



## QUALITATIVE STUDY

## Onboarding protocol for newly hired nurses in pediatric and congenital cardiology and cardiac surgery: a qualitative pre-post implementation evaluation study

Beatrice Cavezzi<sup>1</sup>, Chiara Gatti<sup>2</sup>, Alessia Galli<sup>2</sup>, Sara Gannini<sup>3</sup>, Gilda Pelusi<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Benvenuto e Rocco Hospital, Osimo (Ancona), Italy

<sup>2</sup> Azienda Ospedaliero-Universitaria delle Marche, Ancona, Italy

<sup>3</sup> AUSL Romagna, Ceccarini Hospital, Riccione (Rimini), Italy

<sup>4</sup> Polytechnic University of Marche, Faculty of Medicine and Surgery, Ancona, Italy

### Findings:

*Participants described the new onboarding protocol as more context-specific and easier to use, particularly because of the weekly sequencing of learning activities and the clearer assessment grid. Organisational time constraints emerged as the main barrier to onboarding, prompting suggestions for extended support after the supernumerary period (e.g., protected shifts) and additional theory-practice training.*

### ABSTRACT

**BACKGROUND:** Structured onboarding programs for newly hired nurses are associated with improved work integration and professional preparedness. However, evidence regarding onboarding in pediatric and adult congenital cardiology and cardiac surgery settings remains limited. In a highly specialised pediatric and congenital cardiology/cardiac surgery and pediatric intensive care setting in Italy, a new onboarding protocol was developed to address this gap. **AIM:** To explore the acceptability, perceived usefulness and functionality of a newly developed onboarding protocol for newly hired and/or newly assigned nurses.

**METHODS:** Four accredited educational meetings with a selected sample of nurses were conducted to co-design the onboarding protocol. A qualitative phenomenological evaluation was then carried out using semi-structured interviews before and after implementation. Data were analysed according to Colaizzi's method and findings were validated through member checking. **RESULTS:** Participants reported that the previous protocol was useful as an initial reference but insufficiently detailed and poorly aligned with ward complexity; competency assessment was perceived as unclear and not easily measurable. The new protocol was described as more context-specific and better organised, with a weekly progression of learning activities and a revised assessment grid perceived as clearer and more supportive. The main remaining limitation concerned organisational time allocated for onboarding rather than the protocol itself; extended post-onboarding support (e.g., "protected shifts") and enhanced theory-practice training were suggested or implemented.

**CONCLUSIONS:** The onboarding protocol was perceived as acceptable and useful in supporting integration of newly hired nurses in a highly specialised setting. Further studies should incorporate additional outcomes and follow-up to evaluate its impact on competence development and retention.

**KEYWORDS:** Congenital heart disease, education, qualitative research, cardiac care nursing, newly hired registered nurses.

#### Corresponding author:

Chiara Gatti: [chiara.gatti2019@gmail.com](mailto:chiara.gatti2019@gmail.com)  
OU Delle Marche, via conca 71,  
60126, Ancona, Italy



Milano University Press

218

Submission received: 06/04/2025

End of Peer Review process: 18/07/2025

Accepted: 10/08/2025



## STUDIO QUALITATIVO

## Protocollo di inserimento per infermieri neoassunti in cardiologia e cardiochirurgia pediatrica e congenita: studio qualitativo di valutazione pre-post implementazione

Beatrice Cavezzi<sup>1</sup>, Chiara Gatti<sup>2</sup>, Alessia Galli<sup>2</sup>, Sara Gannini<sup>3</sup>, Gilda Pelusi<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Benvenuto e Rocco Hospital, Osimo (Ancona), Italy

<sup>2</sup> Azienda Ospedaliero-Universitaria delle Marche, Ancona, Italy

<sup>3</sup> AUSL Romagna, Ceccarini Hospital, Riccione (Rimini), Italy

<sup>4</sup> Polytechnic University of Marche, Faculty of Medicine and Surgery, Ancona, Italy

### Riscontri:

*Il nuovo protocollo è stato percepito come maggiormente contestualizzato e fruibile, soprattutto grazie alla scansione settimanale delle attività e a una griglia di valutazione più chiara. La criticità principale emersa riguarda i vincoli organizzativi di tempo dedicato all'inserimento, indicando l'utilità di strategie di supporto prolungato (es. turno protetto) e di formazione teorico-pratica integrativa.*

### ABSTRACT

**INTRODUZIONE:** La letteratura evidenzia che programmi strutturati di inserimento per l'infermiere neoassunto favoriscono integrazione professionale e preparazione percepita. Tuttavia, gli studi sull'onboarding in ambito cardiologico e cardiochirurgico pediatrico e del congenito adulto risultano limitati. In un setting di Cardiologia e Cardiochirurgia Pediatrica e Congenita e Unità di Terapia Intensiva Pediatrica, caratterizzato da elevata complessità assistenziale, è stato sviluppato un nuovo protocollo di inserimento.

**OBIETTIVO:** Valutare l'accettabilità, l'utilità percepita e la funzionalità di un protocollo di inserimento neo-redatto per l'infermiere neoassunto.

**METODI:** Il protocollo è stato co-progettato attraverso quattro incontri formativi accreditati con un campione selezionato di infermieri. Successivamente, è stato condotto uno studio qualitativo fenomenologico mediante interviste semi-strutturate pre e post implementazione, analizzate secondo il metodo di Colaizzi, con validazione dei risultati tramite member checking.

**RISULTATI:** Il protocollo precedente era considerato un riferimento iniziale, ma percepito come dispersivo, poco dettagliato e non adeguato alla complessità del reparto, con una valutazione delle competenze poco chiara. Il nuovo protocollo è stato descritto come più contestualizzato e organizzato, con progressione settimanale delle attività e una griglia valutativa ritenuta più chiara e facilitante. La principale criticità residua riguarda il tempo organizzativo dedicato all'inserimento; sono stati suggeriti o attuati supporti prolungati (es. "turno protetto") e un potenziamento della formazione teorico-pratica.

**CONCLUSIONI:** Il protocollo risulta accettabile e utile per supportare l'inserimento dell'infermiere neoassunto in un contesto altamente specializzato. Studi futuri dovrebbero valutare ulteriori esiti e follow-up.

**KEYWORDS:** Cardiopatia congenita, tutoraggio, ricerca qualitativa, assistenza infermieristica cardiologica, infermiere neoassunto.

#### Corresponding author:

Chiara Gatti: [chiara.gatti2019@gmail.com](mailto:chiara.gatti2019@gmail.com)  
OU Delle Marche, via conca 71,  
60126, Ancona, Italy



Milano University Press

219

Submission received: 06/04/2025

End of Peer Review process: 18/07/2025

Accepted: 10/08/2025



## BACKGROUND

La componente umana rappresenta la forza motrice e trainante di ogni sistema lavorativo, garantendone un adeguato funzionamento ed un corretto sviluppo. Nell'ambito delle risorse umane, l'appropriata gestione e accompagnamento del personale neoassunto rappresenta un investimento a lungo termine e, come cita Orlandi<sup>1</sup>, "un'occasione di crescita globale" per l'Azienda Ospedaliera.

La letteratura riporta in maniera decisamente ampia come i programmi di tutoraggio per infermieri neoassunti creino ambienti di lavoro coesivi, migliorando la soddisfazione sul lavoro ed il senso di appartenenza alla nuova realtà operativa, riducendo al contempo stress e ansia<sup>2-4</sup>. All'interno di ogni percorso d'inserimento, il nuovo infermiere viene accompagnato, sostenuto e istruito nei concetti di "sapere" e "saper fare" dal tutor assegnategli, definito propriamente un "facilitatore dell'apprendimento"<sup>5</sup>. La mancanza di un programma d'inserimento adeguato e strutturato può comportare un'assistenza infermieristica non uniforme o scarsa autonomia del neo-inserito con possibili ricadute negative anche sul paziente. Nei contesti assistenziali ad elevata complessità clinica e organizzativa, l'inserimento dell'infermiere neoassunto assume un ruolo centrale, poiché l'acquisizione e il mantenimento di competenze adeguate risultano indispensabili per garantire sicurezza, qualità assistenziale e integrazione professionale. In tali setting, approcci improvvisati all'inserimento risultano inadeguati e potenzialmente rischiosi, rendendo necessario l'utilizzo di programmi strutturati di onboarding<sup>6</sup>. In linea con tali presupposti, è stato ritenuto fondamentale sviluppare un percorso strutturato di inserimento dell'infermiere neoassunto all'interno della Struttura Organizzativa Dipartimentale (SOD) di Cardiologia e Cardiochirurgia Pediatrica e Congenita (CCPC) e Unità di Terapia Intensiva Pediatrica (UTIP), afferente al Dipartimento di Scienze Cardiovascolari di un'Azienda sanitaria italiana.

Tale setting assistenziale è dedicato alla presa in carico di pazienti affetti da patologie cardiologiche e cardiocirurgiche congenite in età neonatale, pediatrica e adulta (Grown-Up Congenital Heart Disease, GUCH), erogando cure in regime di degenza ordinaria, semi-intensiva e intensiva, con continuità assistenziale garantita dalla medesima équipe infermieristica.

In questo contesto ad elevata complessità clinica e organizzativa, l'infermiere è chiamato ad adattare conoscenze e competenze a bisogni assistenziali e terapeutici eterogenei e altamente specializzati, una condizione che può generare difficoltà e incertezze operative, in particolare durante la fase di inserimento professionale dell'infermiere neoassunto.

## OBIETTIVO

L'obiettivo generale è stato valutare l'accettabilità, utilità percepita e la funzionalità di un nuovo protocollo redatto per l'inserimento dell'infermiere neoassunto in Cardiologia e Cardiochirurgia Pediatrica e Congenita e UTIP di un'Azienda Sanitaria italiana, esplorando le differenze percepite con gli strumenti tradizionalmente utilizzati e con le strutture nazionali.

Gli obiettivi specifici sono stati: fornire all'infermiere neoassunto uno strumento univoco per l'inserimento nel nuovo setting operativo, elaborare un processo di valutazione strutturato e standardizzato dell'infermiere neoassunto ed infine, comprendere le esperienze ed i giudizi del campione di infermieri coinvolti nel processo d'inserimento.

## MATERIALI E METODI

Con l'obiettivo di contestualizzare lo stato delle evidenze sull'inserimento dell'infermiere neoassunto in contesti cardiologici e/o cardiocirurgici pediatrici e del congenito adulto, è stata effettuata una ricerca

### Corresponding author:

Chiara Gatti: chiara.gatti2019@gmail.com A  
OU Delle Marche, via conca 71,  
60126, Ancona, Italy



Milano University Press



esplorativa della letteratura relativa agli ultimi dieci anni. La ricerca è stata condotta nelle banche dati Medline/PubMed, CINAHL, Scopus e Cochrane Library, utilizzando la seguente stringa di ricerca:

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

I contributi individuati sono stati sottoposti a lettura critica e utilizzati esclusivamente a fini descrittivi e contestuali; gli studi non pertinenti per contenuto o disegno rispetto all'obiettivo della ricerca sono stati esclusi.

In un secondo momento, sono state svolte interviste semi-strutturate rivolte a tutti i Coordinatori Infermieristici (C.I.) delle Unità Operative (U.O.) italiane cardiologiche e/o cardiocirurgiche pediatriche e/o del congenito adulto; sono stati inclusi tutti gli ospedali pubblici e privati convenzionati, escludendo i setting con Coordinatori Infermieristici non reperibili, non disponibili o che hanno espresso un rifiuto verso la partecipazione all'intervista.

Ad ogni partecipante, previa informazione circa l'obiettivo della ricerca, sono state poste sette domande volte a conoscere le caratteristiche e le modalità d'inserimento dell'infermiere neoassunto nel reparto considerato. Dalla ricerca effettuata è emerso che nessuna realtà operativa italiana può definirsi completamente identica ed assimilabile a quella della Azienda d'interesse, differenziandosi sia in termini di struttura ed organizzazione del reparto, che nelle modalità e negli strumenti utilizzati nella conduzione dell'inserimento dell'infermiere neoassunto.

Lo studio realizzato è di tipo qualitativo fenomenologico, condotto in Italia presso una SOD Cardiologia e Cardiocirurgia Pediatrica e Congenita, un setting operativo in cui assistiti cardiopatici

congeniti di qualsiasi età vengono assistiti dalla medesima équipe infermieristica, dal punto di vista clinico e chirurgico; si è svolto nel periodo tra ottobre 2022 e giugno 2023.

## Procedura

Nella prima fase dello studio sono stati svolti quattro incontri formativi accreditati ECM con lo scopo di revisionare il precedente protocollo in uso nel reparto considerato, per stilare uno nuovo, adeguato e adattato alle esigenze dell'Unità Operativa.

Tali sedute hanno coinvolto un campione di infermieri specificatamente scelto secondo i seguenti criteri d'inclusione:

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

Essi si sono svolti nella Sala Riunioni della SOD Cardiocirurgia e Cardiologia Pediatrica e Congenita nelle giornate del 7, 17, 27 ottobre e 11 novembre 2022, per un totale di 12 ore di partecipazione, formalizzata con rilascio di crediti ECM per ogni partecipante.

Nella seconda fase dello studio il nuovo protocollo realizzato è stato inserito all'interno di uno studio qualitativo fenomenologico per valutarne qualitativamente l'accettabilità, utilità percepita e la funzionalità in base all'opinione degli infermieri coinvolti.

Il campione di infermieri scelto per lo studio, la cui composizione è osservabile all'interno della *Tabella II*, comprende sette unità, selezionate secondo un campionamento di tipo non probabilistico propositivo che ha permesso di includere:







- gli stessi sei infermieri che hanno precedentemente partecipato alla revisione del precedente protocollo in uso;

- un ulteriore infermiere neoassunto, con una permanenza nella SOD minore ad un anno, inseriti seguendo il nuovo protocollo d'inserimento redatto.

Con l'intero campione scelto, al fine di evitare eventuali fattori di confondimento<sup>8</sup>, è stato condotto un incontro preliminare volto a familiarizzare con i partecipanti dello studio ed illustrare la metodologia seguita nel corso dello studio; nella stessa sede è stata inoltre fornita un'informativa contenente i dettagli relativi allo studio, accompagnata da un consenso informato scritto firmato dai componenti del campione e riconsegnato poi al ricercatore.

La numerosità campionaria è stata determinata secondo un principio di sufficienza informativa (information power), includendo profili complementari (tutor esperti e neoassunti) in un contesto altamente specifico; la raccolta dati è stata interrotta quando le interviste non hanno prodotto nuove categorie rilevanti rispetto alle domande di ricerca.

Lo strumento utilizzato per lo svolgimento dello studio è stato quello dell'intervista semi-strutturata, comprensiva delle seguenti quattro domande:

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

Tali domande sono state rivolte, inizialmente, agli infermieri tutor e agli infermieri neoassunti della SOD

implicati nel vecchio protocollo, per raccogliere opinioni su quest'ultimo; successivamente, le stesse domande sono state indirizzate agli stessi infermieri tutor e ai nuovi infermieri neoassunti, coinvolti nel nuovo protocollo d'inserimento realizzato. Le risposte ottenute dalle interviste sono state metodologicamente elaborate secondo il criterio di Colaizzi. In particolare, dopo aver assegnato ad ogni intervistato un numero identificativo per il mantenimento della privacy, ognuno è stato interpellato individualmente ed in maniera isolata al fine di evitare condizionamenti reciproci all'interno del gruppo e ridurre eventuali bias; previa accettazione del consenso informato scritto, il contenuto dell'intervista è stato registrato e poi trascritto fedelmente. Le risposte ottenute sono state successivamente lette accuratamente dal ricercatore, per permettergli di familiarizzare<sup>10</sup> con esse e sono state poi elaborate e studiate, per coglierne punti comuni e affinità, poi ordinati e sintetizzati in raggruppamenti di tematiche.

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

## Autorizzazioni:

Lo studio è stato condotto nel rispetto dei principi etici delineati dalla Dichiarazione di Helsinki e della normativa vigente in materia di ricerca. In base alle procedure istituzionali applicate nel contesto di riferimento, per studi non interventistici su operatori sanitari senza dati clinici dei pazienti non è stato previsto parere del Comitato Etico. I partecipanti allo studio erano professionisti sanitari adulti e sono stati coinvolti su base volontaria. A tutti è stata fornita un'informativa scritta contenente finalità, modalità e implicazioni della ricerca; la partecipazione è avvenuta esclusivamente previa acquisizione di consenso informato scritto. La riservatezza dei partecipanti è stata garantita mediante





l'assegnazione di codici identificativi e il trattamento dei dati in forma anonima e aggregata. Le interviste sono state registrate, trascritte e analizzate esclusivamente a fini di ricerca.

## RISULTATI

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

Alla luce del panorama nazionale ed internazionale investigato, si è ritenuto opportuno revisionare il protocollo d'inserimento infermieristico in uso nella SOD in oggetto, per stilare uno rinnovato che effettivamente agevolasse e facilitasse l'infermiere neoassunto in tale unità operativa. Nella fase di elaborazione dei risultati, il ricercatore ha messo in atto il processo del *bracketing* ovvero, come illustrato dalla letteratura<sup>9</sup>, una vera e propria sospensione del proprio giudizio, identificando e "mettendo tra parentesi" le sue credenze e opinioni preconconcette sul fenomeno oggetto di studio, con il proposito di confrontarsi con i dati in forma pura. Dall'elaborazione dei dati acquisiti dalle interviste in merito alla valutazione qualitativa del vecchio protocollo in uso, sono state rintracciate delle tematiche ricorrenti:

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

A proposito della prima domanda "In base al tuo ruolo, quali credi che siano i punti di forza e di debolezza del protocollo d'inserimento del neoassunto attualmente in uso?" tutti gli intervistati concordano nell'individuare come punto di forza l'esistenza stessa di quest'ultimo, identificato come un "punto d'inizio" ed un "punto di riferimento"; d'altro canto, tra i punti di debolezza, esse è definito "dispersivo", "poco particolareggiato" e "non sufficientemente adeguato al reparto". In particolare, un elemento preso in considerazione da una tutor intervistata, è la modalità di valutazione del neoassunto, aspetto considerato lacunoso e migliorabile.

Nella seconda domanda "In base al tuo ruolo e ai tuoi personali obiettivi, ti sei sentito facilitato dall'attuale protocollo?" tutti gli intervistati affermano che, pur rappresentando il protocollo un ausilio per i professionisti, i difetti e le carenze ne hanno smorzato l'efficacia, rendendo dunque più complicato il processo d'apprendimento.

La terza domanda "In base alla tua personale esperienza, ritieni migliorabile tale protocollo? e perché?" ha fatto emergere un importante pensiero comune, il fatto che "se ci sono delle imprecisioni che si vanno a migliorare, si rende più facile l'inserimento del neoassunto e anche il lavoro in collaborazione risulta semplificato". Alla luce di tale considerazione, gli infermieri intervistati avrebbero migliorato il protocollo rendendolo "più malleabile" e "focalizzando e puntualizzando meglio alcuni punti anche a livello logico", oltre a sviluppare una migliore strategia per la valutazione del neoassunto.

Infine, l'ultima domanda "*Sapresti proporre delle altre strategie che facilitino il neoassunto nell'inserimento in reparto?*" ha riscosso pareri quasi totalmente concordi nell'affermare che, incrementare una maggior formazione del personale infermieristico, sia dal punto di vista teorico che pratico, potrebbe essere





la strategia corretta per consentire all'infermiere neoassunto di sentirsi più sicuro e preparato.

Nel rispetto del metodo di Colaizzi<sup>10,11</sup>, la sintesi dei risultati ottenuti è stata sottoposta ad una fase di convalida tramite confronto con il campione considerato, al fine di garantire la credibilità dello studio e rispettare così il rigore scientifico della ricerca qualitativa, come spiegato dagli studiosi Guba e Lincoln<sup>12</sup>.

Da tale fase è emerso che i risultati elaborati dal ricercatore rispecchiano effettivamente il pensiero degli intervistati. Successivamente sono stati raccolti e processati i risultati tratta dalla conduzione del secondo ciclo d'interviste, basate sulla valutazione del nuovo protocollo d'inserimento realizzato. Sono state individuate le seguenti tematiche comuni:

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

A proposito della prima domanda "In base al tuo ruolo, quali credi che siano i punti di forza e di debolezza del protocollo d'inserimento del neoassunto attualmente in uso?" tutti gli intervistati concordano sul fatto che il protocollo sia "adeguatamente calato nella realtà del reparto", "dettagliato" e "molto più preciso"; anche l'infermiere neoassunto coinvolto nelle interviste concorda nell'apprezzare l'organizzazione del protocollo, ammettendo di aver vissuto il periodo di formazione nel nuovo reparto con i giusti tempi e con i giusti modi. Attualmente gran parte degli intervistati non ha individuato punti di debolezza che siano significativi o degni di nota.

Nella seconda domanda "In base al tuo ruolo e ai tuoi personali obiettivi, ti sei sentito facilitato dall'attuale protocollo?" tutti gli intervistati hanno affermato di essersi sentiti agevolati dal nuovo protocollo, definendolo "una linea" ed "una guida". La nuova struttura del protocollo, in particolare la progressione delle attività operative previste, "permette di valutare periodicamente i progressi" e, un "confronto periodico con il protocollo aiuta sicuramente a rivedere gli argomenti raramente trattati in reparto", assicurando di non tralasciare dettagli. Un aspetto particolarmente apprezzato, soprattutto dagli infermieri tutor considerati, è la nuova modalità di valutazione dell'infermiere neoassunto.

La terza domanda "In base alla tua personale esperienza, ritieni migliorabile tale protocollo? e perché?" raccoglie pareri concordi da parte degli intervistati che, nella quasi totalità dei casi, non individua aspetti da migliorare o particolari difetti o criticità. Un fattore identificato come svantaggioso, soprattutto dagli infermieri tutor presi in considerazione, è il tempo, "non il protocollo e non a causa del protocollo ma il tempo che l'Azienda prevede per inserire il neoassunto nel nostro reparto" sembra essere limitante per una formazione ampia, completa e dettagliata. D'altra parte, il protocollo è ritenuto globalmente "dettagliato e completo", l'infermiere neoassunto intervistato lo definisce adeguato in quanto "coerente con le situazioni reali".

Infine, nell'ultima domanda "Saresti proporne delle altre strategie che facilitino il neoassunto nell'inserimento in reparto?" viene ribadita da tutti gli intervistati l'importanza di potenziare la formazione teorico-pratica collaterale al reparto stesso. Un aspetto segnalato da un infermiere tutor potenzialmente favorente l'introduzione del neoassunto è di ideare una forma di "turno protetto", istituendo un "limite di tempo prima che il neoassunto debba trovarsi da solo in turno" e





“identificare, oltre al tutor, altri infermieri esperti di riferimento all’interno del turno che possano sostenerlo ed educarlo” in base ai relativi bisogni formativi, “anche dopo la conclusione del tempo previsto per l’inserimento.”. Al fine di assicurare il rigore metodologico, anche in questo secondo ciclo d’interviste l’estratto dei risultati ottenuto è stata sottoposta ad una fase di convalida, tramite confronto con il campione considerato da cui è emerso che i risultati elaborati dal ricercatore rispecchiano effettivamente e pienamente il pensiero degli intervistati.

## DISCUSSIONE

Per comprendere la complessità e l’impegno di un infermiere neoassunto nella SOD di CCPC ed UTIP in oggetto ci si è valse del confronto con altre Unità Operative italiane assimilabili per tipologie di utenti trattati. Come già argomentato, dalla ricerca effettuata emerge subito la fondamentale diversità tra la SOD CCPC ed UTIP dell’Azienda di riferimento rispetto a tutti gli altri contesti cardiologici e cardiocirurgici presi in considerazione in Italia, in primo luogo dal punto di vista strutturale-organizzativo del reparto, oltre che per tipologie di utenti trattati e per composizione dell’equipe infermieristica operante. Per quanto riguarda propriamente il percorso d’inserimento dell’infermiere neoassunto, sono stati confrontati durata del periodo di affiancamento, modalità di valutazione del nuovo inserito, criteri per l’individuazione dell’infermiere tutor e presenza o assenza di protocolli inerenti, tra contesto italiano e quello in oggetto. A tale proposito è subito emersa, nel circa 60% dei casi, la mancanza di protocolli standardizzati e formali per l’inserimento dell’infermiere neoassunto nell’unità operativa specifica; difatti, attualmente, soltanto gli ospedali Sant’Orsola-Malpighi di Bologna, IRCCS San Donato di Milano, AOU di Padova (i più performanti a livello italiano per numero di interventi cardiocirurgici pediatrici e del congenito adulto secondo il Piano

Nazionale Esiti 2020) sembrano utilizzare regolarmente appositi protocolli per l’affiancamento del personale neoassunto. In merito alla durata del processo d’inserimento, nella SOD di CCPC ed UTIP dove si è svolto lo studio, esso avviene in 108 ore in degenza ordinaria, aggiunte ad altre 108 in terapia intensiva pediatrica, per un totale di circa sei settimane lavorative. Tale dato è assimilabile ad un terzo delle realtà intervistate che prevedono un periodo di affiancamento di un mese; il confronto più pertinente per similarità è quello con l’Ospedale Sant’Orsola-Malpighi di Bologna, che prevede una durata dell’inserimento di due mesi seguiti, in caso di valutazione positiva, dall’immissione dell’infermiere neofita nel turno del proprio tutor, affinché eventuali carenze e lacune rimaste possano essere progressivamente colmate. Nell’Unità Operativa presa in considerazione per lo studio, il ruolo di infermiere-tutor viene assegnato dal Coordinatore Infermieristico e, secondo attuale disposizione, viene attribuito al professionista con un’anzianità di servizio nel reparto di almeno 3 anni; tuttavia il continuo e progressivo turnover infermieristico, ha implicato spesso l’individuazione dell’infermiere tutor in colui che detiene un’esperienza nel reparto di almeno un anno e che possieda, soprattutto, ampie e variegate conoscenze e competenze specifiche acquisite da precedenti esperienze lavorative affini al contesto, oltre che doti umane, collaborative, didattiche e valutative e motivazione al cambiamento. Tale decisione è sostenuta e condivisa da vari studi che dimostrano come, la maggior esperienza, formazione ed istruzione dell’infermiere professionale, contribuisce a ridurre il tasso di mortalità intraospedaliera, aumentando al contempo la qualità assistenziale<sup>12-14</sup>. Tale aspetto risulta concorde con il panorama italiano, infatti, nei due terzi delle realtà operative considerate, la scelta dell’infermiere tutor risponde ai medesimi criteri. Nell’ultima fase dell’inserimento viene compiuta la valutazione del neoassunto, per giudicarne l’eventuale idoneità in base







# DISSERTATION NURSING®

JOURNAL HOMEPAGE: [HTTPS://RIVISTE.UNIMI.IT/INDEX.PHP/DISSERTATIONNURSING](https://riviste.unimi.it/index.php/dissertationnursing)

agli obiettivi raggiunti o meno. Nella CCPC ed UTIP considerate, vengono svolte due valutazioni principali, l'una al termine del periodo d'inserimento in degenza ordinaria e semi-intensiva, e l'altra a conclusione dell'affiancamento nella degenza intensiva; entrambe sono condotte da infermiere tutor e Coordinatore Infermieristico e riguardano l'individuazione degli obiettivi conseguiti secondo un'apposita griglia di valutazione. Le griglie valutative della degenza ordinaria ed intensiva sono differenti, comprendendo dunque obiettivi e competenze diversificate e progressive. I due terzi delle unità operative coinvolte nell'intervista concordano con le precedenti modalità di valutazione presentate, sottoponendo il nuovo assunto (N.A.) a due valutazioni, l'una al termine del periodo d'inserimento previsto e la seconda dopo ulteriore tempo scelto e concordato. Le griglie di valutazione dei vari reparti esaminati sono elaborate dalle Aziende Sanitarie e, attualmente, risultano inconfondibili con quelle in uso nel setting di questo studio, in quanto, non risultano condivisibili dai Coordinatori Infermieristici coinvolti nella ricerca. L'indagine circa l'inserimento del neoassunto nelle realtà Cardiologiche e/o Cardiochirurgiche Pediatriche e/o del Congenito adulto in Italia ha permesso di comprendere come la CCPC ed UTIP di presa in considerazione in questo studio risulti essere una realtà a se stante, non completamente assimilabile ad altri contesti italiani, complessa ed indubbiamente meritevole di attenzione e cura dell'aspetto organizzativo e formativo; proprio tale singolarità ha costituito fonte di stimolo ed interesse per approfondire la tematica dell'inserimento del neoassunto. La revisione del protocollo d'inserimento dell'infermiere neoassunto nel contesto sopracitato è stata compiuta, alla luce delle premesse già discusse, per risolvere criticità, difetti o eventuali mancanze avvertibili da Infermieri Tutor ed Infermieri Neoassunti coinvolti nel processo, tenendo conto dell'elevata complessità e particolarità del reparto. Benché tutti gli intervistati coinvolti nella valutazione

del vecchio protocollo ne riconoscessero l'importanza e l'utilità a fini formativi, in base ai risultati ottenuti dallo studio condotto, si è evinto come il protocollo fosse ritenuto migliorabile sotto diversi punti di vista. In primo luogo, sono state ritenute necessarie delle modifiche in termini di sequenzialità e logicità delle fasi previste, soprattutto rispetto alla complessità e all'imprevedibilità delle attività assistenziali, in modo da permettere la corretta comprensione di ogni situazione presentata, sia da punto di vista teorico che pratico-tecnico. Questo aspetto è stato preso in considerazione e perfezionato durante la revisione del protocollo e, la sua nuova strutturazione è stata apprezzata dagli infermieri coinvolti nello studio che, attualmente, non ritengono necessarie ulteriori modifiche. Il nuovo protocollo redatto comprende una serie di competenze da apprendere, tradotte in obiettivi operativi, che il neoassunto dovrebbe saper padroneggiare nel corso dell'inserimento, guidato dall'esperienza e dalla competenza del proprio tutor. In particolare, tali competenze e le relative attività collegate sono scandite ed organizzate secondo una programmazione settimanale che permette di svolgere, al termine di ogni settimana di affiancamento, un breve momento di confronto tra Tutor e Neoassunto, utile a riepilogare i contenuti effettivamente sviluppati ed affrontati, per favorire una formazione completa. Un altro aspetto del vecchio protocollo degno di correzione, soprattutto secondo gli Infermieri Tutor considerati, è la valutazione dell'Infermiere Neoassunto, aspetto non oggettivabile né misurabile nel vecchio protocollo in uso, ma fondamentale per tenere traccia degli obiettivi effettivamente conseguiti ed esprimere un giudizio valido e realistico sul percorso compiuto dal nuovo inserito. Nel nuovo protocollo realizzato la valutazione del neoassunto viene svolta dall'infermiere Tutor e dal Coordinatore Infermieristico tramite un'apposita griglia di valutazione in cui, in corrispondenza di ogni obiettivo tracciato, all'infermiere neoassunto viene affidato il





# DISSERTATION NURSING®

JOURNAL HOMEPAGE: [HTTPS://RIVISTE.UNIMI.IT/INDEX.PHP/DISSERTATIONNURSING](https://riviste.unimi.it/index.php/dissertationnursing)

giudizio di “Sì”, “No” o “Performance Non Realizzata (PNR)”, nell’eventualità in cui l’attività correlata allo specifico obiettivo previsto non si sia verificata durante l’inserimento. Essa viene compiuta in momenti differenti: in itinere durante le settimane dell’inserimento -come precedentemente illustrato-, a conclusione di ogni periodo di affiancamento, rispettivamente prima nel settore ordinario e semi-intensivo (CCPC) e poi intensivo (UTIP), ed infine viene compiuta un’ultima valutazione complessiva riferita all’intero periodo di addestramento di sei settimane.

Nella fase valutativa, la criticità che era stata riscontrata nell’utilizzo del vecchio protocollo d’inserimento era la complessità di non raggiungere mai la totale obiettività per la mancanza di un sistema univoco volto a trasformare un valore numerico in giudizio. Con l’elaborazione del nuovo protocollo, ogni competenza presente nella griglia di valutazione effettivamente acquisita dal neoassunto, rappresenta l’ammontare della percentuale degli obiettivi operativi raggiunti. Il target da raggiungere, ovvero il livello di performance atteso affinché l’infermiere neoassunto possa essere definito “Idoneo” alla professione nella specifica SOD, è definito Livello Accettabile di Performance (LAP); con le modifiche apportate al protocollo d’inserimento, nella SOD CCPC ed UTIP dell’Azienda dove si è svolto lo studio, è stato istituito un LAP dell’80% per cui, una performance che equivalga o superi positivamente tale target atteso (minimo 80% degli obiettivi operativi previsti), consente di definire il nuovo professionista come “Idoneo”.

Un possibile ostacolo formativo, emerso soprattutto dalle interviste rivolte agli infermieri Tutor, è la “limitatezza di tempo” difatti, le sei settimane previste per l’inserimento del neoassunto, sembrerebbero scarse od insufficienti per rendere il neofita effettivamente autonomo. La limitatezza del tempo formalmente dedicato all’inserimento rappresenta una

criticità organizzativa frequentemente riportata nei contesti ad alta complessità assistenziale. Tale elemento non emerge come limite intrinseco del protocollo, bensì come fattore strutturale del contesto organizzativo in cui esso viene applicato. In questa prospettiva, il protocollo di inserimento si configura come uno strumento capace di garantire continuità formativa anche oltre la fase iniziale di affiancamento, favorendo un accompagnamento progressivo del neoassunto. A supporto di tale processo, nel setting considerato è prevista l’adozione di modalità di “turno protetto”, che consentono il mantenimento di figure infermieristiche esperte di riferimento anche successivamente al termine formale dell’inserimento, rafforzando la sicurezza professionale e la qualità assistenziale. Tale scelta è incoraggiata anche dal punto di vista teorico-filosofico dalla teoria di Patricia Benner che afferma l’importanza di un tutoraggio costante ed uniforme per rendere quell’infermiere “novizio”, progressivamente “principiante avanzato”, “competente”, “abile” fino ad “esperto”<sup>15</sup>. Nell’ottica di soddisfare e colmare il bisogno formativo del nuovo professionista per garantirgli un’esperienza positiva e costruttiva, è stato domandato agli infermieri intervistati quali strategie proporrebbero per facilitare ulteriormente l’inserimento del neoassunto in reparto. L’intero campione coinvolto nello studio concorda che approfondire la formazione teorico-pratica concernente le attività di reparto, comporterebbe numerosi vantaggi in termini, soprattutto, di qualità assistenziale e soddisfazione del personale. In particolare, è stata evidenziata la possibile utilità di svolgere delle simulazioni di scenari clinici con il personale e i materiali con cui quotidianamente ci si interfaccia in reparto; tale stratagemma è stato preso in considerazione e risulta già in attuazione, quando possibile e fattibile, nella realtà ospedaliera considerata. Infine, va tenuto conto di come una parte del campione abbia partecipato sia alla co-progettazione sia alla valutazione del protocollo, con possibile rischio di desiderabilità





# DISSERTATION NURSING®

JOURNAL HOMEPAGE: [HTTPS://RIVISTE.UNIMI.IT/INDEX.PHP/DISSERTATIONNURSING](https://riviste.unimi.it/index.php/dissertationnursing)



sociale; tale rischio è stato mitigato mediante interviste individuali, anonimizzazione dei trascritti, bracketing e member checking.

## CONCLUSIONE

In un setting ad alta complessità clinico-organizzativa, il protocollo di onboarding co-progettato è risultato accettabile e percepito come più chiaro e contestualizzato rispetto alla procedura precedente, in particolare per la progressione settimanale delle attività e per la maggiore trasparenza del processo valutativo. La criticità principale riguarda il tempo organizzativo dedicato all'inserimento, suggerendo l'utilità di strategie di supporto esteso (es. turno protetto) e formazione teorico-pratica integrativa. Studi futuri dovrebbero includere esiti quantitativi e follow-up per valutare l'impatto su autonomia, sviluppo di competenze e retention.

## BIBLIOGRAFIA:

1. Calamandrei C, Orlandi C. Manuale di management per le professioni sanitarie (4<sup>a</sup> Ed.). Milano: McGrawHill Education, 2015, pag. 397 - 413.  
Nelsey L, Brownie S. Effective leadership, teamwork and mentoring: essential elements in promoting generational cohesion in the nursing workforce and retaining nurses. *Collegian* 2012; 19(4):197-202.  
Funderburk A. Mentoring: the retention factor in the acute care setting. *Journal for Nurses Staff Development* 2008; 24(3): E1-E5.
2. Kanaskie M. Mentoring - a staff retention tool. *Critical Care Nursing Quarterly* 2006; 29(3):248-252.
3. Sasso L, Lotti A, Gamberoni L. Il tutor per le professioni sanitarie (1<sup>a</sup> Ed.). Roma: Carocci Faber, 2003, pag. 19- 31.
4. Ruggeri M, Rasero R, Brandi A, Bambi S. Emergency department nurses' competences: implementing a personal dossier for nurses

onboarding, skills maintenance, and quality audit. *Infermieristica Journal*. 2023;2(3):113-122. doi:10.36253/if-2287.

5. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, PRISMA Group. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS Medicine* Jul 2009; 21;6(7).
6. Guerrero-Castaneda RF, Menezes TMO, Ojeda-Vargas MG. Characteristics of the phenomenological interview in nursing research. *Revista Gaúcha de Enfermagem* 2017; 38(2).
7. Polit DF, Beck CT. Fondamenti di Ricerca Infermieristica (2<sup>a</sup> Ed.). Milano: McGraw Hill Education, 2018; pag. 292.
8. Morrow R, Rodriguez A, King N. Colaizzi's descriptive phenomenological method. *The psychologist* 2015; 28(8), 643-644.
9. James A Fain. La ricerca infermieristica: leggerla, comprenderla ed applicarla (2<sup>a</sup> Ed.). Milano: McGraw - Hill, 2004; pag. 211-227.
10. Guba E, Lincoln Y. Effective Evaluation. San Francisco, Jossey-Bass 1981.
11. Zyblewski SC, Callow L, Beke DM et al. Education and Training in Pediatric Cardiac Critical Care: International perspectives. *World Journal for Pediatric and Congenital Heart Surgery* Oct 2019; 1-4.
12. Hickey PA, Gauvreau K, Curley MA, Connor JA. The effect of critical nursing care and organizational features on mortality in pediatric cardiac surgery in United States. *Journal of Nursing Administration* 2013; 637-644.
13. Hickey PA, Pasquali SK, Gaynor JW, et al. Critical Care Nursing's Impact on Pediatric Patient Outcomes. *The Annals of Thoracic Surgery* Oct 2016.
14. Benner P. Da novizio ad esperto: eccellenza e potenza nella pratica infermieristica clinica. Milano: McGrawHill Education, 1984.

