

Le competenze dell'infermiere nell'emergenza territoriale: analisi dei contenuti dei piani di studio nella formazione avanzata in Italia

Emergency nurses' competences: a content analysis in advanced nursing education in Italy

■ **LUCIANO CLARIZIA¹, PAOLA DE LUCIA², MARCO TOMIETTO³, ANNA MARIA FERRARESI⁴**

¹ Coordinatore, Azienda per l'Assistenza Sanitaria n.5 "Friuli Occidentale"

² Dirigente Professioni Sanitarie, Azienda per l'Assistenza Sanitaria n.5 "Friuli Occidentale"

³ PhD, Azienda per l'Assistenza Sanitaria n.5 "Friuli Occidentale"

⁴ Responsabile Servizio interaziendale Formazione e Aggiornamento, Azienda Ospedaliera e Azienda USL Ferrara



RIASSUNTO

Introduzione: la costruzione delle competenze cliniche è un elemento fondamentale nella formazione infermieristica. Mentre nei piani di studi di 1° livello esistono criteri omogenei a livello Italiano ed internazionale, nella formazione avanzata esiste un'ampia variabilità. Nella formazione avanzata in area critica non è chiaro come i piani di studio contribuiscano alle competenze per l'infermieristica in emergenza territoriale.

Materiali e metodi: l'obiettivo dello studio è confrontare i piani di studio dei master di 1° livello in area critica presenti in Italia con le aree di competenza identificate a livello internazionale ed italiano per l'emergenza territoriale. L'obiettivo secondario prevede di comparare i piani di studio italiani rispetto alle competenze identificate per il contesto italiano. Lo studio ha analizzato in modo descrittivo i contenuti dei piani di studio.

Risultati: rispetto alla distribuzione nelle tre aree di insegnamento (medica, infermieristica e contestuale), emerge che il 47% degli insegnamenti si colloca nell'area infermieristica, il 35.2% in area medica e il 17.8% nell'area contestuale e tecnica. L'area contestuale è quella meno rappresentata nei piani di studio. Una successiva analisi ha riguardato l'individuazione delle competenze raggiungibili attraverso i piani di studio rispetto al modello delle competenze per l'emergenza territoriale in Italia.

Discussione: i risultati hanno evidenziato come gran parte dell'offerta formativa italiana contribuisca alla costruzione di competenze specifiche ed infermieristiche. Alcune proposte formative intercettano più di altre le competenze attese: in particolare è stato interessante rilevare che il maggior numero di competenze è stato garantito da quei piani di studio più orientati all'area infermieristica.

Conclusioni. Questo studio fornisce un contributo utile per orientare la formazione alla costruzione di conoscenze e competenze utili a garantire le attese professionali ed organizzative, coerentemente anche alle indicazioni presenti a livello nazionale.

Parole chiave: infermieristica, competenze avanzate, emergenza territoriale, formazione, piani di studio.



ABSTRACT

Introduction: clinical competences in nursing education is a core issue. While Bachelor degrees have standard criteria in Italy and in international education, advanced nursing education shows a wide variability. In detail, in the critical care nursing education it is not clear how the curricula contribute in developing emergency care competences.

Materials and methods: this study aims to compare nursing education curricula in critical area to the standards identified in Italy and internationally about emergency nursing. Another aim is to compare the nursing study plans among Italian Universities with the standard of Italian competences. This study analyzed in a descriptive way the content of the curricula.

Results: considering the three areas of the nursing education curricula (medical science, nursing practice, contextual skills), 47% of the study plan is in the nursing area, 35.2% in medical science and 17.8% is about contextual skills. Contextual skills are the less represented in the study plans. Further analyses deepened how each study plan contributed to develop the competences requested for emergency care nursing in Italy.

Discussion: most of the Italian critical care advanced education contributes to develop specific competences in the field and in the nursing area. Some study plan fit better with the expected competences: in detail, the most of the competences are detected by the study plans more oriented to the nursing area.

Conclusions: this study could contribute to set advanced nursing education in order to develop a competence-oriented study plan that detects the organizational expectations. This is in line with the standards declared in Italy.

Key words: nursing, advanced competences, emergency nursing, nursing education, study plans.

ARTICOLO ORIGINALE

PERVENUTO IL 22/02/2018

ACCETTATO IL 22/03/2018

Corrispondenza per richieste:

Marco Tomietto

marco.tomietto@gmail.com

Gli autori dichiarano di non aver conflitto di interesse.

Introduzione

Lo sviluppo di competenza è parte costitutiva del percorso di formazione infermieristica. Nel percorso triennale 60 Crediti Formativi Universitari (CFU) dei 180 previsti sono dedicati al tirocinio clinico come curriculum formativo professionalizzante e in Europa la parte dei piani di studio dedicati alla pratica clinica varia dal 33% al 50%.¹

Al termine della formazione di 1° livello, il neo-laureato può considerarsi al livello del principiante o, al massimo, competente rispetto alla progressione identificata da Benner.² Questo implica che il percorso di competenza debba proseguire verso il livello esperto con l'esposizione continuativa nel tempo e con la continua rielaborazione dell'esperienza da parte del neo-assunto nella sua attività professionale per almeno 5 anni nello stesso contesto. Ricercatori nell'ambito delle scienze cognitive hanno identificato in 10.000 ore di attività il tempo necessario per sviluppare competenza avanzata fino all'eccellenza in un settore professionale.^{3,4} La condizione per lo sviluppo di qualsiasi competenza o eccellenza, tuttavia, è l'esercizio di riflessione, consapevolezza e pensiero critico nello svolgimento delle attività pratiche. In questo senso un altro filone di approfondimento nella formazione professionalizzante ha riguardato la capacità di sviluppare abilità di auto-apprendimento nel professionista.⁵

Mentre la formazione di 1° livello indica dei criteri omogenei nel definire la quota di attività professionalizzante, la formazione post-base risulta meno omogenea nel definire il monte-ore da dedicare al tirocinio e il tipo di attività professionalizzante.⁶ Chi approccia percorsi di formazione post-base porta con sé un bagaglio di competenza clinica già strutturata e diventa controverso definire un monte-ore necessario ai fini dello sviluppo di competenza. L'impatto della formazione in emergenza territoriale sullo sviluppo di competenza è spesso circoscritto ad attività o tecniche specifiche come ad esempio l'utilizzo della C-PAP oppure alla gestione di casistiche particolari, come il paziente con trauma cranico.^{7,8} In tutti questi casi la formazione del personale infermieristico ha dimostrato essere efficace nello sviluppo di competenza con un impatto positivo sugli esiti di mortalità.

L'emergenza territoriale è passata dall'essere un servizio di organizzazione di trasporti ad una risorsa di intervento sanitario con personale qualificato, aprendo un panorama variegato in tutta Europa rispetto a percorsi formativi e figure professionali.⁹ In alcuni Paesi viene formato del personale tecnico, altri for-

mano figure specifiche del soccorso, altri sistemi prevedono l'intervento di personale medico o infermieristico in specifiche condizioni di urgenza.¹⁰ Gli studi hanno dimostrato che le competenze diagnostiche nelle situazioni d'urgenza sono sovrapponibili fra il personale medico e infermieristico ma le competenze terapeutiche sono superiori nella professione medica.¹¹ In ogni caso, integrare la formazione del personale infermieristico con corsi specifici che ne aumentino conoscenze, competenze e abilità tecniche utili alla gestione delle condizioni d'urgenza tipiche dell'emergenza territoriale, ha dimostrato migliorare gli esiti di sopravvivenza e le condizioni del paziente soccorso sul territorio e poi dimesso dall'ospedale dopo l'evento acuto.^{7,8,9} La letteratura indica che, laddove è presente il personale infermieristico nell'emergenza territoriale e si sia attuata una formazione specifica, gli esiti sul paziente migliorano in quanto si potenzia la capacità di riconoscimento dei problemi clinici, di presa di decisione e di esercizio di abilità tecniche specifiche.

Uno studio svedese ha identificato alcuni domini ricorrenti nella formazione dell'infermiere in emergenza territoriale.⁹ In particolare, i domini sono stati distribuiti in 3 categorie: scienze mediche, scienze infermieristiche e abilità contestuali.

Nella prima categoria i domini specifici riguardano:

- conoscenze di anatomia, fisiologia, fisiopatologia nelle situazioni tipiche dell'emergenza territoriale;
- giudizio clinico ovvero sistemi di supporto decisionale (es. triage), strategie di problem solving, principi di valutazione clinica ed esame obiettivo nell'emergenza;
- trattamento e gestione delle condizioni tipiche dell'emergenza (es. rianimazione cardio-polmonare, gestione delle vie aeree);
- gestione della strumentazione sanitaria come la gestione sicura dei gas medicali e dei presidi medico-chirurgici usati nell'emergenza;
- somministrazione e gestione dei farmaci dell'emergenza;
- principi di igiene e asepsi.

Le conoscenze infermieristiche previste nei piani di studio invece riguardano:

- l'approccio all'assistenza fisica e psicologica nell'emergenza;
- prospettive etico-deontologiche;
- relazione e comunicazione infermiere-paziente-caregiver nelle situazioni d'urgenza;
- teorie e processo di nursing nella valutazione del paziente;

- documentazione e gestione delle informazioni assistenziali nell'emergenza.

Le conoscenze contestuali vertono sulla gestione delle situazioni assistenziali in ambienti meno controllati e prevedibili e riguardano:

- la gestione della mobilitazione in sicurezza del paziente in ambulanza o in condizioni ambientali non favorevoli (es. diversi terreni, scale, estricazione da veicoli);
- la gestione del contesto di soccorso (es. messa in sicurezza, gestire ambienti ostili o violenti, gestire reazioni psicologiche dei presenti);
- conoscenza della legislazione di pertinenza;
- gestire situazioni di disastro;
- competenze gestionali di lavoro in gruppo e collaborazione inter-professionale e inter-disciplinare (es. forze dell'ordine, vigili del fuoco).

Queste categorie e domini sono distribuiti in modo diverso nelle varie università svedesi considerate dallo studio, tuttavia mediamente le conoscenze in ambito medico coprono il 52% del piano di studi, mentre le conoscenze infermieristiche il 22% e quelle contestuali il 26%.⁹

Un'area che dovrebbe essere più sviluppata riguarda le strategie di giudizio clinico e presa di decisioni in situazioni d'urgenza, in quanto l'infermiere spesso deve condurre valutazioni cliniche rapide e prendere decisioni in autonomia, in contesti ad elevata tensione e instabilità clinica.

La parte infermieristica richiede un maggior sviluppo nel curriculum formativo, anche se, probabilmente, la stessa natura dell'emergenza territoriale rende difficile categorizzare i domini di conoscenza nel piano di studi: quest'area assistenziale, infatti, è ad alta integrazione professionale e disciplinare ed è più focalizzata sulle competenze che sui ruoli.

Un'area che in letteratura è poco chiara riguarda il ruolo del tirocinio clinico o delle attività professionalizzanti come simulazioni e laboratori teorico-pratici e non è chiaro il monte-ore dedicato. Il loro valore è stato comunque ampiamente documentato nella costruzione delle competenze e delle abilità gestuali e di presa di decisioni dei discenti.¹²

In Italia c'è un ampio dibattito sulla definizione delle competenze nell'ambito dell'emergenza territoriale. Dei focus group condotti fra infermieri esperti in emergenza territoriale nella Regione Friuli-Venezia-Giulia (documento in pubblicazione), sono stati identificati 12 domini di competenza, delineando una prima definizione delle macro-competenze.

1. Contribuire al processo di sicurezza.
2. Contribuire al processo di accoglimento, codifica delle richieste e di gestione dei relativi interventi di cura (Medical Priority Dispatch System - MPDS).
3. Analizzare i bisogni di assistenza, effettuare la diagnosi clinico-assistenziale, pianificare e applicare il processo assistenziale garantendo la continuità anche in situazioni ad elevato impatto emotivo.
4. Assicurare la gestione delle interfacce comunicative (radio-telefoniche, SIES, SEI).
5. Gestire le relazioni, individuando e superando gli elementi di stress anche in situazioni ad elevato impatto emotivo.
6. Sviluppare una pratica basata sulle evidenze utilizzando la ricerca per introdurre cambiamenti e migliorare la pratica clinica.
7. Contribuire alla mappa di expertise.
8. Contribuire alla formazione dei colleghi/studenti e alla propria.
9. Auto formazione.
10. Educare il singolo e la comunità per l'autogestione e il controllo dei fattori di rischio e dei problemi di salute.
11. Assicurare la pratica infermieristica secondo i principi di beneficenza e non-maleficenza, l'advocacy, la competenza, la cooperazione ed il caring.
12. Contribuire ai processi di miglioramento della qualità assistenziale/organizzativa.

All'interno di queste macro-competenze sono state sviluppate ulteriori competenze specifiche ed abilità. Ad oggi, non sono disponibili informazioni sul confronto fra la formazione in area critica e le competenze richieste in emergenza territoriale.

Questo lavoro intende confrontare i piani di studio dei master di 1° livello in area critica presenti in Italia con le aree di competenza identificate a livello internazionale ed italiano per l'emergenza territoriale. L'obiettivo secondario prevede di comparare i piani di studio italiani rispetto le 12 macro-competenze identificate per il contesto nazionale.

MATERIALI E METODI

È stato realizzato uno studio multi-metodo articolato in più fasi:

- Prima fase: disegno di studio descrittivo per analizzare i piani di studio delle Università italiane per i Master di 1° livello in area critica (formazione post-base) rispetto alle aree di competenza descritte a livello internazionale ed italiano.
- Seconda fase: comparare le competenze attese con i piani di studio utilizzati nelle Università italiane.

Sono state incluse tutte le Università italiane che hanno attivato o è attivo un Master in area critica o assimilabili (Assistenza infermieristica in area critica – Infermieristica di area critica in anestesia e terapia intensiva – Area critica ed emergenza in ambito

infermieristico – Infermieristica in area critica e nell'emergenza sanitaria – Area critica per infermieri – Assistenza infermieristica avanzata al paziente critico – Medicina d'urgenza e di area critica per infermieri – Infermieristica clinica nel paziente critico – Area critica ed emergenza sanitaria per infermieri – Scienze dell'area critica) per l'anno accademico in corso. Per ciascuna Università sono stati rintracciati i programmi dei corsi e, ove disponibili, il numero di ore e crediti per ciascun insegnamento. Non è stato possibile rintracciare le ore dedicate al tirocinio clinico. Inoltre, per coerenza e comparabilità con lo studio condotto in Svezia⁹, gli insegnamenti sono stati categorizzati in base all'appartenenza all'area medica, infermieristica o contestuale. La ricerca dei piani di studio è avvenuta attraverso motori di ricerca e la consultazione delle pagine web delle Università italiane.

Per la comparazione delle competenze previste dal contesto italiano, sono stati considerati i dettagli dei programmi degli insegnamenti oppure la denominazione dell'insegnamento. Se questi elementi richiamavano in modo evidente una delle competenze attese, la competenza era ritenuta acquisibile.

Le fonti su cui si è basata la comparazione sono state:

- a livello internazionale, lo studio svedese⁹ che ha sistematizzato i contenuti necessari per la formazione infermieristica per l'emergenza territoriale rispetto alle scienze mediche, infermieristiche e abilità con-

testuali;

- livello Italiano è stato considerato il lavoro di consenso effettuato in Friuli-Venezia-Giulia sulle competenze in emergenza territoriale, descritto in precedenza.

La letteratura è stata reperita attraverso i seguenti MeSH terms in Medline: "ambulances", "attitude of health personnel", "curriculum/standards", "education", "nursing methods", "emergency medical services/standards", "nurses". Combinando i MeSH terms, l'unico articolo che intercettava i temi di pertinenza era quello di Sjölin⁹.

RISULTATI

Nel corso del 2017, le Università italiane che hanno attivato un master in Area Critica ed Emergenza sono state in tutto 18; di queste, 15 permettevano il confronto con le competenze attese in quanto presentavano informazioni di dettaglio nei piani di studio. Delle rimanenti 3 Università, 1 si è comunque potuta includere nell'obiettivo primario in quanto forniva informazioni sufficienti a collocare i contenuti dei piani di studi nell'area medica, infermieristica o contestuale in base al modello svedese. Sono state escluse quindi solo 2 Università (la 12 e la 13) dall'obiettivo primario perché non erano disponibili informazioni sugli insegnamenti e sono state escluse 3 Università (la 12, la 13 e la 15) dall'obiettivo secondario perché non desumibili le aree di competenza. (Tabella 1)

Tabella 1. Piani di studio e aree prevalenti negli insegnamenti.

	Area medica % (n/N)	Area infermieristica % (n/N)	Area contestuale % (n/N)
Università 1	25% (2/8)	62,5% (5/8)	12,5% (1/8)
Università 2	38,5% (5/13)	46,2% (6/13)	15,3% (2/13)
Università 3	10% (1/10)	80% (8/10)	10% (1/10)
Università 4	28,6% (2/7)	28,6% (2/7)	42,8% (3/7)
Università 5	7,2% (1/14)	57,1% (8/14)	35,7% (5/14)
Università 6	66,7% (2/3)	33,3% (1/3)	0% (0/3)
Università 7	27,5% (11/40)	47,5% (19/40)	25% (10/40)
Università 8	50% (4/8)	37,5% (3/8)	12,5% (1/8)
Università 9	42,8% (3/7)	28,6% (2/7)	28,6 (2/7)
Università 10	45,5% (5/11)	45,5% (5/11)	9% (1/11)
Università 11	31% (4/13)	61,4% (8/13)	7,6% (1/13)
Università 14	50% (15/30)	26,7% (8/30)	23,3 (7/30)
Università 16	26,7% (4/15)	60% (9/15)	13,3%(2/15)
Università 17	62,5% (5/8)	37,5% (3/8)	0% (0/8)
Università 18	46,7% (7/15)	53,3% (8/15)	0% (0/15)
TOTALE	35.2% (71/202)	47.0% (95/202)	17.8% (36/202)

Rispetto alla distribuzione nelle tre aree di insegnamento, emerge che mediamente il 47% degli insegnamenti si colloca nel settore scientifico-disciplinare MED/45 relativo alle scienze infermieristiche, il 35.2% in area medica (es. patologia medica, fisiopatologia) e il 17.8% si riferisce all'area contestuale e tecnica.

L'area contestuale è quella meno rappresentata nei piani di studio e, laddove presente, occupa dal 7.6% al 35.7% del piano di studio. Fa eccezione un'unica Università (la 4) in cui copre una percentuale maggiore rispetto agli insegnamenti di area medica ed infermieristica.

L'area infermieristica occupa la parte preponderante con percentuali fino all'80% del piano di studio. L'area medica è maggiormente rappresentata, rispetto a quella infermieristica, in 6 Università su 16, con percentuali variabili dal 7.2% al 66.7%.

Una successiva analisi ha individuato le competenze raggiungibili rispetto al modello italiano delle competenze per l'emergenza territoriale. Nello specifico si è evidenziato che alcuni dei domini richiesti erano rilevabili su 16 piani di studio.

Si evince un quadro molto eterogeneo rispetto alla preparazione che i piani di studio offrono rispetto alle competenze attese. In particolare, 9 Università su 16 si collocano sotto il 50% delle competenze attese, mentre un piano di studi intercetta l'83.3% di quanto identificato dal modello per disporre di professionisti in grado di operare nell'emergenza territoriale. **(Tabella 2)**

DISCUSSIONE

Rispetto alla realtà internazionale, i piani di studio delle università italiane mostrano una maggiore preponderanza nell'area infermieristica: se mediamente questa occupava il 22% dei piani di studio svedesi, in Italia è del 47%, testimoniando una formazione molto orientata alle competenze infermieristiche. Confrontando i piani di studio con le competenze attese nel modello italiano, emerge che 7 Università su 16 intercettano queste competenze nei loro insegnamenti con piani di studio orientati all'area infermieristica.

I piani di studio dovrebbero orientarsi maggiormente agli insegnamenti dell'area infermieristica per preparare professionisti che

soddisfino le competenze richieste in emergenza territoriale. Tuttavia, questa considerazione può risentire del contesto professionale italiano dell'emergenza territoriale: è infatti possibile che in altri Paesi europei i processi di *decision making* esercitati dall'infermiere abbiano maggiormente bisogno di conoscenze dell'area medica (es. somministrazione di farmaci, esecuzione di manovre invasive) che sono meno richieste nel contesto Italiano, in virtù di una diversa autonomia professionale. In questo senso, l'area medica nei piani di studio italiani potrebbe essere meno rappresentata per il diverso livello di decisione che l'infermiere è chiamato ad esercitare e le diverse competenze richieste. L'area infermieristica, al contrario, intercetta meglio le competenze identificate nel modello italiano in quanto più centrate sulle caratteristiche del ruolo infermieristico in questo ambito e nel contesto locale.

I contenuti dell'apprendimento clinico (tirocino) erano definiti in 3 Università su 18: se la competenza si costruisce sulla conoscenza e sull'esperienza, l'area esperienziale dovrebbe essere meglio dichiarata per identificare le

Tabella 2. Piani di studio e competenze attese dal modello Italiano per l'emergenza territoriale.

Competenze Università	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	% (n/N)
1	/	/	/	X	/	X	/	X	X	/	/	/	33.3% (4/12)
2	/	/	/	X	/	X	/	/	/	/	/	/	16.7% (2/12)
3	/	X	/	X	X	X	X	X	/	X	X	X	75% (9/12)
4	X	X	/	X	X	/	/	/	/	/	/	X	41.7% (5/12)
5	/	X	/	X	X	X	X	/	/	X	/	/	50% (6/12)
6	/	/	/	X	/	X	/	X	/	/	/	/	25% (3/12)
7	X	X	X	X	/	X	/	X	X	X	X	X	83.3% (10/12)
8	/	/	/	X	/	X	/	/	/	/	/	/	16.7% (2/12)
9	/	/	/	/	/	X	/	X	X	/	/	/	25% (3/12)
10	/	X	/	X	X	X	/	/	/	X	/	X	50% (6/12)
11	/	/	/	X	/	/	X	X	/	X	/	/	33.3% (4/12)
14	/	X	/	X	/	X	/	X	X	X	X	X	66.7% (8/12)
15	/	X	/	/	X	/	/	X	/	X	/	/	33.3% (4/12)
16	X	X	X	X	X	X	X	X	/	/	/	X	75% (9/12)
17	/	/	/	/	/	/	/	X	/	/	X	X	25% (3/12)
18	/	X	/	X	X	X	/	X	/	X	/	X	58.3% (7/12)

LEGENDA:

1=sicurezza - 2=relazionale - 3=presa in carico e assesment telefonico - 4=presa in carico preospedaliera - 5=interfacce comunicative - 6=pratica basata su evidenza - 7=consulenza - 8=formazione - 9=autoformazione - 10=educazione alla salute - 11=etica professionale - 12=governance
/ = competenza non presente - X = competenza presente

competenze che un percorso di studi può offrire. Il tirocinio clinico e la riflessione sull'esperienza è fondamentale nella costruzione di competenza; diventa quindi utile esplicitare i percorsi di tirocinio e le strategie di gestione dell'apprendimento clinico, come simulazioni, briefing e debriefing, efficaci per sviluppare pensiero critico e abilità nella presa di decisioni cliniche.^{13,14,15} Questo studio mette in luce per la prima volta le caratteristiche dei piani di studio italiani per preparare i professionisti alle competenze richieste nell'emergenza territoriale, permettendo di comparare il nostro contesto formativo con quello internazionale allargando il dibattito a livello europeo.

LIMITI

Lo studio ha considerato le fonti documentali disponibili online rispetto ai piani di studio. In alcuni casi queste informazioni si sono rivelate generiche e non è stato possibile valutare nel dettaglio i contenuti. Inoltre, molte Università non hanno indicato il numero di crediti e ore dedicate ai diversi insegnamenti, per cui la nostra analisi si è basata sul numero di moduli dedicati alle varie aree piuttosto che sul peso orario o di CFU di ogni insegnamento sul totale delle ore previste nei master. La formazione orientata alle competenze, inoltre, è legata anche alla dimensione esperienziale e i piani di studio non dichiaravano i contenuti del tirocinio professionalizzante e dell'apprendimento clinico, rendendo difficile collegare i contenuti formativi ad una reale acquisizione delle competenze attese. Un aspetto importante riguarda le metodologie didattiche applicate, che non erano dichiarate nei piani di studio: infatti metodologie didattiche orientate al coinvolgimento del discente, al *problem solving* e al *decision making*, possono migliorare lo sviluppo di competenze, al contrario delle lezioni frontali.

CONCLUSIONI

Questo studio ha permesso di analizzare la coerenza fra la formazione in area critica e

le competenze attese in emergenza territoriale. I risultati hanno evidenziato come gran parte dell'offerta formativa italiana contribuisca alla costruzione di competenze specifiche ed infermieristiche. Alcune proposte formative intercettano più di altre le competenze attese: in particolare è stato interessante rilevare che il maggior numero di competenze è stato garantito da quei piani di studio più orientati all'area infermieristica.

Pur con i limiti discussi, questo studio fornisce un contributo utile per orientare la formazione alla costruzione di conoscenze e competenze utili a garantire le attese professionali ed organizzative. Un elemento emerso è stata la necessità di chiarire meglio i contenuti del tirocinio e dell'apprendimento clinico nei piani di studio: se le conoscenze sono ben identificabili, le esperienze di apprendimento clinico richiedono una migliore specificazione degli obiettivi orientati alla competenza.

BIBLIOGRAFIA

1. WARNE T, JOHANSSON UB, PAPASTAVROU E, TICHELAAR E, TOMIETTO M, VAN DEN BOSSCHE K, VIZCAYA-MORENO MF, SAARIKOSKI, M. *An exploration of the clinical learning experience of nursing students in nine European countries*. Nurse Educ Today 2010; 30(8): 809-15.
2. BENNER P. *From novice to expert*. New Jersey: Menlo Park, 1984.
3. ERICSSON KA, PRIETULA MJ, COKELY ET. *The making of an expert*. Harvard Business Rev 2007; 85(7/8): 114-21.
4. ERICSSON KA. *The road to excellence: The acquisition of expert performance in the arts and sciences, sports, and games*. New York: Psychology Press, 2014.
5. SANDARS J, WALSH K. *Self-directed learning*. Educ Prim Care 2016; 27(2): 151-2.
6. CURAJ A, SCOTT P, VLASCEANU L, WILSON L. *European higher education at the crossroads: between the Bologna process and national reforms*. New York: Springer Science & Business Media, 2012.
7. GARUTI G, BANDIERA G, CATTARUZZA MS, GELATI L, OSBORN JF, TOSCANI S, LUSUARDI M. *Out-of-hospital helmet CPAP in acute respiratory failure reduces mortality: a study led by nurses*. Monaldi Arch Chest Dis 2016; 73(4): 1-10.
8. FALK AC, ALM A, LINDSTRÖM V. *Has increased nursing competence in the ambulance services impacted on pre-hospital assessment and interventions in severe traumatic brain-injured patients?*. Scand J Trauma, Res Emerg Med 2014; 22(1): 20-29.
9. SJÖLIN H, LINDSTRÖM V, HULT H, RINGSTED C, KURLAND L. *What an ambulance nurse needs to know: A content analysis of curricula in the specialist nursing program in prehospital emergency care*. Int Emerg Nurs 2015; 23(2): 127-132.
10. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Emergency Medical Services Systems in the European Union: Report of an assessment project co-ordinated by the World Health Organization*. 2008.
11. VAN SCHUPPEN H, BIERENS J. *Understanding the prehospital physician controversy. Step 1: comparing competencies of ambulance nurses and prehospital physicians*. Eur J Emerg Med 2011; 18(6): 322-7.
12. CANT RP, COOPER SJ. *Simulation-based learning in nurse education: systematic review*. J Adv Nurs 2010; 66(1): 3-15.
13. SHIN H, SOK S, HYUN KS, KIM MJ. *Competency and an active learning program in undergraduate nursing education*. J Adv Nurs 2015; 71(3): 591-8.
14. KOLBE M, GRANDE B, SPAHN DR. *Briefing and debriefing during simulation-based training and beyond: Content, structure, attitude and setting*. Best Pract & Res Clin Anaest 2015; 29(1), 87-96.
15. BUCKNALL TK, FORBES H, PHILLIPS NM, HEWITT NA, COOPER S, BOGOSSIAN F. *An analysis of nursing students' decision-making in teams during simulations of acute patient deterioration*. J Adv Nurs 2016; 72(10): 2482-94.