano una ragguardevole conoscenza professionale relativa all'esistenza dei protocolli e altrettanto valido risulta essere il loro utilizzo nel contesto aziendale. Ciò non è valevole però nei riguardi delle successive domande nelle quali viene indagata la possibile consultazione e integrazione degli stessi con la didattica erogata. Infatti, i docenti si mostrano contrari nella maggior parte dei casi a questa possibilità asserendo quanto essi possano “*contribuire a*

normare comportamenti all'interno dell'azienda per il raggiungimento di alcuni obiettivi specifici” ma *“non possono sostituire la formazione continua obbligatoria sia del dipendente che dello studente”*. Probabilmente questa affermazione è da riferire al fatto che coloro che partecipano alla redazione del protocollo possiedono una maggiore rigidità nella loro fruizione e pertanto non ritengono né opportuno né proficuo poterlo utilizzare all'interno del contesto universitario. Infatti, un altro afferma di avere buona conoscenza e di aver diffuso il protocollo ai dipendenti dell'Unità Operativa di cui è coordinatore, ma non ai suoi studenti. In particolar modo, un docente sottolinea più volte quanto sia preferibile *“l'utilizzo della ricerca bibliografica nelle banche dati scientifiche e il confronto delle linee guida delle società scientifiche”*, conferendo maggiore importanza alla teoria ed escludendo categoricamente il possibile inserimento di un aspetto più pratico negli insegnamenti. Soltanto in un caso il docente ha già integrato il protocollo aziendale con i suoi insegnamenti teorici; lo stesso ritiene che *“creare la giusta cultura nello studente produrrà [...] il corretto cambiamento all'interno della struttura in cui esso lavorerà”*. Tra le cause che argomentano la contrarietà dei docenti in merito alla condivisione dei protocolli all'interno della loro didattica, si nomina una *“necessaria autorizzazione”* da parte dell'azienda con l'eventualità di *“approfondire gli argomenti utilizzando la bibliografia delle procedure/protocolli”*. Senza aver diretto in alcun modo questa considerazione, ma menzionandola integralmente, vediamo come essa esprima una mancata conoscenza della volontà dell'Azienda stessa di fornire agli studenti questi protocolli, proprio come è stato autorizzato per questo studio. Se i docenti fossero a conoscenza di quanto essa voglia renderli noti agli studenti, in modo da improntare la loro formazione anche su un aspetto procedurale contestualizzato alla pratica clinica assistenziale, essi sarebbero più propensi alla condivisione e alla seguente riduzione del conflitto teoria-pratica.

La quarta domanda, invece, ha accumulato i giudizi espressi da tutti i docenti: essi ribadiscono come ci sia una valida corrispondenza complessiva contenutistica tra il protocollo e la didattica. In due casi il protocollo è stato redatto anche dal docente intervistato e pertanto, possedendo una conoscenza dettagliata della sua struttura e della sua materia, può confermarci come anche gli insegnamenti forniti agli studenti siano *“attinenti alle linee guida vigenti e al protocollo aziendale”*. Con la quinta contro domanda si va a stimare la veridicità e la coerenza della precedente chiedendo l'eventuale presenza di elementi discordanti mancanti o incompleti rispetto a quelli universitari. Ad ogni modo, essa mostra una completa congruenza ai precedenti risultati finora espressi, confermando l'assenza di differenze o scarti qualitativi tra i due ambiti. Anche il sesto interrogativo pone davanti ad una contro conferma delle valutazioni espresse ma, ancora una volta si ottiene piena costanza e conformità dei giudizi: la corrispondenza specifica

sui contenuti (interrogativo che avrebbe potuto far emergere ulteriori disparità dettagliate) viene ribadita da tutti i docenti intervistati.

Ebbene, pur non rilevando difformità nel contenuto del documento aziendale rispetto a quelli universitari, nel settimo quesito ci si imbatte nella rilevazione da parte dei docenti di alcuni feedback dei propri studenti che riscontrano *“discordanze tra teoria e pratica nei vari setting, spesso legata anche a livello professionale dei vari infermieri che hanno formazioni e background molto differenti”*.

La letteratura può risolvere questo conflitto avendo ricercato, tra le varie cause possibili, la mancanza di tempo da parte del personale infermieristico nel gestire la formazione dello studente e di conseguenza potenziare la propria, aggiornandola di pari passo a quella universitaria. Dato emergente secondo alcuni articoli: in qualche situazione, gli infermieri hanno indicato di essere stati costretti a fare una scelta tra fornire un'assistenza di qualità e aggiornata al paziente, oppure offrire un'adeguata e completa formazione allo studente: ciò ha comportato che nessuna delle due attività sia stata davvero svolta in maniera efficace¹⁷⁷.

In accordo con la precedente argomentazione un secondo docente evidenzia e sottolinea quanto il gap nella gestione assistenziale (pratica clinica) rispetto agli insegnamenti sia un'evidenza da confermare seppur di malgrado, ma *“con la consapevolezza che un gap culturale del genere necessita di molto tempo e costanza nella formazione”* – e proprio per evitare questo scarto – *“l'azienda ha proposto a noi specialisti [...] di formulare il protocollo aziendale in questione per comportamenti procedurali corretti e uniformati in tutta l'azienda”*. Il passo successivo sarebbe quindi quello di poter traslare questa condotta anche all'interno delle università sempre nell'ottica di potenziamento e uniformità formativa e riduzione dello scarto.

Mentre sia stata chiara ed evidente la ricezione di feedback da parte degli studenti in merito alla corretta ed effettiva applicazione dei principi teorici insegnati dal docente di riferimento, non è altrettanto tangibile una loro considerazione circa la concreta adesione ai principi del protocollo aziendale nella pratica clinica, osservata in questo caso durante il tirocinio clinico. Alla base di questo dato assoluto, può riscontrarsi una blanda o diversificata applicazione del protocollo all'interno dei diversi contesti operativi da parte degli infermieri, comportamento che rifletterebbe il mancato coinvolgimento dello studente al riguardo del protocollo (aspetto che verrà confermato nel sotto capitolo successivo dedicato alle risposte degli studenti su tematiche analoghe, popolazione che mostra di possedere una scarsissima conoscenza relativa già alla sola esistenza del protocollo).

¹⁷⁷ Cuck et al., (2020).

Passando alle ultime due domande di indagine, specifichiamo che un docente ha preferito astenersi dal fornire la propria risposta per incapacità di giudizio nella rilevazione generica di eventuali gap teorico pratici nella professione infermieristica. Gli altri invece hanno ben inquadrato il loro giudizio all'interno dell'individuazione di lacune effettivamente presenti che *“sarebbe utile sanare con una formazione post base più clinica e specialistica”*, mentre un altro aggiunge che *“l'unica strada per ridurre il gap sia ampliare le conoscenze e competenze del sanitario altrimenti l'adeguamento ai comportamenti sbagliati continuerà a verificarsi”*. In un certo senso, questo espandere le proprie conoscenze e abilità è da ricondurre alla predetta necessità di un consolidamento formativo post base e specialistico che viene osservata e sostenuta anche da un'altra argomentazione che va ad oggettivare quanto dichiarato finora: *“spesso vedo utilizzare medicazioni improprie nelle lesioni, con enorme spreco di materiali per assenza di materiali a disposizione, ma più spesso per incapacità di inquadrare una lesione”*. Da qui affiora un'evidente improprietà nella scelta delle metodiche e degli strumenti in contesti specialistici e il contestuale spreco di risorse in una realtà che presenta già una scarsa disponibilità dei materiali. Anche nel contesto emergenziale viene rilevata questa lacuna: *“in emergenza un professionista non ha il bagaglio teorico-pratico utile a gestire attività specifiche”*. È chiaro quindi come la nostra professione necessiti di essere impalcata su una solida struttura formativa specialistica, magari successiva alla formazione base, ma fortemente necessaria al completamento dell'essere professionista.

Queste le principali considerazioni e valutazioni qualitative espresse dalla docenza. Successivamente si verranno a delineare quelli che emergono nella popolazione studentesca con un simultaneo match qualitativo fra i due target campionati così da distinguere eventuali concordanze o segnalare potenziali varietà di giudizio.

Sulla discesa: critica consapevole e necessaria integrazione collaborativa

I

Entrando subito nel vivo delle risposte, vediamo come il primo quesito che indagava la conoscenza professionale relativa all'esistenza dei protocolli aziendali, abbia ricevuto una timida risposta, debolmente positiva. In almeno dieci casi lo studente non ne aveva la minima conoscenza. Gli altri, ritenevano scarsa la loro conoscenza e uno di essi afferma come esso sia stato *“ricevuto solo quest'anno, in occasione di questo studio”*.

II

Il secondo punto stimolava una considerazione generale sulla possibilità di integrare i protocolli aziendali alle skills di laboratorio didattico. Non c'è stata alcuna risposta negativa al riguardo.

Tutti gli studenti hanno concordato sulla possibile, e molto spesso sulla necessaria, condivisione all'interno delle simulazioni in laboratorio, primo vero ambito all'interno del quale essi sperimentano l'integrazione teorico-pratica. Al pari di quanto venne asserito da un docente, anche gli studenti credono fermamente nell'importanza di questa comunicazione vantaggiosa per l'università, che prepara lo studente al tirocinio e per l'Azienda, che resta sempre al passo formativo più aggiornato. Tra le varie riflessioni in merito citiamo: “*Credo possa essere importante, perché potrebbe completare correttamente le conoscenze anche di infermieri con anni di esperienza, far lavorare tutti allo stesso modo e nel modo consono*”. Anche secondo Woods C. et al. (2013)¹⁷⁸, gli studenti nella sua indagine hanno percepito di aver bisogno di più tempo nelle simulazioni di laboratorio didattico per esercitare adeguatamente le proprie abilità. Analogamente, gli studenti che hanno avuto la possibilità di spendere più tempo in questo contesto, trovano comunque difficoltà nel rafforzare le abilità apprese nel laboratorio se intercorre un intervallo di tempo eccessivo tra l'esercitazione e il tirocinio¹⁷⁹. Uno studente afferma come “[...] *Integrare sin da subito gli aspetti pratici aziendali a quelli teorici che riceviamo nel triennio può migliorare la nostra professionalità futura, ma solo con attenta collaborazione e disponibilità, non sempre ricevuta durante il tirocinio*”. Il tempo da dedicare ad un apprendimento coerente, partecipativo e temporalmente pianificato nell'ambito dei laboratori didattici è la spia che permette di consolidare gli insegnamenti e di preparare cognitivamente e concretamente lo studente. Se attentamente pianificate, le simulazioni didattiche legate alle competenze professionali vengono orchestrate seguendo le linee guida per le migliori pratiche¹⁸⁰ e forniscono un'esperienza di apprendimento standardizzata e coerente che non viene garantita nel tirocinio clinico, spesso caotico¹⁸¹. La simulazione nei laboratori è stata accettata come metodo di insegnamento valido nel valutare le prestazioni cliniche infermieristiche universitarie¹⁸².

III

La terza domanda inerente la corrispondenza complessiva dei contenuti tra protocolli e didattica, ha incontrato nuovamente delle marcate concordanze nelle risposte offerte. Quasi tutti ritengono che contenutisticamente ci siano degli aspetti non inclusi e considerati all'interno dei laboratori o della didattica teorica. Una corrispondenza “*complessiva sì, specifica meno. Il*

¹⁷⁸ Woods C, West C, Mills J, Park T, Southern J, Usher K. “*Undergraduate student nurses' self-reported preparedness for practice*”. Collegian. 2015;22(4):359-68. doi: 10.1016/j.colegn.2014.05.003. PMID: 26775522.

¹⁷⁹ Scully, 2011.

¹⁸⁰ INACSL, 2016; Lioce et al., 2021.

¹⁸¹ Suzanne Hetzel Campbell, Carla Nye, Susan Henley Hébert, Candice Short, Marie H. Thomas, “*Simulation as a Disruptive Innovation in Advanced Practice Nursing Programs: A Report from a Qualitative Examination*”, Clinical Simulation in Nursing, Volume 61, 2021, Pages 79-85, ISSN 1876-1399.

¹⁸² Hayden, Smiley, Alexander, Kardong-Edgren & Jeffries, 2014.

protocollo dà informazioni dettagliate anche rispetto alle diverse responsabilità dei numerosi operatori rispetto a una procedura specifica". Certi che non sia un obbligo da parte dell'università inquadrare le specifiche attività per le quali l'infermiere è responsabile, informato o coinvolto, gli studenti mostrano interesse anche nei riguardi di questa indicazione.

IV

Mentre si segnala un esiguo riferimento alla prassi infermieristica nei laboratori didattici, nella contestualizzazione operativa vera e propria e nella gestione multidisciplinare professionalizzante, si ravvisa anche ad una pratica poco attinente alla teoria didattico-scientifica. Infatti, volendo ricercare una ragione relativa alla complessiva prevalenza di considerazioni attinenti all'ambito pratico piuttosto che a quello teorico, ci avvaliamo di un commento al quarto quesito da parte di un intervistato: *“credo che la pratica in tirocinio sia molto diversa dalla teoria appresa in università, ad esempio alcune situazioni emergenziali (non troppo trattate in università) non sempre permettono di lavorare in ordine ed in tranquillità.”* Ciò sottende alla presenza di alcune variabili che aumentano lo scarto o lo riducono in base a come esse vengono modificate. Volendo rappresentare brevemente la *student voice* citata nel capitolo precedente emersa dagli studi revisionati in letteratura, si osserva come nello studio di Towell-Barnard A. et al. (2020), gli studenti campionati hanno espresso l'esistenza di alcuni fattori variabili che modificano le modalità di apprendimento in occasione del tirocinio clinico, sottolineando quanto l'ambiente di pratica clinica debba essere ottimale¹⁸³. Tra questi possiamo menzionare rapidamente¹⁸⁴: il tempo dedicato alle attività assistenziale e quello per il supporto e la formazione dello studente, la relazione infermiere-studente, che incide sulla qualità dell'apprendimento clinico, le aspettative dell'infermiere supervisore, in base alla fiducia di quest'ultimo viene favorito o meno il coinvolgimento dello studente, il supporto reciproco tra infermiere e studente e i risultati dell'apprendimento incentrati sul raggiungimento di obiettivi formativi generali e specifici.

V

Per poter meglio discutere in merito alle considerazioni espresse dagli studenti relativamente alla quinta domanda dell'intervista – *“Quali pensi siano tra queste le aree sulle quali dover intervenire maggiormente per ridurre il conflitto e le differenze presenti tra la teoria e la pratica infermieristica?”*, con successivo riferimento alle aree valutative del CLEQEI loro somministrato per la valutazione della qualità del tirocinio clinico – ricordiamo come la Carta

¹⁸³ A. W. K. Chan, Tang, Choi, Liu e Taylor-Piliae, 2018.

¹⁸⁴ Towell-Barnard A, Coventry L, Foster L, Davis S, Twigg DE, Bharat C, Boston J. The psychometric validation of the quality practical experience (QPE) instruments (nurses and student nurse) to evaluate clinical supervision of undergraduate student nurses. *Nurse Educ Pract.* 2020 Jan 14;43:102697. doi: 10.1016/j.nepr.2020.102697. Epub ahead of print. PMID: 31981971.

dei diritti e doveri degli studenti (UNIVPM) ci ricorda che *“gli studenti hanno diritto e il dovere di compilare in maniera responsabile le schede per la valutazione della didattica. L'Ateneo garantisce la pubblicazione dei risultati in forma disaggregata per ciascun modulo, in modo che siano accessibili a tutti gli studenti”*¹⁸⁵. Il suo articolo 4, in particolar modo, si occupa proprio dell'ambito inerente al tirocinio e anche qui sottolinea che *“gli studenti hanno il diritto e il dovere di valutare le strutture e le attività di tirocinio attraverso questionari anonimi, distribuiti in ciascun periodo didattico dalla Facoltà [...]. I risultati dei questionari anonimi riferiti anche alla struttura ospitante esaminati dagli organi competenti, sono resi pubblici presso le strutture dell'Ateneo previo consenso della struttura ospitante”*¹⁸⁶. Questo riferimento bibliografico e normativo preliminare è stato inserito e ritenuto necessario per meglio analizzare le riflessioni scaturite dall'intervista, in modo da inquadrare la loro regolamentazione didattica teorica e di conseguenza porla a confronto del loro atteggiamento reale.

Passando quindi in rassegna le percezioni oggettive degli studenti riferite agli item del CLEQEI, strumento di valutazione qualitativa del tirocinio clinico, come possibili variabili sulle quali lavorare per ridurre il divario, assistiamo ad una maggioranza non netta ma corposa rispetto alla *‘qualità dell'ambiente di apprendimento’*. I sotto-item di questa categoria, seguendo sempre il CLEQEI ufficiale predisposto dal CdL in Infermieristica UNIVPM, sono: *“questa sede è stata per me un buon ambiente di apprendimento”*, *“complessivamente sono soddisfatto/a della mia esperienza di tirocinio”*, *“vorrei tornare un giorno in questo contesto a lavorare”*. Da questa scomposizione più analitica, gli elementi decisivi che entrano nel merito dell'apprendimento sono: l'ambiente di tirocinio (fatto di persone, emozioni, dinamiche di gruppo e individuali etc.), la soddisfazione come esito del giudizio espresso ma anche delle esperienze vissute e la volontà di poter esprimere la propria futura professionalità all'interno di contesti simili o analoghi. Al secondo posto è stata selezionata la *‘qualità delle strategie tutoriali’*, conferendo rilevanza alla modalità attraverso viene pianificato e implementato il tutoraggio attivo nei suoi confronti. Ricordiamo il contenuto dei suoi sotto-item: *“il tutor ha esplicitato i ragionamenti che sotto tendevano le decisioni assistenziali”*, *“il tutor mi poneva domande che mi aiutavano nel ragionamento clinico”*, *“non ho vinto la possibilità di condividere con il tutor le nozioni trovate durante l'esperienza di tirocinio”*, *“il tutor ha mediato la mia relazione con i pazienti/familiari quando la situazione era difficile”*, *“il tutor clinico era entusiasta di insegnarmi la pratica infermieristica”*, *“nella valutazione finale, il tutor è stato/a coerente con i feedback che mi ha fornito durante il tirocinio”*. In questo caso, gli studenti hanno espresso a gran voce l'occorrenza

¹⁸⁵ Articolo 2 – Didattica, c. 11, *Carta dei diritti e dei doveri degli studenti*, UNIVPM.

¹⁸⁶ Articolo 4 – Tirocini e stage, c. 2, *Carta dei diritti e dei doveri degli studenti*, UNIVPM.

di migliorare questo aspetto, non sentendosi indirizzati e sostenuti di questa figura. Creare sempre nuovi e migliori approcci educativi da parte del tutor nei confronti degli studenti è raccomandato (*workshops, case studies* e modalità ibride)¹⁸⁷.

L'auto-apprendimento ha ricevuto soltanto due indicazioni, probabilmente perché lo studente è abituato a ricevere valutazioni in maniera 'passiva' dai docenti e/o dai tutor pur essendone coinvolto, per la didattica teorica, per la validazione della certificazione nei laboratori e per il giudizio espresso dalla guida di tirocinio. Nello studio di Cross et al., si evidenzia come l'esperienza del processo di valutazione è stata influenzata dalla tensione tra giudizio e apprendimento¹⁸⁸. Nell'ambito formativo, gli studenti hanno riflettuto anche sul ruolo di un "valutatore" rispetto ad un "docente": la prima figura, infatti, tende a fornire feedback informali mentre la seconda, apparendo intimidatoria, ostacolerebbe l'apprendimento. Per la stessa ragione, l'infermiere educatore si rivela più prontamente disponibile a una comunicazione non rigorosa, più accessibile e di migliore supporto. Altro elemento importante per gli studenti durante il tirocinio clinico è la capacità di valutare le proprie prestazioni, non solo in maniera autonoma ma soprattutto attraverso un feedback¹⁸⁹, aspetto descritto in letteratura non profilato nelle argomentazioni degli studenti.

Richiamando le metodologie di ricerca illustrate inizialmente, si fa ora riferimento anche ad un confronto puramente discorsivo qualitativo tra i punteggi assegnati alle variabili appena menzionate rispetto alle valutazioni che gli stessi studenti hanno espresso proprio nel CLEQEI di un anno fa¹⁹⁰ fornito loro dall'università, in modo da rilevare se ci sia corrispondenza fra i due giudizi o se, in quest'ultimo anno, il peso che lo studente dà a queste componenti sia variato. Al primo posto lo studente poneva la '*sicurezza e la qualità dell'assistenza*', subito seguita dall'*opportunità di apprendimento*' e ancora dalla '*qualità dell'ambiente di apprendimento*'; ciascuna di esse si scosta dall'altra di 0,1 score. È chiaro che queste siano valutazioni inerenti i primi due anni di tirocinio vissuti; con il trascorrere dell'ultimo anno, caratterizzato da una componente quantitativa di tirocinio consistente, dall'aumento dell'autonomia professionale e didattica e dalla diversificata esperienza nei setting operativi, lo studente ha potuto meglio comprendere quali siano davvero le aree su cui poter intervenire in base a quanto osservato e percepito. Sempre all'ultimo posto resta l'auto-apprendimento.

VI

¹⁸⁷ Foronda, MacWilliams & McArthr, 2016.

¹⁸⁸ Rachel Cross, Ian, T. Mosley, Michelle Newton, David Edvardsson, Charne Miller, "*Stakeholder perspectives on the clinical placement appraisal process in undergraduate nurse education: A qualitative study*", Collegian, Volume 29, Issue 4, 2022, Pages 438-443, ISSN 1322-7696.

¹⁸⁹ Chuan & Barnett, 2012.

¹⁹⁰ Ricordiamo come si è richiesta ed ottenuta dal Direttore ADP del CdL in Infermieristica (UNIVPM, sede di Macerata) la consultazione dei punteggi assegnati a queste categorie relative all'anno accademico 2021/2022 al fine comparativo.

L'intervista che è stata somministrata agli studenti del terzo anno conteneva come ultima domanda più oggettiva una griglia di valutazione empirica riferita agli infermieri con cui gli studenti sono entrati in contatto durante il tirocinio formativo. Analizzando i risultati emersi, notiamo come la risposta offerta sia molto diversificata tra i vari studenti, probabilmente perché l'assistenza da essi osservata si compone di differenti modalità pratiche, così come dissimili possono essere gli approcci teorici adottati dagli infermieri. È chiaro che il conflitto tra teoria e prassi, secondo le considerazioni registrate, ha assunto aspetti differenti quando ci si riferisce a situazioni dicotomiche composte eterogeneamente, come ad esempio nel non adempimento di una procedura tecnica o di una misconoscenza di un principio teorico o ancora per il non rispetto delle norme e dei principi dettati dal Codice Deontologico. Ad ogni modo, l'atteggiamento che ha ricevuto più contrassegni riguarda il *“so quello che dovrei fare” (ma faccio diversamente)*, seguito da *“so quello che faccio” (faccio quello che conosco)*. Entrambi attengono ad una preponderanza teorica ma, mentre nel primo caso viene alla luce un deficit e soprattutto uno scostamento dal principio teorico assunto alla pratica eseguita, nel secondo gli infermieri osservati sembra applichino correttamente il proprio sapere teorico offrendo un'assistenza perfettamente integrata tra la conoscenza scientifica e la prassi clinica assistenziale. Nel caso della prima valutazione (il conoscere correttamente ma attuare diversamente), emerge un aspetto già riscontrato dalla docenza: una lacuna teorico-pratica evidente, figlia del gap indagato. Sommando queste considerazioni oggettive a quelle più soggettive riferite alle precedenti domande, unite proprio a quelle dei docenti, possiamo esprimere una ripetuta propensione degli infermieri nell'adattare i concetti appresi nella propria formazione ad una pratica assistenziale che si scosta non dal loro principio e rigore scientifico ma attraverso metodiche, approcci o interventi che ottimizzano i tempi (alcuni studenti riferiscono che la variabile *tempo* sia una delle cause che dividono teoria e pratica) o ancora frutto dell'adeguamento ad alcuni comportamenti scorretti ma tuttavia diffusi e pertanto trasmessi. Secondo alcuni infatti *“l'infermiere spesso sa che quella determinata procedura richieda un certo susseguirsi di azioni specifiche e un dato utilizzo dei materiali, ma nonostante conosca bene anche il principio teorico, applica comunque azioni che hanno lo stesso fine ma che riducono i tempi”* – e si prosegue specificando in un'altra risposta – *“un po' come nel caso del posizionamento del catetere vescicale; non sempre gli infermieri lo eseguono in maniera completamente sterile”*. Questa testimonianza avvalorata l'effettiva presenza del gap e si sovrappone coerentemente agli esempi dichiarati anche dai docenti, oltre a raffigurare un'auto-critica consapevolezza da parte degli infermieri che, pur conoscendo come effettivamente dovrebbero compiere determinate attività, si ritrovano a dover applicare una

prassi più snella; nel caso in cui questo avvenga volontariamente, quindi sia il risultato di una negligenza o peggio, incompetenza da parte del professionista, allora la gravità sarebbe maggiore, ma se egli si ritrova a dover catalizzare le proprie azioni pur rispettando sempre i preconcetti scientifici teorici, potrebbe essere più compreso. D'altro canto, anche la letteratura ci offre uno spunto di comprensione e traduzione di questo aspetto. Cuck et al. (2020) ha evidenziato nel suo studio come gli infermieri riferiscano la presenza di un livello molto basso di riconoscimento da parte sia della direzione ospedaliera sia dei tutor didattici, per quanto riguarda gli studenti che gli vengono assegnati nel tirocinio. La mancanza di tempo da dedicare al loro potenziamento nell'essere 'educati per educare', è stato un tema ricorrente. La mancanza di tempo e il non riconoscimento del proprio ruolo di educatore nei confronti dello studente può indurre uno scarso coinvolgimento nella formazione dei futuri colleghi e all'adozione di condotte abitudinarie sbagliate. Pertanto, lo studente deve essere forte dei propri principi assodati, cercare di condividerli nel contesto pratico o quantomeno ricordarsi sempre della teoria che è alle spalle di ogni singola attività assistenziale e che muove il suo essere un professionista.

Con tutti i limiti teorici che si possono evidenziare nei confronti dell'indagine e in particolar modo dell'ultima griglia valutativa, essa ha tuttavia alcuni aspetti sui quali è doveroso soffermarsi analizzando le risposte date; essa ci aiuta a comprendere come il conflitto tra teoria e prassi si manifesti quando, nella concretezza della situazione data, l'azione svolta viene giudicata non congruente con le indicazioni di comportamento dettate per casi simili dal sapere teorico che ruota attorno all'assistenza infermieristica. In altre parole, il contrasto si palesa quando il soggetto agente esercita un'attività pratica senza una base teorica valida oppure sostiene una valutazione etica senza un opportuno confronto pratico o disciplinare o ancora esegue senza ragionamento logico un sapere teorico e così via. Ma quale elemento permette di definire come corretta o meno una certa circostanza assistenziale (uno qualsiasi dei racconti offerti dall'intervista)? Occorre far riferimento e porre chiarezza ad entrambe le coordinate del grafico: la pratica dell'assistenza si costituisce di fatto di una molteplicità di aspetti diversificati fra loro (la tecnica, la relazione, l'etica, la comunicazione verbale non verbale etc.) e si definisce interdisciplinare perché sempre implicata a numerosi riferimenti teorici (il corpus teorico metodologico, la cornice culturale, il quadro etico-valoriale, le discipline biomediche etc.), tali che nessuna situazione assistenziale può rispecchiarsi ad un'altra, proprio per il suo contenuto misto di tecniche, significati, conoscenze e valori. Secondariamente, questa analisi è risultata interessante da molti punti di vista, anche secondo l'opinione dei tutor infermieristici, perché supporta gli studenti ad affinare e maturare il giusto spirito di osservazione e a riflettere attorno

alle situazioni conflittuali, esercitando di pari passo la capacità di giudizio, cogliendo e analizzando criticamente in modo motivato e distaccato gli elementi e le variabili che modificano ogni situazione, incrementando anche le abilità di autovalutazione e autocritica¹⁹¹. D'altronde un domani saranno loro stessi ad essere osservati e indirettamente giudicati dagli studenti. In terzo luogo, l'analisi fa emergere delle considerazioni che aprono la riflessione su temi che interessano tutta la comunità infermieristica, in particolar modo quella più comune rilevata si può tradurre in un quesito: *“perché per gli infermieri, diversamente che per altri professionisti sanitari, è così complesso attenersi alla formula conosco ciò che eseguo e compio ciò che conosco?”*. Non crediamo sia possibile trovare una valida risposta a questa domanda se non con rapide giustificazioni che derivano da una riflessione complessiva dell'assistenza, come ad esempio il carico assistenziale, la mancanza di personale etc., o presentando delle lacune dovute ad un'incongruenza o precarietà didattica del passato (sistema basato più sull'assistenza pratica che sull'acquisizione di conoscenze teoriche di base e avanzate) quindi una disomogenea formazione dei professionisti. Si crede invece che sia fortemente consigliata la ricerca di una risposta più matura e articolata, in virtù dell'evoluzione e della maturazione sempre maggiore della nostra professione.

Se si considera attentamente il gap teorico-pratico nell'assistenza, probabilmente esso è solo apparente. Infatti, come già parzialmente spiegato nell'analisi della griglia di Manara, non è possibile valutare una data situazione assistenziale solo osservando l'asse della pratica e/o viceversa considerando esclusivamente l'asse della teoria: per tirare le somme e offrire un giudizio complessivo oltre che fondato, occorre disporre di entrambe le coordinate esaminando le direzioni e le componenti che esse possono assumere. Secondo questo punto di vista il conflitto potrebbe quindi ricondursi ad una questione più ampia ed astratta: è nella persona stessa dell'infermiere e nel momento stesso in cui egli assume un atteggiamento conflittuale che entra in gioco un'incongruenza. Una possibilità di intesa dipende dal chiarire il proprio punto di vista e il proprio *essere* un professionista dotato di saggezza pratica.

È la complessità del bisogno di assistenza infermieristica che rende difficile la teorizzazione della disciplina. Questa è una delle difficoltà oggettive alla regola *“conosco ciò che eseguo e compio ciò che conosco”*: sappiamo davvero che cosa sia l'assistenza infermieristica? Piuttosto che imparare ad affrontare questo complesso enigma, è preferibile da molti lo sgravio di responsabilità per conto di problemi organizzativi o della dipendenza da altre figure professionali o ancora nel carico lavorativo.

¹⁹¹ Manara Duilio F., (2002), *“Il conflitto tra teoria e prassi nell'assistenza infermieristica. L'assistenza come saggezza pratica”*, *Nursing Oggi*, n. 3, pp. 16-28, n. 4, pp. 18-27.

Tentativo di spiegazione del gap teorico-pratico infermieristico

Seppur non esista una definitiva e nota risoluzione al gap individuato, essa richiede sicuramente un concreto spostamento dell'attenzione dal mero contenuto didattico o dal singolo intervento assistenziale, ai meccanismi di apprendimento adottati dallo studente ma costantemente influenzati dallo stile e dalle modalità di insegnamento del docente. A completamento di questo riguardo si inserisce il focus relativo al tirocinio che, con occhi nuovi, deve considerarsi un continuum dell'apprendimento teorico e non un momento di precario contrasto e dissonanza dalla teoria acquisita. Non è la selezione del contenuto didattico o dell'attività di tirocinio che permetteranno di dissolvere questa dicotomia, ma un attento e globale intervento alla metodologia di studio e di applicazione pratica senza la quale la sola unità del sapere resta a sé stante. È pur vero che la dimensione concreta del sapere è nello stesso tempo causa efficiente e causa finale, il punto di arrivo di qualsiasi ragionamento che voglia conservare la propria aderenza agli obiettivi specifici che lo caratterizzano. Se il docente è capace di affrontare problemi diversificati all'interno di una cultura professionale solida, quindi se egli sa muoversi *top-down* e *down-top*¹⁹², allora lo studente riuscirà ad adoperare un giudizio e delle sintesi didattico-pratiche e durature, che riducono conseguentemente il rischio di un futuro approccio dicotomico durante la sua carriera lavorativa. Proprio dall'analisi dei risultati è emerso come la preparazione clinica del docente nelle università e della guida di tirocinio insieme agli infermieri nelle unità operative, siano gli elementi che aumentano o riducono il conflitto tra teoria e pratica. In questa considerazione integrata si inseriscono due rischi molto concreti: la routine lavorativa che tende a rendere il processo assistenziale un'esecuzione di fasi che si succedono, privando l'infermiere della personalizzazione del nursing, e dall'altra una cultura nozionistica che si basa su sulla preponderanza teorica e di ricerca, nata e cresciuta alle spalle della realtà.

Secondo la tassonomia proposta da J. J. Guilbert (2002), uno degli obiettivi di apprendimento nel campo del *saper essere* è la coltivazione del pensiero critico, quindi sottoporre al dubbio tutte le certezze finora assunte. La realtà e il mondo accademico vanno a due velocità diverse. Si può porre la nostra professione di fronte ad un paragone che la scinde in una mente e un braccio: la prima elabora il ruolo dell'infermiere e le sue competenze (Università, politica, condizioni epidemiologiche e progresso scientifico), il braccio si traduce nell'operatività di questo profilo¹⁹³. Immaginandoli così, sarebbe difficile pensare che essi percorrano la stessa

¹⁹² De Marinis et al. (1999), "Modelli per la formazione clinica nel diploma universitario per infermiere", in *Nursing Oggi*, num. 2.

¹⁹³ Dottor Raffaele Varvara, infermiere, (21/02/2017), redazione Nurse Times.

direzione a velocità diverse e soprattutto ci si chiede quale delle due componenti debba uniformarsi all'altra. La formazione universitaria è la garanzia per il cittadino e per lo studente che, a fronte di bisogni di salute sempre crescenti, riceve una preparazione di eccellenza. Ma volendo citare le parole del collega, il dott. Varvara: *“siamo davvero pronti a diventare professionisti?”*. Gli infermieri cresciuti professionalmente negli anni del mansionario evidentemente stentano a compiere quel passo in più verso una responsabilità maggiore, mentre i giovani dalla loro parte fanno fatica a riconoscere la valenza professionale del nostro operato, da cui si vive in un costante conflitto tra teoria e pratica. Sempre secondo la sua analisi, i problemi attuali dell'infermieristica a tutti i livelli incontrano l'ostacolo rappresentato dalla 'questione culturale'¹⁹⁴, una sorta di loop per cui il consenso della base professionale alimenta un gioco al ribasso senza fine. L'ostacolo risiede nel fatto che forse neppure l'infermiere abbia inquadrato fino in fondo il suo profilo e il concetto di assistenza come risposta qualificata ai bisogni, diversa da quella generalmente intesa, non qualificata ed erogabile da chiunque¹⁹⁵. Un processo lento ma al quale non si può restare passivi e indifferenti: tra i catalizzatori di processo c'è il comprendere quanto il contributo del singolo professionista possa cambiare le sorti di tutta l'evoluzione infermieristica. Noi siamo garanti nel determinare con chiarezza il nostro stesso ruolo e il nostro inequivocabile impiego come responsabili dell'assistenza infermieristica. Ciascuno di noi è tenuto a ridefinire organizzazioni del lavoro adeguate che recepiscano nella prassi i mutamenti politico/formativi dell'infermiere, pena il persistere in questo limbo di vaghezza.

Va a concludere il capitolo relativo alla discussione, il paragrafo inerente i limiti dello studio e le criticità riscontrate durante la ricerca. In termini di trasparenza, tracciabilità e coerenza delle argomentazioni qui riprodotte, è importante porre in ultima analisi proprio questi elementi, non solo per evitare di inficiare la validità dello studio, ma perché analizzando anche le lacune incontrate, si circoscrive ancor più il contesto specifico rendendolo chiaro, oggettivo e privo di aberrazioni.

Limiti della ricerca

Relativamente alla ricerca degli studi in letteratura e loro revisione, una delle limitazioni più rilevanti è relativa all'eterogeneità dei risultati, da ricondurre al dato descrittivo del campione stesso, ossia alle caratteristiche socio-demografiche e cliniche dei partecipanti, differenti per

¹⁹⁴ Sempre secondo l'autore: *“le mansioni da oss rifilate sistematicamente in capo agli infermieri [...] non rappresentano solo casi sporadici di demansionamento ma denotano un sistematico problema culturale di base, un perverso pensiero secondo cui l'estrema flessibilità/in determinazione del lavoro dell'infermiere posso giudicare tali richieste”*, (21/02/2017), redazione Nurse Times.

¹⁹⁵ Dottor Raffaele Varvara, infermiere, (21/02/2017), redazione Nurse Times.

ciascuno studio ricercato e che impediscono una lettura equa, comparabile. Al tempo stesso però, nonostante sia evidente la disomogeneità di dati raccolti, essi offrono una visione d'insieme sul tema centrale. Oltre ad essere molto differenti tra loro per le popolazioni considerate, gli ambiti applicativi e le variabili, questi studi qualitativi sono numericamente pochi e pertanto evidenziano come ci sia ancora un intenso lavoro da fare per poter trovare il metodo migliore che misuri i fattori da cui dipende il conflitto tra la teoria e la pratica infermieristica.

Per quanto attiene all'ambito sperimentale specifico invece, una stessa precarietà nella formulazione dei quesiti inclusi nelle interviste e di conseguenza una qualitativa, generica ed essenziale rilevazione dei risultati stessi, ha permesso l'ottenimento di uno studio osservazionale che valuta una timida realtà e pertanto non può essere confrontata ad un campionamento di risorse umane più grande. Ad ogni modo l'uniformità contenutistica e tematica delle domande all'interno delle interviste sia per la docenza sia per gli studenti ha rappresentato una condizione necessaria per garantire l'affidabilità e confrontabilità di argomentazioni e percezioni.

Analogamente, l'aver reclutato un campione esiguo di docenti, proprio perché selezionati in base all'area di interesse relativa alle procedure aziendali, può rappresentare una variabile di discrepanza nei risultati emersi, pur essendo comunque un parziale ritratto valutativo della corrente di pensiero di coloro che erogano l'assistenza. Invece, il fatto che essi siano tutti infermieri è una caratteristica vantaggiosa che rialza l'altro piatto della bilancia, equilibrando pregi e difetti dello studio stesso.

Nonostante i limiti di questo studio, inclusa la mancata considerazione di ulteriori fattori socio-demografici, relazionali o individuali che potrebbero influenzare la socializzazione (quindi la percezione di questi aspetti da parte di docenti e infermieri), la variabilità nella dimensione nelle caratteristiche del campione ha evidenziato i vantaggi di una ricerca qualitativa che faccia emergere aspetti salienti già solo considerando che la popolazione target sia stata modesta.

CONCLUSIONI

Nell'analisi teorica offerta inizialmente, si è constatato come la prassi infermieristica scaturisca in realtà da una saggezza pratica complessa, a causa delle molteplici variabili soggettive che la costituiscono. Quest'ambiguità intrinseca ad ogni situazione assistenziale se da un lato può porre ulteriori dubbi, dall'altro permette di intravedere nell'unità del professionista e nell'immediatezza dell'evento, la possibile soluzione al quesito. Infatti, la salda coesione tra aspetti scientifici tecnici, relazionali ed etici risiede nell'area del *saper essere* del singolo infermiere. Essa include l'interpretazione non del solo bisogno ma della persona da assistere e di tutto il suo vissuto; allo stesso modo la Nightingale asseriva che “*se non si impara ad assistere con il proprio cervello e con il proprio cuore [...], la vita ospedaliera diventa un insieme di manualità compiute per abitudine che inaridiscono*”.¹⁹⁶ Da questo punto di vista, a coloro che credono che la crisi d'identità dell'infermiere sia dovuta ad un eccesso di nozioni teoriche, quindi anche alla richiesta sempre maggiore di una formazione completa e continua, alla professionalizzazione in termini di autonomia e responsabilità sull'assistenza, si può confutare con un'affermazione contraria: questa crisi e i gap che include, sono dovuti all'insufficiente riflessione su cosa sia la prassi infermieristica e sul proprio modo *d'agire* e di *essere*. Un conto è applicare una teoria, ben altro è *imparare a teorizzare* partendo dall'interpretazione della situazione assistenziale specifica, scoprendone il significato¹⁹⁷. In un certo senso, sembra che con la rapida necessità di dover rispondere a delle limitazioni prima di carattere lavorativo sul piano gestionale e organizzativo, poi di risultato sul piano teorico-scientifico, si sia man a mano riflettuto non sulla vera natura dell'assistenza e sui bisogni che emergono da essa, ma sui risultati di efficacia che ne derivano.

In uno dei sottocapitoli introduttivi ci si è posti un altro quesito: *quale teoria per quale prassi?*. Sarebbe questo il momento di rispondere ad esso. Alla luce di tutte le riflessioni racchiuse in questo studio, possiamo affermare che la teoria dovrebbe richiedere i seguenti requisiti: assumere pienamente la complessità del proprio oggetto di studio resistendo alla volontà di ridurlo ad una teoria o un modello standardizzato e fine a se stesso, prevedere metodi in grado di interpretare gli aspetti soggettivi della situazione assistenziale e saper coniugare le indicazioni dell'EBN, e più in generale della ricerca scientifica, con quelle derivate dalla riflessione etica costruttivista (integrazione teorico-pratica-etica-relazionale)¹⁹⁸. Gli ideali conoscitivi e pratici di un sapere, di conseguenza, ricercano in profondità la comprensione del

¹⁹⁶ Cfr. F. Nightingale, (1980), *Lettere alle infermiere*, a cura della CNAIOSS, Milano, p. 24.

¹⁹⁷ Cfr. M-F. Collière, *Soigner... le premier art de la vie*, op. cit., pp. 50-51 ss.

¹⁹⁸ Manara Duilio F., (2002), “*Il conflitto tra teoria e prassi nell'assistenza infermieristica. L'assistenza come saggezza pratica*”, *Nursing Oggi*, n. 3, pp. 16-28, n. 4, pp. 18-27.

bisogno, non adottano una cieca applicazione di procedure tecniche ma personalizzano costantemente il proprio *ad-sistere*. Allo stesso modo, l'infermiere non può permettersi di cedere al delirio di onnipotenza della tecnica perché in quel preciso istante egli si imbatte nel rischio perenne di ridurre la propria professionalità ad una serie di tecnicismi complessi ma sterili.

Il conflitto tra teoria e prassi nasce e si risolve quindi nella persona stessa dell'infermiere; volendo citare le parole con cui Virginia Henderson chiuse la sua opera: «Infine, e fondamentalmente, *la qualità dell'assistenza infermieristica dipende da coloro che la erogano*»¹⁹⁹. La presenza di questi confini labili della teoria nell'abbracciare la pratica, già solo a livello concettuale, suggerisce la possibilità che due infermieri, pur possedendo lo stesso titolo, potrebbero non essere in grado di svolgere la loro professione nelle stesse modalità²⁰⁰ e con lo stesso livello di formazione²⁰¹.

La successiva rassegna integrativa di studi qualitativi presenti in letteratura, ha esplorato lo stato attuale della scienza proprio su questi ambiti, ma già a questo livello, a causa del numero limitato degli articoli²⁰², combinato all'impossibilità di riprodurre un metodo già validato all'interno di questa indagine, rende difficile poter trarre una conclusione degna circa l'efficacia e l'affidabilità dei risultati emersi. Un imperativo che questo studio vuole imporre è lo stimolo alla lettura delle considerazioni e delle argomentazioni riscontrate nell'ottica di rappresentare un focus iniziale di ricerca che possa essere migliorato, condiviso e implementato nei diversi setting accademici e insieme sanitari.

Volendo offrire un conclusivo quadro d'insieme, possiamo sostenere come l'uniformità e la qualità della formazione infermieristica debbano costantemente essere promosse²⁰³. L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha formulato standard educativi globali e ha incoraggiato l'armonizzazione nella formazione degli infermieri²⁰⁴. Ricevere un'istruzione di alta qualità potrebbe aiutare i futuri infermieri ad essere coinvolti nel processo decisionale e nelle questioni politiche di alto livello²⁰⁵.

¹⁹⁹ V. Henderson “*The nature of nursing*”, op. cit., p. 132. L'autrice fa sua questa riflessione prendendo spunto da Claire Dennison, (1942), “*Maintaining the quality of service in the emergency. Nursing service and nursing care are no means synonymous terms*”, Amer. J. Nurs., n. 42, p. 774.

²⁰⁰ Drennan and Ross, 2019; World Health Organisation, 2020.

²⁰¹ Van Kraaij J, Veenstra M, Stalpers D, Schoonhoven L, Vermeulen H, van Oostveen C; RN2Blend Consortium. Uniformity along the way: A scoping review on characteristics of nurse education programs worldwide. *Nurse Educ Today*. 2023 Jan;120:105646. doi: 10.1016/j.nedt.2022.105646. Epub 2022 Nov 19. PMID: 36463593.

²⁰² Hampton KB, Smeltzer SC, Ross JG. Evaluating the transition from nursing student to practicing nurse: An integrative review. *J Prof Nurs*. 2020 Nov-Dec;36(6):551-559. doi: 10.1016/j.profnurs.2020.08.002. Epub 2020 Aug 6. PMID: 33308555.

²⁰³ Global Education for Leadership in Nursing Education and Sciences, 2019; Baker et al., 2021.

²⁰⁴ OMS, 2020.

²⁰⁵ Dyson, 2018.

Non tutti gli ambienti di formazione clinica incoraggiano l'apprendimento dello studente. Sta diventando sempre più imprescindibile poter disporre da parte delle università, così come da parte dell'azienda sanitaria, strumenti validi e affidabili per poter valutare i vari modelli di insegnamento²⁰⁶ e ancor prima facilitare l'ingresso dello studente in un ambito esperienziale così complesso.

Anche semplicemente il tempo dedicato alla preparazione al tirocinio, che include i contatti con la Guida, la definizione congiunta e condivisa degli obiettivi, la valutazione sia da parte del coordinatore sia da parte dello studente, il tutto filtrato dalle emozioni, da ricettività e professionalità, concorrono ad essere parte integrante del tirocinio in toto. Preparazione e valutazione, infatti, simboleggiano i due momenti significativi che aprono e chiudono quella specifica esperienza vissuta e ne permettono la globale interiorizzazione. Essi diventano il monito per le successive occasioni di miglioramento continuo, garantendo il graduale e completo raggiungimento degli obiettivi per una formazione di eccellenza. D'altronde, la professione infermieristica si contraddistingue per un marcato dinamismo²⁰⁷. Ad esempio, il tirocinio clinico e il cambio costante e spesso tempestivo di setting che esso prevede, va interpretato come elemento favorevole all'eccitazione cognitiva dello studente e all'edificazione del suo pensiero critico perché si traduce in uno stimolo diretto e assiduo che egli si ritrova a fronteggiare in prima persona, seppur al fianco dell'infermiere. Sempre in merito al tirocinio clinico, abbiamo visto come esso possa rappresentare un core determinante sul quale ruotano molteplici fattori variabili che possono essere modificati per aumentare la qualità della formazione infermieristica, soprattutto se considerato parte integrante del progetto formativo fino al punto in cui non debba più esistere un confine netto tra le ore di didattica formale, quelle di studio guidato, gli incontri di pianificazione e il tirocinio pratico. Ovvio che l'esperienza professionalizzante offerta dal CdL UNIVPM deve disporre di un preciso piano formativo che dal monte ore globale venga scisso nelle sue unità, moduli ed attività ma il passo da non sottovalutare è la giusta programmazione delle ore e dei percorsi, commisurata al fabbisogno reale ed individuale dello studente e alla necessità intrinseca al corso di completa acquisizione delle abilità e del know-how, scomponendo le tempistiche in funzione non delle attività bensì degli obiettivi, delle esigenze personali e della maturità globale raggiunta, valutata da più soggetti: i docenti, le guide di tirocinio e perché no, gli infermieri con cui lo studente

²⁰⁶ Towell-Barnard A, Coventry L, Foster L, Davis S, Twigg DE, Bharat C, Boston J. The psychometric validation of the quality practical experience (QPE) instruments (nurses and student nurse) to evaluate clinical supervision of undergraduate student nurses. *Nurse Educ Pract.* 2020 Jan 14;43:102697. doi: 10.1016/j.nepr.2020.102697. Epub ahead of print. PMID: 31981971.

²⁰⁷ De Marinis et al. (1999), "Modelli per la formazione clinica nel diploma universitario per infermiere", in *Nursing Oggi*, num. 2.

entra maggiormente in contatto. La ricerca delle evidenze è costantemente necessaria per supportare la preparazione accademica dei tutor infermieristici. I setting di pratica assistenziale nel tirocinio devono coinvolgere anche competenze che indirizzino le attitudini, le conoscenze e le competenze dei futuri infermieri²⁰⁸. Molti articoli revisionati hanno esaminato aspetti positivi e negativi che ruotano attorno all'esperienza dello studente insieme ai problemi relativi ai cambiamenti che si stanno verificando all'interno della loro formazione infermieristica; molte sono le sfide per gli educatori, compresa la progettazione accreditata di programmi di apprendimento coinvolgenti che soddisfino la varietà di esigenze attuali²⁰⁹.

È proprio sull'aspetto della coerenza con la pratica clinica che verrà testato il processo di accreditamento formativo: la valutazione dei protocolli e delle skills erogati in occasione dei laboratori didattici, con la realtà clinico assistenziale della pratica infermieristica quotidiana.

Tra gli effetti che una consona strategia didattica può offrire troviamo proprio la coerenza con la pratica clinica, ambito sul quale è stato testato il processo di accreditamento formativo, ossia la valutazione della documentazione didattica messa a disposizione in occasione dei laboratori didattici, tradotta in risultati di efficacia relativa, se confrontata con alcuni aspetti pratici di cui dispone l'azienda. Dal punto di vista soprattutto degli studenti, quindi, sembra che queste strategie e questi processi educativi siano validi ma migliorabili. A sostegno di ciò, sappiamo che il processo di accreditamento non è perfetto, ma proprio per questa ragione dovrebbe trovare una strategia per promuoversi, potenziare i suoi processi ed evidenziarne l'efficacia nell'adeguamento e nella forza di mantenere viva la volontà al rinnovamento da parte di tutti gli attori²¹⁰. I risultati offerti dalla ricerca hanno evidenziato la necessità di promuovere iniziative di orientamento sia per gli studenti sia per gli infermieri relativamente al processo di formazione ed educazione, inteso come esercizio collaborativo e dinamico tra le due parti²¹¹.

La formazione infermieristica sta affrontando sfide straordinarie per le quali non ci sono soluzioni semplici. Non esistono infatti approcci aventi una “taglia unica” che soddisfino le esigenze di apprendimento di un'ampia varietà di studenti²¹². Al tempo stesso, però, va risolta una crisi di carenza nella disponibilità di modalità educative cliniche di alta qualità da parte degli infermieri professionisti²¹³. Il ruolo degli infermieri che lavorano nei diversi setting

²⁰⁸ Chimezie J. Agomoh, et al., “A mapping review of clinical nurse leader and nurse educator transitional care skills and competencies”, *Nursing Outlook*, Volume 68, Issue 4, 2020, Pages 504-516, ISSN 0029-6554.

²⁰⁹ Auerbach et al., 2020.

²¹⁰ Ognibene F. (30 gennaio 2019), “L'accreditamento in sanità, punti di forza/debolezza”, in *Tecniche e tecnologie per l'assistenza infermieristica*, InfermieriAttivi.it.

²¹¹ Rachel Cross, et al., “Stakeholder perspectives on the clinical placement appraisal process in undergraduate nurse education: A qualitative study”, *Collegian*, Volume 29, Issue 4, 2022, Pages 438-443, ISSN 1322-7696.

²¹² Griffiths, 2016; Knestruck et al., 2016; McQueen et al., 2018; Nielson & Halloran, 2020; Phillips et al., 2021; Reinckens et al., 2014; Rice et al., 2013; Volkert et al., 2018; Wheeler & Eichelberger, 2017.

²¹³ AACN, 2015; Giddens et al., 2014; Jeffries et al., 2019; Martsolf & Sochalski, 2019; Pulcini et al., 2019.

assistenziali e che diventano inevitabilmente ‘educatori’ degli studenti che effettuano il tirocinio nella loro realtà, ha bisogno di essere ben delineato da ciascuna unità operativa e del giusto training pedagogico che si bilanci con il carico lavorativo (scarsità nell'organico, numero di pazienti incarico, complessità assistenziale etc.) e le risorse materiali a disposizione per l'effettivo insegnamento²¹⁴. Avere degli infermieri professionisti preparati e sicuri della propria competenza è un elemento rilevante per le organizzazioni sanitarie²¹⁵. Le aziende, infatti, possiedono un ruolo attivo nella preparazione dei nuovi infermieri implementando programmi e guide didattiche in collaborazione con la facoltà²¹⁶.

Gli organismi di accreditamento hanno la responsabilità di essere trasparenti nella maniera in cui promuovono pratiche innovative a sostegno esplicito degli standard. Dopotutto, i programmi e gli organismi di accreditamento infermieristici, hanno in comune gli obiettivi di garantire un'istruzione di qualità, creare ambienti di apprendimento che favoriscano il loro massimo potenziale e promuovere un'innovazione ponderata; tutti requisiti che gioveranno al pregio della professione²¹⁷. I programmi di accreditamento infermieristico possono offrire anche esempi di strategie di insegnamento e apprendimento²¹⁸ per illustrare come vengono incorporati i contenuti nei curriculum²¹⁹.

Molti studi hanno concluso che la qualità dell'istruzione infermieristica è nettamente più importante della modalità entro la quale i corsi sono costretti ad essere erogati, soprattutto nelle crisi emergenziali come quella pandemica²²⁰. Molti articoli hanno anche ‘gridato’ come la nostra professione continuerà costantemente a incontrare sfide ma noi ne usciremo sempre più tenaci ed aggiornati²²¹.

Un occhio al futuro

Mutevoli esigenze in materia di assistenza sanitaria richiedono uno sviluppo e una formazione continui nella professione infermieristica. Rendere più uniforme la formazione potrebbe ridurre le incongruenze educative tra teoria e pratica, ma anche tra le diverse realtà. Nonostante varie iniziative, modificare la complessiva formazione degli infermieri resta una delle sfide più dure

²¹⁴ Barrett, 2007; Parks et. Al, 2011.

²¹⁵ Faraz, 2017.

²¹⁶ Bush & Lowery, 2016; Marcoux et al., 2019; Martsolf et al., 2017; Martsolf & Sochalski, 2019; Painter et al., 2019.

²¹⁷ Judith A. Halstead, “*Fostering Innovation in Nursing Education: The Role of Accreditation*”, Teaching and Learning in Nursing, Volume 15, Issue 1, 2020, Pages A4-A5, ISSN 1557-3087.

²¹⁸ Es. esperienze cliniche, di laboratorio e/o simulazione, discussione studi di casi clinici etc.

²¹⁹ Shellenbarger T. “*Accreditors stepping up to the challenge: Reimagining the future of nursing*”. Teach Learn Nurs. 2022 Jul;17(3):253-255. doi: 10.1016/j.teln.2022.03.004. Epub 2022 Apr 15. PMID: 35440919; PMCID: PMC9010958.

²²⁰ Christine M. Olson, “*Nurse practitioner programs: Selection factors and the student experience*”, Journal of Professional Nursing, Volume 41, 2022, Pages 88-99, ISSN 8755-7223.

²²¹ Ard N, Beasley SF, Nunn-Ellison K, Farmer S. “*Responding to the pandemic: Nursing education and the ACEN*”. Teach Learn Nurs. 2021 Oct;16(4):292-295. doi: 10.1016/j.teln.2021.06.009. Epub 2021 Jul 11. PMID: 34305486; PMCID: PMC8272680.

da affrontare²²² proprio a causa della struttura, dell'organizzazione, della motivazione, della politica e della regolamentazione interna ad ogni sistema universitario da una parte e sanitario dall'altra. La formazione infermieristica dovrebbe ancora una volta adattarsi ai bisogni correnti, come l'aumento della domanda dei sistemi sanitari a causa dell'invecchiamento della popolazione, la progressione tecnologica e la necessità di cure sempre più accessibili ed efficaci²²³. Invece, malgrado si riservi molta attenzione nello sviluppo di nuovi percorsi formativi post-laurea, scarso e ancora l'interesse nel ridurre le variabili conflittuali tra i sistemi universitari e la realtà operative assistenziali²²⁴.

In un certo senso il sistema di accreditamento ricerca costantemente proprio gli elementi sfavorevoli che contrastano con la qualità da assicurare. Ma modellare un processo di accreditamento su postulati, principi e risorse poco solide e razionali, rende precario l'intero disegno progettuale.

Nei capitoli introduttivi si è descritto lo scheletro che sostiene il processo di accreditamento, i suoi requisiti, gli attori che entrano in gioco e soprattutto i suoi obiettivi, anche futuri. Ricordiamo come nell'ambito dell'accreditamento periodico, si verifichi una valutazione esterna da parte di esperti indipendenti, della documentazione inerente il sistema di assicurazione della qualità attuata mediante una verifica, tramite visita nella sede dell'istituzione valutata, condotta in base a linee guida prestabilite e conclusa con la redazione di un rapporto di valutazione esterna che conterrà, oltre al giudizio, eventuali rilievi o raccomandazioni al fine di introdurre miglioramenti futuri. Nel caso dell'UNIVPM, consultando il calendario visite 2023-2027 inserito nei sistemi informatici AVA (Autovalutazione – Valutazione – Accreditamento), questa visita valutativa si verificherà attorno alle date 11-22 novembre 2024 e a seguire si pianificheranno quelle degli anni successivi. L'obiettivo che questo studio si auspica è di poter ridurre gradualmente ma pragmaticamente i gap rilevati e discussi nel capitolo precedente sia ai fini del processo di accreditamento sia, prioritariamente, al potenziamento della formazione quindi della professione infermieristica nella sua interezza.

A causa del numero limitato di studi empirici e della variabilità delle indagini, anche i risultati della revisione in letteratura hanno sostenuto l'idea che la ricerca futura dovrebbe affrontare almeno alcune di queste tematiche: il confronto costante tra i programmi teorici nella

²²² Towell-Barnard A, Coventry L, Foster L, Davis S, Twigg DE, Bharat C, Boston J. The psychometric validation of the quality practical experience (QPE) instruments (nurses and student nurse) to evaluate clinical supervision of undergraduate student nurses. *Nurse Educ Pract.* 2020 Jan 14;43:102697. doi: 10.1016/j.nepr.2020.102697. Epub ahead of print. PMID: 31981971.

²²³ National Academy Of Medicine, 2021.

²²⁴ Van Kraaij J, Veenstra M, Stalpers D, Schoonhoven L, Vermeulen H, van Oostveen C; RN2Blend Consortium. Uniformity along the way: A scoping review on characteristics of nurse education programs worldwide. *Nurse Educ Today.* 2023 Jan;120:105646. doi: 10.1016/j.nedt.2022.105646. Epub 2022 Nov 19. PMID: 36463593.

formazione infermieristica e le esperienze pratiche acquisite nel tirocinio, l'esplorazione e la raccolta delle esperienze soggettive degli studenti, l'identificazione dei timori che questi percepiscono alla fine del loro percorso di studi quando si ritrovano a dover affrontare il passaggio da studente a infermiere professionista e lo sviluppo di strumenti standardizzati che possano valutare tutti questi aspetti²²⁵. Senza un'incessante ricerca, gli sforzi continueranno a produrre risultati molto variabili, poco riproducibili e pertanto vani.

A supporto di queste affermazioni, si ricorda quanto sia essenziale mantenere costante e riproducibile nel futuro il processo di valutazione qualitativa delle sedi dei CdL in Infermieristica. L'attuale modello AVA3²²⁶ elenca i punti di attenzione corredati dai rispettivi indicatori e da un sistema di item valutativi. Tra questi nominiamo la qualità della didattica, la sua *coerenza e integrazione della pianificazione strategica con il piano della performance*, la disponibilità di un sistema di monitoraggio dei risultati conseguiti e la *periodicità ed efficacia del riesame del processo di Assicurazione della Qualità AQ*, insieme al *grado di efficacia delle azioni di miglioramento del sistema AQ implementate annualmente dal presidio di assicurazione della qualità*. Inoltre, viene riportata una specifica proprio al ruolo attribuito agli studenti, indicandone la *presenza di misure concrete finalizzata a valorizzarlo*²²⁷ e alla considerazione quantitativa della percentuale dei laureandi complessivamente soddisfatti (proprio come si è indagato nel presente studio). Si prosegue poi con un'attenzione rivolta al reclutamento, qualificazione alla gestione del personale docente mediante *l'attuazione dell'adeguatezza e consistenza dei percorsi di formazione e aggiornamento professionale, con particolare riferimento a qualità e innovazione della didattica*.

Riflettendo su quella che si auspica sarà la ricerca bibliografica futura, invece, si riscontrano una serie di lacune significative riguardo l'istruzione da una parte e l'esperienza dello studente dall'altra. Il divario che si viene a creare risiede tra la padronanza delle competenze e la fornitura di cure indipendenti a pazienti complessi²²⁸. I neolaureati non si sentono adeguatamente preparati per esercitarsi in contesti di questo tipo²²⁹. Inoltre, Dreifuerst et al. (2021), ci suggerisce che le attuali esperienze cliniche non forniscono un'esperienza approfondita che prepari gli studenti in maniera sicura e competente. Ulteriori ricerche dovrebbero concentrarsi su quale varietà di esperienze cliniche e di modelli educativi è più influente nel passaggio alla

²²⁵ Hampton KB, Smeltzer SC, Ross JG. Evaluating the transition from nursing student to practicing nurse: An integrative review. J Prof Nurs. 2020 Nov-Dec;36(6):551-559. doi: 10.1016/j.profnurs.2020.08.002. Epub 2020 Aug 6. PMID: 33308555.

²²⁶ "Assicurazione qualità", "Accreditamento di sede e dei corsi di studio", "Presidio della qualità di ateneo", "Nucleo di valutazione", "Carta dei diritti e dei doveri degli studenti e delle studentesse", "Rilevazioni opinioni studenti", "AVA3, Calendario visite 2023", "Indicatori di monitoraggio, autovalutazione e valutazione periodica", UNIVPM.

²²⁷ Tra gli indicatori: *presenza di misure concrete finalizzate a valorizzare la rappresentanza studentesca, ai sensi di quanto previsto dall'art. 2, comma 2, lettera i), della Legge 240/2010*.

²²⁸ Hodges et al., 2019.

²²⁹ Dumphy et al., 2019; Hart e Bowen, 2016; Jones et al., 2015.

pratica lavorativa²³⁰. La futura ricerca dovrebbe esplorare la valutazione nell'accREDITAMENTO, il problema legato allo stress degli studenti, le migliori pratiche di preparazione educative dei docenti e degli infermieri che guidano gli studenti nei tirocini²³¹. Sottolineiamo ancora come studi scientifici avvenire nell'ambito dell'Istruzione dovrebbero includere le migliori modalità per la transizione del ruolo da studente a infermiere professionista, progettando modelli di erogazione dell'assistenza sanitaria e degli esiti sul paziente²³².

²³⁰ Dumphy et al., 2019; MacDonald et al., 2021.

²³¹ Gazza & Hunker, 2014; Griffiths, 2016; Pappas-Rogich & Gehrling, 2013.

²³² Morton, 2017; Russell, 2015.

BIBLIOGRAFIA

- Ainslie M, Capozzoli M, Bragdon C. “*Efficacy of distant curricular models: Comparing hybrid versus online with residency outcomes in nurse practitioner education*”. *Nurse Educ Today*. 2021 Dec;107:105146. doi: 10.1016/j.nedt.2021.105146. Epub 2021 Sep 11. PMID: 34563962.
- Anarado AN, Agu GU, Nwonu EI. “*Factors hindering clinical training of students in selected nursing educational institutions in Southeastern Nigeria*”. *Nurse Educ Today*. 2016 May;40:140-5. doi: 10.1016/j.nedt.2016.02.022. Epub 2016 Mar 3. PMID: 27125164.
- Ard N, Beasley SF, Nunn-Ellison K, Farmer S. “*Responding to the pandemic: Nursing education and the ACEN*”. *Teach Learn Nurs*. 2021 Oct;16(4):292-295. doi: 10.1016/j.teln.2021.06.009. Epub 2021 Jul 11. PMID: 34305486; PMCID: PMC8272680.
- Beason CF. “*A new role in accreditation activities offers expanded horizons for registered nurses*”. *J Prof Nurs*. 2005 May-Jun;21(3):191-6. doi: 10.1016/j.profnurs.2005.04.002. PMID: 16021563.
- Campbell J, Ziefle K, Colsch R, Koschmann KS, Graeve C. “*Completing accreditation during the COVID-19 pandemic: A step-by-step process for success*”. *J Prof Nurs*. 2022 May-Jun;40:79-83. doi: 10.1016/j.profnurs.2022.03.003. Epub 2022 Mar 17. PMID: 35568463; PMCID: PMC8929720.
- Chimezie J, Agomoh, Maryellen D, Brisbois, Elizabeth Chin, “*A mapping review of clinical nurse leader and nurse educator transitional care skills and competencies*”, *Nursing Outlook*, Volume 68, Issue 4, 2020, Pages 504-516, ISSN 0029-6554.
- Christine M. Olson, “*Nurse practitioner programs: Selection factors and the student experience*”, *Journal of Professional Nursing*, Volume 41, 2022, Pages 88-99, ISSN 8755-7223.
- Crismon D, Mansfield KJ, Hiatt SO, Christensen SS, Cloyes KG. “*COVID-19 pandemic impact on experiences and perceptions of nurse graduates*”. *J Prof Nurs*. 2021 Sep-Oct;37(5):857-865. doi: 10.1016/j.profnurs.2021.06.008. Epub 2021 Jun 17. PMID: 34742515.
- Cusack L, Thornton K, Drioli-Phillips PG, Cockburn T, Jones L, Whitehead M, Prior E, Alderman J. “*Are nurses recognised, prepared and supported to teach nursing students: Mixed methods study*”. *Nurse Educ Today*. 2020 Apr 11;90:104434. doi: 10.1016/j.nedt.2020.104434. Epub ahead of print. PMID: 32315837.
- Eycan Ö, Ulupinar S. “*Nurse instructors' perception towards distance education during the pandemic*”. *Nurse Educ Today*. 2021 Dec;107:105102. doi: 10.1016/j.nedt.2021.105102. Epub 2021 Aug 18. PMID: 34482209; PMCID: PMC8413118.
- Gale J, Ooms A, Sharples K, Marks-Maran D. “*The experiences of student nurses on placements with practice nurses: A pilot study*”. *Nurse Educ Pract*. 2016 Jan;16(1):225-34. doi: 10.1016/j.nepr.2015.08.008. Epub 2015 Aug 20. PMID: 26321359.
- Geraldine Rebeiro, Kim Foster, Gylo (Julie) Hercelinskyj, Alicia Evans, “*Enablers of the interpersonal relationship between registered nurses and students on clinical placement: A phenomenological study*”, *Nurse Education in Practice*, Volume 57, 2021, 103253, ISSN 1471-5953.
- Hampton KB, Smeltzer SC, Ross JG. Evaluating the transition from nursing student to practicing nurse: An integrative review. *J Prof Nurs*. 2020 Nov-Dec;36(6):551-559. doi: 10.1016/j.profnurs.2020.08.002. Epub 2020 Aug 6. PMID: 33308555.
- Judith A. Halstead, “*Fostering Innovation in Nursing Education: The Role of Accreditation*”, *Teaching and Learning in Nursing*, Volume 15, Issue 1, 2020, Pages A4-A5, ISSN 1557-3087.
- Kang Y, Hwang H. The impact of changes in nursing practicum caused by COVID-19 pandemic on new graduate nurses. *Nurse Educ Today*. 2023 Feb;121:105675. doi: 10.1016/j.nedt.2022.105675. Epub 2022 Dec 5. PMID: 36549256; PMCID: PMC9719932.
- Katrice Ziefle, Kara S. Koschmann, Renee Colsch, Jill Campbell, Catherine Graeve, “*Innovation and accreditation: A quality improvement process*”, *Teaching and Learning in Nursing*, Volume 16, Issue 3, 2021, Pages 265-268, ISSN 1557-3087.

Kwo-Chen Lee, Ching-Hsuan Ho, Chin-Ching Yu, Yann-Fen Chao, “*The development of a six-station OSCE for evaluating the clinical competency of the student nurses before graduation: A validity and reliability analysis*”, *Nurse Education Today*, Volume 84, 2020, 104247, ISSN 0260-6917.

Rachel Cross, Ian, T. Mosley, Michelle Newton, David Edvardsson, Charne Miller, “*Stakeholder perspectives on the clinical placement appraisal process in undergraduate nurse education: A qualitative study*”, *Collegian*, Volume 29, Issue 4, 2022, Pages 438-443, ISSN 1322-7696.

Sharon F. Beasley, Suzette Farmer, Nell Ard, Keri Nunn-Ellison, “*A Voice in the Accreditation Process: The Role of the Peer Evaluator*”, *Teaching and Learning in Nursing*, Volume 14, Issue 4, 2019, Pages A3-A5, ISSN 1557-3087,

Shellenbarger T. “*Accreditors stepping up to the challenge: Reimagining the future of nursing*”. *Teach Learn Nurs.* 2022 Jul;17(3):253-255. doi: 10.1016/j.teln.2022.03.004. Epub 2022 Apr 15. PMID: 35440919; PMCID: PMC9010958.

Shellenbarger, T., 2022. “*Making choices with accreditation decisions*”. *Teaching and Learning in Nursing*, 17(1), pp.5-6.

Suzanne Hetzel Campbell, Carla Nye, Susan Henley Hébert, Candice Short, Marie H. Thomas, “*Simulation as a Disruptive Innovation in Advanced Practice Nursing Programs: A Report from a Qualitative Examination*”, *Clinical Simulation in Nursing*, Volume 61, 2021, Pages 79-85, ISSN 1876-1399.

Towell-Barnard A, Coventry L, Foster L, Davis S, Twigg DE, Bharat C, Boston J. The psychometric validation of the quality practical experience (QPE) instruments (nurses and student nurse) to evaluate clinical supervision of undergraduate student nurses. *Nurse Educ Pract.* 2020 Jan 14;43:102697. doi: 10.1016/j.nepr.2020.102697. Epub ahead of print. PMID: 31981971.

Van Kraaij J, Veenstra M, Stalpers D, Schoonhoven L, Vermeulen H, van Oostveen C; RN2Blend Consortium. Uniformity along the way: A scoping review on characteristics of nurse education programs worldwide. *Nurse Educ Today.* 2023 Jan;120:105646. doi: 10.1016/j.nedt.2022.105646. Epub 2022 Nov 19. PMID: 36463593.

Woods C, West C, Mills J, Park T, Southern J, Usher K. “*Undergraduate student nurses' self-reported preparedness for practice*”. *Collegian.* 2015;22(4):359-68. doi: 10.1016/j.colegn.2014.05.003. PMID: 26775522.

Riferimenti Normativi

Legge del 30 dicembre 2010, n. 240, art. 5 “*Delega in materia di interventi per la qualità e l’efficienza del sistema universitario*”, c. 3 recante: “*Norme in materia di organizzazione delle università, di personale accademico e reclutamento, nonché delega al Governo per incentivare la qualità e l’efficienza del sistema universitario*”.

Decreto del Presidente della Repubblica, n. 76 del 01/01/2010, “*Regolamento concernente la struttura ed il funzionamento dell’agenzia nazionale di valutazione del sistema universitario e della ricerca (ANVUR), adottato ai sensi dell’articolo 2, comma 140, del decreto legge 3 ottobre 2006, n. 262, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2006, n. 286*”. (10G0098), GU Serie Generale n. 122 del 27-5-2010 – Suppl. Ordinario n. 109.

Decreto Legislativo 27 gennaio 2012, n. 19 recante: “*valorizzazione dell’efficienza delle università e conseguente introduzione di meccanismi premiali nella distribuzione di risorse pubbliche sulla base di criteri definiti ex ante anche mediante la previsione di un sistema di accreditamento periodico delle università e la valorizzazione della figura dei ricercatori [...]*”.

Decreto Ministeriale 14 ottobre 2021, n. 1154 recante: “*Decreto Autovalutazione, valutazione, accreditamento iniziale e periodico delle sedi e dei corsi di studio*”.

Modello AVA 3 definitivo, approvato il 13 febbraio 2023.

Altri documenti / Sitografia

“Accreditamento di sede e dei corsi di studio”, UNIVPM.

“Assicurazione qualità”, “Accreditamento di sede e dei corsi di studio”, “Presidio della qualità di ateneo”, “Nucleo di valutazione”, “Carta dei diritti e dei doveri degli studenti e delle studentesse”, “Rilevazioni opinioni studenti”, “AVA3, Calendario visite 2023”, “Indicatori di monitoraggio, autovalutazione e valutazione periodica”, UNIVPM – https://www.univpm.it/Entra/Assicurazione_qualita_1/L/3

De Marinis, Tartaglini D., Mataarese M., Piredda M., Binetti P., (1999), “Modelli per la formazione clinica nel diploma universitario per infermiere”, in *Nursing Oggi*, num. 2.

Diritto.it, (19 settembre 2018), “L’autorizzazione e l’accreditamento nelle strutture sanitarie: definizioni”, in *Diritto amministrativo – sez. amministrazione pubblica*.

Fрати L., Dimonte V., Saiani L. (settembre 2010), “Principi e standard del tirocinio professionale nei corsi di laurea delle professioni sanitarie”, Conferenza Permanente dei CdL delle professioni sanitarie.

Manara Duilio F., (2002), “Il conflitto tra teoria e prassi nell’assistenza infermieristica. L’assistenza come saggezza pratica”, *Nursing Oggi*, n. 3, pp. 16-28, n. 4, pp. 18-27.

Ognibene F. (30 gennaio 2019), “L’accreditamento in sanità, punti di forza/debolezza”, in *Tecniche e tecnologie per l’assistenza infermieristica*, InfermieriAttivi.it.

“Regolamento di tirocinio clinico e di laboratorio didattico”, (a.a. 2022/2023, X rev. dicembre 2022), UNIVPM, Facoltà di Medicina e Chirurgia, CdL in Infermieristica.

“Riferimenti Normativi”, ANVUR, Agenzia Nazionale di Valutazione del Sistema Universitario e della Ricerca, pgg. 12-14.

Varvara R. (21/02/2017) “Infermieri: ma siamo davvero pronti a diventare professionisti?”, *Redazione Nurse Times*.

Allegato A – Tabella progettuale riepilogativa di integrazione procedurale aziendale AST Mc e didattico formativa UNIVPM Mc

DOCUMENTAZIONE INTEGRATIVA PROGETTUALE			
PROTOCOLLI AZIENDALI AST MC	MACROAREA	Modulo didattico:	Anno didattico
INDICAZIONI PER LA GESTIONE DIAGNOSTICA E TERAPEUTICA DELL' IPERGLICEMIA IN OSPEDALE	GESTIONE dell'IPERGLICEMIA (DIABETE)	Inf.ca applicata alla Medicina Interna Generale, Geriatrica	2° anno I sem.
		Inf.ca appl. alla Chirurgia Generale e specialistica	2° anno I sem.
Docente: C, B Corso integrato: Inf.ca appl. alla Medicina Interna Generale, Geriatrica e Chirurgica			
INDICAZIONI PER L'UTILIZZO DI PENNE DI INSULINA PRERIEMPITE (TERAPIA INSULINICA)	GESTIONE della TERAPIA SOTTOCUTANEA E INSULINO-TP	Infermieristica clinica + ****	1° anno II sem.
Docente: D, A Corso integrato: Infermieristica clinica			
LA GESTIONE DELLA FEBBRE POST-CHIRURGICA	GESTIONE della TEMPERATURA CORPOREA	Infermieristica clinica di base	1° anno I sem.
		Inf.ca appl. alla Chirurgia Generale e specialistica + *, ***	2° anno I sem.
Docente: A, C Corso integrato: Infermieristica generale e teorie del Nursing			
PREVENZIONE DELLE CADUTE NELLE STRUTTURE SANITARIE E SOCIO-SAN.	SICUREZZA e MOVIMENTAZIONE del PAZIENTE	Infermieristica clinica di base + *, **	1° anno I sem.
Docente: A Corso integrato: Infermieristica generale e teorie del Nursing			
PROCEDURA PREVENZIONE E TRATTAMENTO LDD	PREVENZIONE e TRATTAMENTO LDD	Infermieristica clinica di base + *	1° anno I sem.
Docente: A, E Corso integrato: Infermieristica generale e teorie del Nursing			

* + Attività di laboratorio didattico inerente: “Cura della persona allettata”

** + Laboratorio relativo al “Posizionamento del paziente” (*skill n.1*)

*** + Attività di laboratorio didattico inerente: “Rilevazione Parametri vitali”

**** + Attività di laboratorio didattico inerente: “Somministrazione terapia per via [...] sottocutanea [...] + Laboratorio relativo alla “Somministrazione di insulina per via sottocutanea” (*skill n.33*)

Allegato B – Modello di intervista semi-strutturata per la docenza UNIVPM



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea Magistrale in
Scienze Infermieristiche ed Ostetriche

Guida di Tirocinio: Chiar.mo Prof. Paolo Antognini

Studente: dott.^{ssa} Martina Cupaiolo

Anno Accademico 2022/2023

Titolo:

« Il gap teorico-pratico della professione infermieristica: studio osservazionale e confronto qualitativo-descrittivo tra l'Azienda AST e la dottrina dell'UNIVPM nelle sedi di Macerata »

La seguente intervista intende indagare gli aspetti che riguardano le modalità oggettive e le percezioni soggettive dei docenti in merito ai rispettivi insegnamenti implementati in ambito didattico UNIVPM.

La nostra professione ha da sempre registrato silenziosamente un notevole dislivello tra la teoria appresa in università e la pratica che ci si ritrova a vivere da tirocinanti prima e da infermieri poi. È per questo che tentare di indagare ogni step che è parte del processo di formazione, dall'erogazione della lezione all'attuazione dei concetti in occasione del tirocinio clinico, può contribuire ad individuare i gap che impediscano una corretta e completa applicazione dei principi teorici o sondare se al contrario è proprio nella teoria che risiede una lacuna di concetto.

Il Vs. prezioso contributo offerto attraverso quest'intervista, sarà parte centrale nel chiarire se effettivamente all'interno della teoria, quindi dei vostri moduli didattici, sono presenti le analoghe considerazioni relative a temi presi in esempio e relazionati ai protocolli aziendali. Sono stati considerati questi ultimi perché rappresentano più di ogni altra documentazione a disposizione, il corpus rappresentativo della pratica clinico-assistenziale della nostra professione. L'obiettivo è dunque confrontare contenuti e modalità tra protocolli aziendali e didattica e valutare se già a questo livello teoria e pratica condividono difformità.

Docente: Dott./Dott.^{ssa} XXX

Moduli didattici: *Es. Infermieristica clinica di base (CFU 3 = 36 h)*

Corsi integrati: *Es. Infermieristica generale e teorie del Nursing*

Macroarea di interesse didattico condivisa con i protocolli aziendali:

“Gestione della terapia sottocutanea e insulino-terapia”,

“Gestione della Temperatura Corporea”,

“Sicurezza e movimentazione del paziente”

“Prevenzione e trattamento delle LDD”

“Indicazioni per la gestione diagnostica e terapeutica dell'iperglicemia in ospedale”

Implementazione: didattica frontale, laboratori didattici

Anno accademico di insegnamento del tema: 1° anno, I-II sem.

<p>1) Era già a conoscenza dell'esistenza dei protocolli aziendali redatti da AST Mc, approvati e validati nell'anno corrente, inerenti i seguenti temi?:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ "Indicazioni per l'utilizzo di penne di insulina pre-riempite in ospedale" ▪ "La gestione della febbre post chirurgica" ▪ "Prevenzione delle cadute nelle strutture sanitarie e socio sanitarie" ▪ "Procedura prevenzione e trattamento lesioni da pressione" ▪ "Indicazioni per la gestione diagnostica e terapeutica dell'iperglicemia in ospedale"
<p>2) In caso di risposta positiva, li ha utilizzati per completare a livello contenutistico e qualitativo la sua didattica?</p>
<p>3) Fino ad oggi aveva mai considerato la possibilità di consultare le procedure aziendali al fine di associarle e integrarle ai suoi insegnamenti didattici? Ritiene che esse possano contribuire positivamente alla riduzione del gap tra la teoria e la pratica assistenziale infermieristica?</p>
<p>4) Riguardo il protocollo aziendale che le abbiamo fornito prima di questa intervista, le chiediamo se lei reputa che ci sia una complessiva corrispondenza dei contenuti tra il protocollo stesso e i contenuti teorici della sua didattica o se i principi espressi nella documentazione aziendale si discostano dai contenuti che lei eroga nel suo insegnamento.</p>
<p>5) Nel caso in cui lei abbia rilevato all'interno del protocollo aziendale un elemento discordante, mancante, non completo etc. (sempre rispetto alla sua didattica), può fornirci dettagli in merito?</p>

6) Entrando nel merito **specifico**, sempre nell'ottica di **confrontare contenutisticamente e qualitativamente** la sua disciplina con i protocolli aziendali, ritiene ci sia concordanza dei seguenti contenuti?:

- Fonti di ricerca, procedura di somministrazione della terapia insulinica, addestramento del paziente, matrice delle responsabilità
- Timing, valutazione e gestione della temperatura corporea, metodo di rilevazione
- Definizioni e gestione della sicurezza e della movimentazione, individuazione dei fattori di rischio e modalità di accertamento, utilizzo di scale oggettive di valutazione (griglia di accertamento dei fattori di rischio, Conley, IPFRAT), utilizzo della contenzione
- Prevenzione e fattori di rischio per le LDD, utilizzo scale oggettive di valutazione (Braden), posizionamento, valutazione dello stato nutrizionale (scala MNA), stadiazione LDD, trattamento, gestione del dolore e scale (NRS, Painad)
- Approfondimenti relativi alla tipologia di insulina e alla via di somministrazione, gestione dell'insulino-tp in un paziente sottoposto a NA / NE / NPT, calcoli sul dosaggio insulinico in pompa o sc, trattamento delle ipoglicemie

7) Ha mai ricevuto feedback da parte degli studenti in merito alla **corretta ed effettiva applicazione dei principi teorici da lei insegnati**? Oppure sono state riscontrate difformità tra la teoria e la pratica clinica?

8) Ha mai ricevuto feedback da parte degli studenti in merito alla **corretta ed effettiva applicazione dei principi espressi nel protocollo aziendale**?

9) In un quadro più generale, lei reputa siano presenti dei **gap a livello teorico-pratico nella professione infermieristica**?

10) In caso di risposta positiva, potrebbe descrivere un esempio oggettivo al quale assistito che mostri come la nostra professione presenti dei limiti che si interpongono tra l'apprendimento teorico e l'attuazione degli stessi concetti in ambito pratico?

Allegato C – Modello di intervista semi-strutturata per gli studenti UNIVPM



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea Magistrale in
Scienze Infermieristiche ed Ostetriche

Guida di Tirocinio: Chiar.mo Prof. Paolo Antognini

Studente: dott.^{ssa} Martina Cupaiolo

Anno Accademico 2022/2023

« *Il gap teorico-pratico della professione infermieristica: studio osservazionale e confronto qualitativo-descrittivo tra l'Azienda AST e la dottrina dell'UNIVPM nelle sedi di Macerata* »

“Non fare come me, so che non si dovrebbe fare così”

“... qui noi abbiamo sempre fatto in questo modo”



Almeno una volta in tutta l'esperienza formativa di tirocinio clinico, uno studente ha sentito pronunciare queste parole da parte di professionisti infermieri. Parole che molto spesso non sono state prese in considerazione, ma sappiamo quanto ogni affermazione pronunciata abbia delle ragioni e a sua volta comporti delle conseguenze. Probabilmente tra le cause che spingono alcuni infermieri ad esprimersi in questo modo c'è proprio la questione che rappresenta l'oggetto di ricerca di questo studio: la *vexata quaestio* del conflitto tra teoria e prassi nell'assistenza infermieristica.

La nostra professione ha da sempre registrato silenziosamente un notevole dislivello tra la teoria appresa in università e la pratica che ci si ritrova a vivere da tirocinanti prima e da infermieri poi. È per questo che tentare di indagare ogni step che è parte del processo di formazione, dall'erogazione della lezione all'attuazione dei concetti in occasione del tirocinio clinico, può contribuire ad individuare i gap che impediscano una corretta e completa applicazione dei principi teorici.

Il vostro prezioso contributo offerto attraverso quest'intervista sarà parte centrale nel chiarire se effettivamente all'interno della teoria che avete acquisito in questi tre anni ci siano limiti applicativi o se al contrario è nella pratica che risiede una difformità.

L'unico elemento richiesto è la **sincerità** e la **trasparenza** nell'offrire percezioni ed esperienze vissute in prima persona; **le risposte sono libere.**

L'intervista è **anonima.**

1) Prima della ricezione del protocollo aziendale in allegato, eri a conoscenza in linea generale dell'esistenza dei protocolli aziendali ?				
2) Ritieni che integrare i protocolli aziendali alle skills di laboratorio possa contribuire positivamente alla riduzione del gap tra la teoria e la pratica assistenziale inf.ca?				
3) Pensi ci sia una complessiva corrispondenza dei contenuti tra i protocolli aziendali e i contenuti teorici delle lezioni e dei laboratori cui hai assistito in università?				
4) Hai mai assistito a delle differenze tra la teoria appresa e la pratica osservata in tirocinio ? Puoi offrirci degli esempi oggettivi?				
5) Quali pensi siano tra queste le aree sulle quali dover intervenire maggiormente per ridurre il conflitto e le differenze presenti tra la teoria e la pratica infermieristica?				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualità delle strategie tutoriali	Opportunità di apprendimento	Sicurezza e qualità dell'assistenza	Auto-apprendimento	Qualità dell'ambiente di apprendimento
6) Nella griglia sottostante sono presenti dei quadranti derivati dall'intersecazione degli assi che rappresentano la teoria (<i>ordinate</i>) e la pratica (<i>ascisse</i>). Sono valutazioni brevi che esprimono i diversi possibili atteggiamenti degli infermieri che ti hanno affiancato durante le molteplici esperienze di tirocinio. Ti chiediamo di inserire una "X" in quelli che ritieni di aver vissuto maggiormente .				
<input type="checkbox"/>	So quello che dovrei fare <i>(ma faccio diversamente)</i>	TEORIA	So quello che faccio <i>(faccio quello che conosco)</i>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Non so quello che faccio <i>(e quello che faccio è sbagliato)</i>		Non so quello che faccio <i>(tuttavia ciò che faccio è corretto)</i>	<input type="checkbox"/>
				PRATICA

Manara D. F., (2002), "Il conflitto tra teoria e prassi nell'assistenza infermieristica. L'assistenza come saggezza pratica", Nursing Oggi, n. 3, pp. 16-28, n. 4, pp. 18-27.

Caratteristiche socio-demografiche	
Genere	<input type="checkbox"/> Maschio <input type="checkbox"/> Femmina
Età	<input type="checkbox"/> 20-30 <input type="checkbox"/> 30-40 <input type="checkbox"/> 40-50 <input type="checkbox"/> Oltre 50