

Sviluppo e mantenimento delle competenze distintive: il portfolio

Nicolò Simionato¹, Fabio Pantano², Antonello Carta³, Alessio Vedovetto⁴

¹Ms.C, MSN, BSN, Coordinatore Professioni Sanitarie, Azienda ULSS 3 Serenissima, Venezia, Italia

²Ms.C, BSN, Infermiere Nefrologia – Cardiologia Dolo, Azienda ULSS 3 Serenissima, Venezia, Italia

³Ms.C, MSN, CTN, BSN, Dirigente delle Professioni Sanitarie, Azienda ULSS 3 Serenissima, Venezia, Italia

⁴Ms.C, MSN, BSN, Tutor Didattico Corso di Laurea in Infermieristica, Azienda ULSS 3 Serenissima, Venezia, Italia

Corrispondenza: nicolo.simionato@aulss3.serenissima.it

INQUADRAMENTO GENERALE

Il concetto di competenza applicato alla professione infermieristica rappresenta un tema ampiamente trattato in letteratura anche se non esiste una definizione univoca e condivisa del termine. Ad esempio Levati e Saraò (1998), basandosi sulla definizione fornita da Klemp nel 1980, la identificano come una “caratteristica intrinseca individuale, causalmente collegata ad una performance efficace e/o superiore in una mansione o in una situazione e valutabile sulla base di un criterio stabilito”(Federazione Nazionale Collegi IPASVI, 2015) D’altro canto, Le Boterf (2008) ritiene che la competenza sia “la capacità di saper combinare ed attivare le proprie risorse (savoir agir) [...] nella motivazione personale a farlo (vouloir agir) [...] e presuppongono un contesto ed un’organizzazione del lavoro che rendano possibili l’assunzione di responsabilità e del rischio da parte della persona (pouvoir agir)”(Le Boterf, 2008). In linea generale l’International Council of Nurses (ICN) ha identificato due tipologie di approccio in relazione all’analisi concettuale di competenza infermieristica (Scavone et al., 2014):

1. **Comportamentismo:** conferisce particolare importanza alle funzioni, abilità e ruoli ricoperti necessari per svolgere un compito in un setting ben definito. Prevede l’osservazione diretta delle prestazioni svolte e ritiene che la competenza generale sia il risultato della somma di ogni singola competenza specifica. Rappresenta un approccio particolarmente diffuso fino al 2010 ed oggigiorno poco utilizzato.
2. **Olismo:** la competenza viene vista come un insieme di attributi quali conoscenza, abilità, capacità di pensiero, valori personali ed atteggiamenti richiesti in determinati contesti al fine di erogare prestazioni efficaci. Queste abilità rappresentano la base per poter sviluppare delle capacità specifiche all’ambito di appartenenza. Rappresenta l’approccio più diffuso al momento.

Nel contesto attuale la sempre maggiore importanza attribuita al tema degli esiti e alla relativa disomogeneità in determinate aree geografiche ha fatto emergere la necessità per le aziende sanitarie di conoscere e governare in modo ottimale il flusso di conseguimento, mantenimento e applicazione delle competenze dei professionisti sanitari (Del Vecchio et al., 2018). A livello nazionale, istituzioni politiche, formative e professionali hanno attivato tavoli di lavoro finalizzati a riformare tempestivamente il quadro delle competenze infermieristiche, al fine di rispondere efficacemente all’evoluzione demografica ed epidemiologica, ai bisogni di salute sempre più complessi della popolazione e alle aspettative dei professionisti (Zaghini et al., 2025). Lo studio di Rago (2025) ha evidenziato che, in Italia, è in atto un processo di sviluppo delle competenze infermieristiche; per gestirlo efficacemente, è tuttavia

necessaria una mappatura delle competenze richieste nei differenti contesti assistenziali (Rago, 2025). Modernizzare i processi organizzativi in cui sono inseriti gli infermieri e migliorare i percorsi di inserimento del personale neo – assunto / neo – inserito è utile a trattenere e valorizzare le competenze all'interno dei contesti assistenziali e di conseguenza all'interno delle aziende sanitarie (Bottega et al., 2025). La carenza di infermieri, così come il turnover e i tassi di abbandono del personale infermieristico, sono problemi diffusi. Supportare i neolaureati infermieri durante il loro primo anno di pratica attraverso interventi come un programma di formazione definito può influire positivamente sui tassi di fidelizzazione (Evans, 2025).

La valutazione delle competenze infermieristiche

Nonostante la questione relativa all'ambiguità del termine, in letteratura vi è un generale accordo in merito alla necessità di adottare un processo di valutazione adeguato relativo all'acquisizione e al mantenimento delle competenze infermieristiche. Secondo diversi autori come Aiken et al. (1994), Needleman et al. (2007), Allen et al. (2008) e Jones et al. (2002) ciò sarebbe fondamentale per poter garantire degli standard di prestazione e per salvaguardare la sicurezza degli utenti (Scavone et al., 2014). Al fine di misurare l'acquisizione e il mantenimento di competenze sono state proposte nel corso del tempo diverse metodologie. In letteratura si evince che non esiste un sistema universalmente condiviso ma che, al contrario, ci siano diversi strumenti in uso in diverse realtà. Il mezzo più diffuso è rappresentato dalla Nurse Competence Scale (NCS), uno strumento di autovalutazione sperimentato in diversi setting assistenziali in paesi quali l'Australia, l'Inghilterra e l'Italia. Questa scala prevede un totale di 73 item suddivisi in 7 sezioni: competenze di presa in carico (7 item), competenze di educazione (16 item), competenze diagnostiche (7 item), competenze di gestione della situazione (8 item), interventi terapeutici (10 item), assicurare la qualità (6 item), ruolo ricoperto (19 item) (Sporton et al., 2014).

A questo strumento è attribuita una buona validità ed affidabilità, anche se in certi casi è stata riportata una difficoltà di compilazione da parte dell'utente in seguito ad alcune ambiguità (es. utilizzo del termine "nursing" nella versione italiana) (Scavone et al., 2014). Diversi autori tuttavia hanno mostrato una certa diffidenza nei confronti delle scale auto – riferite in quanto si potrebbe ritenere che questa tipologia di strumenti possa contribuire alla distorsione dei risultati in quanto gli infermieri potrebbero valutare le proprie competenze in un modo non corrispondente alla realtà (Liu & Aunguroch, 2018). Allo stesso tempo altri ritengono che tale tipologia non rappresenti di per sé una prova sufficiente di competenza. Per queste ragioni risulterebbe raccomandabile l'utilizzo di criteri più oggettivi nella valutazione delle competenze infermieristiche come, ad esempio, l'osservazione e/o la raccolta di dati da fonti terze quali colleghi o pazienti.

Il portfolio delle competenze infermieristiche

Il portfolio è uno degli strumenti adattati al contesto lavorativo che può aiutare gli infermieri a riflettere, sviluppare e monitorare le proprie competenze cliniche (Green et al., 2014).

Il termine "portfolio" è stato implementato a partire dagli anni trenta e si è diffuso nel corso del tempo in diversi ambiti come quello economico, produttivo, artistico e scolastico. Questo strumento nasce dall'esigenza di arricchire i Curricula con l'obiettivo di far emergere le effettive competenze possedute dall'individuo. L'implementazione di tale strumento inoltre avviene in funzione delle difficoltà riscontrate nella valutazione dei processi formativi e all'utilizzo di strumenti puramente quantitativi. Andre et al. (2017) definirono il portfolio come "prove strutturate che dimostrano che un individuo soddisfa gli standard della propria professione per la pratica, compresa un'indicazione della sua visione rispetto alla crescita futura e dello sviluppo di capacità" (Cope & Murray, 2018).

Nel contesto sanitario una delle prime implementazioni del portfolio avvenne negli anni novanta all'interno dei corsi universitari australiani di infermieristica ed ostetricia al fine di evidenziare le competenze possedute dagli studenti. In questo ambito Bryne et al. (2007) ritengono che questo strumento rappresenti "un meccanismo per la valutazione delle competenze che altrimenti potrebbero essere difficili da misurare, come i miglioramenti basati sulla pratica, l'uso di interventi supportati da evidenze scientifiche, il comportamento professionale e proposte innovative" (Byrne et al., 2007). In ogni caso è fondamentale pensare al portfolio come un processo vero e proprio anziché come un prodotto finale finito. Nitko e Brookhart (2015) distinsero due tipologie differenti di portfolio (Cope & Murray, 2018):

1. Portfolio dei migliori lavori: è maggiormente legato alla funzione originaria dello strumento nel contesto artistico e professionale. Rappresenta una raccolta delle migliori prove pratiche di un individuo e viene frequentemente utilizzato durante valutazioni ufficiali o colloqui di lavoro.

2. Portfolio di crescita e sviluppo: elaborato che supporta l'infermiere nel monitoraggio e nella valutazione durante il processo di apprendimento professionale e personale che pone in evidenza le competenze sviluppate. Questo modello è simile al portfolio orientato ai processi di Andre et al. (2017) in quanto si basa sulla pratica riflessiva del professionista e tendono a seguire un andamento cronologico (Cope & Murray, 2018).

In ambito infermieristico il portfolio ha la potenzialità di valorizzare la professionalità dei singoli individui, nonché di sensibilizzare ad una qualità oggettiva e non autoreferenziale. Considerata l'importanza della competenza clinica nel migliorare la qualità dell'assistenza ai pazienti, è fondamentale implementare strategie di formazione adeguate a migliorare le competenze dei professionisti. Lo studio svolto da Najaffard (2024) ha fatto emergere che l'e-portfolio basato su Google Docs ha contribuito a migliorare la competenza clinica complessiva degli infermieri sotto diversi aspetti. Pertanto, è raccomandato l'utilizzo di un e-portfolio come strumento di apprendimento per migliorare le prestazioni cliniche degli infermieri. Nel frattempo, qualora non fosse possibile fornire un software professionale per l'e-portfolio, è possibile personalizzare strumenti accessibili e intuitivi come Google Form, che fungono da strumenti informatizzati (Najaffard et al., 2024).

CONTESTUALIZZAZIONE DEL PERCORSO DI MIGLIORAMENTO

A fine settembre del 2022 il personale infermieristico delle unità operative di Nefrologia e Cardiologia dell'ospedale di Dolo si è unito in un solo gruppo di lavoro composto da un totale di 17 infermieri. Gli infermieri provenienti dalla Nefrologia erano tutti formati sull'assistenza al paziente nefropatico, mentre quelli della Cardiologia non erano in possesso delle competenze minime atte a garantire la sicurezza delle cure. Fin da subito è stata riscontrata un'oggettiva difficoltà nell'inserimento di questa porzione di personale infermieristico in Nefrologia. Per affrontare questa criticità e ottimizzare in termini di efficacia ed efficienza il periodo di affiancamento è stato necessario mettere in discussione il modello di inserimento del neo – assunto e neo – inserito adottato fino ad allora basato sul tempo di affiancamento e prediligere la valorizzazione delle esperienze.

Per affrontare la criticità insorta con l'unificazione delle Unità Operative è stato implementato un nuovo metodo di sviluppo delle competenze degli infermieri neo – inseriti in Nefrologia. In fase di progettazione è stata consultata la letteratura attraverso il database PUBMED con le seguenti parole chiave “*nursing skills*”, “*competence*”, “*competency*”, “*performance*”, “*assessment*”, “*capability*” e “*portfolio*” utilizzando gli operatori booleani “*and*”, “*or*” e “*not*”. Gli articoli rilevati sono stati soggetti ad un processo di selezione generale. La consultazione della letteratura scientifica e delle altre esperienze sviluppate in altri contesti simili ha permesso di progettare il percorso di formazione del personale neo – inserito e il mantenimento delle competenze distintive nel tempo. Le fasi del progetto sono state le seguenti:

1. Mappatura delle competenze: attraverso lo strumento del focus group con infermieri esperti, è stato possibile definire le competenze distintive ritenute fondamentali per garantire la sicurezza del paziente e assicurare una buona / soddisfacente qualità dell'assistenza. In particolare, il confronto ha permesso di identificare le seguenti competenze chiave: la dialisi peritoneale, la gestione degli accessi vascolari, il processo clinico – assistenziale del paziente nefropatico, la bioimpedenziometria, la valutazione del ristagno vescicale e la gestione delle complicanze. Queste competenze rappresentano i pilastri formativi su cui basare il percorso di aggiornamento e monitoraggio del personale infermieristico, contribuendo a standardizzare e migliorare l'assistenza erogata nel reparto.
2. Autovalutazione delle competenze distintive: l'autovalutazione è avvenuta periodicamente per verificare l'apprendimento delle competenze nel tempo (prima dell'introduzione dello strumento di monitoraggio e in seguito ogni 6 mesi). Il questionario prevede una scala Likert da 1 a 5 punti che rileva i livelli di expertise individuati da Benner (Tabella n. 1) (Benner, 1982; Pinelli et al., 2024).

Tabella 1 – Livelli di expertise individuati da Benner (Pinelli et al., 2024).

Livelli di expertise individuati da Benner	
Novizio	"L'infermiere novizio non ha alcuna esperienza ed agisce esclusivamente in base a dati oggettivi e regole rigide che guidano le proprie azioni, ma che prescindono dallo specifico contesto reale col quale si interfaccia. È incapace di usare il proprio giudizio per discriminare le varie situazioni".
Principiante avanzato	"L'infermiere principiante avanzato ha già acquisito esperienza da un sufficiente numero di casi clinici reali ed è in grado di riconoscerne le principali problematiche della situazione (non solo in autonomia, ma anche con la supervisione di un tutor). Tuttavia, non riesce ancora a discernere l'ordine di priorità tra i vari aspetti".
Competente	"È inquadrato come l'infermiere che lavora già da due o tre anni. È già in grado di pianificare un intervento assistenziale e attua gli interventi seguendo la pianificazione stessa. È in grado di perseguire obiettivi a lungo termine, in base ai problemi reali o potenziali che presenta l'assistito. Analizza il problema in maniera coscienziosa, astratta ed analitica".
Abile	"È in grado di leggere la situazione nella sua globalità e non come una somma delle sue componenti. L'infermiere abile impara dall'esperienza quali eventi assistenziali aspettarsi in determinate situazioni, e gli interventi da mettere in atto in risposta a tali eventi. La visione olistica data dal bagaglio di esperienze accumulate permette all'infermiere abile di capire quando una situazione si discosta dalla normalità".
Esperto	"L'infermiere esperto ha una comprensione intuitiva di ogni situazione e si concentra specificatamente sulla fonte del problema senza considerare inutilmente una vasta gamma di diagnosi e soluzioni alternative. La sua attività si esplica partendo da una profonda comprensione della situazione complessiva".

- Definizione e introduzione dello strumento di monitoraggio delle competenze acquisite: sono stati definiti due Google Form per verificare l'apprendimento delle competenze distintive degli infermieri neo – inseriti e per il mantenimento delle stesse nel tempo. I Google Form dedicati agli infermieri neo – inseriti sono stati compilati ad ogni giornata di affiancamento in modo da monitorare l'autonomia acquisita nelle attività svolte quotidianamente dagli infermieri in formazione. Esso comprende le seguenti competenze: dialisi peritoneale, bioimpedenziometria, gestione degli accessi, valutazione del ristagno vescicale, gestione delle complicanze, ricovero e dimissione del paziente. Per quanto riguarda le competenze più tecniche (dialisi peritoneale, gestione degli accessi, ristagno vescicale e bioimpedenziometria) il grado di autonomia viene valutato attraverso l'indicazione della modalità di esecuzione della procedura stessa tra le seguenti opzioni: osservazione della procedura, procedura eseguita sotto supervisione dell'infermiere esperto, procedura eseguita con infermiere esperto disponibile in turno, eseguita in autonomia. Il Google Form dedicato agli infermieri già formati è utilizzato per monitorare il mantenimento delle competenze distintive nel tempo in quanto permette di verificare mensilmente le attività svolte.
- Definizione degli obiettivi minimi da raggiungere per lo sviluppo e il mantenimento delle competenze: per i neo – inseriti viene valutato il grado di autonomia sulle competenze distintive mentre per garantire il mantenimento delle competenze degli infermieri già formati sono stati definiti i punteggi minimi da conseguire in un anno. Tali criteri sono stati determinati attraverso la valutazione della letteratura scientifica e contestualizzati attraverso il confronto con gli infermieri esperti.
- Raccolta dati: la raccolta dei dati è avvenuta durante tutto l'anno solare 2024 attraverso i Google Form compilati e i questionari di autovalutazione.

I dati raccolti sono stati sottoposti ad analisi statistica utilizzando i software Microsoft Excel ed R (R Core Team). Sono stati utilizzati degli strumenti di analisi quantitativa per caratterizzare il portfolio dei partecipanti e test inferenziali per valutare l'efficacia del percorso formativo introdotto confrontandolo con il percorso precedente in termini di tempo e competenze ottenute.

OBIETTIVO DEL PROGETTO

Sviluppare un sistema di monitoraggio delle competenze distintive del personale infermieristico afferente all'Unità Operativa di Nefrologia mediante l'utilizzo del portfolio informatizzato.

RISULTATI

Il gruppo di infermieri afferenti al reparto di Cardiologia e Nefrologica è composto da 17 professionisti, di cui 6 maschi e 11 femmine, con un'età media di 40 anni (Tabella 2).

L'anzianità di servizio complessiva presenta una media di 14 anni, con una mediana di 12, suggerendo una distribuzione eterogenea dell'esperienza professionale, con alcuni infermieri più giovani e altri con una carriera consolidata.

Per quanto riguarda l'esperienza professionale specifica in Nefrologia, il dato medio si attesta a 2,6 anni. Questo evidenzia la presenza di professionisti con una conoscenza variabile in ambito nefrologico, con una parte del gruppo che ha maturato una più lunga esperienza nel reparto e altri che vi hanno iniziato a operare solo in seguito all'unificazione delle due Unità Operative.

Tabella 2 – Caratteristiche del personale infermieristico.

	F	M	Complessivo
Genere (N)	11	6	17
Età M (DS)	42,2 (12,4)	36,7 (13,0)	40,2 (12,5)
Anni di servizio M (DS)	16,2 (11,0)	10,2 (7,9)	14,1 (10,2)
Anni di servizio in nefrologia M (DS)	1,4 (0,9)	5,0 (9,4)	2,6 (5,6)

Dal punto di vista del curriculum studiorum uno degli infermieri è in possesso della Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche e 5 di Master di primo livello; nessuno di essi ha un master specifico in ambito nefrologico. Nel corso dei primi sei mesi del progetto (da Gennaio a Giugno 2024) il gruppo di lavoro non ha subito variazioni legate a turnover, licenziamenti o nuovi inserimenti. Una persona non ha concesso l'autorizzazione al trattamento dei dati personali al fine di redigere il presente elaborato.

La prima autovalutazione, eseguita precedentemente all'introduzione del portfolio, ha evidenziato la percezione delle competenze distintive acquisite dopo circa un anno dall'unificazione dei due reparti attraverso affiancamenti non strutturati tra infermieri neo – inseriti ed esperti. Tutti i risultati della prima autovalutazione sono riportati nella tabella n.3; per quanto riguarda gli infermieri provenienti dalla Cardiologia si evidenziano delle criticità in tre competenze distintive fondamentali per assicurare la sicurezza dei pazienti assistiti: gestione della *Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis* o CAPD (2,4 su 5 punti), gestione del percorso clinico assistenziale (2,2 su 5 punti) e gestione degli accessi vascolari (2,2 su 5 punti).

Nel corso del periodo di analisi dei dati, dall'1 gennaio al 31 dicembre 2024, sono stati raccolti 212 record in Form Google, ovvero 116 moduli Google del neo – inserito e 96 moduli Google per gli infermieri già formati. La compilazione di 116 moduli Google eseguita da 4 infermieri durante l'acquisizione di competenze distintive del reparto di Nefrologia ha permesso di valutare costantemente l'effettivo grado di autonomia di chi è in formazione. Per valutare l'efficacia e l'efficienza di questo progetto in termini di tempo e risorse umane impiegate è stato eseguito un confronto con il metodo di formazione usato precedentemente che si basava su affiancamenti con un rapporto uno ad uno tra infermiere esperto e neo – inserito.

Il tempo, valutato in termini di giornate lavorative in cui il neo – inserito era affiancato direttamente ad un infermiere esperto, si è drasticamente ridotto. Le giornate di affiancamento mediamente necessarie per formare un infermiere con il percorso non strutturato usato prima dell'introduzione del portfolio delle competenze era di 41,83 (DS 11,88) giornate lavorative. Mentre la media di giorni di affiancamento, con rapporto uno ad uno, necessari per formare un infermiere con l'introduzione del portfolio e il monitoraggio quotidiano delle competenze è di 10 (DS 2,64) giornate lavorative. La costruzione del portfolio dei singoli professionisti sembra aver permesso di ridurre il tempo di affiancamento degli infermieri neo – inseriti in modo statisticamente significativo rispetto alla precedente modalità di affiancamento, la differenza tra le medie è di 31,83 giorni con il p-value < 0,003.

Per quanto concerne il portfolio dedicato al personale già formato, nel periodo di tempo compreso tra Gennaio e Giugno 2024 (6 mesi) sono pervenute un totale di 189 risposte fornite da 17 infermieri. Ciò sta a significare che ogni infermiere della U.O. di Cardiologia e Nefrologia di Dolo ha compilato il portfolio a cadenza mensile come da indicazione. La creazione del portfolio di tutti gli infermieri già formati ha permesso il monitoraggio delle attività svolte e la conseguente valutazione oggettiva delle competenze distintive mantenute nel tempo.

È stata valutata anche la percezione delle competenze distintive acquisite e mantenute nel tempo per tutto il personale infermieristico afferente al reparto attraverso un'autovalutazione con lo stesso questionario utilizzato prima dell'introduzione del portfolio. Come si evidenzia nella tabella n. 3 si nota un incremento delle competenze distintive in tutti gli item; i maggiori incrementi sono proprio nelle competenze ritenute più importanti e monitorate attraverso i Google Form.

Tabella 3 – Risultati autovalutazione a 0 e 6 mesi dall'introduzione del portfolio.

AUTOVALUTAZIONE COMPETENZE	PRE		POST		paired t-test
	M	DS	M	DS	p-value
Compliance della terapia domiciliare del paziente nefropatico	2,56	1,4	3,47	1,2	0.0172
Educazione alimentare nel paziente nefropatico	2,63	1,5	3,33	1,2	0.023
Gestione accessi vascolari del paziente nefropatico	2,81	1,8	3,73	1,3	0.00856
Gestione CAPD del paziente ricoverato in nefrologia	2,88	1,7	3,87	1,2	0.0219
Gestione del percorso clinico assistenziale del paziente nefropatico	2,75	1,7	3,67	1,3	0.0224
Gestione materiale e strumenti per dialisi peritoneale	3,06	1,8	3,93	1,2	0.0516
PDTA paziente trapiantato	2,25	1,6	2,73	1,5	0.288
Processo di ricovero e dimissione del paziente nefropatico	2,88	1,7	4,00	1,0	0.0104
Utilizzo del bioimpedenziometro	3,50	1,9	4,20	1,1	0.251
Utilizzo ecografo per ristagno vescicale	3,19	1,8	4,13	1,1	0.0611

L'analisi delle autovalutazioni prima dell'introduzione (PRE) e dopo sei mesi (POST) del portfolio delle competenze evidenzia che l'introduzione di questo strumento ha determinato un miglioramento significativo in cinque delle sette aree chiave monitorate (tabella n.3). In particolare, la compliance della terapia domiciliare (p-value= 0,017), l'educazione alimentare (p-value= 0,023), la gestione degli accessi vascolari (p-value= 0,0086), la *Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis* CAPD (p-value= 0,0219) e il percorso clinico-assistenziale (p-value= 0,0224) mostrano incrementi robusti e statisticamente significativi, a conferma dell'efficacia del modello strutturato nella costruzione delle competenze tecniche e organizzative. La gestione di materiali e strumenti per la dialisi peritoneale, pur migliorando, non raggiunge la soglia di significatività (p-value= 0,0516), segnalando un'area di-miglioramento per la quale sarà necessario organizzare ulteriori iniziative formative. Infine, il PDTA del paziente trapiantato presenta un miglioramento modesto e non significativo (p-value= 0,288), suggerendo che questo aspetto richiede un approfondimento dedicato e strumenti formativi più mirati. Complessivamente, i dati supportano l'adozione del portfolio come strumento efficace per accelerare l'apprendimento e consolidare le competenze infermieristiche, riducendo al contempo i tempi di affiancamento e aumentando la qualità dell'assistenza.

CONCLUSIONI

L'esperienza condotta evidenzia come l'adozione di un portfolio informatizzato rappresenti uno strumento efficace per lo sviluppo e il mantenimento delle competenze infermieristiche, contribuendo significativamente al miglioramento della qualità assistenziale. Il passaggio da un modello tradizionale, basato su un lungo periodo di

affiancamento diretto (41 giornate lavorative in media) senza la formulazione di obiettivi specifici e senza un monitoraggio puntuale delle attività svolte, a un approccio strutturato e monitorato mediante il portfolio, ha consentito di ridurre drasticamente il tempo di affiancamento a 10 giornate lavorative in media, con una differenza media di 31,83 giorni ($p\text{-value} < 0,003$). Questo risultato sottolinea l'efficacia del nuovo modello in termini di ottimizzazione delle risorse e responsabilizzazione del professionista.

Anche i risultati dell'autovalutazione a 6 mesi dall'introduzione del nuovo sistema hanno confermato che l'introduzione del portfolio rappresenta un approccio efficace per lo sviluppo e il mantenimento delle competenze infermieristiche. Il significativo miglioramento percepito dai professionisti in cinque aree dimostra come un percorso formativo strutturato possa potenziare le competenze acquisite favorendo un'assistenza sicura e di qualità. Inoltre la possibilità di rilevare le competenze non ancora consolidate permette di intervenire in modo mirato e temporizzato. Il monitoraggio continuo, attraverso l'autovalutazione periodica e l'utilizzo di strumenti specifici come Google Form, ha permesso di standardizzare la formazione, garantendo il raggiungimento e il mantenimento di livelli adeguati di autonomia e competenza. L'approccio adottato non solo ha rafforzato la sicurezza delle cure erogate, ma ha anche incentivato un maggiore coinvolgimento attivo degli infermieri nel proprio percorso formativo. Il metodo sviluppato è attualmente in sperimentazione anche presso altri reparti e servizi dell'Azienda Ulss 3 Serenissima, anche per altre professioni sanitarie, evidenziando la sua adattabilità in contesti assistenziali diversificati. L'esperienza acquisita dimostra che il portfolio informatizzato non solo risponde efficacemente alle esigenze di reparti con elevate competenze tecniche, ma si presta altresì all'applicazione in ambienti ad alta complessità operativa, quali le sale operatorie, pronto soccorso, *stroke unit* e terapie intensive. In prospettiva, l'estensione di questo modello formativo potrebbe contribuire a uniformare e migliorare ulteriormente gli standard qualitativi e di sicurezza in diversi ambiti clinici, promuovendo una cultura della formazione continua e della responsabilizzazione professionale in tutto il sistema sanitario.

Come evidenziato dagli esperti del settore, le professioni sanitarie sono oggi caratterizzate da scarsa attrattività, aumento del tasso di abbandono, unito alla mancanza di esperienza dei neo – inseriti all'interno di contesti assistenziali sempre più complessi, l'adozione di un approccio sistematico alla formazione, oltre ai risultati già evidenziati, può contribuire a incrementare l'attrattività della professione e a migliorare la retention del personale all'interno delle aziende sanitarie (Christian Ramacciani Isemann & Rinaldini, 2024). Infatti Harivati e Nurdiana (2019) affermano che le strategie di retention efficaci attengono a cinque aree di interesse, quali creazione di un ambiente lavorativo positivo; leadership efficace; organico adeguato alle esigenze; orientamento e tutoraggio; sviluppo professionale (Hariyati & Nurdiana, 2019). L'utilizzo del portfolio risponde agli ultimi due punti in maniera efficace.

Conflitto di interessi

Si dichiara l'assenza di conflitto di interessi. Tutti gli autori dichiarano di aver contribuito alla realizzazione del manoscritto e ne approvano la pubblicazione.

Finanziamenti

Gli autori dichiarano di non avere avuto alcuna forma di finanziamento.

Bibliografia

Benner P. (1982). From novice to expert.3(82), 402–407.

Bottega M., Tonon, S., De Favari, A. P., Avoni, S., Simeoni, M., Coppe, A., & Danielis, M. (2025). Strategie di fidelizzazione e retention degli infermieri: Un'analisi triennale sui fattori determinanti e le soluzioni organizzative. *Politiche Sanitarie*, 26(1), 1–12.

Byrne M., Delarose, T., King, C. A., Leske, J., Sapnas, K. G., Schroeter, K. (2007). Continued professional competence and portfolios. *Journal of Trauma Nursing*, 14(1), 24–31. 10.1097/01.JTN.0000264146.57922.be.

Cope V., Murray, M. (2018). Use of professional portfolios in nursing. *Nursing Standard*, 32(30), 55–63. 10.7748/ns.2018.e10985.

Del Vecchio M., Lega, F., Prenestini, A., & Sartiana, M. (2018). Mappatura e valutazione delle competenze cliniche dei professionisti nelle aziende sanitarie: Sistemi e strumenti a confronto. Rapporto OASI.

Evans K. (2025). Improving the perception of support through mentoring of new to practice nurses. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 56(2), 45–47. 10.3928/00220124-20250121-02.

Federazione Nazionale Collegi IPASVI. (2015). Evoluzione delle competenze infermieristiche.

- Green J., Wyllie, A., & Jackson, D. (2014). Electronic portfolios in nursing education: A review of the literature. *Nurse Education in Practice*, 14(1), 4–8. 10.1016/j.nepr.2013.08.011.
- Hariyati R. T. S., & Nurdiana, N. (2019). Retention strategy to minimize nurse turnover: A systematic review. *International Journal of Nursing and Health Services (IJNHS)*, 1(2), 99–109. 10.35654/ijnhs.v1i2.47.
- Isemann Ramacciani C., Rinaldini, E. (2024). Reclutamento, retention e sviluppo della professione infermieristica in ambiente rurale: il caso Toscana. *Politiche sanitarie*, 25(2), 36. doi:10.1706/4326.43091 Retrieved from <https://www.proquest.com/docview/3171423492> .
- Le Boterf G. (2008). *Costruire le competenze individuali e collettive*. Guida.
- Liu, Y., & Aunguroch, Y. (2018). Current literature review of registered nurses' competency in the global community. *Journal of Nursing Scholarship*, 50(2), 191–199. 10.1111/jnu.12361.
- Najaffard N., Mohammadi, A., Mojtahedzadeh, R., & Zarei, A. (2024). E-portfolio as an effective tool for improvement of practitioner nurses' clinical competence. *BMC Medical Education*, 24(1), 114. 10.1186/s12909-024-05092-z.
- Pinelli F., Braschi, F., Marilli, R., Pietrini, L., Ermini, L., Cichero, F., Lumachi, L., Longobucco, Y., Iovino, P., Bambi, S., Rasero L., & Brandi, A. (2024). Sviluppo di uno strumento di mappatura delle competenze infermieristiche in un'azienda ospedaliera universitaria. *L'Infermiere*, 3(61).
- Rago C. (2025). Mappatura delle competenze specialistiche infermieristiche nel contesto italiano: Uno studio osservazionale.1.
- Scavone R., Ausili, D., & Di Mauro, S. (2014). La valutazione delle competenze infermieristiche: Uno studio di validazione della nurse competence scale. *L'Infermiere*, 6.
- Sporton A., Zoppini, L., Iadaluca, A., Angeli, C., & Caldarulo, T. (2014). Mappare le competenze infermieristiche per lo sviluppo organizzativo: Utilizzo della nursing competence scale. *L'Infermiere*, 6.
- Zaghini F., Figura, M., Bulfone, G., Di Nitto, M., Iovino, P., Mazzotta, R., Simeone, S., Vellone, E., & Alvaro, R. (2025). Competenze infermieristiche avanzate: Stato dell'arte e prospettive future. *L'Infermiere*, 1.