



UNIVERSITA' POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTA' DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea Magistrale in
Scienze Infermieristiche e Ostetriche

**L'autovalutazione come strumento formativo per la
promozione del ragionamento clinico: una survey
cross-sectional nel Corso di Laurea in Infermieristica**

Relatore:

Dott. Stefano Marcelli

Correlatore:

Dott.ssa Gloria D'angelo

Tesi di Laurea di:

Alessia Curzi

A.A. 2025/2026

INDICE

CAPITOLO 1 - INTRODUZIONE	1
1.1 Il ragionamento clinico nella professione infermieristica	3
1.2 Strategie formative per lo sviluppo del ragionamento clinico: il ruolo dell'autovalutazione	7
1.3 L'Università Politecnica delle Marche e la promozione del ragionamento clinico nel percorso formativo	14
CAPITOLO 2 – OBIETTIVO	18
2.1 Obiettivo generale	18
2.2 Obiettivo specifico	18
CAPITOLO 3 – MATERIALI E METODI	19
3.1 Disegno di studio.....	19
3.2 Setting e timing	19
3.3 Campione	19
3.3.1 Criteri di inclusione	19
3.3.2 Criteri di esclusione	20
3.4 Procedura di studio	20
3.5 Campionamento	20
3.6 Strumento di raccolta dati	20
3.7 Analisi statistica	23
3.8 Considerazioni etiche	24
CAPITOLO 4 – RISULTATI	25
4.1 Analisi descrittiva del campione.....	25
4.2 Punteggi al questionario SACRR.....	26
4.3 Distribuzione delle risposte ai singoli item del SACRR	27
4.4 Analisi delle sottoscale del SACRR.....	30
4.4.1 Distribuzione dei livelli per sottoscala.....	32
4.5 Punteggi al SACRR per contesto di tirocinio.....	34
4.6 T-test a campioni indipendenti.....	35
CAPITOLO 5 – DISCUSSIONE	37
5.1 Limiti dello studio.....	42
CAPITOLO 6 – CONCLUSIONI	43
BIBLIOGRAFIA	44
ALLEGATI	52
RINGRAZIAMENTI	56

ABSTRACT

INTRODUZIONE. Il ragionamento clinico rappresenta una competenza fondamentale nella professione infermieristica, il cui sviluppo durante il percorso formativo di base costituisce una priorità riconosciuta in letteratura. L'autovalutazione, intesa come pratica riflessiva e strategia di “assessment as learning”, è stata identificata come uno strumento potenzialmente efficace per promuovere la consapevolezza metacognitiva degli studenti infermieri rispetto alle proprie competenze di ragionamento clinico. Il presente studio si propone di esplorare il livello di ragionamento clinico autovalutato negli studenti di primo, secondo e terzo anno del Corso di Laurea in Infermieristica della sede di Ascoli Piceno dell'Università Politecnica delle Marche, attraverso la somministrazione del questionario “*Self-Assessment of Clinical Reflection and Reasoning*” (SACRR), analizzando le differenze per anno di corso, variabili anagrafiche e contesto di tirocinio.

MATERIALI E METODI: È stato condotto uno studio osservazionale trasversale. Il questionario SACRR, composto da 26 item organizzati in quattro sottoscale e tradotto in italiano, è stato somministrato al termine di ciascuna esperienza di tirocinio clinico nell'anno accademico 2025/2026. Poiché ogni studente ha compilato il questionario al termine di ciascun tirocinio effettuato, i 119 studenti partecipanti (68,9% donne; età media $24,2 \pm 5,6$ anni) hanno prodotto complessivamente 221 compilazioni. L'analisi statistica ha incluso statistiche descrittive e t-test per campioni indipendenti con correzione di Welch.

RISULTATI: Il punteggio medio complessivo al SACRR è risultato pari a 113,04 ($DS \pm 10,11$) su un massimo di 130, con punteggi elevati in tutte e quattro le sottoscale. La sottoscala relativa alla gestione dell'incertezza ha registrato il valore percentuale più basso tra le quattro dimensioni. Il punteggio più alto si registra al secondo anno di corso ($M = 114,44$), seguito dal terzo ($M = 112,94$) e dal primo ($M = 110,35$). È emersa una differenza significativa per genere ($t = -2,95$; $p = 0,004$), con punteggi più elevati nelle studentesse.

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI: I risultati supportano la riproducibilità del questionario SACRR nel contesto formativo infermieristico italiano e ne suggeriscono il potenziale come strumento per sollecitare processi riflessivi e metacognitivi al termine dell'esperienza clinica di tirocinio, in linea con i principi dell'assessment as learning. Studi

futuri con campioni più ampi, disegni longitudinali e misure oggettive parallele sono necessari per consolidare questi risultati.

Parole chiave: ragionamento clinico; autovalutazione; studenti infermieri; formazione infermieristica; metacognizione; SACRR.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Clinical reasoning represents a fundamental competency in the nursing profession, and its development during undergraduate education has been widely recognized in the literature as a key priority. Self-assessment, understood as a reflective practice and an *assessment as learning* strategy, has been identified as a potentially effective tool for promoting metacognitive awareness among nursing students regarding their own clinical reasoning skills. The present study aims to explore the level of self-assessed clinical reasoning in first-, second-, and third-year students enrolled in the Bachelor of Science in Nursing programme at the Ascoli Piceno campus of the Università Politecnica delle Marche, through the administration of the Self-Assessment of Clinical Reflection and Reasoning (SACRR) questionnaire, analysing differences by year of study, demographic variables, and clinical placement setting.

MATERIALS AND METHODS: A cross-sectional observational study was conducted. The SACRR questionnaire, consisting of 26 items organised into four subscales and translated into Italian, was administered at the end of each clinical placement experience during the 2025/2026 academic year. Since each student completed the questionnaire at the conclusion of every placement undertaken, the 119 participating students (68.9% female; mean age 24.2 ± 5.6 years) produced a total of 221 completed questionnaires. Statistical analysis included descriptive statistics and independent samples t-tests with Welch's correction.

RESULTS: The overall mean SACRR score was 113.04 ($SD \pm 10.11$) out of a maximum of 130, with high scores recorded across all four subscales. The subscale relating to uncertainty management yielded the lowest percentage value among the four dimensions. The highest mean score was observed in second-year students ($M = 114.44$), followed by third-year ($M = 112.94$) and first-year students ($M = 110.35$). A statistically significant difference by gender was found ($t = -2.95$; $p = 0.004$), with female students reporting higher scores.

DISCUSSION AND CONCLUSIONS: The findings support the reproducibility of the SACRR questionnaire within the Italian nursing education context and suggest its potential as a tool for eliciting reflective and metacognitive processes at the end of clinical placement experiences, in line with the principles of *assessment as learning*. Future

studies involving larger samples, longitudinal designs, and parallel objective measures are needed to consolidate these results.

Keywords: clinical reasoning; self-assessment; nursing students; nursing education; metacognition; SACRR.

CAPITOLO 1 - INTRODUZIONE

Il ruolo dell'infermiere è destinato a subire cambiamenti profondi a causa di fenomeni socioculturali, ambientali e tecnologici in rapida evoluzione, che richiedono l'acquisizione di competenze diversificate e flessibili, capaci di andare oltre le abilità tecniche, includendo competenze interpersonali, cognitive e metacognitive di livello superiore. In tale scenario, emerge l'esigenza per i sistemi formativi di sviluppare un nucleo di abilità e attitudini che favorisca una capacità di apprendimento dinamica e trasversale, in linea con i paradigmi del lifelong learning e superando i tradizionali modelli educativi (Notarnicola et al., 2025).

La formazione accademica infermieristica assume, quindi, un ruolo cruciale nel guidare lo studente verso l'acquisizione di tali competenze di ordine superiore, la cui comprensione teorica risiede nel concetto di metacognizione (Asadzandi et al., 2022).

Il concetto di metacognizione venne elaborato per la prima volta nel 1979, identificandola come “la conoscenza e la supervisione attiva dei propri processi cognitivi, nonché la capacità di organizzare e regolare tali processi in funzione degli obiettivi da raggiungere” (Flavell, 1979). In altri termini, può essere descritta come “pensare sul pensare” o come “la conoscenza e la cognizione dei fenomeni cognitivi” di una persona e comprende i processi di pianificazione, monitoraggio e regolazione del comportamento di apprendimento (Asadzandi et al., 2022; Flavell, 1979).

Quindi, mentre la cognizione si riferisce ai processi mentali coinvolti nell'acquisizione della conoscenza, la metacognizione comprende la consapevolezza e la regolazione di tali processi cognitivi: se la cognizione è ciò che l'individuo sa, la metacognizione è la consapevolezza di quanto e come lo sa (Flavell, 1979; Tezer, 2024).

In questo senso, gli studenti di infermieristica devono sviluppare abilità metacognitive per riflettere e diventare consapevoli delle proprie strategie di apprendimento e, di conseguenza, dei propri punti di forza e debolezza, portando a un automonitoraggio efficace del proprio percorso formativo (Asadzandi et al., 2022; Hsu & Hsieh, 2014).

A livello strutturale, la metacognizione comprende la conoscenza metacognitiva, l'esperienza metacognitiva e la regolazione metacognitiva. Nella professione infermieristica, la conoscenza metacognitiva rappresenta il sapere infermieristico archiviato nella mente; l'esperienza metacognitiva riguarda il processo di applicazione di

tale sapere alla pratica; la regolazione metacognitiva è l'abilità di sintetizzare, riflettere e valutare costantemente l'esperienza per migliorare le proprie capacità (Jin & Ji, 2021).

L'impiego di tali risorse metacognitive permette di rinforzare le strategie di apprendimento, affrontare efficacemente sfide accademiche complesse, incrementando il rendimento accademico, l'autoconsapevolezza, e la capacità di autoregolazione (Dabkowski et al., 2025; Wong et al., 2025).

Inoltre, nella professione infermieristica, il possesso di abilità metacognitive è associato a un miglioramento del ragionamento clinico, del giudizio clinico, del pensiero critico e delle capacità di problem solving, tutti essenziali per garantire un'assistenza sicura ed efficace ai pazienti (Asadzandi et al., 2022; Dabkowski et al., 2025; Wong et al., 2025).

La progettazione delle modalità didattiche ha un impatto significativo sullo sviluppo di tali abilità nel discente (Wong et al., 2025); per cui emerge la necessità di adottare metodologie formative, capaci di orientare attivamente lo studente verso l'acquisizione di strategie metacognitive di apprendimento.

In questo scenario, la presente ricerca intende esplorare l'utilizzo di strumenti di autovalutazione come strategia formativa per tradurre la teoria metacognitiva in pratica educativa, focalizzandosi in particolare sulla relazione tra la consapevolezza dei propri processi cognitivi e una competenza fondamentale nella professione infermieristica: il ragionamento clinico.

1.1 Il ragionamento clinico nella professione infermieristica

Il termine ragionamento clinico è considerato un costrutto multidisciplinare intrinsecamente complesso, sostenuto da vari quadri teorici ed epistemologici (Gordon et al., 2022). Apparve per la prima volta nella letteratura infermieristica negli anni '80 e si riferisce ai processi cognitivi utilizzati dagli operatori sanitari per elaborare le informazioni del paziente prima della pianificazione delle cure (Jones, 1988). Simmons (2010) ha condotto un'analisi evolutiva del concetto seguendo la metodologia di Rodgers. Attraverso un'analisi di attributi, antecedenti e conseguenze del ragionamento clinico, l'autrice ha elaborato una definizione secondo cui esso è definito come “un processo cognitivo complesso che utilizza strategie di pensiero formali e informali per raccogliere e analizzare le informazioni sul paziente, valutare il significato di tali informazioni e ponderare azioni alternative”. Gli elementi costitutivi del concetto includono la cognizione, la metacognizione e la conoscenza specifica della disciplina. Il ragionamento clinico è dinamico, espansivo e ricorsivo, poiché informazioni, interventi e azioni alternative vengono considerati o scartati in diverse fasi dell'elaborazione cognitiva (Simmons, 2010).

In linea con questa definizione, un modello rappresentativo del ragionamento clinico, lo descrive come una spirale che si sviluppa verso l'alto e verso l'esterno; ogni spirale incorpora l'ingresso di dati, l'interpretazione (o reinterpretazione) dei dati e la formulazione (o riformulazione) del problema, per raggiungere una comprensione progressivamente più ampia e profonda del problema clinico. Sulla base di questa comprensione crescente, vengono prese decisioni riguardo l'intervento e vengono intraprese azioni (Higgs & Jones, 2000). Gli autori descrivono il ragionamento clinico come un processo che comprende tre dimensioni fondamentali:

- **Conoscenza:** una solida base di conoscenza della disciplina, che comprende la conoscenza derivata dalla teoria e dalla ricerca, e la conoscenza derivata dall'esperienza professionale e personale;
- **Cognizione o indagine riflessiva:** le abilità cognitive o di pensiero, come l'analisi, la sintesi, la valutazione dei dati raccolti, vengono utilizzate per elaborare i dati clinici rispetto alla base di conoscenza disciplinare e personale del professionista, tenendo conto delle esigenze del paziente e del problema clinico;

- Metacognizione o autoconsapevolezza riflessiva: funge da ponte tra conoscenza e cognizione; essa permette al professionista di identificare limitazioni nella qualità delle informazioni ottenute, incongruenze o risultati inattesi; consente di monitorare il proprio ragionamento e la propria pratica professionale, alla ricerca di errori e per verificarne l'attendibilità; induce a riconoscere quando le proprie conoscenze o competenze sono insufficienti e quando è necessario intraprendere azioni correttive.

A queste dimensioni se ne aggiungono altre che arricchiscono la comprensione del processo di ragionamento clinico, quali la decisione condivisa, intesa come il ruolo attivo del paziente nel processo decisionale; l'interazione con il contesto, ovvero l'interattività tra i decisori, la situazione e l'ambiente in cui si svolge il ragionamento; e infine l'impatto del compito, che si riferisce all'influenza esercitata dalla natura stessa del problema clinico o dell'attività, sul processo di ragionamento.

Successivamente, gli autori hanno ampliato il modello aggiungendo quattro metacompetenze al processo di ragionamento clinico (Higgs et al., 2008):

- La capacità di generare conoscenza e maturare saggezza pratica a partire dal ragionamento e dall'esperienza clinica: questo processo non è inteso come una semplice acquisizione di nozioni, ma come un percorso dinamico di costruzione del sapere, che evolve costantemente all'interno della pratica professionale;
- L'inquadramento del ragionamento come insieme di comportamenti e strategie all'interno di specifici modelli di pratica, ciascuno con una filosofia di pratica intrinseca: questa competenza implica che il professionista renda espliciti i presupposti del proprio modello di riferimento, comprendendo come essi orientino le sue decisioni e agendo con una visione coerente e riflessiva;
- La capacità riflessiva di promuovere una crescita cognitiva, emotiva ed esperienziale positiva, non solo per il benessere del paziente ma anche per lo sviluppo delle proprie competenze professionali: il professionista riconosce che il processo di cura è un'occasione di apprendimento reciproco, dove la crescita del paziente e quella del professionista sono interconnesse;
- L'impiego di conversazioni critiche e creative: attraverso il dialogo critico e il discorso creativo, il professionista non si limita a raccogliere dati, ma entra in una "conversazione" profonda con il fenomeno clinico, con il paziente e con se stesso.

Questi modelli teorici del ragionamento clinico, focalizzati sulla metacognizione, sulla riflessione e sull'integrazione di conoscenza disciplinare ed esperienza professionale, rappresentano la base per lo sviluppo di questa complessa competenza infermieristica. Per gli infermieri, il ragionamento clinico svolge un ruolo determinante nella valutazione delle condizioni dei pazienti, nell'identificazione dei problemi di salute e nella presa di decisioni rapide e accurate riguardo agli interventi più appropriati; in questo senso, garantire la sicurezza e la rigerosità del processo decisionale costituisce una responsabilità professionale centrale che richiede educazione e formazione continua (Mendonça, 2026). A tal proposito, la letteratura concorda sulla necessità di promuovere il suo sviluppo durante la formazione di base (Gordon et al., 2022; Hong et al., 2021; Leijser & Spek, 2021; Pérez-Perdomo & Zabalegui, 2023). Un'educazione infermieristica orientata al ragionamento clinico può migliorare la capacità di affrontare situazioni complesse e instabili durante l'assistenza ai pazienti (Hong et al., 2021; Mendonça, 2026). È importante quindi considerare come il concetto di ragionamento clinico si declina specificamente negli studenti di infermieristica e come questa competenza si sviluppa durante i percorsi formativi di base. Un'analisi concettuale del ragionamento clinico negli studenti infermieri lo descrive come “un processo cognitivo, olistico e ricorsivo, con natura dinamica, coerente e flessibile, volto a promuovere la consapevolezza degli studenti e una percezione accurata della situazione del paziente, consentendo loro di scegliere un intervento tra le diverse alternative disponibili e di rielaborare criticamente ciò che hanno appreso da quella situazione” (Mohammadi-Shahboulaghi et al., 2021). Inoltre, il ragionamento clinico è un processo di apprendimento logico che promuove la consapevolezza metacognitiva nell'infermieristica, attraverso lo sviluppo di competenze di pensiero riflessivo, e costituisce la base necessaria per la transizione verso il ruolo di infermiere professionista, aumentando le competenze cliniche degli studenti (Mohammadi-Shahboulaghi et al., 2021). I risultati dell'analisi concettuale hanno indicato, che le competenze di ragionamento clinico si sviluppano secondo specifici criteri professionali, quali la conoscenza disciplinare, la percezione cognitiva, il pensiero critico, le esperienze di apprendimento e l'abilità intuitiva negli studenti di infermieristica, in linea con quanto descritto nel modello precedentemente illustrato (Higgs et al., 2008).

Un altro aspetto che viene sottolineato in letteratura è l'utilizzo di alcuni termini, quali pensiero critico e giudizio clinico, come sinonimi di ragionamento clinico (Leal et al., 2024) per cui è opportuno fare una distinzione tra i concetti.

Il pensiero critico è un processo cognitivo che include l'analisi razionale delle informazioni per facilitare il ragionamento, il giudizio e la presa di decisioni (Zuriguél-Pérez et al., 2019). Sebbene correlato al ragionamento clinico, è un concetto più ampio che coinvolge particolari disposizioni, abilità e abitudini mentali (Simmons, 2010). Invece il giudizio clinico è stato definito come la decisione finale che l'infermiere assume a seguito di riflessione sui dati raccolti, della loro interpretazione e prioritizzazione, per mettere in atto l'intervento infermieristico più adeguato in relazione alle condizioni del paziente (Uppor et al., 2022). Quindi, il pensiero critico supporta il ragionamento clinico, mentre il giudizio clinico rappresenta il risultato di tale processo (Hong et al., 2021; Mohammadi-Shahboulaghi et al., 2021; Uppor et al., 2022).

In sintesi, il ragionamento clinico è il processo cognitivo che sostiene il giudizio clinico, la presa di decisioni appropriate, lo sviluppo della consapevolezza metacognitiva e, più in generale, della competenza professionale infermieristica (Mohammadi-Shahboulaghi et al., 2021). Compresa la natura complessa e multifattoriale del ragionamento clinico, nonché la sua centralità nella professione e nell'educazione infermieristica, emerge la necessità di individuare strategie didattiche capaci di promuoverne attivamente lo sviluppo negli studenti.

1.2 Strategie formative per lo sviluppo del ragionamento clinico: il ruolo dell'autovalutazione

Promuovere lo sviluppo del ragionamento clinico nell'educazione infermieristica rappresenta una sfida per i docenti poiché tale competenza non viene acquisita in un singolo momento, bensì attraverso un'evoluzione costante delle abilità dello studente durante il percorso educativo (Hong et al., 2021). Per tale motivo, il suo sviluppo deve essere integrato trasversalmente all'interno di tutto il programma formativo infermieristico (Pérez-Perdomo & Zabalegui, 2023). Le abilità di ragionamento clinico sono oggetto di crescente interesse, specialmente in relazione alle sfide nel trovare le migliori strategie didattiche e strumenti di valutazione per sviluppare tali competenze nello studente (Giuffrida et al., 2023), tanto da rendere l'individuazione di tali strategie una priorità nell'ambito della formazione e della ricerca (Gordon et al., 2022). Le strategie educative dovrebbero essere sviluppate a partire dalle componenti chiave del ragionamento clinico, quali il pensiero critico, il ragionamento, la riflessione, l'analisi dei dati, l'inferenza, la metacognizione, la cognizione, la logica, l'elaborazione delle informazioni e l'intuizione (Simmons, 2010).

L'analisi della letteratura evidenzia che, nella formazione infermieristica, le strategie didattiche maggiormente utilizzate per promuovere il ragionamento clinico sono la simulazione, il *case-based learning*, il *problem-based learning*; ad esse si intreccia trasversalmente il principio dell'apprendimento collaborativo e si affiancano strumenti didattici tecnologici il cui utilizzo è sempre più diffuso.

Tra queste, la simulazione o *simulation-based education*, rappresenta una delle metodologie più adottate nella formazione infermieristica (Giuffrida et al., 2023). Essa può trovare applicazione attraverso diverse varianti, tra cui la simulazione ad alta fedeltà, la simulazione virtuale e i giochi di simulazione (Pérez-Perdomo & Zabalegui, 2023). Ciascuna di queste modalità, prevede la riproduzione di situazioni cliniche reali, consentendo agli studenti di sviluppare capacità di ragionamento clinico e acquisire competenze pratiche nell'assistenza ai pazienti in un ambiente di apprendimento sicuro (Aebersold, 2018). Il valore della simulazione sullo sviluppo delle capacità di ragionamento clinico risiede, tuttavia, in un debriefing efficace, spazio in cui gli studenti possono riflettere sulle proprie azioni e spiegare il ragionamento alla base delle proprie decisioni. Per cui, i docenti devono essere in grado di progettare, facilitare e condurre un

efficace debriefing delle esperienze basate sulla simulazione (Aebersold, 2018; Neethling & Roets, 2025).

Un approccio altrettanto diffuso è il *case-based learning* (CBL), o apprendimento basato su casi, un metodo educativo cognitivo che promuove il ragionamento clinico consentendo agli studenti di identificare i problemi, stabilire le priorità e pianificare interventi appropriati (Öztürk Birge & Kutlutürkan, 2024). Una variante particolarmente rilevante è rappresentata dai casi clinici progressivi (*unfolding cases*), che presentano condizioni del paziente in continua evoluzione. Un caso clinico progressivo coinvolge attivamente gli studenti permettendo loro di esercitare le capacità di problem-solving individuale e collettivo, di pensiero critico, di apprendimento autodiretto e di lavoro in team (Cheng et al., 2024). In questa cornice si inseriscono anche strumenti didattici quali il modello OPT (*Outcome-Present State Test*) e la mappatura concettuale (*concept mapping*), che condividono l'obiettivo di rendere visibile il ragionamento dello studente. Il modello OPT utilizza un caso di studio reale o standardizzato e consiste in una rete di ragionamento (*reasoning web*) attraverso cui gli studenti identificano e raggruppano i possibili problemi del paziente e, di fatto, “ordinano i propri pensieri” per identificare il principale problema di salute del paziente; in seguito, identificano i risultati attesi (*outcomes*) ideali e decidono le azioni necessarie a orientare l’assistenza verso tali risultati (Neethling & Roets, 2025). In modo simile, la mappatura concettuale consiste nella creazione di un diagramma visivo per stabilire relazioni tra concetti e idee, attraverso cui gli studenti identificano i dati clinici rilevanti relativi ai problemi di salute del paziente. Man mano che gli studenti raggruppano i dati e costruiscono le mappe sono in grado di “vedere” i propri pensieri, esercitarsi nell'interpretazione delle informazioni e riflettere sul proprio ragionamento (Gonzalez & Nielsen, 2024).

Un ulteriore modello pedagogico particolarmente diffuso nella formazione infermieristica è il *problem-based learning* (PBL), o apprendimento basato sui problemi. Si tratta di un metodo centrato sullo studente che promuove il pensiero critico e le capacità di risoluzione dei problemi coinvolgendo gli studenti in un lavoro di gruppo collaborativo per affrontare scenari clinici e sfide pratiche (Lee & Son, 2024; Wei et al., 2024). Questo approccio incoraggia gli studenti ad analizzare i problemi clinici, stabilire obiettivi, ricercare informazioni pertinenti e riflettere sui propri processi decisionali. Il PBL promuove così l'apprendimento autodiretto e il coinvolgimento attivo degli studenti, che

lavorano in piccoli gruppi di quattro-otto persone, anche attraverso più sessioni in cui i casi clinici si arricchiscono progressivamente di nuovi dati (Lee & Son, 2024).

Trasversale alle strategie descritte finora è il principio dell'apprendimento collaborativo, che nel *team-based learning* trova la sua espressione più strutturata. Con questo metodo, il ragionamento clinico si sviluppa attraverso il confronto tra pari, sotto la supervisione e la mediazione del docente. Gli studenti, organizzati in piccoli o grandi gruppi divisi in squadre, lavorano su scenari di casi clinici, il che permette loro di esercitarsi nel dare e ricevere feedback (Gonzalez & Nielsen, 2024).

A queste strategie si affiancano inoltre strumenti tecnologici la cui implementazione è in crescita nella formazione infermieristica. Ad esempio, la mappatura concettuale elettronica, l'illustrazione virtuale di casi clinici e il serious gaming, rappresentano modalità complementari alle strategie finora esaminate, per favorire la partecipazione attiva degli studenti (Neethling & Roets, 2025).

In sintesi, pur differendo nelle modalità di implementazione e nella metodologia, gli approcci didattici descritti condividono l'utilizzo della discussione guidata e della riflessione critica su casi clinici reali o simulati, e il coinvolgimento attivo dello studente come elementi comuni e trasversali per la promozione del ragionamento clinico.

Ne consegue che i formatori infermieristici svolgono un ruolo fondamentale in questo processo, adottando strategie di insegnamento e valutazione centrate sullo studente e ponendo enfasi sulla capacità dello studente di monitorare e valutare il proprio processo di apprendimento (Ezeugo et al., 2024; van Wyngaarden et al., 2019). Tali capacità di autoregolazione e autovalutazione sono importanti anche per l'apprendimento permanente e lo sviluppo professionale continuo (Ezeugo et al., 2024); quindi per il passaggio da studente a professionista impegnato come lifelong learner nella pratica clinica (Henderson et al., 2022; Piper et al., 2019).

L'efficacia di questo processo di apprendimento attivo dipende anche dall'allineamento delle strategie formative ad adeguati metodi di valutazione del ragionamento clinico.

La valutazione costituisce uno degli elementi cardine dell'educazione e del processo di insegnamento – apprendimento; essa implica sempre un giudizio sul valore o sulla performance di qualcosa o qualcuno e, a seconda del momento in cui avviene e di chi la conduce, può configurarsi come valutazione iniziale, di processo, condivisa, tra pari o autovalutazione (Siles-González & Solano-Ruiz, 2016).

Nel tempo, le forme valutative si sono evolute da modelli centrati sull'autorità dell'esperto verso approcci più partecipativi, fondati sulla responsabilità dello studente nei confronti dell'apprendimento e, di conseguenza, della valutazione stessa (Siles-González & Solano-Ruiz, 2016). I metodi di valutazione tradizionali creano spesso un ambiente di apprendimento passivo e ciò può portare ad una comprensione superficiale, ad una preparazione insufficiente per le situazioni cliniche e ad un basso coinvolgimento degli studenti: sono necessarie anche strategie di valutazione più dinamiche che promuovano l'apprendimento autodiretto e la riflessione (Ezeugo et al., 2024).

Coinvolgere gli studenti nel processo di valutazione richiede di incoraggiarli ad assumersi la responsabilità del proprio apprendimento e a migliorare lo sviluppo dell'auto – osservazione e dell'auto – giudizio (Capan Melser et al., 2020). In un contesto educativo che evolve verso un maggiore coinvolgimento degli studenti, l'autovalutazione emerge, quindi, come una risposta efficace e sempre più riconosciuta in ambito accademico. Essa non rappresenta solo uno strumento valutativo complementare ai metodi tradizionali, ma si configura soprattutto come una strategia didattica e una pratica riflessiva, attraverso cui gli studenti possono riflettere criticamente sulle proprie competenze (Andrade, 2019).

La capacità di auto – valutarsi ha, infatti, effetti positivi sulle prestazioni accademiche, sull'autonomia nell'apprendimento, sull'impegno e coinvolgimento nell'apprendimento, e sull'autoefficacia degli studenti (Yan & Brown, 2016).

L'autovalutazione nel contesto educativo viene descritta come un “atto descrittivo e valutativo compiuto dallo studente riguardo al proprio lavoro e alle proprie capacità accademiche” (Brown & Harris, 2013). Questa prospettiva viene ampliata intendendola come una “vasta gamma di meccanismi e tecniche attraverso cui gli studenti descrivono (ossia valutano) e, eventualmente, attribuiscono valore o merito (ossia giudicano), le qualità dei propri processi e prodotti di apprendimento” (Panadero et al., 2016). Tuttavia, è stato rilevato che a queste definizioni manca lo scopo dell'atto di autovalutazione; per cui è stata proposta più recentemente una nuova concettualizzazione, secondo cui “l'autovalutazione è l'atto attraverso cui l'individuo monitora i propri processi e prodotti al fine di apportare modifiche che migliorino l'apprendimento e la performance” (Andrade, 2019). Questa finalità, orientata all'apprendimento, implica che l'autovalutazione debba avere carattere formativo; infatti, le evidenze suggeriscono che

essa risulta particolarmente efficace quando utilizzata in questa prospettiva, supportata da adeguati interventi educativi (Andrade, 2019).

Questo processo viene definito “*assessment as learning*” (valutazione come apprendimento) e si verifica quando gli studenti sono responsabili del monitoraggio del proprio apprendimento e agiscono come propri valutatori attraverso attività strutturate di auto – valutazione, auto – giudizio e riflessione (Henderson et al., 2022). Alla luce di quanto esposto, emerge una convergenza significativa tra le componenti del ragionamento clinico, quali metacognizione, riflessione e pensiero critico, e i processi che l’autovalutazione attiva nello studente: intesa come “*assessment as learning*”, potrebbe rappresentare uno strumento formativo attraverso cui lo studente infermiere sviluppa la consapevolezza cognitiva e metacognitiva alla base di un ragionamento clinico efficace. Tuttavia, l’implementazione dell’autovalutazione nei percorsi accademici non è esente da sfide e criticità. Il principale ostacolo all’applicazione di tali metodologie risiede in una cultura educativa ancorata a modalità valutative tradizionali. Affinché l’autovalutazione diventi una pratica realmente trasformativa, è essenziale un cambiamento culturale supportato da strumenti adeguati, tutoraggio costante e una visione educativa fondata su pensiero critico, autoconsapevolezza e riflessione sull’esperienza (Siles-González & Solano-Ruiz, 2016). Per gli studenti l’autovalutazione può rappresentare un concetto innovativo, che li porta a rivedere e ridefinire il proprio ruolo nel percorso formativo (Siles-González & Solano-Ruiz, 2016). La qualità dell’esperienza di autovalutazione varia molto tra gli studenti: alcuni la vivono come un’occasione significativa per assumersi responsabilità e migliorare il proprio lavoro, mentre altri la considerano solo un compito da completare (Piper et al., 2019). Questa differenza dipende da alcuni fattori, quali le aspettative degli studenti, la loro esperienza precedente con l’autovalutazione, la capacità di autoregolazione e infine la relazione tra studente e formatore. In particolare, quest’ultima è decisiva nel determinare l’atteggiamento, il comportamento e la motivazione dello studente nei confronti del processo di autovalutazione, anche perché gli studenti spesso modificano la propria valutazione in base a ciò che pensano preferisca il docente. Emerge quindi la necessità di presentare l’autovalutazione come uno strumento di riflessione e crescita, e che tale scopo sia chiaro allo studente (Piper et al., 2019). Altri bias di risposta, strettamente connessi alla soggettività di questo processo, sono la risposta socialmente desiderabile, ovvero la tendenza a fornire descrizioni di sé

eccessivamente positive percepite come maggiormente accettabili da un punto di vista sociale (Bradley et al., 2022); e l'effetto Dunning-Kruger (DKE), secondo cui gli individui meno competenti sovrastimano le proprie capacità, mentre coloro che sono più competenti tendono a sottostimarle (Kruger & Dunning, 1999).

In questo senso, una sfida tecnica dell'autovalutazione riguarda lo stabilire un criterio valido per giudicare se l'autovalutazione di uno studente sia accurata o meno (Yan & Brown, 2016). È convenzionale fare riferimento al giudizio degli insegnanti o ai punteggi di test oggettivi come parametro di riferimento. La letteratura concorda, infatti, che l'utilizzo di strategie di autovalutazione dovrebbe essere combinato con una misura più oggettiva della competenza dello studente (Bradley et al., 2022; Kajander-Unkuri et al., 2016; Lavoie et al., 2023). Per cui, la discrepanza tra la valutazione dello studente e una valutazione oggettiva rimane un indicatore utile per comprendere l'accuratezza di un'autovalutazione (Brown et al., 2015). Tuttavia, da un punto di vista pedagogico, i benefici dell'autovalutazione potrebbero derivare dall'impegno attivo dello studente nel processo di apprendimento, piuttosto che dalla sua accuratezza o corrispondenza alla realtà, qualora questo sia l'obiettivo formativo (Yan & Brown, 2016).

Una risposta concreta ai limiti descritti è rappresentata dall'utilizzo di strumenti di autovalutazione standardizzati e validati, che permettono di minimizzare i bias di risposta (Bradley et al., 2022). In ambito infermieristico, sono stati sviluppati diversi strumenti di autovalutazione del ragionamento clinico; uno di questi è il questionario *Self-Assessment of Clinical Reflection and Reasoning* (SACRR), sviluppato per quantificare le capacità di ragionamento clinico negli studenti attraverso l'autovalutazione (Mwale et al., 2024). Esso è composto da 26 item che descrivono comportamenti e azioni riconducibili alla riflessione e al ragionamento clinico, distribuiti in quattro sottoscale: l'applicazione della conoscenza e della teoria, che esplora la capacità dello studente di utilizzare le conoscenze pregresse e i quadri teorici di riferimento per pianificare gli interventi; il processo decisionale basato sull'esperienza e sull'evidenza, che indaga in che misura lo studente fonda le proprie decisioni su esperienze passate, protocolli clinici e linee guida; la gestione dell'incertezza, che valuta l'apertura mentale dello studente di fronte a situazioni cliniche inattese e la sua capacità di confrontarsi con i colleghi prima di agire; infine, l'autoriflessione e il ragionamento, che esplora la capacità di riflettere criticamente sulle ipotesi formulate e sugli interventi messi in atto, verificandone l'efficacia (Mwale et al.,

2024). Dall'analisi della letteratura emerge che, sebbene il SACRR sia uno strumento promettente, il suo impiego nel contesto infermieristico è limitato. Al contrario, è stato adottato con maggiore frequenza in altre professioni, quali fisioterapia, medicina e terapia occupazionale, dove ha dimostrato di essere un valido strumento nel facilitare lo sviluppo del ragionamento clinico, nel promuovere la riflessione critica sui processi decisionali e nel supportare l'autovalutazione delle capacità cliniche degli studenti, favorendo un miglioramento continuo delle loro competenze (Alonazi et al., 2025; Bathje et al., 2022; Bolton & Dean, 2018; Johnson et al., 2017; Keiller & Hanekom, 2014; Murphy & Radloff, 2019; Trommelen et al., 2017; Venugopal et al., 2024; Willis et al., 2018).

Tale lacuna suggerisce l'opportunità di esplorare il potenziale del questionario SACRR anche in ambito formativo infermieristico, dove l'introduzione di un metodo di autovalutazione strutturato potrebbe configurarsi come uno strumento formativo innovativo, non solo per misurare le competenze di ragionamento clinico percepite dagli studenti, ma anche per promuovere lo sviluppo delle abilità metacognitive e riflessive, indispensabili per una pratica professionale autonoma e consapevole.

1.3 L'Università Politecnica delle Marche e la promozione del ragionamento clinico nel percorso formativo

La presente indagine si colloca nel contesto del Corso di Laurea in Infermieristica dell'Università Politecnica delle Marche, presso la sede di Ascoli Piceno, afferente alla classe L/SNT1 – Professioni sanitarie infermieristiche e professione sanitaria ostetrica.

Il Corso di Laurea è strutturato in un percorso triennale per un totale di 180 CFU, e ha l'obiettivo di formare professionisti sanitari cui competono le attribuzioni previste dal D.M. del Ministero della Salute 14 settembre 1994, n. 739, che individua la figura dell'infermiere quale professionista responsabile dell'assistenza generale infermieristica (Ministero della Sanità, 1994). In coerenza con il profilo professionale, il percorso formativo è orientato allo sviluppo progressivo di competenze di natura tecnica, relazionale ed educativa.

In questo contesto, lo sviluppo del ragionamento clinico rappresenta un obiettivo centrale e trasversale durante l'intero percorso formativo. Tale competenza, di natura complessa, non deriva dalla semplice trasmissione di un sapere, ma richiede l'adozione di strategie educative orientate a impostare una vera e propria *forma mentis* professionale.

Coerentemente con la natura progressiva dell'apprendimento clinico, il percorso formativo prevede l'acquisizione di conoscenze teoriche attraverso gli insegnamenti di base e caratterizzanti, erogati in aula, cui si affiancano le attività di laboratorio didattico e il tirocinio clinico. Queste tre componenti sono integrate tra loro: i laboratori si collocano in una fase intermedia tra la formazione teorica e l'esperienza di tirocinio clinico, e la propedeuticità tra esse è normata dal Regolamento di Tirocinio Clinico e di Laboratorio Didattico dell'Ateneo (Università Politecnica delle Marche, 2024).

Tale regolamento, in conformità con la normativa vigente, prevede per il tirocinio clinico un numero di ore pari a 1800 nel triennio (60 CFU). Il tirocinio clinico è l'elemento caratterizzante di tutto il processo formativo e rappresenta per lo studente un'occasione importante di apprendimento dall'esperienza e di sviluppo delle competenze indispensabili per l'esercizio professionale. Costituisce l'elemento di saldatura tra il sapere cognitivo ed il sapere pratico; non è soltanto il tempo e lo spazio in cui si viene a contatto con il fare, ma un tempo ed uno spazio in cui vengono promossi e sostenuti processi di pensiero sul proprio fare professionale.

Per la sede di Ascoli Piceno, il tirocinio clinico si svolge presso l'AST Ascoli Piceno, che costituisce la rete formativa di riferimento per gli studenti del polo. La complessità dei contesti assistenziali si amplia progressivamente: gli studenti vengono inseriti nei contesti di area medica, chirurgica specialistica, geriatrica e territoriale dal primo anno; mentre l'area della salute mentale, quella materno-infantile e l'area critica vengono introdotte a partire dal secondo e terzo anno di corso (Università Politecnica delle Marche, 2024).

I laboratori, invece, sono previsti in ciascuno dei tre anni e rappresentano un contesto controllato di apprendimento in cui lo studente è chiamato a mobilitare le proprie conoscenze teoriche in situazioni pratiche simulate, esercitando le proprie competenze cliniche prima di confrontarsi con la complessità dei contesti di tirocinio. Le attività laboratoriali sono condotte da figure tutoriali e si sviluppano attraverso una progressione di complessità crescente, coerente con gli obiettivi formativi dello specifico anno di corso. Al primo anno, hanno carattere propedeutico all'ingresso in tirocinio e si focalizzano sulle competenze di base di assistenza infermieristica, quali cura della persona allettata, movimentazione della persona assistita, e rilevazione dei parametri vitali; e competenze tecnico-procedurali quali esecuzione di enterocisma, prelievo venoso, prelievo capillare, emocultura, cateterismo vescicale, gestione e somministrazione della terapia farmacologica. A completare le attività laboratoriali del primo anno si aggiunge la prima parte del laboratorio di Pianificazione Assistenziale Infermieristica (PAI).

Al secondo anno, il percorso laboratoriale introduce un livello superiore di complessità con lo sviluppo di ulteriori competenze: posizionamento del sondino nasogastrico, gestione della stomia, medicazione della ferita chirurgica e bendaggi, gestione del catetere venoso centrale ed esecuzione dell'ECG. A questi si aggiungono il laboratorio relazionale, il laboratorio di ricerca EBN-EBM e la seconda parte del laboratorio PAI.

Al terzo anno, invece, i laboratori si orientano verso scenari assistenziali di alta complessità e criticità attraverso il conseguimento delle certificazioni BLSD e PBLSD; affiancate dal laboratorio di Pianificazione Assistenziale del Paziente Critico e dal laboratorio di Promozione della Salute.

Tra tutte le attività di laboratorio del triennio, quello dedicato alla Pianificazione Assistenziale rappresenta il filo conduttore dell'intero percorso formativo, durante il quale l'utilizzo di casi clinici si configura come strumento elettivo attraverso cui lo

studente è chiamato a sviluppare ed esercitare le proprie competenze di ragionamento clinico in modo progressivo e strutturato.

Al primo anno, il laboratorio di Pianificazione Assistenziale si concentra sull'accertamento infermieristico, prima fase del processo di nursing: lo studente apprende come effettuare la valutazione iniziale secondo un modello teorico di riferimento, che comprende la raccolta, la validazione, l'organizzazione e la registrazione dei dati sullo stato attuale della persona assistita. La metodologia prevede un'esercitazione di gruppo con l'utilizzo di casi clinici, in cui gli studenti compilano la sezione di accertamento di una cartella infermieristica ad uso didattico, con successiva correzione e feedback sul lavoro svolto. In questo modo, lo studente del primo anno acquisisce le basi metodologiche per raccogliere e interpretare i dati con pensiero critico, componente fondamentale del ragionamento clinico. Al secondo anno, il laboratorio consolida quanto precedentemente appreso e lo estende alle fasi successive del processo di nursing: la formulazione della diagnosi infermieristica, la definizione degli obiettivi, la pianificazione e la valutazione degli interventi infermieristici, anche attraverso l'uso delle tassonomie NANDA-I, NIC e NOC. È prevista un'esercitazione in cui lo studente, a partire da un caso clinico, completa una cartella infermieristica ad uso didattico formulando una o due diagnosi infermieristiche con i relativi obiettivi, interventi e risultati attesi. Lo studente del secondo anno sviluppa quindi la capacità di tradurre i dati raccolti in un piano assistenziale completo, esercitando in modo più strutturato le proprie competenze di ragionamento clinico. Al terzo anno, il laboratorio di Pianificazione Assistenziale si declina nella sua forma più avanzata, applicando quanto appreso a scenari di alta complessità assistenziale. Lo studente trasferisce le competenze di pianificazione assistenziale nella gestione del paziente critico, contesto in cui il ragionamento clinico richiede la capacità di integrare conoscenze, competenze tecniche, pensiero critico e capacità decisionale in situazioni di emergenza – urgenza.

Anche durante il tirocinio clinico, lo studente è tenuto a produrre elaborati scritti e piani di assistenza infermieristica realizzati su casi clinici simulati o reali, individuati con il Direttore ADP, il tutor e la guida di tirocinio. L'utilizzo costante dei casi clinici come strumento formativo, sia in laboratorio che in tirocinio, favorisce la promozione del ragionamento clinico, consentendo allo studente sia di ripercorrere e analizzare criticamente situazioni reali vissute durante l'esperienza di tirocinio, sia di interfacciarsi,

nell'ambiente protetto del laboratorio, con scenari clinici non ancora sperimentati sul campo. In entrambi i contesti, un ruolo centrale è svolto dalle figure tutoriali che guidano lo studente rendendo visibile il processo di ragionamento clinico sottostante al caso clinico, trasformandolo in oggetto di riflessione individuale o collettiva, favorendo anche il confronto tra pari se previste esercitazioni in piccoli gruppi. I tutor svolgono quindi una funzione di facilitazione e supporto all'apprendimento e il grado in cui il ragionamento clinico viene sviluppato in queste sessioni dipende anche dall'approccio adottato dal singolo tutor, dalla sua capacità di orientare la riflessione critica dello studente, di rendere espliciti i processi decisionali sottesi all'azione clinica e di trasformare l'errore in un'occasione di apprendimento consapevole. È in questo contesto formativo che si è inserita la presente indagine, con la somministrazione del questionario "*Self-Assessment of Clinical Reflection and Reasoning*" agli studenti del primo, secondo e terzo anno durante le sessioni laboratoriali, al termine di ciascuna esperienza di tirocinio. Tale scelta metodologica deriva dalla natura stessa del laboratorio, inteso come ambiente in cui lo studente è chiamato a riflettere attivamente sulle proprie competenze, analizzando il proprio livello di ragionamento clinico e la propria crescita professionale in base all'esperienza appena vissuta sul campo. In questo modo, la consapevolezza metacognitiva risulta particolarmente sollecitata, rendendo possibile la rilevazione del livello di ragionamento clinico percepito dagli studenti attraverso uno strumento di autovalutazione.

CAPITOLO 2 – OBIETTIVO

2.1 Obiettivo generale

Esplorare le competenze di ragionamento clinico autovalutate negli studenti del Corso di Laurea in Infermieristica, nella sede di Ascoli Piceno dell'Università Politecnica delle Marche, attraverso la somministrazione del questionario *Self-Assessment of Clinical Reflection and Reasoning* (SACRR).

2.2 Obiettivo specifico

- Confrontare i punteggi totali e delle sottoscale ottenuti nel SACRR dagli studenti del primo, del secondo e del terzo anno di corso;
- Analizzare la relazione tra il punteggio SACRR e le variabili anagrafiche degli studenti;
- Indagare se il modello assistenziale dell'unità operativa frequentata durante il tirocinio si associa a differenze nei livelli di autovalutazione del ragionamento clinico.

CAPITOLO 3 – MATERIALI E METODI

3.1 Disegno di studio

È stato condotto uno studio osservazionale trasversale (cross-sectional), finalizzato a esplorare le competenze di ragionamento clinico percepito dagli studenti del Corso di Laurea in Infermieristica, attraverso l'utilizzo del questionario SACRR come strumento di autovalutazione. La natura trasversale dello studio ha consentito di raccogliere i dati in più momenti nell'arco dell'anno accademico, in corrispondenza delle esperienze di tirocinio clinico, permettendo di cogliere l'evoluzione della percezione degli studenti nel corso del loro percorso formativo.

3.2 Setting e timing

Lo studio è stato condotto presso il Corso di Laurea in Infermieristica della sede di Ascoli Piceno dell'Università Politecnica delle Marche, nell'anno accademico 2025/2026. La raccolta dati si è svolta da Settembre 2025 a Maggio 2026. Il questionario è stato somministrato al termine di ciascuna esperienza di tirocinio clinico, durante il primo laboratorio didattico utile successivo al rientro in sede, in un contesto dedicato alla riflessione sull'esperienza svolta.

3.3 Campione

La popolazione di riferimento è costituita da tutti gli studenti iscritti al Corso di Laurea in infermieristica della sede di Ascoli Piceno nell'anno accademico 2025/2026. Complessivamente, la popolazione era composta da 119 studenti, così distribuiti: 34 iscritti al primo anno, 43 al secondo anno e 42 al terzo anno di corso.

3.3.1 Criteri di inclusione

Sono stati inclusi nello studio:

- Gli studenti regolarmente iscritti al primo, secondo e terzo anno del Corso di Laurea in Infermieristica dell'Università Politecnica delle Marche, sede di Ascoli Piceno, nell'anno accademico 2025/2026
- Gli studenti che avevano completato almeno un'esperienza di tirocinio clinico al momento della somministrazione del questionario
- Gli studenti che hanno espresso il proprio consenso alla partecipazione allo studio

3.3.2 Criteri di esclusione

Sono stati esclusi dallo studio:

- Studenti che non avevano ancora svolto un'esperienza di tirocinio clinico al momento della somministrazione
- Studenti che hanno scelto di non aderire allo studio
- I questionari compilati in modo incompleto o non utilizzabili ai fini dell'analisi

3.4 Procedura di studio

Il questionario è stato somministrato agli studenti al termine di ciascun periodo di tirocinio clinico previsto dal piano di studi dell'anno accademico 2025/2026, durante il primo laboratorio didattico successivo al rientro in sede. Per ogni somministrazione è stato chiesto ai partecipanti di compilare il questionario facendo riferimento all'esperienza di tirocinio appena conclusa, in modo da correlare le risposte al contesto clinico specifico dell'unità operativa frequentata. Quindi uno stesso studente ha potuto compilare il questionario più volte, in corrispondenza di ciascun tirocinio effettuato, fino a tre compilazioni corrispondenti a tre unità operative frequentate nell'anno in corso.

Prima della compilazione, gli studenti sono stati informati circa le finalità dello studio e le modalità di utilizzo dei dati raccolti; la partecipazione era volontaria e anonima. Il consenso alla partecipazione è stato raccolto direttamente in apertura del questionario, mediante una dichiarazione di accettazione che gli studenti erano tenuti a confermare prima di procedere alla compilazione.

3.5 Campionamento

È stato adottato un campionamento di convenienza, includendo tutti gli studenti iscritti al Corso di Laurea in Infermieristica della sede di Ascoli Piceno nell'anno accademico 2025/2026 che soddisfacessero i criteri di inclusione e che fossero disponibili al momento della somministrazione.

3.6 Strumento di raccolta dati

Lo strumento utilizzato per la raccolta dei dati è il questionario *Self-Assessment of Clinical Reflection and Reasoning* (SACRR), sviluppato originariamente da Royeen, Mu, Barrett e Luebben (Royeen et al., 2001), nell'ambito della terapia occupazionale, con l'obiettivo di quantificare le capacità di ragionamento clinico negli studenti attraverso

l'autovalutazione, sulla base della gerarchia del processo riflessivo. Gli item dello strumento riflettono tali processi riflessivi, tra cui il ragionamento per ipotesi, la ricerca di alternative, il confronto tra prospettive diverse, la gestione dell'incertezza e la valutazione critica degli interventi effettuati (Roth, 1989).

Il questionario, originariamente sviluppato in lingua inglese, è stato tradotto in italiano al fine di garantirne la comprensibilità per la popolazione in studio (Allegato 1).

Lo strumento è composto da 26 item che descrivono comportamenti, atteggiamenti e processi cognitivi riconducibili al ragionamento clinico, organizzati in quattro sotto-scale:

- **Applicazione della conoscenza e della teoria** (item 7, 8, 9, 10, 26; punteggio massimo 25 punti, pari al 19,23% del punteggio totale): esplora la capacità dello studente di utilizzare le conoscenze pregresse e i quadri teorici di riferimento per comprendere i problemi del paziente e pianificare gli interventi; punteggi elevati indicano che lo studente applica la teoria appresa e le conoscenze acquisite nell'identificazione dei problemi e nel processo decisionale.
- **Processo decisionale basato sull'esperienza e sull'evidenza** (item 3, 4, 6, 17, 18, 19, 20, 23, 24, 25; punteggio massimo 50 punti, pari al 38,46% del punteggio totale): indaga in che misura lo studente fonda le proprie decisioni su esperienze passate, protocolli clinici e linee guida; punteggi elevati indicano che lo studente basa il proprio processo decisionale sull'esperienza e sulle evidenze disponibili.
- **Gestione dell'incertezza** (item 5, 11, 12, 13, 14, 15, 16; punteggio massimo 35 punti, pari al 26,92% del punteggio totale): valuta l'apertura mentale dello studente di fronte a situazioni cliniche inattese, la sua capacità di confrontarsi con i colleghi prima di agire e di gestire i cambiamenti imprevisti nella pratica clinica.
- **Auto-riflessione e ragionamento** (item 1, 2, 21, 22; punteggio massimo 20 punti, pari al 15,39% del punteggio totale): esplora la capacità di riflettere criticamente sulle ipotesi formulate e sugli interventi messi in atto, verificandone l'efficacia nel contesto specifico del paziente

Per ciascuna sottoscala sono definiti cinque livelli di valutazione (da molto basso a molto alto), che permettono di interpretare i punteggi ottenuti dagli studenti e di classificare il livello di competenza autopercipita dagli studenti in ciascun dominio del ragionamento clinico (Tabella 1).

Livello	Applicazione della conoscenza e della teoria (max 25)	Processo decisionale basato sull'esperienza e sull'evidenza (max 50)	Gestione dell'incertezza (max 35)	Auto-riflessione e ragionamento (max 20)
Molto basso	1 – 5	1 – 10	1 – 7	1 – 4
Basso	6 – 10	11 – 20	8 – 14	5 – 8
Moderato	11 – 15	21 – 30	15 – 21	9 – 12
Alto	16 – 20	31 – 40	22 – 28	13 – 16
Molto alto	21 – 25	41 – 50	29 – 35	17 – 20

Tabella 1. Livelli di valutazione dei punteggi per ciascuna sottoscala del SACRR.

Il punteggio totale massimo è di 130 punti; le risposte sono espresse su una scala Likert a 5 punti: 1 = Fortemente in disaccordo, 2 = In disaccordo, 3 = Indeciso, 4 = D'accordo, 5 = Fortemente d'accordo. Punteggi più elevati riflettono una maggiore capacità di autoriflessione e di ragionamento clinico autovalutato.

Il questionario SACRR ha mostrato un'eccellente coerenza interna con un Alfa di Cronbach di 0.915, valore che indica che gli item misurano in modo consistente il medesimo costrutto, confermando l'adeguatezza dello strumento per la valutazione del ragionamento clinico autopercepito negli studenti infermieri.

I 26 item del questionario SACRR sono i seguenti:

1. Mi interrogo su come, cosa e perché faccio determinate cose nella pratica.
2. Pongo domande a me stesso e agli altri per imparare.
3. Non esprimo giudizi finché non ho dati sufficienti.
4. Prima di agire, valuto diverse soluzioni.
5. Per quanto riguarda l'esito degli interventi proposti, cerco di mantenere una mente aperta.
6. Penso in termini di confronto e contrapposizione tra le informazioni sui problemi del paziente e le soluzioni proposte ad esso.
7. Faccio riferimento alla teoria per comprendere i problemi del paziente e le soluzioni proposte per risolverli.
8. Faccio riferimento a cornici teoriche per pianificare la mia strategia di intervento.
9. Utilizzo la teoria per comprendere le tecniche di trattamento o di gestione.

10. Cerco di comprendere i problemi clinici utilizzando vari modelli di riferimento.
11. Quando ci sono informazioni contrastanti su un problema clinico, identifico le ipotesi alla base dei diversi punti di vista.
12. Quando pianifico le strategie di intervento, mi chiedo "cosa succederebbe se", valutando diverse opzioni.
13. Mi interesso delle idee e dei punti di vista dei colleghi.
14. Mi interesso del punto di vista dei familiari del paziente.
15. Affronto bene i cambiamenti.
16. Riesco a gestire l'incertezza.
17. Formulo regolarmente ipotesi sulle possibili cause dei problemi del mio paziente.
18. Ritengo necessario convalidare le ipotesi cliniche attraverso la mia esperienza.
19. Identifico chiaramente i problemi clinici prima di pianificare un intervento.
20. Prevedo la sequenza di eventi che potrebbero derivare da un intervento pianificato.
21. Di fronte ad una strategia di intervento proposta, mi chiedo: "Cosa la fa funzionare?"
22. Riguardo ad un intervento proposto, mi chiedo: "In quale contesto/situazione funzionerebbe?"
23. Valuto se un determinato intervento, su un determinato paziente, ha avuto o meno efficacia.
24. Utilizzo protocolli clinici per la maggior parte dei trattamenti.
25. Prendo decisioni nella pratica basandomi sulla mia esperienza.
26. Utilizzo la teoria per comprendere le strategie di intervento.

Il questionario somministrato includeva inoltre una sezione anagrafica raccogliendo le seguenti informazioni: età, genere, anno di corso, numero di tirocini effettuati e unità operativa in cui ciascun tirocinio è stato svolto. Quest'ultima informazione è stata utilizzata per ricavare il modello assistenziale adottato in ciascun contesto clinico, classificato tra primary nursing, piccola équipe e modello per moduli.

3.7 Analisi statistica

Le analisi statistiche sono state condotte utilizzando il programma Microsoft Excel® ed il software R (versione 4.4.3). In primo luogo, sono state calcolate le statistiche descrittive

delle variabili oggetto di studio, riportando media e deviazione standard. Per valutare l'eventuale presenza di differenze nei punteggi totali in funzione del genere, è stato utilizzato il t-test per campioni indipendenti con correzione di Welch. Tale procedura è stata scelta in quanto non richiede l'assunzione di omogeneità delle varianze tra i gruppi e risulta, pertanto, più robusta rispetto al t-test tradizionale quando tale assunzione potrebbe essere violata. Per tutte le analisi inferenziali è stato adottato un livello di significatività pari a $\alpha = .05$. Sono stati inoltre riportati i relativi intervalli di confidenza al 95% per le differenze tra le medie dei gruppi.

3.8 Considerazioni etiche

Lo studio è stato condotto nel rispetto dei principi etici che regolano la ricerca coinvolgente esseri umani. La partecipazione era volontaria e anonima, e agli studenti è stato fornito un consenso informato riportato direttamente in apertura del questionario, con indicazione esplicita delle finalità dello studio, delle modalità di trattamento dei dati e della possibilità di non aderire senza alcuna conseguenza. I dati raccolti sono stati trattati in forma anonima e utilizzati esclusivamente per fini di ricerca, nel rispetto del Regolamento Europeo sulla protezione dei dati personali (GDPR – Regolamento UE 2016/679). Lo studio non ha richiesto l'approvazione formale di un Comitato Etico, in quanto condotto nell'ambito di un'attività didattica istituzionale e non comportante alcun rischio per i partecipanti.

CAPITOLO 4 – RISULTATI

4.1 Analisi descrittiva del campione

Allo studio hanno partecipato 119 studenti iscritti al Corso di Laurea in Infermieristica della sede di Ascoli Piceno dell'Università Politecnica delle Marche, per un totale di 221 compilazioni del questionario. Ogni studente ha compilato un questionario per ogni unità operativa frequentata nell'anno accademico in corso. In particolare, gli studenti del primo anno hanno prodotto 37 compilazioni (34 studenti), quelli del secondo anno 78 compilazioni (43 studenti) e quelli del terzo anno 106 compilazioni (42 studenti).

Il campione è composto prevalentemente da donne (68,9%) e una minoranza di uomini, (31,1%), con un'età media di $24,2 \pm 5,6$ anni (range 19-47 anni). I dati demografici sono stati calcolati sul numero di studenti unici (N=119). Tutti i partecipanti avevano già svolto almeno un'esperienza di tirocinio clinico al momento della compilazione. La distribuzione per numero di tirocini frequentati nell'anno in corso è coerente con il piano di studi: la quasi totalità degli studenti del primo anno (97,2%) ha svolto un solo tirocinio; la maggioranza degli studenti del secondo anno (85,7%) ne ha svolti due; tra gli studenti del terzo anno, il 55,8% ha completato tre tirocini, il 34,9% due e il 9,3% uno solo.

Caratteristica	Studenti unici (N = 119)		Compilazioni (N = 221)	
	n	%	n	%
Anno di corso				
1° anno	34	28,6%	37	16,7%
2° anno	43	36,1%	78	35,3%
3° anno	42	35,3%	106	48,0%
Genere				
Femmina	82	68,9%	152	68,8%
Maschio	37	31,1%	69	31,2%
Fascia d'età				
19–22 anni	65	54,6%	113	51,1%
23–26 anni	31	26,1%	64	29,0%
27–30 anni	9	7,6%	17	7,7%
>30 anni	14	11,8%	27	12,2%
Totale	119	100%	221	100%

Tabella 2. Descrizione del campione per anno di corso, genere e fascia d'età.

4.2 Punteggi al questionario SACRR

Il punteggio totale del questionario SACRR varia da un minimo teorico di 26 a un massimo di 130. La Tabella 3 riporta i punteggi medi, le deviazioni standard e i range ottenuti dall'intero campione e per ciascuna delle variabili anagrafiche considerate (anno di corso, genere, fascia d'età).

I punteggi sono calcolati sul totale delle compilazioni (N = 221).

Gruppo	Compilazioni (n)	Media	DS	Range
Anno di corso				
1° anno	37	110,35	± 8,71	91–128
2° anno	78	114,44	± 8,50	94–130
3° anno	106	112,94	± 11,44	82–130
Genere				
Femmina	152	114,34	± 10,09	82–130
Maschio	69	110,16	± 9,59	91–130
Fascia d'età				
19–22 anni	113	113,03	± 9,65	85–130
23–26 anni	64	111,44	± 10,73	82–130
27–30 anni	17	117,53	± 9,12	100–130
>30 anni	27	114,04	± 10,58	89–129
Totale campione	221	113,04	± 10,11	82–130

Tabella 3. Punteggi medi al SACRR per anno di corso, genere e fascia d'età.

Il punteggio medio complessivo del questionario SACRR è risultato pari a 113,04 (DS ± 10,11), con un valore minimo di 82 e un massimo di 130.

Analizzando i punteggi per anno di corso, il punteggio medio più elevato si registra al secondo anno (M = 114,44 ± 8,50), seguito dal terzo anno (M = 112,94 ± 11,44) e dal primo anno (M = 110,35 ± 8,71). La variabilità maggiore si osserva al terzo anno, come evidenziato dalla deviazione standard più elevata.

Per quanto riguarda il genere, le donne hanno ottenuto un punteggio medio lievemente superiore rispetto agli uomini ($114,34 \pm 10,09$ vs. $110,16 \pm 9,59$).

Relativamente alle fasce d'età, la fascia 27–30 anni presenta il punteggio medio più elevato ($117,53 \pm 9,12$; range 100–130), seguita dagli studenti con più di 30 anni ($114,04 \pm 10,58$; range 89–129) e dalla fascia 19–22 anni ($113,03 \pm 9,65$; range 85–130). Il punteggio più basso si osserva nella fascia 23–26 anni ($111,44 \pm 10,73$; range 82–130).

4.3 Distribuzione delle risposte ai singoli item del SACRR

La Tabella 4 riporta, per ciascuno dei 26 item del questionario SACRR, la media, la deviazione standard e la distribuzione delle frequenze assolute e relative per ogni categoria di risposta su scala Likert da 1 a 5 (1 = fortemente in disaccordo e 5 = fortemente d'accordo). L'analisi è condotta sul totale delle 221 compilazioni.

Elenco	Item	Risposte	Frequenza Assoluta	Frequenza Percentuale	Media $\pm$ DS
1	Mi interrogo su come, cosa e perché faccio determinate cose nella pratica	Fortemente in disaccordo	3	1,4%	$4,45 \pm 0,81$
		In disaccordo	7	3,2%	
		Indeciso	6	2,7%	
		D'accordo	77	34,8%	
		Fortemente d'accordo	128	57,9%	
2	Pongo domande a me stesso e agli altri per imparare	Fortemente in disaccordo	0	0,0%	$4,71 \pm 0,48$
		In disaccordo	0	0,0%	
		Indeciso	2	0,9%	
		D'accordo	61	27,6%	
		Fortemente d'accordo	158	71,5%	
3	Non esprimo giudizi finché non ho dati sufficienti	Fortemente in disaccordo	0	0,0%	$4,40 \pm 0,65$
		In disaccordo	2	0,9%	
		Indeciso	14	6,3%	
		D'accordo	98	44,3%	
		Fortemente d'accordo	107	48,4%	
4	Prima di agire, valuto diverse soluzioni	Fortemente in disaccordo	0	0,0%	$4,49 \pm 0,62$
		In disaccordo	0	0,0%	
		Indeciso	15	6,8%	
		D'accordo	83	37,6%	
		Fortemente d'accordo	123	55,7%	
5	Per quanto riguarda l'esito degli interventi proposti, cerco di mantenere una mente aperta	Fortemente in disaccordo	0	0,0%	$4,53 \pm 0,57$
		In disaccordo	0	0,0%	
		Indeciso	8	3,6%	
		D'accordo	87	39,4%	
		Fortemente d'accordo	126	57,0%	
6		Fortemente in disaccordo	0	0,0%	$4,28 \pm 0,63$

Elenco	Item	Risposte	Frequenza Assoluta	Frequenza Percentuale	Media $\pm$ DS
	Penso in termini di confronto e contrapposizione tra le informazioni sui problemi del paziente e le soluzioni proposte ad esso	In disaccordo	1	0,5%	
		Indeciso	18	8,1%	
		D'accordo	121	54,8%	
		Fortemente d'accordo	81	36,7%	
7	Faccio riferimento alla teoria per comprendere i problemi del paziente e le soluzioni proposte per risolverli	Fortemente in disaccordo	0	0,0%	4,38 $\pm$ 0,68
		In disaccordo	6	2,7%	
		Indeciso	7	3,2%	
		D'accordo	106	48,0%	
		Fortemente d'accordo	102	46,2%	
8	Faccio riferimento a cornici teoriche per pianificare la mia strategia di intervento	Fortemente in disaccordo	0	0,0%	4,18 $\pm$ 0,72
		In disaccordo	7	3,2%	
		Indeciso	20	9,0%	
		D'accordo	121	54,8%	
		Fortemente d'accordo	73	33,0%	
9	Utilizzo la teoria per comprendere le tecniche di trattamento o di gestione	Fortemente in disaccordo	1	0,5%	4,45 $\pm$ 0,64
		In disaccordo	2	0,9%	
		Indeciso	6	2,7%	
		D'accordo	100	45,2%	
		Fortemente d'accordo	112	50,7%	
10	Cerco di comprendere i problemi clinici utilizzando vari modelli di riferimento	Fortemente in disaccordo	0	0,0%	4,31 $\pm$ 0,72
		In disaccordo	8	3,6%	
		Indeciso	10	4,5%	
		D'accordo	108	48,9%	
		Fortemente d'accordo	95	43,0%	
11	Quando ci sono informazioni contrastanti su un problema clinico, identifico le ipotesi alla base dei diversi punti di vista	Fortemente in disaccordo	0	0,0%	4,24 $\pm$ 0,64
		In disaccordo	2	0,9%	
		Indeciso	19	8,6%	
		D'accordo	123	55,7%	
		Fortemente d'accordo	77	34,8%	
12	Quando pianifico le strategie di intervento, mi chiedo "cosa succederebbe se", valutando diverse opzioni	Fortemente in disaccordo	0	0,0%	4,43 $\pm$ 0,72
		In disaccordo	7	3,2%	
		Indeciso	9	4,1%	
		D'accordo	86	38,9%	
		Fortemente d'accordo	119	53,8%	
13	Mi interessa delle idee e dei punti di vista dei colleghi	Fortemente in disaccordo	0	0,0%	4,59 $\pm$ 0,55
		In disaccordo	2	0,9%	
		Indeciso	1	0,5%	
		D'accordo	82	37,1%	
		Fortemente d'accordo	136	61,5%	
14	Mi interessa del punto di vista dei familiari del paziente	Fortemente in disaccordo	2	0,9%	4,09 $\pm$ 0,87
		In disaccordo	10	4,5%	
		Indeciso	33	14,9%	
		D'accordo	97	43,9%	

Elenco	Item	Risposte	Frequenza Assoluta	Frequenza Percentuale	Media $\pm$ DS
15	Affronto bene i cambiamenti	Fortemente d'accordo	79	35,7%	4,23 $\pm$ 0,70
		Fortemente in disaccordo	0	0,0%	
		In disaccordo	3	1,4%	
		Indeciso	26	11,8%	
		D'accordo	109	49,3%	
16	Riesco a gestire l'incertezza	Fortemente d'accordo	83	37,6%	3,98 $\pm$ 0,85
		Fortemente in disaccordo	0	0,0%	
		In disaccordo	14	6,3%	
		Indeciso	40	18,1%	
		D'accordo	103	46,6%	
17	Formulo regolarmente ipotesi sulle possibili cause dei problemi del mio paziente	Fortemente d'accordo	64	29,0%	4,31 $\pm$ 0,72
		Fortemente in disaccordo	0	0,0%	
		In disaccordo	5	2,3%	
		Indeciso	19	8,6%	
		D'accordo	99	44,8%	
18	Ritengo necessario convalidare le ipotesi cliniche attraverso la mia esperienza	Fortemente d'accordo	98	44,3%	4,20 $\pm$ 0,69
		Fortemente in disaccordo	0	0,0%	
		In disaccordo	3	1,4%	
		Indeciso	26	11,8%	
		D'accordo	115	52,0%	
19	Identifico chiaramente i problemi clinici prima di pianificare un intervento	Fortemente d'accordo	77	34,8%	4,36 $\pm$ 0,62
		Fortemente in disaccordo	0	0,0%	
		In disaccordo	3	1,4%	
		Indeciso	8	3,6%	
		D'accordo	116	52,5%	
20	Prevedo la sequenza di eventi che potrebbero derivare da un intervento pianificato	Fortemente d'accordo	94	42,5%	4,36 $\pm$ 0,66
		Fortemente in disaccordo	0	0,0%	
		In disaccordo	2	0,9%	
		Indeciso	17	7,7%	
		D'accordo	101	45,7%	
21	Di fronte ad una strategia di intervento proposta, mi chiedo: "Cosa la fa funzionare?"	Fortemente d'accordo	101	45,7%	4,38 $\pm$ 0,65
		Fortemente in disaccordo	0	0,0%	
		In disaccordo	3	1,4%	
		Indeciso	12	5,4%	
		D'accordo	104	47,1%	
22	Riguardo ad un intervento proposto, mi chiedo: "In quale contesto/situazione funzionerebbe?"	Fortemente d'accordo	102	46,2%	4,27 $\pm$ 0,79
		Fortemente in disaccordo	3	1,4%	
		In disaccordo	4	1,8%	
		Indeciso	17	7,7%	
		D'accordo	103	46,6%	
23	Valuto se un determinato intervento su un	Fortemente d'accordo	94	42,5%	4,57 $\pm$ 0,53
		Fortemente in disaccordo	0	0,0%	
		In disaccordo	0	0,0%	

Elenco	Item	Risposte	Frequenza Assoluta	Frequenza Percentuale	Media $\pm$ DS
	determinato paziente ha avuto o meno efficacia	Indeciso	4	1,8%	
		D'accordo	87	39,4%	
		Fortemente d'accordo	130	58,8%	
24	Utilizzo protocolli clinici per la maggior parte dei trattamenti	Fortemente in disaccordo	0	0,0%	4,33 $\pm$ 0,72
		In disaccordo	6	2,7%	
		Indeciso	15	6,8%	
		D'accordo	101	45,7%	
		Fortemente d'accordo	99	44,8%	
25	Prendo decisioni nella pratica basandomi sulla mia esperienza	Fortemente in disaccordo	2	0,9%	4,01 $\pm$ 0,88
		In disaccordo	10	4,5%	
		Indeciso	41	18,6%	
		D'accordo	98	44,3%	
		Fortemente d'accordo	70	31,7%	
26	Utilizzo la teoria per comprendere le strategie di intervento	Fortemente in disaccordo	0	0,0%	4,49 $\pm$ 0,54
		In disaccordo	1	0,5%	
		Indeciso	2	0,9%	
		D'accordo	105	47,5%	
		Fortemente d'accordo	113	51,1%	

Tabella 4. Distribuzione delle risposte ai singoli item del SACRR.

Le risposte si concentrano prevalentemente sulle risposte “D'accordo” e “Fortemente d'accordo” per quasi la totalità degli item, indicando un livello elevato di accordo con le affermazioni proposte.

L'item con la media più alta è l'item 2 (“Pongo domande a me stesso e agli altri per imparare”, $M = 4,71$), seguito dall'item 13 (“Mi interesse delle idee e dei punti di vista dei colleghi”, $M = 4,59$) e dall'item 23 (“Valuto se un determinato intervento, su un determinato paziente, ha avuto o meno efficacia”, $M = 4,57$).

Gli item con le medie più basse sono l'item 16 (“Riesco a gestire l'incertezza”, $M = 3,98$) e l'item 25 (“Prendo decisioni nella pratica basandomi sulla mia esperienza”, $M = 4,01$), che presentano anche la maggiore dispersione delle risposte (DS rispettivamente 0,85 e 0,88), con una quota più consistente di risposte nelle categorie 2 e 3 rispetto agli altri item.

4.4 Analisi delle sottoscale del SACRR

L'analisi dei punteggi è stata condotta separatamente per ciascuna delle quattro sottoscale del questionario SACRR, al fine di restituire un quadro articolato delle dimensioni del ragionamento clinico auto percepito dagli studenti.

Per ogni sottoscala sono stati calcolati la media e la deviazione standard per anno di corso e sul campione complessivo (Tabella 5), ed è stata descritta la distribuzione dei partecipanti nei cinque livelli previsti dallo strumento (Tabelle 6a–6d).

Sottoscala (punteggio massimo)	1° anno (n = 37)	2° anno (n = 78)	3° anno (n = 106)	Totale (n = 221)
S1 – Applicazione della conoscenza e della teoria (max 25)	21,62 ± 2,25	22,09 ± 2,15	21,66 ± 2,97	21,81 ± 2,59
S2 – Processo decisionale basato sull’esperienza e sull’evidenza (max 50)	41,92 ± 3,95	43,99 ± 3,27	43,31 ± 4,66	43,32 ± 4,14
S3 – Gestione dell’incertezza (max 35)	29,51 ± 2,63	30,36 ± 2,65	30,13 ± 3,48	30,11 ± 3,08
S4 – Auto-riflessione e ragionamento (max 20)	17,30 ± 2,08	18,00 ± 1,55	17,84 ± 2,22	17,81 ± 1,99

Tabella 5. Punteggi medi per sottoscala e anno di corso.

I punteggi medi si collocano in una fascia medio-alta rispetto al valore massimo ottenibile per ciascuna sottoscala, suggerendo una percezione globalmente positiva delle proprie competenze di ragionamento clinico in tutti e tre gli anni. Rapportando i punteggi al rispettivo massimo teorico, la sottoscala S4 – Auto-riflessione e ragionamento registra la percentuale più elevata ($M = 17,81$ su 20 punti, pari all’89,1%), seguita dalla sottoscala S1 – Applicazione della conoscenza e della teoria ($M = 21,81$ su 25 punti, pari all’87,2%), dalla sottoscala S2 – Processo decisionale ($M = 43,32$ su 50 punti, pari all’86,6%) e dalla sottoscala S3 – Gestione dell’incertezza ($M = 30,11$ su 35 punti, pari all’86,0%).

Analizzando la variabilità interna al campione, la deviazione standard più elevata si osserva nella sottoscala S2 per il terzo anno ($DS \pm 4,66$) e nella sottoscala S3 per il terzo anno ($DS \pm 3,48$), indicando una maggiore eterogeneità nelle risposte degli studenti più avanzati. Il primo anno mostra invece una variabilità più contenuta in tutte le sottoscale. Il secondo anno presenta i punteggi medi più elevati in tre sottoscale su quattro (S1, S2 e S4), in linea con quanto già osservato nell’analisi del punteggio totale.

4.4.1 Distribuzione dei livelli per sottoscala

Per ciascuna sottoscala, i punteggi degli studenti sono stati classificati secondo i cinque livelli previsti dallo strumento SACRR (Molto basso, Basso, Moderato, Alto, Molto alto). In tutte e quattro le sottoscale, la distribuzione dei livelli, evidenzia una netta concentrazione nei livelli “Alto” e “Molto alto”, con un'assenza pressoché totale dei livelli inferiori. I livelli “Molto basso” e “Basso” risultano sostanzialmente assenti in tutti e tre gli anni di corso, mentre il livello “Moderato” compare solo in misura minima e unicamente al terzo anno. In tutte le sottoscale il picco del livello “Molto alto” si registra al secondo anno di corso, dato coerente con i punteggi medi totali al SACRR più elevati osservati nello stesso anno ($M = 114,44$).

Le Tabelle 6a–6d riportano la distribuzione delle frequenze assolute e relative di ogni sottoscala per anno di corso.

S1 – Applicazione della conoscenza e della teoria				
Livello	1° anno (n = 37)	2° anno (n = 78)	3° anno (n = 106)	Totale (n = 221)
Molto basso	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Basso	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (0,9%)	1 (0,5%)
Moderato	0 (0,0%)	2 (2,6%)	2 (1,9%)	4 (1,8%)
Alto	12 (32,4%)	18 (23,1%)	39 (36,8%)	69 (31,2%)
Molto alto	25 (67,6%)	58 (74,4%)	64 (60,4%)	147 (66,5%)

Tabella 6 a. Distribuzione dei livelli nella sottoscala S1 per anno di corso.

Nella sottoscala S1, la quasi totalità del campione si distribuisce nei livelli “Alto” e “Molto alto”. Il livello “Molto alto” è predominante in tutti e tre gli anni (67,6% al primo anno, 74,4% al secondo, 60,4% al terzo). Solo quattro casi (1,8% del totale) ricadono nel livello “Moderato” e un singolo caso (0,5% del totale) nel livello “Basso”. Questi risultati indicano che gli studenti percepiscono di saper applicare le conoscenze teoriche acquisite per comprendere i problemi del paziente e pianificare gli interventi, con una tendenza positiva già a partire dal primo anno.

S2 - Processo decisionale basato sull'esperienza e sull'evidenza				
Livello	1° anno (n = 37)	2° anno (n = 78)	3° anno (n = 106)	Totale (n = 221)
Molto basso	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Basso	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Moderato	0 (0,0%)	0 (0,0%)	2 (1,9%)	2 (0,9%)
Alto	13 (35,1%)	17 (21,8%)	25 (23,6%)	55 (24,9%)
Molto alto	24 (64,9%)	61 (78,2%)	79 (74,5%)	164 (74,2%)

Tabella 6 b. Distribuzione dei livelli nella sottoscala S2 per anno di corso.

Nella sottoscala S2, la quasi totalità del campione si distribuisce nei livelli “Alto” e “Molto alto”. Il livello “Molto alto” è predominante in tutti e tre gli anni (64,9% al primo anno, 78,2% al secondo, 74,5% al terzo). Solo 2 compilazioni (0,9% del totale), ricadono nel livello “Moderato”. Anche in questo caso i risultati suggeriscono che gli studenti percepiscono un approccio decisionale fondato sull'esperienza e sulle evidenze, già a partire dal primo anno di corso.

S3 – Gestione dell'incertezza				
Livello	1° anno (n = 37)	2° anno (n = 78)	3° anno (n = 106)	Totale (n = 221)
Molto basso	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Basso	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Moderato	0 (0,0%)	0 (0,0%)	3 (2,8%)	3 (1,4%)
Alto	12 (32,4%)	20 (25,6%)	33 (31,1%)	65 (29,4%)
Molto alto	25 (67,6%)	58 (74,4%)	70 (66,0%)	153 (69,2%)

Tabella 6 c. Distribuzione dei livelli nella sottoscala S3 per anno di corso.

Nella sottoscala S3, la quasi totalità del campione si distribuisce nei livelli “Alto” e “Molto alto”. Il livello “Molto alto” è predominante in tutti e tre gli anni (67,6% al primo anno, 74,4% al secondo, 66,0% al terzo). Solo 3 compilazioni (1,4% del totale), riferite al terzo anno, ricadono nel livello “Moderato”. Questi risultati suggeriscono che la capacità di gestire l'incertezza clinica sia percepita dagli studenti come una competenza complessivamente sviluppata nell'arco del triennio.

S4 – Auto-riflessione e ragionamento				
Livello	1° anno (n = 37)	2° anno (n = 78)	3° anno (n = 106)	Totale (n = 221)
Molto basso	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Basso	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Moderato	0 (0,0%)	0 (0,0%)	3 (2,8%)	3 (1,4%)
Alto	11 (29,7%)	16 (20,5%)	23 (21,7%)	50 (22,6%)
Molto alto	26 (70,3%)	62 (79,5%)	80 (75,5%)	168 (76,0%)

Tabella 6 d. Distribuzione dei livelli nella sottoscala S4 per anno di corso.

Nella sottoscala S4 la quasi totalità del campione si distribuisce nei livelli “Alto” e “Molto alto”. Essa presenta la percentuale più alta di compilazioni al livello “Molto alto” sull’intero campione (76,0%). Solo 3 compilazioni (1,4% del totale), ricadono nel livello “Moderato”. Questi risultati suggeriscono che la capacità di auto-riflessione e ragionamento critico sulla propria pratica sia una competenza già ben sviluppata dagli studenti sin dal primo anno, con una tendenza positiva che si mantiene stabile lungo l'intero triennio formativo.

4.5 Punteggi al SACRR per contesto di tirocinio

La Tabella 7 riporta la distribuzione delle compilazioni per numero di tirocini svolti dallo studente al momento di ciascuna somministrazione del questionario e per modello assistenziale dell'unità operativa frequentata in ogni tirocinio, con i relativi punteggi medi al SACRR. Per quanto riguarda il numero di tirocini, i punteggi medi risultano sostanzialmente sovrapponibili tra i tre gruppi: 112,96 per chi ha svolto un solo tirocinio, 112,85 per chi ne ha svolti due e 114,04 per chi ne ha svolti tre. Relativamente al modello assistenziale, la maggioranza delle compilazioni si riferisce a unità operative organizzate secondo il modello per moduli (n = 148; 67,0%), seguite dal primary nursing (n = 67; 30,3%) e dalla piccola equipe (n = 6; 2,7%). I punteggi medi al SACRR risultano sostanzialmente sovrapponibili tra il modello per moduli (M = 113,11) e il primary nursing (M = 113,58), mentre il gruppo della piccola equipe registra un valore inferiore (M = 105,00), da interpretare con cautela in ragione dell'esiguità del campione.

Caratteristica	n	%	Media	DS	Range
Numero di tirocini al momento della somministrazione					
1 tirocinio	119	53,8%	112,96	± 9,47	91–130
2 tirocini	78	35,3%	112,85	± 11,02	82–130
3 tirocini	24	10,9%	114,04	± 10,46	89–130
Modello assistenziale dell'Unità Operativa frequentata					
Per moduli	148	67,0%	113,11	± 9,23	91–130
Piccola equipe	6	2,7%	105,00	± 4,47	100–113
Primary nursing	67	30,3%	113,58	± 11,96	82–130

Tabella 7. Punteggi medi al SACRR per numero tirocini e modello assistenziale.

4.6 T-test a campioni indipendenti

Per verificare l'eventuale presenza di differenze nei punteggi totali tra uomini e donne, è stato effettuato un t-test per campioni indipendenti con correzione di Welch, una procedura statistica particolarmente indicata quando non si può assumere l'uguaglianza delle varianze tra i gruppi. I risultati hanno evidenziato una differenza statisticamente significativa tra i due generi, con un valore di t pari a -2,95 e un livello di significatività $p = 0,004$ ($p < 0,05$). Analizzando le medie, gli uomini hanno ottenuto un punteggio medio di 110,16, mentre le donne hanno riportato un punteggio medio di 114,34. Questo indica che, nel campione analizzato, le donne presentano livelli significativamente più elevati della variabile misurata rispetto agli uomini. L'intervallo di confidenza al 95% della differenza tra le medie varia da -6,98 a -1,38 e non include il valore zero, confermando ulteriormente la significatività statistica del risultato. In conclusione, i dati suggeriscono che il genere rappresenta una variabile associata ai punteggi totali osservati, con valori medi più elevati nelle donne rispetto agli uomini (Fig. 1).

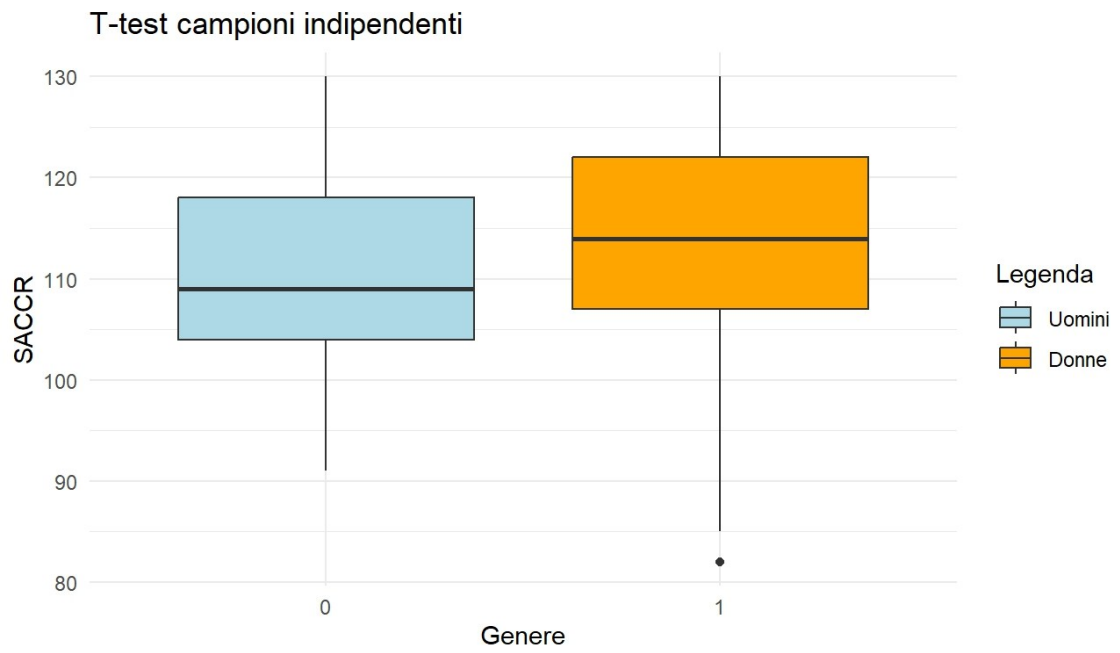


Figura 1. Boxplot dei punteggi totali al SACRR per genere.

CAPITOLO 5 – DISCUSSIONE

Il presente studio ha esplorato il livello di ragionamento clinico autovalutato degli studenti del Corso di Laurea in Infermieristica della sede di Ascoli Piceno dell'Università Politecnica delle Marche, attraverso la somministrazione del questionario SACRR al termine di ciascun periodo di tirocinio clinico previsto nell'anno accademico 2025/2026. I risultati, basati su 221 compilazioni da parte di 119 studenti, restituiscono un quadro trasversale della percezione delle competenze di ragionamento clinico lungo l'intero triennio formativo.

Il punteggio medio complessivo al SACRR ottenuto nel presente studio è risultato pari a 113,04 ($DS \pm 10,11$), su un punteggio massimo di 130, che riflette una percezione complessivamente elevata delle competenze di ragionamento clinico da parte degli studenti infermieri del campione in esame. In letteratura non risultano studi che documentino l'utilizzo del questionario SACRR nel contesto formativo italiano e sono ancora scarsi o poco pertinenti studi che abbiano utilizzato il medesimo questionario in ambito infermieristico. Tuttavia, uno studio condotto in Zambia, su un campione di 410 studenti infermieri, ha registrato punteggi medi per sottoscala corrispondenti a un livello complessivo moderato-basso, concludendo che i metodi didattici adottati non erano stati sufficientemente efficaci nel promuovere il ragionamento clinico (Mwale et al., 2024). Nel contesto del presente studio, al contrario, i punteggi elevati suggeriscono una percezione positiva delle proprie competenze di ragionamento clinico, distribuita in modo omogeneo tra tutti e tre gli anni di corso. Questa discrepanza potrebbe essere attribuibile alle differenze nei contesti formativi e nei modelli didattici adottati, oltre che alle caratteristiche proprie dei campioni esaminati. Anche i dati provenienti da studi condotti su studenti di altre professioni sanitarie mostrano punteggi inferiori a quelli registrati nel presente studio: in un campione di studenti di fisioterapia statunitensi è stato riportato un punteggio di partenza di 105,43, cresciuto a 109,40 dopo sedici settimane di esperienza clinica integrata con problem-based learning (Willis et al., 2018); in un altro studio analogo i punteggi iniziali di 100,89 sono saliti a 106,93 solo dopo l'introduzione di attività di riflessione esplicita (Trommelen et al., 2017); punteggi pre-intervento di circa 98-99 sono stati osservati in un ulteriore studio, con un incremento a 114,2 esclusivamente nel gruppo sottoposto ad approccio pedagogico evidence-based (Venugopal et al., 2024); un punteggio pre-esposizione clinica di 109,36, cresciuto a

116,95 dopo il completamento di corsi clinici, è stato riportato in un campione di studenti delle professioni sanitarie in Arabia Saudita (Alonazi et al., 2025); infine, in uno studio su studenti di terapia occupazionale statunitensi, sono stati osservati punteggi pre-intervento per singolo item compresi tra 3,17 e 4,50, con miglioramenti significativi su 10 dei 26 item al termine di un corso di apprendimento esperienziale (Bolton & Dean, 2018). Nel complesso, il punteggio medio del presente studio si colloca al di sopra dei valori di partenza registrati in tutti gli studi esaminati e risulta comparabile, o superiore, ai valori post-intervento ottenuti in contesti in cui erano state adottate strategie didattiche specificamente progettate per promuovere il ragionamento clinico. L'interpretazione di questi risultati richiede di considerare più elementi; in primo luogo, il contesto in cui il questionario è stato somministrato potrebbe aver esercitato un'influenza significativa sui punteggi ottenuti. La compilazione del SACRR al termine di ciascuna esperienza di tirocinio clinico, durante un momento dedicato alla riflessione sull'esperienza appena conclusa, rappresenta un contesto di particolare attivazione metacognitiva in cui lo studente è chiamato a rielaborare criticamente quanto vissuto sul campo, in un contesto strutturato e orientato alla riflessione. È ragionevole ipotizzare che questa condizione abbia favorito risposte più consapevoli e ponderate, avvicinando i punteggi ai valori post-intervento osservati negli studi in cui erano state adottate strategie didattiche attive. In secondo luogo, i punteggi elevati potrebbero riflettere, almeno in parte, una tendenza alla sovrastima delle proprie competenze, fenomeno ben documentato negli strumenti di autovalutazione (Bradley et al., 2022; Høegh-Larsen et al., 2023; Kruger & Dunning, 1999). In assenza di una misura oggettiva parallela del ragionamento clinico, non è possibile stabilire con certezza in quale misura i punteggi ottenuti riflettano una competenza reale o una percezione sovrastimata, aspetto che verrà ripreso nella discussione dei limiti del presente studio.

Approfondendo l'analisi dei punteggi per sottoscala del questionario SACRR, il quadro risulta complessivamente omogeneo, con tutte e quattro le dimensioni del ragionamento clinico collocate in una fascia percentuale elevata rispetto al punteggio massimo ottenibile. Tuttavia, richiede attenzione il fatto che la sottoscala S3 – Gestione dell'incertezza, registra il valore percentuale più basso tra le quattro ($M = 30,11$ su 35 punti, pari all'86,0%). Questo dato riflette la natura stessa di questa dimensione: la capacità di gestire situazioni cliniche inattese e di prendere decisioni in condizioni di

incertezza è una competenza che si consolida progressivamente attraverso l'esperienza clinica e non può essere pienamente sviluppata nel percorso formativo di base. A conferma di ciò, Willis et al. (2018) hanno evidenziato che gli item del SACRR relativi alla gestione dell'incertezza non raggiungevano miglioramenti statisticamente significativi nemmeno al termine di un percorso di sedici settimane di esperienza clinica integrata con PBL. Coerentemente con questo quadro, gli item con le medie più basse sull'intero questionario sono l'item 16 "Riesco a gestire l'incertezza" ($M = 3,98$; $DS = 0,85$) e l'item 25 "Prendo decisioni nella pratica basandomi sulla mia esperienza" ($M = 4,01$; $DS = 0,88$), appartenenti rispettivamente alla sottoscala S3 e alla sottoscala S2. La convergenza di questi due item sui valori più bassi del questionario rafforza ulteriormente l'interpretazione che le dimensioni legate all'incertezza e all'esperienza pratica rappresentino le aree di maggiore difficoltà autopercepita dagli studenti, indipendentemente dall'anno di corso. Al contrario, gli item con le medie più elevate sono l'item 2 "Pongo domande a me stesso e agli altri per imparare" ($M = 4,71$), l'item 13 "Mi interesso delle idee e dei punti di vista dei colleghi" ($M = 4,59$) e l'item 23 "Valuto se un determinato intervento, su un determinato paziente, ha avuto o meno efficacia" ($M = 4,57$). Questi risultati suggeriscono che gli studenti percepiscono in modo particolarmente positivo le dimensioni legate all'interrogarsi attivamente sulla propria pratica, al ricercare il confronto con figure professionali più esperte presenti nel contesto clinico — quali tutor, guide di tirocinio e infermieri professionisti — e alla valutazione critica dell'efficacia degli interventi assistenziali sul singolo paziente. Per quanto riguarda l'andamento dei punteggi in relazione all'anno di corso, il valore medio più elevato si registra al secondo anno ($M = 114,44 \pm 8,50$), seguito dal terzo anno ($M = 112,94 \pm 11,44$) e dal primo anno ($M = 110,35 \pm 8,71$). Il picco al secondo anno potrebbe essere interpretato alla luce della progressione formativa prevista dal percorso: gli studenti del secondo anno hanno già superato la fase di approccio iniziale ai contesti clinici, acquisendo una maggiore familiarità con i processi assistenziali, e si trovano in un momento del percorso in cui le attività laboratoriali raggiungono la loro massima strutturazione. La lieve flessione osservata al terzo anno, accompagnata da una deviazione standard più elevata ($DS \pm 11,44$), suggerisce invece una maggiore eterogeneità interna al gruppo. Gli studenti del terzo anno, in virtù di un percorso formativo più lungo e di un'esperienza clinica più consolidata, potrebbero aver sviluppato

una maggiore consapevolezza dei propri limiti e una capacità di autovalutazione più critica e calibrata, che si traduce in punteggi mediamente più contenuti rispetto al secondo anno. A ciò si aggiunge il fatto che il terzo anno prevede l'accesso a contesti assistenziali di maggiore complessità, che possono rendere più evidente la distanza tra le competenze percepite e quelle richieste dalla pratica professionale. La variabilità osservata al terzo anno potrebbe trovare una spiegazione nel fatto che, secondo la letteratura, lo sviluppo del ragionamento clinico non avviene per stadi perfetti né secondo una tempistica predefinita, ma procede lungo un continuum in cui gli studenti, nelle fasi più avanzate del percorso, tendono a spostarsi progressivamente da una focalizzazione sulle proprie competenze tecniche, verso una progressiva consapevolezza fino al raggiungimento di una capacità decisionale autonoma fondata su valori, conoscenze ed esperienza personale. Ma non tutti gli studenti raggiungono le fasi più avanzate del continuum nel medesimo momento del percorso formativo, determinando una naturale variabilità interindividuale nei livelli di ragionamento clinico autopercepito (Bolton & Dean, 2018). Le differenze tra i tre gruppi non raggiungono comunque la significatività statistica. Un risultato analogo è stato riportato in letteratura in uno studio descrittivo comparativo su 410 studenti infermieri, in cui non sono emerse differenze statisticamente significative nei punteggi SACRR tra studenti del terzo e del quarto anno in nessuna delle dimensioni del ragionamento clinico indagate (Mwale et al., 2024). Ulteriore supporto a questa interpretazione proviene da uno studio cross-sectional condotto su studenti infermieri olandesi, dal quale è emerso come il livello di ragionamento clinico sia spiegato solo in parte dall'anno di corso, risultando significativamente associato anche al numero di giorni di tirocinio svolti in ambito ospedaliero, con i due fattori che insieme spiegavano il 38% della varianza osservata (Leijser & Spek, 2021). Tale evidenza suggerisce che l'anno di corso da solo non è un predittore sufficiente del livello di ragionamento clinico, e che la qualità e la quantità dell'esperienza clinica concreta rivestono un ruolo altrettanto determinante nello sviluppo di questa competenza. A tal proposito, nel presente studio sono state indagate come variabili il numero di tirocini svolti dallo studente al momento della compilazione e il modello assistenziale adottato nell'unità operativa frequentata, al fine di verificare se tali caratteristiche, relative alle esperienze di tirocinio clinico, esercitassero un'influenza sulla promozione del ragionamento clinico negli studenti. Tuttavia, nel presente studio, i punteggi al SACRR non hanno mostrato differenze

significative né in relazione al numero di tirocini svolti ($M = 112,96; 112,85; 114,04$ rispettivamente per uno, due o tre tirocini completati), né in relazione al modello assistenziale adottato dall'unità operativa frequentata, con punteggi sostanzialmente sovrapponibili tra il modello per moduli ($M = 113,11$) e il primary nursing ($M = 113,58$). Il gruppo della piccola equipe registra un valore inferiore ($M = 105,00$), ma la numerosità estremamente ridotta di questo gruppo ($n = 6$) ne impedisce qualsiasi interpretazione significativa.

Per quanto riguarda le variabili anagrafiche, l'analisi descrittiva per fascia d'età mostra una tendenza a punteggi più elevati nelle fasce d'età superiori, con il valore più alto registrato nella fascia 27-30 anni ($M = 117,53 \pm 9,12$), seguita dagli studenti con più di 30 anni ($M = 114,04 \pm 10,58$). Questo andamento, seppur non statisticamente significativo, potrebbe riflettere il contributo dell'esperienza di vita e della maturità personale alla percezione delle proprie competenze di ragionamento clinico, un aspetto che meriterebbe di essere approfondito in studi futuri con campioni più ampi.

Con riferimento al genere, invece, il t-test per campioni indipendenti ha evidenziato una differenza statisticamente significativa nei punteggi totali al SACRR ($t = -2,95; p = 0,004$), con le studentesse che hanno ottenuto punteggi mediamente più elevati rispetto ai colleghi di sesso maschile ($F = 114,34 \pm 10,09; M = 110,16 \pm 9,59$). Questo risultato trova riscontro in letteratura in uno studio descrittivo cross-sectional condotto su studenti infermieri in Nigeria che, sebbene basato su uno strumento di misura differente dal SACRR, ha rilevato che il genere predice in modo significativo il livello di competenza clinica, con le studentesse che mostravano valori più elevati rispetto ai colleghi maschi (Ogunmuyiwa et al., 2025). Al contrario, in uno studio su studenti di fisioterapia statunitensi, non sono state riscontrate differenze statisticamente significative tra i due generi nei punteggi SACRR, suggerendo che la relazione tra genere e ragionamento clinico autopercepito non sia univoca e possa variare in funzione del contesto formativo e della professione sanitaria di riferimento (Trommelen et al., 2017). Nel contesto del presente studio, tuttavia, è plausibile che l'elevata percentuale femminile del campione — rispecchiando la composizione tipica dei corsi di laurea in infermieristica — abbia contribuito a determinare questo risultato. A ciò si aggiungono variabili socioculturali legate alla natura tradizionalmente femminile della professione infermieristica, che può esporre gli studenti maschi a sfide specifiche legate a stereotipi di genere e a difficoltà di

adattamento al contesto clinico, con possibili ripercussioni sullo sviluppo delle competenze autopercepite (Ogunmuyiwa et al., 2025).

5.1 Limiti dello studio

Il presente studio presenta alcuni limiti che è necessario considerare nell'interpretazione dei risultati. In primo luogo, l'adozione di un campionamento di convenienza, che ha incluso tutti gli studenti iscritti al Corso di Laurea in Infermieristica della sede di Ascoli Piceno, limita la possibilità di generalizzare i risultati ad altri contesti formativi. Il campione è circoscritto a una singola sede universitaria, con caratteristiche organizzative, didattiche e tutoriali specifiche, che non possono essere considerate rappresentative della realtà formativa infermieristica nazionale nel suo complesso. Studi futuri che coinvolgano più sedi e contesti eterogenei contribuirebbero a rafforzare la trasferibilità dei risultati.

In secondo luogo, la natura autovalutativa dello strumento utilizzato introduce una limitazione legata alla soggettività ed eventuali bias nelle risposte. In assenza di una misura oggettiva parallela del ragionamento clinico — quale una valutazione esterna condotta da docenti o tutor, o l'utilizzo di strumenti standardizzati di misurazione oggettiva — non è possibile stabilire in quale misura i punteggi ottenuti riflettano una competenza reale o una percezione sovrastimata di essa. In terzo luogo, il disegno di studio trasversale (cross-sectional) adottato permette di fotografare la percezione degli studenti in un unico momento temporale. Di conseguenza, non è possibile valutare l'evoluzione longitudinale delle competenze di ragionamento clinico nel corso del tempo o determinare l'impatto a lungo termine delle strategie di autovalutazione sul percorso di crescita dello studente, obiettivo che richiederebbe studi futuri di tipo longitudinale.

CAPITOLO 6 – CONCLUSIONI

Il presente studio ha esplorato il livello di ragionamento clinico autovalutato degli studenti del Corso di Laurea in Infermieristica della sede di Ascoli Piceno dell'Università Politecnica delle Marche, attraverso la somministrazione del questionario SACRR al termine di ciascuna esperienza di tirocinio clinico nell'anno accademico 2025/2026.

I risultati restituiscono un quadro complessivamente positivo: il punteggio medio complessivo ($M = 113,04 \pm 10,11$ su un massimo di 130) si colloca al di sopra dei valori di partenza registrati negli studi presenti in letteratura, suggerendo che il modello formativo adottato rappresenti un contesto favorevole alla promozione del ragionamento clinico. Tra le variabili analizzate, solo il genere ha mostrato un'associazione statisticamente significativa con i punteggi al SACRR, con le studentesse che hanno ottenuto valori mediamente più elevati rispetto ai colleghi maschi. La sottoscala relativa alla gestione dell'incertezza ha registrato il valore più basso tra le quattro dimensioni, confermando la natura progressiva e consolidata nel tempo di questa competenza.

Nel complesso, i risultati supportano la riproducibilità del questionario SACRR nel contesto formativo infermieristico italiano e ne suggeriscono il potenziale come strumento per sollecitare processi riflessivi e metacognitivi al termine dell'esperienza clinica, in linea con i principi dell'assessment as learning. Studi futuri longitudinali, con campioni più ampi, sedi universitarie diverse e misure oggettive parallele, sono necessari per consolidare questi risultati e definire con maggiore solidità il ruolo dell'autovalutazione nella formazione infermieristica di base.

BIBLIOGRAFIA

- Aebersold, M. (2018). Simulation-Based Learning: No Longer a Novelty in Undergraduate Education. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*, 23(2). <https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol23No02PPT39>
- Alonazi, A., Mohammad, W. S., Alyahya, D., & Alismail, A. (2025). Reliability and Validity of the Arabic Version of the Self-Assessment of Clinical Reflection and Reasoning Questionnaire in Physical Therapy Students. *Advances in Medical Education and Practice*, 16, 2471–2479. <https://doi.org/10.2147/AMEP.S546301>
- Andrade, H. L. (2019). A Critical Review of Research on Student Self-Assessment. *Frontiers in Education*, 4. <https://doi.org/10.3389/feduc.2019.00087>
- Asadzandi, S., Mojtahedzadeh, R., & Mohammadi, A. (2022). What are the Factors that Enhance Metacognitive Skills in Nursing Students? A Systematic Review. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 27(6), 475–484. https://doi.org/10.4103/ijnmr.ijnmr_247_21
- Bathje, M., Escobar, K., Crisp, M., Killian, C., & Royeen, C. (2022). The Impact of a Psychosocial-Focused Experiential Learning Activity on Occupational Therapy Students' Perceived Clinical Reasoning. *Journal of Occupational Therapy Education*, 6. <https://doi.org/10.26681/jote.2022.060304>
- Bolton, T., & Dean, E. (2018). Self-Determination Theory and Professional Reasoning in Occupational Therapy Students: A Mixed Methods Study. *Journal of Occupational Therapy Education*, 2. <https://doi.org/10.26681/jote.2018.020304>
- Bradley, C. S., Dreifuerst, K. T., Johnson, B. K., & Loomis, A. (2022). More than a Meme: The Dunning-Kruger Effect as an Opportunity for Positive Change in Nursing Education. *Clinical Simulation in Nursing*, 66, 58–65. <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2022.02.010>
- Brown, G. T. L., Andrade, H. L., & Chen, F. (2015). Accuracy in student self-assessment: Directions and cautions for research. *Assessment in Education: Principles, Policy & Practice*, 22(4), 444–457. <https://doi.org/10.1080/0969594X.2014.996523>

- Brown, G. T. L., & Harris, L. (2013). Student self-assessment. In *Research on classroom assessment* (Ed. J. H. McMillan) (pp. 367–393). Sage.
- Capan Melser, M., Lettner, S., Băwert, A., Puttinger, C., & Holzinger, A. (2020). Pursue today and assess tomorrow—How students’ subjective perceptions influence their preference for self- and peer assessments. *BMC Medical Education*, 20, 479. <https://doi.org/10.1186/s12909-020-02383-z>
- Cheng, C.-Y., Hung, C.-C., Chen, Y.-J., Liou, S.-R., & Chu, T.-P. (2024). Effects of an unfolding case study on clinical reasoning, self-directed learning, and team collaboration of undergraduate nursing students: A mixed methods study. *Nurse Education Today*, 137, 106168. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2024.106168>
- Dabkowski, E., Webb, C., & Johnson, E. (2025). Unwrapping success: A scoping review of exam wrappers and metacognitive skill development in undergraduate nursing education. *Nurse Education in Practice*, 88, 104565. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2025.104565>
- Ezeugo, N. C., Eleje, L. I., Obiasor, G. E., Mbelede, N. G., Osonwa, K. E., Metu, I. C., & Eleje, G. U. (2024). Self-Assessment Techniques in Clinical Studies in Public Universities in Anambra State: Benefits and Alignment With Supervisors Evaluation as Perceived by Medical Students. *Journal of Medical Education and Curricular Development*, 11, 23821205241308787. <https://doi.org/10.1177/23821205241308787>
- Flavell, J. (1979). Metacognition and cognitive monitoring: A new area of cognitive–developmental inquiry. *American Psychologist*, 34, 906–911. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.34.10.906>
- Giuffrida, S., Silano, V., Ramacciati, N., Prandi, C., Baldon, A., & Bianchi, M. (2023). Teaching strategies of clinical reasoning in advanced nursing clinical practice: A scoping review. *Nurse Education in Practice*, 67, 103548. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2023.103548>

- Gonzalez, L., & Nielsen, A. (2024). An integrative review of teaching strategies to support clinical judgment development in clinical education for nurses. *Nurse Education Today*, 133, 106047. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2023.106047>
- Gordon, D., Rencic, J. J., Lang, V. J., Thomas, A., Young, M., & Durning, S. J. (2022). Advancing the assessment of clinical reasoning across the health professions: Definitional and methodologic recommendations. *Perspectives on Medical Education*, 11(2), 108–114. <https://doi.org/10.1007/s40037-022-00701-3>
- Henderson, B., Chipchase, L., Aitken, R., & Lewis, L. K. (2022). Consensus marking as a grading method for the development of evaluative judgement: Comparing assessor and students. *Nurse Education in Practice*, 63, 103386. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2022.103386>
- Higgs, J., & Jones, M. A. (2000). *Clinical Reasoning in the Health Professions* (2nd ed.). Butterworth-Heinemann.
- Higgs, J., Mark, A. J., Loftus, S., & Nicole, C. (2008). *Clinical Reasoning in the Health Professions* (3rd ed.). Butterworth-Heinemann.
- Høegh-Larsen, A. M., Gonzalez, M. T., Reiersen, I. Å., Husebø, S. I. E., Hofoss, D., & Ravik, M. (2023). Nursing students' clinical judgment skills in simulation and clinical placement: A comparison of student self-assessment and evaluator assessment. *BMC Nursing*, 22(1), 64. <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01220-0>
- Hong, S., Lee, J., Jang, Y., & Lee, Y. (2021). A Cross-Sectional Study: What Contributes to Nursing Students' Clinical Reasoning Competence? *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(13), 6833. <https://doi.org/10.3390/ijerph18136833>
- Hsu, L.-L., & Hsieh, S.-I. (2014). Factors affecting metacognition of undergraduate nursing students in a blended learning environment. *International Journal of Nursing Practice*, 20(3), 233–241. <https://doi.org/10.1111/ijn.12131>

- Jin, M., & Ji, C. (2021). The correlation of metacognitive ability, self-directed learning ability and critical thinking in nursing students: A cross-sectional study. *Nursing Open*, 8(2), 936–945. <https://doi.org/10.1002/nop2.702>
- Johnson, E., Seif, G., Coker-Bolt, P., & Kraft, S. (2017). Measuring Clinical Reasoning and Interprofessional Attitudes. *Journal of Student-Run Clinics*, 3. <https://doi.org/10.59586/jsrc.v3i1.24>
- Jones, J. A. (1988). Clinical reasoning in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 13(2), 185–192. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1988.tb01407.x>
- Kajander-Unkuri, S., Leino-Kilpi, H., Katajisto, J., Meretoja, R., Räisänen, A., Saarikoski, M., Salminen, L., & Suhonen, R. (2016). Congruence between graduating nursing students' self-assessments and mentors' assessments of students' nurse competence. *Collegian*, 23(3), 303–312. <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2015.06.002>
- Keiller, L., & Hanekom, S. (2014). Strategies to increase clinical reasoning and critical thinking in physiotherapy education. *South African Journal of Physiotherapy*, 70, 8–12. <https://doi.org/10.4102/sajp.v70i1.258>
- Kruger, J., & Dunning, D. (1999). Unskilled and unaware of it: How difficulties in recognizing one's own incompetence lead to inflated self-assessments. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77(6), 1121–1134. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.77.6.1121>
- Lavoie, P., Lapierre, A., Maheu-Cadotte, M.-A., Desforges, J., Crétaz, M., & Mailhot, T. (2023). Measurement properties of self-reported clinical decision-making instruments in nursing: A COSMIN systematic review. *International Journal of Nursing Studies Advances*, 5, 100122. <https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2023.100122>
- Leal, P., Poeira, A., Mendes, D. A., Batalha, N., Franco, H., Nunes, L., Marques, F., Pađen, L., Stefaniak, M., Pérez-Perdomo, A., Bangels, L., Lemmens, K., & Amaral, G. (2024). Teaching and Learning Clinical Reasoning in Nursing

- Education: A Student Training Course. *Healthcare*, 12(12), 1219. <https://doi.org/10.3390/healthcare12121219>
- Lee, J. S., & Son, H. K. (2024). The effects of problem-based learning integrated with the nursing process on clinical reasoning, communication skills attitude and nursing process competency among nursing students: A quasi-experimental study. *Nurse Education in Practice*, 81, 104131. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2024.104131>
- Leijser, J., & Spek, B. (2021). Level of clinical reasoning in intermediate nursing students explained by education year and days of internships per healthcare branches: A cross - sectional study. *Nurse Education Today*, 96, 104641. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2020.104641>
- Mendonça, S. (2026). Nurses' Clinical Reasoning Process: A Grounded Theory Study. *Healthcare*, 14(2), 230. <https://doi.org/10.3390/healthcare14020230>
- Ministero della Sanità. (1994). *Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere (Decreto n. 739)*. Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana n. 6 del 9 gennaio 1995. <https://www.normattiva.it/atto/caricaDettaglioAtto?atto.dataPubblicazioneGazzetta=1995-01-09&atto.codiceRedazionale=095G0001&tipoDettaglio=multivigenza>
- Mohammadi-Shahboulaghi, F., Khankeh, H., & HosseinZadeh, T. (2021). Clinical reasoning in nursing students: A concept analysis. *Nursing Forum*, 56(4), 1008–1014. <https://doi.org/10.1111/nuf.12628>
- Murphy, L., & Radloff, J. (2019). Facilitation of Clinical Reasoning Through Case-Based Learning in OT Education. *The American Journal of Occupational Therapy*, 73(4_Supplement_1), 7311505141p1. <https://doi.org/10.5014/ajot.2019.73S1-PO5003>
- Mwale, O. G., Mukwato, P. K., & Makukula, M. K. (2024). Assessing the Levels of Clinical Reasoning Skills Using Self-Assessment of Clinical Reflection and Reasoning in Undergraduate Nursing Students: A Descriptive Comparative Study.

Open Journal of Nursing, 14(07), 283–297.
<https://doi.org/10.4236/ojn.2024.147020>

Neethling, A., & Roets, L. (2025). Strategies to develop clinical reasoning in nursing students: A structured review. *Health SA Gesondheid*, 30, 2889.
<https://doi.org/10.4102/hsag.v30i0.2889>

Notarnicola, I., Dervishi, A., Duka, B., Grosha, E., Gioiello, G., Carrodano, S., Rocco, G., & Stievano, A. (2025). A Systematic Review of Nursing Competencies: Addressing the Challenges of Evolving Healthcare Systems and Demographic Changes. *Nursing Reports*, 15(2), 56. <https://doi.org/10.3390/nursrep15020056>

Ogunmuyiwa, A. O., Anyama, S. C., Howells, B. B., Ogunleye, C. A., & Tolulope Esan, D. (2025). Gender and Age Differential on Competence Level in Clinical Practice Among Nursing Students in a Tertiary Institution in Nigeria. *SAGE Open Nursing*, 11. <https://doi.org/10.1177/23779608251331587>

Öztürk Birge, A., & Kutlutürkan, S. (2024). The Impact of Case-Based Education on the Development of Nursing Students' Clinical Reasoning Skills in Managing Critical Illnesses: A Pilot Randomized Controlled Trial. *Journal of education and research in nursing*, 21(2), 144–153. <https://doi.org/10.14744/jern.2024.80000>

Panadero, E., Brown, G., & Strijbos, J.-W. (2016). The Future of Student Self-Assessment: A Review of Known Unknowns and Potential Directions. *Educational Psychology Review*, 28, 803–830. <https://doi.org/10.1007/s10648-015-9350-2>

Pérez-Perdomo, A., & Zabalegui, A. (2023). Teaching Strategies for Developing Clinical Reasoning Skills in Nursing Students: A Systematic Review of Randomised Controlled Trials. *Healthcare*, 12(1), 90.
<https://doi.org/10.3390/healthcare12010090>

Piper, K., Morphet, J., & Bonnamy, J. (2019). Improving student-centered feedback through self-assessment. *Nurse Education Today*, 83, 104193.
<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2019.08.011>

- Roth, R. A. (1989). *Preparing the reflective practitioner: Transforming the apprentice through the dialectic*. 40(2), 31–35.
<https://doi.org/10.1177/002248718904000206>
- Royeen, C., Mu, K., Barret, K., & Luebben, A. (2001). Pilot investigation: Evaluation of clinical reflection and reasoning before and after workshop intervention. In *Innovations in Occupational Therapy Education* (pp. 107–114). Crist, PA.
- Siles-González, J., & Solano-Ruiz, C. (2016). Self-assessment, reflection on practice and critical thinking in nursing students. *Nurse Education Today*, 45, 132–137.
<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2016.07.005>
- Simmons, B. (2010). Clinical reasoning: Concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 66(5), 1151–1158. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05262.x>
- Tezer, M. (2024). *Cognition and Metacognition in Education*.
<https://doi.org/10.5772/intechopen.114857>
- Trommelen, R. D., Karpinski, A., & Chauvin, S. (2017). Impact of Case-Based Learning and Reflection on Clinical Reasoning and Reflection Abilities in Physical Therapist Students: *Journal of Physical Therapy Education*, 31(1), 21–30.
<https://doi.org/10.1097/00001416-201731010-00006>
- Università Politecnica delle Marche. (2024). *Regolamento di tirocinio clinico e di laboratorio didattico (XI rev.)*. Facoltà di Medicina e Chirurgia, Corso di Laurea in Infermieristica.
<https://www.medicina.univpm.it/sites/www.medicina.univpm.it/files/Regolamento%20di%20tirocinio%20clinico.pdf>
- Uppor, W., Klunklin, A., Viseskul, N., & Skulphan, S. (2022). A concept analysis of clinical judgment in undergraduate nursing students. *Nursing Forum*, 57(5), 932–937. <https://doi.org/10.1111/nuf.12757>
- van Wyngaarden, A., Leech, R., & Coetzee, I. (2019). Challenges nurse educators experience with development of student nurses' clinical reasoning skills. *Nurse Education in Practice*, 40, 102623. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2019.102623>

- Venugopal, P., Subramanian, H., & Manoharlal, M. (2024). Impact of evidence-based pedagogical approach on clinical reasoning among undergraduate physical therapy students. *Journal of Current Research in Scientific Medicine*, 10, 167–171. https://doi.org/10.4103/jcrsm.jcrsm_1_24
- Wei, B., Wang, H., Li, F., Long, Y., Zhang, Q., Liu, H., Tang, X., & Rao, M. (2024). Effectiveness of Problem-Based Learning on Development of Nursing Students' Critical Thinking Skills: A Systematic Review and Meta-analysis. *Nurse Educator*, 49(3), E115. <https://doi.org/10.1097/NNE.0000000000001548>
- Willis, B. W., Campbell, A. S., Sayers, S. P., & Gibson, K. (2018). Integrated clinical experience with concurrent problem-based learning is associated with improved clinical reasoning among physical therapy students in the United States. *Journal of Educational Evaluation for Health Professions*, 15, 30. <https://doi.org/10.3352/jeehp.2018.15.30>
- Wong, I. Y. F., Kwok, T. T. O., Wong, C. W. M., Lam, Y. H. L., & So, G. L. H. (2025). Comparison of students' use of cognitive and metacognitive strategies between live demonstration and complementary immersive virtual reality simulation in fundamental skills learning: A mixed-methods study. *Nurse Education in Practice*, 88, 104576. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2025.104576>
- Yan, Z., & Brown, G. (2016). A cyclical self-assessment process: Towards a model of how students engage in self-assessment. *Assessment & Evaluation in Higher Education*, 42, 1247–1262. <https://doi.org/10.1080/02602938.2016.1260091>
- Zuriguel-Pérez, E., Falcó-Pegueroles, A., Agustino-Rodríguez, S., Gómez-Martín, M. D. C., Roldán-Merino, J., & Lluch-Canut, M. T. (2019). Clinical nurses's critical thinking level according to sociodemographic and professional variables (Phase II): A correlational study. *Nurse Education in Practice*, 41, 102649. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2019.102649>

ALLEGATI

Allegato 1 – Questionario SACRR (Self-Assessment of Clinical Reflection and Reasoning)

Questionario “Self-Assessment of Clinical Reflection and Reasoning” – SACRR

Questo questionario è parte di un progetto di ricerca condotto nell’ambito di una tesi di laurea magistrale, volta ad indagare l’uso dell’autovalutazione come strategia formativa per lo sviluppo del ragionamento clinico negli studenti di infermieristica. L’autovalutazione è una strategia fondamentale nel percorso formativo degli studenti infermieri, in quanto stimola la riflessione critica sulla propria pratica clinica, favorisce lo sviluppo del ragionamento clinico e promuove un apprendimento centrato sullo studente.

Il presente questionario ha, quindi, l’obiettivo di esplorare la vostra percezione rispetto a comportamenti, atteggiamenti e processi cognitivi che caratterizzano il ragionamento clinico. La compilazione del questionario richiede circa 10 minuti e la partecipazione è volontaria e anonima.

I dati raccolti saranno utilizzati esclusivamente per fini di studio e presentati nel pieno rispetto della normativa vigente in materia di privacy. ☐ Acconsento ☐ Non acconsento

Dati anagrafici:

- **Età:** _____
- **Genere:** ☐ Maschio ☐ Femmina ☐ Preferisco non rispondere
- **Anno di corso:** ☐ 1° ☐ 2° ☐ 3°
- **Hai già svolto un tirocinio?** ☐ Sì ☐ No
- **Numero di tirocini già svolti:** ☐ Nessuno ☐ Uno ☐ Due ☐ Tre o più
- **Unità operativa in cui ha svolto tirocinio:**

Questionario SACRR:

Il SACRR è composto da 26 affermazioni (item) che fanno riferimento a quattro aspetti del ragionamento clinico: conoscenza/applicazione della teoria, decisione basata sull’esperienza e sull’evidenza, gestione dell’incertezza e autoriflessione.

Ti chiedo di indicare il tuo livello di accordo con ciascuna affermazione, selezionando la risposta che meglio rappresenta la tua opinione, utilizzando la seguente scala Likert:

Fortemente in disaccordo – In disaccordo – Indeciso – D’accordo – Fortemente d’accordo

SELF – ASSESSMENT OF CLINICAL REFLECTION AND REASONING

1. Mi interrogo su come, cosa e perché faccio determinate cose nella pratica.

☐ Fortemente in disaccordo ☐ In disaccordo ☐ Indeciso ☐ D'accordo ☐ Fortemente d'accordo

2. Pongo domande a me stesso e agli altri per imparare.

☐ Fortemente in disaccordo ☐ In disaccordo ☐ Indeciso ☐ D'accordo ☐ Fortemente d'accordo

3. Non esprimo giudizi finché non ho dati sufficienti.

☐ Fortemente in disaccordo ☐ In disaccordo ☐ Indeciso ☐ D'accordo ☐ Fortemente d'accordo

4. Prima di agire, valuto diverse soluzioni.

☐ Fortemente in disaccordo ☐ In disaccordo ☐ Indeciso ☐ D'accordo ☐ Fortemente d'accordo

5. Per quanto riguarda l'esito degli interventi proposti, cerco di mantenere una mente aperta.

☐ Fortemente in disaccordo ☐ In disaccordo ☐ Indeciso ☐ D'accordo ☐ Fortemente d'accordo

6. Penso in termini di confronto e contrapposizione tra le informazioni sui problemi del paziente e le soluzioni proposte ad esso.

☐ Fortemente in disaccordo ☐ In disaccordo ☐ Indeciso ☐ D'accordo ☐ Fortemente d'accordo

7. Faccio riferimento alla teoria per comprendere i problemi del paziente e le soluzioni proposte per risolverli.

☐ Fortemente in disaccordo ☐ In disaccordo ☐ Indeciso ☐ D'accordo ☐ Fortemente d'accordo

8. Faccio riferimento a cornici teoriche per pianificare la mia strategia di intervento.

☐ Fortemente in disaccordo ☐ In disaccordo ☐ Indeciso ☐ D'accordo ☐ Fortemente d'accordo

9. Utilizzo la teoria per comprendere le tecniche di trattamento o di gestione.

☐ Fortemente in disaccordo ☐ In disaccordo ☐ Indeciso ☐ D'accordo ☐ Fortemente d'accordo

10. Cerco di comprendere i problemi clinici utilizzando vari modelli di riferimento.

☐ Fortemente in disaccordo ☐ In disaccordo ☐ Indeciso ☐ D'accordo ☐ Fortemente d'accordo

11. Quando ci sono informazioni contrastanti su un problema clinico, identifico le ipotesi alla base dei diversi punti di vista.

☐ Fortemente in disaccordo ☐ In disaccordo ☐ Indeciso ☐ D'accordo ☐ Fortemente d'accordo

12. Quando pianifico le strategie di intervento, mi chiedo "cosa succederebbe se", valutando diverse opzioni.

☐ Fortemente in disaccordo ☐ In disaccordo ☐ Indeciso ☐ D'accordo ☐ Fortemente d'accordo

13. Mi interessa delle idee e dei punti di vista dei colleghi.

☐ Fortemente in disaccordo ☐ In disaccordo ☐ Indeciso ☐ D'accordo ☐ Fortemente d'accordo

14. Mi interessa del punto di vista dei familiari del paziente.

☐ Fortemente in disaccordo ☐ In disaccordo ☐ Indeciso ☐ D'accordo ☐ Fortemente d'accordo

15. Affronto bene i cambiamenti.

☐ Fortemente in disaccordo ☐ In disaccordo ☐ Indeciso ☐ D'accordo ☐ Fortemente d'accordo

16. Riesco a gestire l'incertezza.

☐ Fortemente in disaccordo ☐ In disaccordo ☐ Indeciso ☐ D'accordo ☐ Fortemente d'accordo

17. Formulo regolarmente ipotesi sulle possibili cause dei problemi del mio paziente.

☐ Fortemente in disaccordo ☐ In disaccordo ☐ Indeciso ☐ D'accordo ☐ Fortemente d'accordo

18. Ritengo necessario convalidare le ipotesi cliniche attraverso la mia esperienza.

☐ Fortemente in disaccordo ☐ In disaccordo ☐ Indeciso ☐ D'accordo ☐ Fortemente d'accordo

19. Identifico chiaramente i problemi clinici prima di pianificare un intervento.

☐ Fortemente in disaccordo ☐ In disaccordo ☐ Indeciso ☐ D'accordo ☐ Fortemente d'accordo

20. Prevedo la sequenza di eventi che potrebbero derivare da un intervento pianificato.

☐ Fortemente in disaccordo ☐ In disaccordo ☐ Indeciso ☐ D'accordo ☐ Fortemente d'accordo

21. Di fronte ad una strategia di intervento proposta, mi chiedo: "Cosa la fa funzionare?"

☐ Fortemente in disaccordo ☐ In disaccordo ☐ Indeciso ☐ D'accordo ☐ Fortemente d'accordo

22. Riguardo ad un intervento proposto, mi chiedo: "In quale contesto/situazione funzionerebbe?"

☐ Fortemente in disaccordo ☐ In disaccordo ☐ Indeciso ☐ D'accordo ☐ Fortemente d'accordo

23. Valuto se un determinato intervento, su un determinato paziente, ha avuto o meno efficacia.

☐ Fortemente in disaccordo ☐ In disaccordo ☐ Indeciso ☐ D'accordo ☐ Fortemente d'accordo

24. Utilizzo protocolli clinici per la maggior parte dei trattamenti.

☐ Fortemente in disaccordo ☐ In disaccordo ☐ Indeciso ☐ D'accordo ☐ Fortemente d'accordo

25. Prendo decisioni nella pratica basandomi sulla mia esperienza.

☐ Fortemente in disaccordo ☐ In disaccordo ☐ Indeciso ☐ D'accordo ☐ Fortemente d'accordo

26. Utilizzo la teoria per comprendere le strategie di intervento.

☐ Fortemente in disaccordo ☐ In disaccordo ☐ Indeciso ☐ D'accordo ☐ Fortemente d'accordo

RINGRAZIAMENTI

Desidero ringraziare il Dott. Stefano Marcelli, relatore di questa tesi, per la disponibilità dimostrata nel corso di questi due anni e per i preziosi suggerimenti che hanno contribuito a definire e orientare il lavoro di tesi.

Un ringraziamento particolarmente sentito va alla Dott.ssa Gloria D'Angelo, correlatrice di questa tesi, per avermi affiancata con competenza, presenza e dedizione lungo tutto il percorso. La sua guida e il suo supporto costante sono stati indispensabili per la realizzazione di questo lavoro.

Ringrazio infine tutti gli studenti del Corso di Laurea in Infermieristica della sede di Ascoli Piceno che hanno aderito a questo studio, dedicando il loro tempo alla compilazione del questionario.