Lo sviluppo del ragionamento clinico negli studenti infermieri e la descrizione della complessità utilizzando il Metodo Assistenziale Professionalizzante (MAP): uno studio osservazionale

Wilma Gentile[1], Silvana Paoletti[2], Laura Zucca[3], Giorgio Bergesio[4], Bartolomeo Rinaldi[5]

[1]Coordinatore Corso di Laurea in Infermieristica – Università degli Studi di Torino sede di Asti, Italia
[2]Coordinatrice dell'attività formativa pratica e tirocinio, Laurea magistrale in Scienze infermieristiche e ostetriche Università Cattolica sede di Torino, Italia
[3]Infermiera Casa di Cura S. Anna, Asti, Italia
[4]Tutor Professionale Corso di Laurea in Infermieristica – Università degli Studi di Torino sede di Asti, Italia
[5]Tutor Professionale Corso di Laurea in Infermieristica – Università degli Studi di Torino sede di Asti, Italia

Corrispondenza: wilma.gentile@unito.it

RIASSUNTO

Introduzione: Il Clinical Reasoning Process (CRP) permette al professionista sanitario di osservare, raccogliere, esaminare, valutare informazioni per identificare il bisogno di assistenza infermieristica e attuare interventi clinico-assistenziali appropriati. Il MAP (Metodo Assistenziale Professionalizzante) applicato all' ambito formativo ha l'obiettivo di sviluppare nello studente la capacità di attuare il CRP tipico dell'esercizio professionale, valutando le situazioni e prendendo decisioni appropriate.
Obiettivi: Lo studio intende valutare la capacità degli studenti del Corso di Laurea in Infermieristica dell'Università degli Studi di Torino sede di Asti di sviluppare il ragionamento clinico attraverso il metodo MAP applicato a casi clinici reali affrontati durante l'esperienza di tirocinio.
Materiali e metodi È stato condotto uno studio osservazionale retrospettivo monocentrico in cui sono stati analizzati i dati raccolti dalle valutazioni formative di 1136 casi effettuati su pazienti reali con metodo MAP da studenti del Corso di Laurea in Infermieristica di Asti (UNITO) durante gli *stage* del I, II, III anno in diversi contesti clinici.
Risultati: I punteggi medi dell'intero campione (n=1136), relativi alle cinque macroaree di valutazione dei casi clinici- assistenziali dei lavori di studio guidato, hanno evidenziato un incremento complessivo al III anno (p=0.003) a fronte di una flessione della *performance* dal I al II anno.
Discussione e conclusioni: Dai risultati dello studio si evince che il MAP è utile per l'apprendimento del ragionamento clinico degli studenti infermieri. Il miglioramento dei punteggi medi totali suggerisce che tale metodo supporta il tirocinante nello sviluppo della capacità di ragionamento clinico.
Parole chiave: Ragionamento clinico, Formazione infermieristica, Studenti infermieri, Competenza clinica; Processo infermieristico.

ISSN 2038-0712 – L'Infermiere 2026,63:2, e54 – e62
DOI: 10.57659/SSI.2026.11
© Autore/i 2026. Riutilizzo consentito con CC BY-NC. Nessun riutilizzo commerciale. Pubblicato da FNOPI.

Development of clinical reasoning in nursing students using the Metodo Assistenziale Professionalizzante (MAP): an observational study

ABSTRACT

Introduction: The clinical reasoning process (CRP) allows the health professional to observe, collect, examine and evaluate information to identify the need for nursing care and implement appropriate clinical care interventions. The MAP (Professionalizing Care Method) applied to the training field aims to develop in the student the ability to implement the CRP typical of professional exercise, evaluating situations and making appropriate decisions.

Objectives: The study intends to evaluate the ability of the students of the Degree Course in Nursing of the University of Turin in Asti to develop clinical reasoning through the MAP method applied to real clinical cases addressed during the internship experience.

Materials and methods: A monocentric retrospective observational study was conducted in which the data collected from the formative evaluations of 1136 cases carried out on real patients with the MAP method by students of the Degree Course in Nursing of Asti (UNITO) during the internships of the I, II, III year in different clinical contexts.

Results: The average scores of the entire sample (n=1136), related to the five macro areas of clinical-care case evaluation of the guided study works, showed an overall increase in the third year (p=0.003) against a decline in performance from the first to the second year.

Discussion and conclusions: From the results of the study, it can be seen that the MAP is useful for the learning of clinical reasoning of nursing students. The improvement in total mean scores suggests that such a method supports the trainee in developing clinical reasoning ability.

Key words: Clinical reasoning, Nursing Education; Nursing Students, Clinical Competence; Nursing Process.

INTRODUZIONE

Il *Clinical Reasoning Process* (CRP), o processo di ragionamento clinico, orienta e sostiene l'infermiere nell'osservare situazioni clinico-assistenziali, nel raccogliere, esaminare, valutare informazioni, per comprendere, innanzitutto, le necessità della persona assistita e il suo bisogno di assistenza infermieristica e per decidere, attuare e valutare, di conseguenza, interventi appropriati (Young M et al, 2018). Si tratta di un processo intellettuale che sta alla base delle competenze del professionista e che viene appreso inizialmente durante il periodo di formazione accademica e incrementato successivamente dall'esperienza lavorativa. È un'attività intellettuale ricorsiva che, partendo da una serie di informazioni, coniugate con specifiche conoscenze, giunge, dopo aver formulato ipotesi plausibili, a identificare i problemi della persona assistita che possono essere affrontati dall'infermiere con interventi appropriati.

Il CRP utilizza il pensiero esplorativo, il pensiero critico e il pensiero riflessivo che permettono al professionista, in esercizio e in formazione, di impostare e realizzare una strategia assistenziale infermieristica orientata a raggiungere elevati standard di qualità (Cerullo, 2010), anche in integrazione, quando necessario, con figure professionali differenti, considerata la complessità delle situazioni cliniche e l'esigenza di individuare i migliori interventi possibili che spesso sono multiprofessionali. I processi costituenti il CRP sono il ragionamento diagnostico, il processo decisionale e quello valutativo (Paoletti et al, 2021). Il primo è il processo iniziale del CRP, ancorché ricorsivo in rapporto alla evoluzione della situazione clinica. Con il ragionamento diagnostico, infatti, l'infermiere valuta e rivaluta la complessità assistenziale della persona, relativamente ai suoi livelli di autonomia, e individua il bisogno di assistenza infermieristica (BAI), qualora le sue necessità non siano esauribili solo con le attività previste dalla pianificazione standard.

Il BAI scaturisce dalla valutazione del livello di autonomia che la persona assistita ha nel soddisfare i propri bisogni fondamentali in relazione al problema di salute, ai trattamenti, alle sue reazioni, alle sue abitudini di vita, agli esiti possibili, deducendo il tipo e l'intensità di necessità di aiuto e le competenze, professionali e non, occorrenti per affrontarle (Marmo G et al, 2016). Con il processo decisionale l'infermiere sceglie e pianifica, tenendo conto delle possibili alternative, le attività più appropriate, eticamente e scientificamente fondate, da realizzare per una determinata persona, in rapporto alla sua condizione clinica e ai suoi bisogni di assistenza infermieristica. Tali attività, che spesso rientrano nella pianificazione standard, mirano ad affrontare situazioni clinico assistenziali puntuali, di breve periodo, che trovano il loro senso all'interno di una strategia assistenziale complessiva, di lungo periodo, che funge da orientamento per tutti i membri del gruppo di lavoro. Nel processo valutativo l'infermiere valuta i risultati raggiunti in rapporto agli esiti attesi, definiti in fase di pianificazione, che possono essere distinti tra esiti di attività (riferiti

ISSN 2038-0712 – L'Infermiere 2026,63:2, e54 – e62
DOI: 10.57659/SSI.2026.11
© Autore/i 2026. Riutilizzo consentito con CC BY-NC. Nessun riutilizzo commerciale. Pubblicato da FNOPI.

ad azioni puntuali circoscritte a situazioni specifiche) ed esiti sensibili all'assistenza infermieristica (riferiti all'intera strategia assistenziale infermieristica posta in essere). Questi ultimi, non possono essere limitati ai cosiddetti esiti negativi (lesioni da pressione, cadute, infezioni …) ma devono anche essere riferiti ai miglioramenti plausibili dell'autonomia della persona (Paoletti S at al, 2021).

All'interno del ragionamento clinico, soprattutto nel ragionamento diagnostico, uno dei metodi possibili per descrivere la complessità assistenziale della persona è il Metodo Assistenziale Professionalizzante (MAP). Il MAP nasce nel 2007 nel Corso di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche dell'Università Cattolica Sacro Cuore - Presidio Sanitario Ospedale Cottolengo di Torino, da un lavoro di tesi di tre studenti, con l'intento di predisporre uno strumento innovativo per valutare il grado di complessità assistenziale di una persona, in base a tre dimensioni strutturali (stabilità clinica, responsività, indipendenza) e a un elemento: il contesto. Il MAP originariamente serviva per stimare il fabbisogno di risorse umane, proporzionalmente all'intensità assistenziale prevista; successivamente è stato traslato anche sul piano clinico e formativo, come base di riferimento per il processo decisionale. Come evidenziato da Marmo e colleghi, l'acronimo MAP contiene le parole "*metodo*" ovvero un procedimento sistematico per indagare e comprendere la complessità della persona assistita, "*assistenziale*" perché si articola su aspetti utili a pianificare l'assistenza infermieristica e "*professionalizzante*" perché fondato sulla responsabilità professionale (Marmo G et al, 2016).

Il MAP applicato alla didattica, partendo da casi studio emblematici reali affrontati nel contesto di tirocinio, prevede che lo studente infermiere raccolga, in modo mirato, una serie di informazioni, categorizzandole secondo le tre dimensioni (stabilità clinica, responsività e indipendenza) e l'elemento (contesto). Nella stabilità clinica vengono riportati i parametri e le manifestazioni cliniche alterate, con il loro grado di alterazione, che evidenziano complessivamente il livello di stabilità/instabilità della persona. Questa dimensione fa riferimento a informazioni correlate ad aspetti clinici nei confronti dei quali l'infermiere non ha completa autonomia decisionale e che rimandano, sul piano della responsabilità, a quanto espresso nel profilo professionale "L'infermiere garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche". Le informazioni riguardanti la responsività fanno riferimento alle capacità di comprendere e di reagire della persona.

L'indipendenza riporta informazioni che indicano il livello di capacità fisiche della persona che le consentono di svolgere le sue attività abituali. Il contesto fa riferimento a informazioni che permettono di valutare fattori estrinseci alla persona che influiscono sulla sua indipendenza: presidi, condizioni ambientali, fattori sociali/famigliari. Il MAP, quindi, considerato nel suo insieme, consente di sintetizzare le informazioni utili, all'interno del ragionamento clinico, per la valutazione integrata e ricorsiva della complessità assistenziale, consentendo di evidenziare non solo elementi problematici che possono far ipotizzare l'esistenza di un BAI, ma anche le capacità residue e il potenziale della persona nella realizzazione delle sue attività quotidiane; in altri termini il suo livello di autonomia (Marmo G et al, 2016). Valutare i livelli di autonomia della persona consente di comprendere la sua capacità di partecipare attivamente alle decisioni che la riguardano (autodeterminazione) e di svolgere attività per sé e da sé nel *continuum* salute-malattia (autocura).

Attraverso il MAP, quindi, l'infermiere e lo studente hanno a disposizione informazioni integrate sulla complessità della persona e sulle sue necessità; informazioni che mettono loro in condizione di definire l'appropriato piano assistenziale, sia esso standard o personalizzato, e di tracciare gli esiti dell'assistenza prestata, rendendo evidenti gli *outcome* sensibili dell'assistenza infermieristica (Marmo G et al, 2016). Caratteristica intrinseca del ragionamento clinico è la sua ricorsività in rapporto all'evoluzione della complessità della persona, all'intreccio tra le sue dimensioni biologiche, psicologiche, sociali e spirituali. (Marmo G, Molinar Min M et al, 2016). Questo metodo, quindi, permette allo studente di sviluppare il CRP partendo da una situazione reale e con una visione della persona nella sua globalità e nella sua evolutività. A oggi, però, mancano ancora prove empiriche sull'efficacia del MAP nello sviluppare il ragionamento clinico. Questo lavoro si propone di dare un contributo in risposta a tale esigenza.

OBIETTIVI

Obiettivo dello studio è valutare la capacità degli studenti del Corso di Laurea in Infermieristica dell'Università degli Studi di Torino sede di Asti di sviluppare il ragionamento clinico attraverso il metodo MAP applicato a casi clinici reali affrontati durante l'esperienza di tirocinio.

ISSN 2038-0712 – L'Infermiere 2026,63:2, e54 – e62
DOI: 10.57659/SSI.2026.11
© Autore/i 2026. Riutilizzo consentito con CC BY-NC. Nessun riutilizzo commerciale. Pubblicato da FNOPI.

MATERIALI E METODI

Disegno di studio e contesto

È stato condotto uno studio osservazionale retrospettivo monocentrico in cui sono stati analizzati i dati raccolti dalle valutazioni formative condotte su lavori di studio guidato impostati su casi di pazienti reali, applicando il metodo MAP, da parte di studenti del Corso di Laurea in Infermieristica di Asti (Università degli Studi di Torino) durante gli *stage* del I, II, III anno in diversi contesti clinici.

Selezione del campione e rilevazione dei dati

Sono stati inclusi tutti i lavori prodotti (1136) in ciascuna esperienza di tirocinio dalle coorti di studenti relative agli anni accademici 2019-2020, 2020-2021 e 2021-2022. Sono stati considerati anche i lavori effettuati dagli studenti fuori corso in quanto, non differendo dalle coorti regolari, non costituivano, a giudizio dei ricercatori, un *bias* di selezione. I casi analizzati provenivano dalle aree cliniche di tirocinio (medica, chirurgica, critica, territoriale e residenza sanitarie assistenziali) frequentate nel triennio dagli studenti, in nove *stage* (2 al I anno, 3 al II e 4 al III) Per ogni esperienza è richiesta la produzione di un lavoro di studio guidato con metodo MAP che viene valutato con il tutor di sede universitaria *in itinere* e al termine del periodo di tirocinio. Lo strumento utilizzato dagli studenti per la costruzione del caso è un documento che guida lo studente nella selezione delle informazioni, nel ragionamento da effettuare e negli interventi da intraprendere.

Strumento di valutazione dei casi

Lo strumento di valutazione dei casi clinico-assistenziali è stato costruito da un *panel* composto da tre tutor professionali e un Coordinatore CLI e prevede cinque macroaree corrispondenti a quelle presenti nello schema utilizzato dagli studenti: 1) caso clinico, 2) percorso diagnostico terapeutico (PDTA), 3) terapia,4) schema sinottico, 5) CRP. Il punteggio da attribuire alle singole aree e agli *item* che le compongono deriva, vedi declinazione successiva, dal punteggio attribuito al lavoro di studio guidato (caso clinico).

1. Nel caso clinico viene valutata l'identificazione e l'esposizione del problema di salute (0.4 punti max.), il motivo e la modalità di ricovero (0.2 punti max.), la storia clinica (0.2 punti max.), la terapia domiciliare (0.2 punti max.), ~~e~~ la storia personale e le abitudini di vita (0.2 punti max.). La somma totale delle singole voci di quest'area restituisce un punteggio massimo raggiungibile di 1.2 punti.
2. Nella sezione del percorso diagnostico terapeutico viene valutata la conoscenza e la capacità di argomentazione dello studente relativamente a un inquadramento iniziale della persona (0.2 punti max.), ai segni sintomi e parametri (0.2 punti max.), alle indagini diagnostiche effettuate (0.2 punti max.) e alla prognosi (0.2 punti max.). Il punteggio totale ottenibile in quest'area è di 0.8.
3. La terapia fa riferimento allo schema farmacologico assunto dalla persona in quel dato momento e viene valutata la capacità dello studente di specificare le motivazioni del suo utilizzo (0.25 punti max.), il monitoraggio da effettuare (0.25 punti max.), le interazioni possibili (0.2 punti max.) e gli eventuali effetti collaterali prevedibili (0.2 punti max.). Alla somma dei singoli punti (0.9 punti max.) vengono aggiunti 0.3 punti max. se sono presenti tutti gli elementi richiesti per un totale di 1.2 punti max. ottenibili.
4. All'interno dello schema sinottico MAP vengono organizzate le informazioni relative alla persona: stabilità clinica, responsività, indipendenza, contesto (0.4 punti max.) e la loro coerenza rispetto al caso clinico assistenziale stesso (0.4 punti max.) per uno score massimo di 0.8 punti.
5. L'ultima macroarea valutata riguarda la capacità di CRP dello studente di descrivere la complessità assistenziale della persona, valutarne i livelli di autonomia, di identificare la presenza o meno di un BAI (0.8 punti max.), la capacità di argomentare le decisioni per realizzare un eventuale percorso personalizzato (0.6 punti max.) o standard (0.6 punti max.). Quest'ultima macroarea restituisce un punteggio totale di massimo 2 punti.

La somma dei punteggi delle 5 aree considerate corrisponde, giustappunto, a un valore complessivo di 6.

Analisi statistiche

Preliminarmente all'analisi statistica i dati sono stati stratificati per anno di corso (I, II, III) tramite le informazioni ottenute dalla pagina di intestazione dei casi clinici in cui ogni studente sottoscrive l'anno accademico di *stage*. I dati categorizzati sono stati successivamente trasferiti su foglio di lavoro di Microsoft Office Excel® per poi procedere all'analisi statistica mediante software Jamovi®. Per l'analisi dei dati sono state utilizzate metodiche di statistica descrittiva come media ($\bar{x}$) e deviazione *standard* (±SD) mentre per il confronto dei valori di ciascun *item* e la media totale di ogni singolo anno accademico sono state utilizzate tecniche

ISSN 2038-0712 – L'Infermiere 2026,63:2, e54 – e62
DOI: 10.57659/SSI.2026.11
© Autore/i 2026. Riutilizzo consentito con CC BY-NC. Nessun riutilizzo commerciale. Pubblicato da FNOPI.

inferenziali come l'ANOVA a una via. È stato infine effettuato un confronto a coppie per ciascun *item* tra i risultati medi di I - II anno, I - III anno e II - III anno tramite il test non parametrico Dwass-Steel-Critchlow-Fligner (DSCF) per campioni multipli. Il livello di significatività è stato fissato al 95%.

Privacy e consenso

I dati relativi ai casi clinici sono stati rilevati in conformità alla normativa vigente (regolamento UE n.679/2016) e in conformità con il regolamento aziendale in materia di protezione dei dati personali (Delibera n. 208 del 20/12/2019). È stato fornito ulteriore pare positivo alla conduzione dello studio da parte del Presidente del Corso di Studio (CdS). Tutti i dati sono stati trattati in forma anonima e a soli fini di studio garantendo l'anonimato di studenti e pazienti nel rispetto della normativa sulla *privacy*.

RISULTATI

Il campione oggetto di studio è costituito da un totale di 1136 casi clinico- assistenziali elaborati con metodo MAP suddivisi nei tre anni di corso come segue: I (n_1=494), II (n_2=392) e III anno (n_3=250). I punteggi medi dell'intero campione (n=1136) relativi al punteggio totale delle cinque macroaree, evidenzia una diminuzione della performance dal I al II anno (I: $\bar{x}$=4.135, SD±0.758; II: $\bar{x}$=4.052, SD±0.583) e un aumento al III anno (III: $\bar{x}$=4.383, SD±0.669). I punteggi al III anno risultano più elevati sia rispetto al I anno sia rispetto al II anno. [Figura 1, Tabella 1].

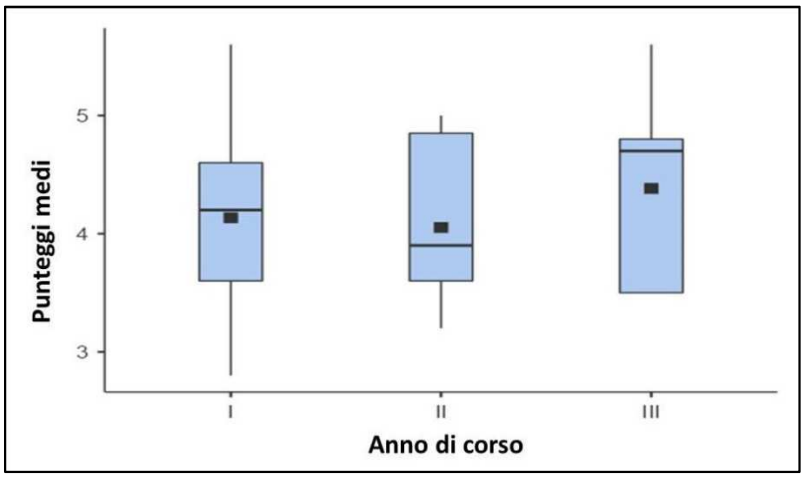


Figura 1 – Distribuzione di performance media per anno di corso (n=1136).

Tabella 1 – Media punteggi totali per anno di corso (n=1136).

	I Anno (n_1=494)	II Anno (n_2=392)	III Anno (n_3=250)	*p value* *
	$\bar{x}$ (± SD)	$\bar{x}$ (± SD)	$\bar{x}$ (± SD)	
Media punteggio complessivo delle cinque macroaree per anno di corso	4.135 (± 0.7588)	4.052 (± 0.5835)	4.383 (± 0.6694)	<0.001

Per quanto riguarda la macroarea "caso clinico" dall'analisi dei dati relativi agli *item* delle macroaree emerge che la capacità di identificazione e di esposizione del problema di salute della persona assistita presenta un aumento di punteggio dal I anno, media di 0.363 (SD±0,077) al II anno media di 0.374 punti (SD±0,044) e una diminuzione al III anno con uno score medio di 0.356 punti (SD±0.065). I punteggi dei tre anni di corso dell'*item* riguardante la terapia domiciliare (I: $\bar{x}$=0.173, SD±0.042; II: $\bar{x}$=0.158, SD±0.049; III: $\bar{x}$=0.148, SD±0.050) e i punteggi relativi alla storia personale del paziente (I: $\bar{x}$=0.188, SD±0,032;

ISSN 2038-0712 – L'Infermiere 2026,63:2, e54 – e62
DOI: 10.57659/SSI.2026.11
© Autore/i 2026. Riutilizzo consentito con CC BY-NC. Nessun riutilizzo commerciale. Pubblicato da FNOPI.

II: $\bar{X}$=0.182, SD±0.038; III: $\bar{x}$=0.180, SD±0.039) evidenziano una diminuzione di performance al II e al III rispetto al I anno. (Tabella 2).

Per quanto attiene la macroarea PDTA, la voce relativa alla comprensione delle indagini diagnostiche effettuate dalle persone assistite e delle relative attività infermieristiche, mostra, un punteggio medio al I anno di 0.156 (SD±0.0496), mentre al II anno di 0.162 punti (SD±0.0485) e un aumento al III anno a 0.177 punti (SD±0.0420). (Tabella 2).

*Rispetto alla macroarea terapia***,** il punteggio della voce identificazione degli effetti collaterali dei farmaci, aumenta tra I e II anno (0.222 punti), e diminuisce tra II e III anno di 0.217 punti (I: $\bar{x}$=0.141, SD±0.050; II: $\bar{x}$=0.152, SD±0.053; III: $\bar{x}$=0.146, SD±0.049(Tabella 2).

*In riferimento alla macroarea schema sinottico***,** il punteggio relativo la correttezza della rilevazione dati varia mediamente dal I anno al III di 0.63 punti (I: $\bar{x}$=0.224, SD±0.103; II: $\bar{x}$=0.233, SD±0.104; III: $\bar{x}$=0.287, SD±0.094). La coerenza della rilevazione dei dati varia di 0.85 punti nei tre anni (I: $\bar{x}$=0.237, SD±0.117; II: $\bar{x}$=0.273, SD±0.093; III: $\bar{x}$=0.322; SD±0.073). (Tabella 2).

In merito alla macroarea capacità di RCP emerge che per la descrizione della complessità assistenziale della persona assistita, i punteggi (I: $\bar{x}$=0.522, SD±0.204; II: $\bar{x}$=0.455, SD±0.178, III: $\bar{x}$=0.527, SD±0.189) evidenziano una diminuzione dal I al II anno e un aumento dal II al III anno. La capacità di argomentare un eventuale percorso personalizzato (I: $\bar{x}$=0.343, SD±0.1684; II: $\bar{x}$=0.261, SD±0.1404; III: $\bar{x}$=0.308, SD±0.1613) o standard (I: $\bar{x}$=0.300, SD±0.1750; II: $\bar{x}$=0.301, SD±0.1756; III: $\bar{x}$=0.346, SD±0.1891) mostra un incremento medio statisticamente significativo nel corso dei tre anni (p<0.001) (Tabella 2).

Tabella 2 – Media punteggi totali degli items delle macroaree caso clinico-assistenziale dei lavori di studio guidato (n=1136).

	I anno (n_1=494)	**II anno (n_2=392)**	**III anno (n_3=250)**	***p value****
	$\bar{x}$ (± SD)	**$\bar{x}$ (± SD)**	**$\bar{x}$ (± SD)**	
***Item* macroarea Caso Clinico**				
Problema di salute	0.363 (±0.0777)	0.374 (±0.0449)	0.356 (±0.0675)	<0.002
Motivo di ricovero	0.162 (±0.0485)	0.164 (±0.0481)	0.178 (±0.0418)	<0.001
Storia clinica	0.178 (±0.0412)	0.181 (±0.0394)	0.188 (± 0.0321)	<0.004
Terapia domiciliare	0.173 (±0.0442)	0.158 (±0.0494)	0.148 (±0.0501)	<0.001
Storia personale e abitudini di Vita	0.188 (±0.0322)	0.182 (±0.0386)	0.180 (±0.0398)	<0.005
***Item* macroarea PDTA**				
Inquadramento iniziale	0.155 (±0.0498)	0.170 (±0.0458)	0.169 (±0.0464)	<0. 001
Segni, sintomi e parametri vitali	0.155 (±0.0634)	0.157 (±0.0700)	0.164 (±0.0521)	<0.193
Indagini diagnostiche effettuate	0.156 (±0.0496)	0.162 (±0.0485)	0.177 (±0.0420)	<0.001
Prognosi	0.126 (±0.0539)	0.119 (±0.0392)	0.136 (±0.0481)	<0.001
***Item* macroarea terapia**				
Interazione tra farmaci	0.133 (±0.0470)	0.126 (±0.0439)	0.148 (±0.0501)	<0.001
Effetti collaterali	0.141 (±0.0500)	0.152 (±0.0537)	0.146 (±0.0499)	<0.006
Monitoraggio situazione clinica	0.129 (±0.0528)	0.130 (±0.0497)	0.131 (±0.0551)	<0.832
Item macroarea schema sinottico				
Informazioni dimensioni MAP e coerenza Dati Raccolti	0.237 (±0.1172)	0.273 (±0.0935)	0.322 (±0.0773)	<0. 001
***Item* macroarea RCP**				
Descrizione della complessità Assistenziale	0.522 (±0.2035)	0.455 (±0.1785)	0.527 (±0.1892)	<0. 001
Argomentazione Piano Personalizzato	0.343 (±0.1684)	0.261 (±0.1404)	0.308 (±0.1613)	<0. 001
Argomentazione Piano Standardizzato	0.300 (±0.1750)	0.301 (±0.1756)	0.346 (±0.1891)	<0. 002

L'analisi inferenziale dei punteggi evidenzia che la maggior parte degli *items* del MAP presenta una differenza statisticamente significativa (p<0.05) nei tre anni di corso a eccezione dell'individuazione di segni, sintomi e parametri vitali (p=0.193). Il monitoraggio della situazione

ISSN 2038-0712 – L'Infermiere 2026,63:2, e54 – e62
DOI: 10.57659/SSI.2026.11
© Autore/i 2026. Riutilizzo consentito con CC BY-NC. Nessun riutilizzo commerciale. Pubblicato da FNOPI.

clinica (p=0.832) e la voce degli effetti collaterali tra farmaci presentano una differenza statisticamente significativa (p=0.006) Nello specifico è stato effettuato un confronto a coppie dei diversi *items* tra I e II anno, I e III anno e II e III anno. Da tale comparazione si rilevava una maggiore significatività statistica (p<0.002) al III anno di corso rispetto ai precedenti per le variabili riguardanti il problema di salute, il motivo di ricovero, la storia clinica, il piano assistenziale standardizzato, le indagini diagnostiche effettuate e le interazioni farmacologiche. Dall'analisi degli *item* relativi alla coerenza dei dati raccolti, al piano terapeutico, alla terapia domiciliare si rileva una differenza statisticamente significativa *(*p<0.001*)* con un incremento dei punteggi medi dal I al III anno di corso. I risultati relativi alla storia personale e abitudini di vita del paziente (p<0.005), l'inquadramento iniziale (p<0.001) e il motivo di ricovero (p<0.001), mostrano una performance più alta al I anno rispetto al II e al III. (Tabella 2).

DISCUSSIONE

Lo studio intende offrire un contributo in merito all'impiego del Metodo Assistenziale Professionalizzante (MAP) quale strumento a supporto dello sviluppo del ragionamento clinico negli studenti e nei professionisti. I risultati di questa ricerca sono i primi del contesto comunitario italiano a indagare la variazione di *performance* del processo di ragionamento clinico utilizzando casi clinico – assistenziali elaborati con metodo MAP e risultano, quindi, essere molto utili per stimolare il dibattito scientifico su questo tema. Una prima osservazione generale che è possibile proporre è riferita al fatto che i risultati dei punteggi delle macroaree considerate evidenziano, soprattutto per alcuni *item,* un andamento non costante nei tre anni di corso. Alcuni punteggi sembrano, infatti, avere una crescita direttamente proporzionale nel progredire nei tre anni, mentre altri regrediscono.

Tale andamento è comunque plausibile con lo sviluppo del ragionamento clinico che è un processo dinamico e complesso che si correla sia alle conoscenze acquisite dallo studente sia alla sua capacità di elaborazione delle stesse (Young M, 2018; Cerullo JAB, 2010), sia ai *setting* di apprendimento clinico. Inoltre, il ragionamento clinico non è per sua natura basato su sequenze mentali lineari, automatiche e unidirezionali, ma è un processo ricorsivo, ramificato e dinamico in quanto applicato a situazioni in divenire (Paoletti S et al, 2021). Senza contare che, nel corso dei tre anni, il *trend* di difficoltà di apprendimento per lo studente aumenta perché egli deve dimostrare progressive capacità di inferenza correlando informazioni di varia natura: clinica umanistica, relazionale, etica e deontologica. Un'altra spiegazione plausibile alla variabilità riscontrata è rappresentata dalle specifiche esperienze di tirocinio durante le quali lo studente è esposto a obiettivi di apprendimento sempre più complessi, sempre più vicini alla realtà del professionista (Edward KL et al, 2017).

In ogni caso, il fatto che i risultati evidenzino un miglioramento, dal I al III anno, del punteggio complessivo della voce "descrizione della complessità assistenziale", pur in presenza di alcune oscillazioni, induce comunque a pensare che il MAP sia utile sul piano dell'apprendimento, soprattutto per alcuni aspetti. Il primo riguarda il fatto che il suo uso sostiene lo studente infermiere nella capacità di selezionare, individuare, organizzare e collegare le informazioni in modo integrato, senza perdere lo sguardo della complessità. La descrizione della complessità assistenziale è infatti un presupposto irrinunciabile per procedere nel ragionamento diagnostico infermieristico, nel processo decisionale e nel processo valutativo. Il secondo è riferito alla considerazione che anche laddove i dati evidenziano cambiamenti minimi, questi aumentano in modo statisticamente significativo dal I al III anno di corso. Tale risultato è degno di considerazione in quanto, come affermato dallo psicologo Alan Kazdin (2013), anche miglioramenti piccoli e ripetuti sono indice dell'efficacia di un metodo sul piano dell'apprendimento.

Il terzo aspetto concerne l'allenamento al ragionamento. Il MAP, utilizzato costantemente nei tirocini dei tre anni di corso, induce lo studente a esercitarsi con costanza, a livelli sempre più complessi, a selezionare e organizzare (capacità che non appartengono per natura ai soggetti in apprendimento) le informazioni significative relative alle dimensioni della complessità della persona assistita. Tale allenamento è rilevante in quanto, come sostiene Patricia Benner (2003), lo sviluppo delle competenze necessarie per prendersi cura delle persone viene sviluppato con l'esercizio nel tempo. Il passaggio da novizio a principiante avanzato, competente, abile ed esperto avviene mediante il connubio tra le basi educative e l'esperienza. Il quarto è riferibile alla costruzione di una *forma mentis* professionale adeguata.

I risultati emersi dallo studio in merito alla capacità dello studente di descrivere e analizzare la complessità assistenziale e le sue relazioni con il piano assistenziale standard e quello personalizzato, inducono a considerare il MAP come un metodo utile a fornire allo

ISSN 2038-0712 – L'Infermiere 2026,63:2, e54 – e62
DOI: 10.57659/SSI.2026.11
© Autore/i 2026. Riutilizzo consentito con CC BY-NC. Nessun riutilizzo commerciale. Pubblicato da FNOPI.

studente-novizio una mappa mentale per aiutare a esplorare in profondità, oltre a ciò che è evidente, quegli aspetti più nascosti dell'autonomia della persona, declinata secondo l'autodeterminazione e l'autocura, che rappresentano aspetti assai complessi e che non possono essere considerati superficialmente. Il quinto aspetto è correlato alla capacità di argomentazione del piano assistenziale personalizzato in rapporto alla complessità assistenziale. I risultati evidenziano un punteggio più alto al I anno di corso e al III anno di corso e inferiore al II. Questa oscillazione può essere espressione non tanto di una criticità del metodo quanto di aspetti che riguardano specifici argomenti affrontati nel percorso di studi nel triennio. Infatti al I anno gli studenti sono concentrati principalmente su due bisogni di assistenza infermieristica ("non aderenza al piano terapeutico e riabilitativo" e "fragilità decisionale o supportiva") ponendo enfasi sulla descrizione e sull'analisi della storia personale e sulle abitudini di vita della persona, mentre al II anno sono fortemente concentrati su aspetti prevalentemente clinici, di complessità maggiore.

Il sesto aspetto è connesso alla capacità dello studente di valutare la coerenza dei dati raccolti, organizzare e interpretare le informazioni. I risultati evidenziano che al III anno tale capacità risulta rafforzata in ragione del fatto che le conoscenze, acquisite durante i periodi di tirocinio e in aula, aumentano rispetto al I e II anno. In particolare quelle conoscenze utili per individuare un *deficit* di autonomia della persona assistita, esplorando la sua capacità di prendersi cura di sé e di autodeterminazione, dimensione soggettiva che vede coinvolte componenti psicologiche e socio culturali. Ciò è importante perché evidenzia la progressione, la stabilizzazione e l'incremento delle conoscenze che sostengono il ragionamento clinico. Il settimo aspetto è riferito allo sviluppo del discernimento.

La capacità dello studente di argomentare il piano assistenziale standard e il piano assistenziale personalizzato a partire dalla descrizione della complessità con il supporto del MAP, costituisce, per lo studente, la base per sviluppare il discernimento. Discernimento che si applica, nel processo decisionale, laddove è necessario distinguere tra attività applicabili a situazioni "tipiche" che derivano dall'individuazione del problema di salute e attività applicabili a situazioni "non tipiche", che originano dal bisogno di assistenza infermieristica che per sua natura non è osservabile, ed è frutto di un'inferenza a partire da informazioni e comportamenti osservabili della persona assistita (Marmo G at al, 2023).

Complessivamente i risultati restituiscono al sistema formativo alcune informazioni significative e aspetti da monitorare nel guidare e supervisionare gli studenti nello sviluppare il ragionamento clinico infermieristico elaborando lavori di studio guidati su casi clinico assistenziali utilizzando il MAP. Essi permettono anche di cercare nuove strategie per supportare gli studenti nel ragionamento clinico durante il loro percorso di studi, come ad esempio potenziare l'utilizzo della simulazione di casi clinici. (Forsberg E at al, 2014). Nello studio è possibile evidenziare alcuni limiti. Primo: il campione analizzato non è omogeneo nella distribuzione di casi clinici analizzati per anno ma riflette un'*attrition rate* del 5% relativa alla rinuncia agli studi tra I e III anno. Tuttavia, vista l'elevata numerosità campionaria si ritiene che questo abbia, eventualmente, potuto influenzare solo marginalmente i risultati. Secondo: la qualità dei dati raccolti potrebbe risentire della natura retrospettiva dello studio. Tuttavia, va sottolineato che la raccolta dei dati è stata condotta con un certo rigore, poiché realizzata dai docenti e tutor del CLI e utilizzata per finalità valutative.

CONCLUSIONI

Dai risultati dello studio si evince che il Metodo Assistenziale Professionalizzante è utile per l'apprendimento del ragionamento clinico degli studenti infermieri, durante il percorso universitario per diversi aspetti, tra i quali emerge il fornire allo studente-novizio una mappa mentale per aiutare a esplorare in profondità, oltre a ciò che è evidente, quegli aspetti più nascosti dell'autonomia della persona. Nell'arco del percorso di studi si è riscontrato un miglioramento dei punteggi medi totali nello sviluppo del ragionamento clinico che, seppur limitato, va a indicare come tale metodo possa preparare il tirocinante ad aumentare le proprie conoscenze e a integrare teoria e pratica. Avere una buona formazione e preparazione a livello accademico consente al futuro professionista di entrare nel mondo professionale con una maggiore competenza e sicurezza. Questi risultati incoraggiano a proseguire nel consolidare l'esperienza della discussione dei casi clinico assistenziali con questo metodo nel corso di laurea infermieristica ricercando un'armonizzazione e un miglioramento nell'utilizzarlo nel sistema formativo anche nell'impostazione degli insegnamenti formali.

Conflitto di interessi

Gli altri autori dichiarano di non avere conflitti di interessi.

ISSN 2038-0712 – L'Infermiere 2026,63:2, e54 – e62
DOI: 10.57659/SSI.2026.11
© Autore/i 2026. Riutilizzo consentito con CC BY-NC. Nessun riutilizzo commerciale. Pubblicato da FNOPI.

Finanziamenti
Il lavoro non ha beneficiato di alcuna forma di finanziamento.

BIBLIOGRAFIA

Benner, P., 1984. From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice. Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall. [Italian translation: L'eccellenza nella pratica clinica dell'infermiere, 2003. Milano: McGraw-Hill.]

Bulfone, G., Galletti, C., Vellone, E., Zanini, A. and Quattrin, R., 2008. Problem-solving skills in nursing students: The experience of the Nursing Degree Course at the University of Udine. Professione Infermiere, 61(3), pp.139-147.

Cerullo, J.A.B. and da Cruz, D.A.L.M., 2010. Clinical reasoning and critical thinking. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 18(1), pp.124–129.

Edward, K.L., Ousey, K., Playle, J. and Giandinoto, J.A., 2017. Are new nurses work ready? The impact of preceptorship: An integrative systematic review. Journal of Professional Nursing, 33(5), pp.326-333.

Forsberg E, Ziegert K, Hult H, Fors U. Clinical reasoning in nursing, a think-aloud study using virtual patient. A base for an innovative assessment. Nurse Educ Today. 2014(Apr; 34(4): 538-42.

Griffits, S., Hines, S., Moloney, C. and Ralph, N., 2017. Characteristics and processes of clinical reasoning in nurses and factors related to its use: A scoping review protocol. JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports, 15(12), pp.2832-2836.

Kazdin, A.E., 2017. Research design in clinical psychology. 5th ed. Boston: Pearson.

Leal, P., Poeira, A., Mendes, D.A. et al., 2024. Teaching and learning clinical reasoning in nursing education: A student training course. Healthcare (Basel), 12(12), p.1219.

Marmo, G., Molinar Min, M., Montanaro, A. and Rossetto, P., 2016. Complessità assistenziale: un metodo per orientarsi. Santarcangelo di Romagna: Maggioli Editore.

Marmo,G.,Mirabella P.,2023. Conoscere, pensare e agire nell'assistenza infermieristica: Effatà Editrice.

Paoletti, S., Altini, P., Sampietro Cohen, P., Tortola, C. and Zavaglio, A., 2021. Ragionamento clinico dell'infermiere: la proposta di un gruppo di tutor pedagogici per orientare l'insegnamento e l'apprendimento. L'Infermiere, 5.

Silvestro, A., Maricchio, R., Molinar Min, M., Montanaro, A. and Rossetto, P., 2009. Complessità assistenziale. Concettualizzazione, modello di analisi e metodologia applicativa. Milano: McGraw-Hill.

Young, M., Thomas, A., Lubarsky, S. et al., 2018. Drawing boundaries: The difficulty in defining clinical reasoning. Academic Medicine, 93(7), pp.990-995.

© Autore/i 2026. Riutilizzo consentito con CC BY-NC. Nessun riutilizzo commerciale. Pubblicato da FNOPI.