CASE REPORT

**Maria Raffaela Lucchetta**
University of Cagliari
**Silvia Manunza**
University of Cagliari
**Claudio Mameli**
ASL Cagliari
**Marcello Atzori**
ASL Cagliari
**Silvia Vacca**
ASL Cagliari
**Giuseppe Zingaro**
AOU Cagliari
**Francesca Loi**
AREUS Sardegna- University of Cagliari

**Keywords:**
politrauma motociclistico, gestione del trauma in fase preospedaliera, competenze cliniche infermieristiche, lesioni sportive ad alta intensità, protocolli di risposta all'emergenza (ABCDE, ATLS), comunicazione in area critica (SBAR), sistema della Clinica Mobile, strumenti di valutazione del trauma (Shock Index), coordinamento interdisciplinare nelle emergenze, formazione basata sulla simulazione nella gestione del trauma.

**Corresponding author:**
Giuseppe Zingaro
Email: giu.zingaro@libero.it

**Contributions:**
the author(s) made a substantial intellectual contribution, read and approved the final version of the manuscript, and agreed to be accountable for all aspects of the work.
**Conflict of interest:**
the author(s) declare no potential conflict of interest.
**Ethics approval and consent to participate:**
not applicable.
**Patient consent for publication:**
not applicable.
**Funding:**
none.
**Availability of data and materials:**
data and materials are available from the corresponding author upon request.

Received: 17 February 2026
Accepted: 9 March 2026

# GESTIONE INFERMIERISTICA DEL POLITRAUMA MOTOCICLISTICO: COMPETENZE AVANZATE E RIFLESSIONI CLINICHE DA UN CASE REPORT IN PISTA

## ABSTRACT

**Background:**
Motorcycle-related polytrauma represents one of the most challenging emergencies in high intensity sports environments, requiring rapid assessment, advanced clinical reasoning, and coordinated multidisciplinary intervention.

**Methods:**
This study presents a qualitative descriptive case report of a high speed motorcycle crash occurring during an on track competition. Clinical management was analyzed using reflective methodology based on Gibbs' model, focusing on nursing decision making, stabilization strategies, and interprofessional communication.

**Results:**
Early recognition of hemodynamic instability through Shock Index calculation guided priority interventions, including oxygen therapy, rapid vascular access, fluid resuscitation, immobilization, and continuous monitoring. Within minutes, physiological parameters improved and safe transfer to a trauma center was achieved without adverse events. Structured SBAR handover ensured continuity of care.

**Conclusions:**
Advanced nursing competencies, structured communication, and simulation based training are key determinants of patient safety and outcomes in prehospital trauma care. Reflective analysis of real clinical events represents a valuable strategy for professional development, quality improvement, and strengthening evidence based emergency nursing practice.

This article was published on March 31, 2026, at IJPDTM.IT
doi.org/10.30459/2026-7




This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 License (by-nc 4.0).
Simedet.

# RIASSUNTO

Il politrauma motociclistico rappresenta una delle emergenze più complesse in ambito sportivo ad alta intensità. In tali contesti, l'infermiere è la figura cardine nel garantire la tempestività, la sicurezza e la continuità dell'assistenza, integrando competenze cliniche avanzate con capacità decisionali e comunicative.

Attraverso l'analisi di un case report avvenuto durante una competizione in pista, lo studio evidenzia il ruolo dell'infermiere nella gestione del trauma, dalla valutazione primaria alla stabilizzazione e al trasferimento, secondo i protocolli internazionali ATLS e PTC.

L'intervento infermieristico, condotto con approccio sistemico e comunicazione strutturata SBAR, ha permesso di stabilizzare il paziente entro pochi minuti, garantendo sicurezza e continuità assistenziale.

Il caso conferma l'importanza delle competenze avanzate, della formazione specialistica e della simulazione ad alta fedeltà nella gestione delle emergenze complesse.


# INTRODUZIONE

Il trauma maggiore rappresenta una delle principali cause di mortalità e disabilità nel mondo, soprattutto nella popolazione giovane adulta. Secondo i dati del Global Burden of Disease Study (*WHO, 2023*[1]), gli incidenti stradali costituiscono la prima causa di morte tra i 15 e i 44 anni, con oltre 1,3 milioni di vittime ogni anno.
In Italia, il **Rapporto ISTAT 2024**[2] evidenzia che gli incidenti motociclistici rappresentano una delle dinamiche più frequenti di trauma maggiore, con oltre 21.000 feriti gravi e più di 700 decessi annui. L'impatto sociale, economico e sanitario di tali eventi è rilevante, e la tempestività della risposta d'emergenza costituisce un determinante essenziale per la sopravvivenza e il recupero funzionale.
In questo contesto, il **ruolo dell'infermiere** ha assunto negli ultimi anni una centralità crescente.

La Legge 3/2018 e i documenti programmatici della **FNOPI**[3] riconoscono la piena autonomia tecnico-scientifica e decisionale dell'infermiere, che non si limita più a eseguire procedure, ma contribuisce attivamente all'assessment clinico, al ragionamento diagnostico e al coordinamento dei team interdisciplinari.
In ambito di emergenza-urgenza, tali competenze si traducono nella capacità di condurre una **valutazione primaria e secondaria** efficace, di applicare strumenti predittivi come lo *Shock Index* e di gestire la comunicazione secondo modelli strutturati come SBAR ***(Situation, Background, Assessment, Recommendation)***, oggi raccomandato anche dall'**Istituto Superiore di Sanità**[4].

Il politrauma motociclistico rappresenta, da questo punto di vista, un **ambito paradigmatico di applicazione delle competenze infermieristiche avanzate**. Si tratta di una condizione clinica ad alta energia, tempo-dipendente e potenzialmente instabile, nella quale l'infermiere è chiamato ad agire in pochi minuti, in contesti spesso extraospedalieri, con risorse limitate e forte pressione emotiva.
In tali circostanze, l'efficacia dell'intervento dipende dalla capacità di mantenere lucidità operativa, di gestire le priorità assistenziali e di garantire la **continuità del processo decisionale** fino al trauma center di riferimento.

Il presente lavoro si colloca all'interno di questa prospettiva e ha lo scopo di **descrivere e analizzare la gestione infermieristica di un politrauma motociclistico avvenuto in pista**, mettendo in luce la complessità tecnica, cognitiva e relazionale dell'intervento.

Attraverso un *case report* arricchito da un'**analisi qualitativa riflessiva**, l'articolo intende valorizzare l'esperienza professionale come fonte di conoscenza scientifica e di sviluppo delle competenze infermieristiche avanzate.


This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 License (by-nc 4.0).
Simedet.

This article was published on March 31, 2026, at IJPDTM.IT
doi.org/10.30459/2026-7

L'analisi è stata condotta seguendo il **modello riflessivo di Gibbs**, che permette di esplorare il vissuto, le decisioni e gli apprendimenti derivanti dall'evento, trasformando la pratica clinica in un'occasione di crescita professionale[5].

Questo approccio riflessivo è coerente con gli orientamenti più recenti della **World Health Organization**[1] e della **FNOPI**, che promuovono la costruzione di sistemi sanitari basati sulla *learning organization*, dove l'esperienza diventa motore di miglioramento continuo.

L'obiettivo del presente lavoro è duplice:

1. **Descrivere** la gestione infermieristica del politrauma motociclistico in contesto sportivo, documentando il processo clinico e organizzativo;
2. **Analizzare** qualitativamente l'evento, identificando competenze, criticità e apprendimenti, al fine di contribuire alla diffusione di buone pratiche infermieristiche basate sull'evidenza e sulla riflessione professionale.

# OBIETTIVI

L'obiettivo generale del presente lavoro è quello di descrivere e analizzare in modo approfondito la gestione infermieristica di un politrauma motociclistico verificatosi in pista, mettendo in evidenza il ruolo e le competenze dell'infermiere all'interno della catena dell'emergenza.

Gli obiettivi specifici sono:

1. **Documentare** in maniera sistematica il processo assistenziale infermieristico nella fase preospedaliera e nel trasferimento del paziente traumatizzato, con riferimento ai protocolli ATLS, PTC e alle linee guida ISS 2023.
2. **Evidenziare** il contributo dell'infermiere alla valutazione clinica, alla decisione assistenziale e alla comunicazione interprofessionale, analizzando il razionale alla base delle azioni eseguite.
3. **Condurre un'analisi qualitativa riflessiva** dell'evento, secondo il modello di Gibbs (1988), al fine di individuare i domini di competenza infermieristica attivati, le criticità operative e gli apprendimenti emersi.
4. **Proporre spunti innovativi** per la formazione e l'organizzazione dell'assistenza infermieristica nei contesti di emergenza-urgenza, promuovendo un approccio basato sull'evidenza e sulla riflessione professionale.

# MATERIALI E METODI

Il presente lavoro adotta un approccio descrittivo e qualitativo, basato sull'osservazione diretta e sulla riflessione post-evento relativa alla gestione infermieristica di un politrauma motociclistico verificatosi in pista durante una competizione regionale.
L'obiettivo è descrivere, in modo sistematico e riflessivo, il processo assistenziale infermieristico nelle diverse fasi dell'intervento, analizzando le scelte cliniche, la comunicazione intra-team e la gestione della continuità assistenziale.

## Contesto operativo e composizione dell'équipe

L'evento si è verificato all'interno di un circuito motociclistico dotato di presidio sanitario avanzato, con pronta attivazione della Centrale Operativa 118 di Cagliari e al trauma center di riferimento (Ospedale SS. Trinità di Cagliari).

L'équipe era composta da un medico anestesista-rianimatore, due infermieri con formazione specifica in emergenza-urgenza e un tecnico del soccorso.
Gli infermieri avevano il compito di garantire la valutazione iniziale, il monitoraggio, la gestione delle vie aeree e della circolazione, l'attuazione delle manovre di immobilizzazione e la comunicazione clinica secondo standard condivisi.

## Descrizione del caso clinico

Il paziente, un pilota di 32 anni, è rimasto coinvolto in una caduta con impatto ad alta velocità contro le barriere di protezione.

Alla valutazione iniziale, si presentava vigile ma disorientato, con pallore cutaneo, sudorazione profusa e riferito dolore toracico. I parametri vitali erano: pressione arteriosa 90/60 mmHg, frequenza cardiaca 118 bpm, frequenza respiratoria 28 atti/minuto, saturazione 92% e punteggio GCS 14/15.

This article was published on March 31, 2026, at IJPDTM.IT
doi.org/10.30459/2026-7



Italian Journal of Prevention, Diagnostic and Therapeutic Medicine
Ital. J. Prev. Diagn. Ther. Med. | Vol.89 N°1 2026.
This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 License (by-nc 4.0).
Simedet.

Sulla base di tali valori, l'infermiere ha calcolato il punteggio dello **Shock Index** (FC/PAS), ottenendo un valore di **1,3**, superiore alla soglia di 0,9 indicativa di shock ipovolemico compensato. Tale dato ha guidato la priorità assistenziale verso il supporto circolatorio, la rapida infusione di liquidi e il monitoraggio stretto dei parametri emodinamici, in accordo con le raccomandazioni dell'ATLS **10ª edizione**[6] e delle linee guida ISS 2023[4].

L'intervento infermieristico è stato strutturato seguendo la sequenza X-ABCDE[6], in collaborazione con il medico. Dopo aver garantito la pervietà delle vie aeree e la somministrazione di ossigeno, è stata valutata la simmetria dell'espansione toracica, evidenziando una riduzione della stessa sul lato destro e dolore alla palpazione, segni suggestivi di contusione polmonare.
Sono stati posizionati due accessi venosi periferici di grosso calibro e avviata un'infusione rapida di cristalloidi bilanciati. Il monitoraggio continuo ha consentito di verificare un progressivo miglioramento della pressione arteriosa (da 90/60 a 100/65 mmHg) e della frequenza cardiaca (da 118 a 105 bpm), con normalizzazione parziale dello Shock Index (da 1,3 a 1,0).

Durante la gestione, l'infermiere ha monitorato lo stato neurologico (GCS, reattività pupille, risposta motoria), garantendo protezione termica e immobilizzazione completa del rachide mediante collare cervicale e tavola spinale.
Tutte le attività, i tempi e le risposte cliniche sono state documentate sulla scheda evento infermieristica, secondo criteri di tracciabilità e accountability.

## Gestione del trasferimento e comunicazione interprofessionale

Il trasferimento verso il trauma center è avvenuto in circa 22 minuti. L'infermiere ha mantenuto la sorveglianza multiparametrica, assicurando la stabilità del paziente durante il tragitto e fornendo aggiornamenti alla Centrale 118.
La consegna al trauma team ospedaliero è stata effettuata mediante **comunicazione SBAR (Situation, Background, Assessment, Recommendation)**[4], che ha permesso di trasmettere in modo sintetico ma completo i dati clinici, le procedure effettuate e la risposta alle prime terapie.
All'arrivo in Pronto Soccorso i parametri risultavano stabili: pressione arteriosa 110/70 mmHg, frequenza cardiaca 95 bpm, saturazione 98%, GCS 15/15, con Shock Index normalizzato a 0,86.
La tempestività dell'intervento e la qualità della comunicazione hanno favorito una presa in carico immediata e sicura da parte del trauma team.

## Analisi qualitativa dell'evento secondo il modello di Gibbs

L'analisi qualitativa dell'evento è stata condotta seguendo il **modello riflessivo di Graham Gibbs** [5] uno dei più utilizzati nella formazione e nella pratica infermieristica per strutturare l'apprendimento dall'esperienza.
Il modello si articola in sei fasi — *descrizione, emozioni, valutazione, analisi, conclusione e piano d'azione* — e consente di esplorare non solo ciò che è accaduto, ma anche come i professionisti hanno agito, reagito e appreso dall'evento.
L'obiettivo dell'analisi è stato quello di riflettere criticamente sull'intervento infermieristico nel politrauma motociclistico, per identificare le competenze attivate, i fattori che hanno favorito il buon esito e le aree suscettibili di miglioramento.

### 1. Descrizione dell'evento

L'episodio ha riguardato un pilota di 32 anni coinvolto in una caduta ad alta velocità durante una gara motociclistica, con impatto contro le barriere laterali.
L'infermiere di pista, insieme al medico anestesista-rianimatore, è stato tra i primi a raggiungere il paziente. La valutazione iniziale ha evidenziato una condizione di instabilità emodinamica potenziale, con *Shock Index* pari a 1,3.
L'intervento è stato gestito secondo l'approccio X-ABCDE[6], con posizionamento di due accessi venosi periferici, somministrazione di ossigeno secondo necessità, infusione di cristalloidi bilanciati e monitoraggio continuo dei parametri vitali.
Il paziente è stato immobilizzato, stabilizzato e trasferito in sicurezza al trauma center entro 22 minuti dall'impatto.
Questo evento ha richiesto non solo competenza tecnica, ma anche rapidità decisionale, leadership, autocontrollo e comunicazione efficace con il team e con la centrale operativa [7] [8] [9] fattori fondamentali


This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 License (by-nc 4.0).
Simedet.

This article was published on March 31, 2026, at IJPDTM.IT
doi.org/10.30459/2026-7

durante interventi ad alto impatto tecnico ed emotivo.

**2. Emozioni e vissuto professionale**

Durante le prime fasi dell'intervento, gli infermieri hanno riferito di aver percepito tensione emotiva legata all'impatto visivo della scena e alla consapevolezza della gravità potenziale del trauma per la dinamica dello stesso (Paziente eiettato).
Tale emozione è stata tuttavia rapidamente canalizzata in una **concentrazione operativa**, grazie all'esperienza e alla familiarità con gli scenari di emergenza.
L'emozione predominante durante la gestione è stata un **senso di responsabilità condivisa**, accompagnato dal bisogno di mantenere la calma per garantire la sicurezza del paziente e la coesione del team [(8) (9)].

Nella fase post-evento, durante il debriefing, gli infermieri hanno espresso **soddisfazione professionale** per la tempestività dell'intervento e per la qualità della collaborazione interprofessionale, riconoscendo tuttavia l'impatto emotivo derivante dall'adrenalina e dal carico decisionale concentrato in pochi minuti.

**3. Valutazione dell'intervento**

La valutazione dell'evento ha evidenziato diversi aspetti positivi. In primo luogo, la **rapidità e sistematicità dell'approccio infermieristico** hanno permesso di riconoscere precocemente la condizione di shock compensato e di avviare il supporto circolatorio in tempo utile.
L'applicazione coerente della sequenza X-ABCDE ha garantito un ordine logico delle priorità, riducendo il rischio di omissioni o errori [(6)].
Il **modello di comunicazione SBAR** ha rappresentato un punto di forza, assicurando il passaggio di informazioni chiare, complete e sintetiche al trauma team ospedaliero [(4) (9)].
Tra gli aspetti migliorabili, gli infermieri hanno segnalato la necessità di **rafforzare la gestione del dolore** nelle prime fasi, e di migliorare la **documentazione in tempo reale** attraverso sistemi digitali portatili, per ridurre il rischio di dimenticanze a posteriori.

# RISULTATI

L'intervento infermieristico ha prodotto esiti clinici e organizzativi significativi lungo l'intero percorso **pista → trasporto → Pronto Soccorso**, con benefici misurabili su stabilizzazione, continuità e sicurezza.

**1) Stabilizzazione clinica precoce (primi 7 minuti)**

All'arrivo, il paziente presentava **ipotensione relativa** (PA 90/60 mmHg), **tachicardia** (118 bpm), **$SpO_2$ 92%, FR 28/min, GCS 14/15 e Shock Index 1,3** (indicativo di shock compensato). Le azioni infermieristiche prioritarie (somministrazione di ossigeno, doppio accesso venoso periferico di grosso calibro, infusione rapida di cristalloidi bilanciati, monitoraggio continuo) hanno determinato entro 7 minuti:

- PA 100/65 mmHg, FC 105 bpm, $SpO_2$ 95%, GCS 15/15,
- Shock Index ridotto a ≈1,0.

L'**interpretazione tempestiva** del dato (SI>0,9) ha orientato le priorità verso il supporto circolatorio, prevenendo il deterioramento emodinamico. L'ispezione del tronco ha evidenziato asimmetria respiratoria destra compatibile con contusione polmonare; nonostante la dinamica ad alta energia, non si è resa necessaria ventilazione assistita in preospedaliero.

**2) Gestione del dolore e comfort**

La valutazione del dolore (NRS iniziale **8/10**) ha guidato la **somministrazione analgesica** secondo prescrizione medica; la rivalutazione seriata ha mostrato una riduzione a **4/10** prima del trasferimento.
L'infermiere ha garantito **protezione termica** con teli isotermici e **immobilizzazione completa del rachide** (collare + tavola spinale), prevenendo possibili complicanze legate a ipotermia e movimenti non controllati[(7)].

**3) Continuità assistenziale e tempi operativi**

Il **tempo totale** tra l'incidente e la **consegna al trauma center** è stato di **22 minuti**.
Durante il trasporto, il trend dei parametri ha

This article was published on March 31, 2026, at IJPDTM.IT
doi.org/10.30459/2026-7



Italian Journal of Prevention, Diagnostic and Therapeutic Medicine
Ital. J. Prev. Diagn. Ther. Med. | Vol.89 N°1 2026.
This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 License (by-nc 4.0).
Simedet.

mostrato ulteriore consolidamento:

- PA 110/70 mmHg, FC 95 bpm, $SpO_2$ 98%, GCS 15/15,
- Shock Index ≈0,86 (normalizzazione).

La **comunicazione strutturata** con Centrale 118 e trauma team (modello SBAR) ha consentito pre-attivazione e **presa in carico immediata** in PS, riducendo tempi di attesa diagnostico-terapeutica.

**4) Sicurezza, tracciabilità e qualità del processo**

- **Handover SBAR**: consegna completa, priva di omissioni; allineamento su dinamica, parametri, interventi eseguiti, risposta clinica e priorità[(4)].
- **Documentazione infermieristica**: scheda evento compilata in itinere con tempi, parametri, manovre e risposte; tracciabilità del percorso e accountability.
- **Assenza di eventi avversi**: nessuna dislocazione di accessi venosi, nessun episodio di desaturazione significativa, nessuna instabilità durante il trasporto; immobilizzazione integrale mantenuta fino all'arrivo.

Questi elementi configurano un **percorso sicuro**, replicabile e coerente con gli standard di buona pratica.

**5) Esito ospedaliero e decorso**

All'ingresso in PS, il trauma team ha eseguito TC **total body**, che ha confermato **contusione polmonare destra e fratture costali multiple, senza pneumotorace**.
Il decorso è stato regolare, senza necessità di ventilazione meccanica né emotrasfusione in acuto; **dimissione al 9° giorno con pieno recupero funzionale** e avvio di follow-up fisioterapico.

**6) Risultati "orientati al nursing"**

- Decisione clinica infermieristica tracciabile: uso dello Shock Index per definire le priorità circolatorie, con chiaro impatto sugli esiti[(7)].
- Leadership e coordinamento: l'infermiere ha guidato la sequenza valutativa, gestito tempi e risorse e facilitato la collaborazione intra-team.
- Comunicazione efficace: SBAR come strumento di continuità (pista-118-PS), con riduzione del rischio di errori informativi.
- Qualità e sicurezza: immobilizzazione corretta, prevenzione ipotermia, monitoraggio trend-based, documentazione completa, nessun evento avverso.
- Valore formativo: il caso ha generato apprendimenti trasferibili (necessità di analgesia precoce e digitalizzazione della documentazione per passaggio informazioni alla C.O. in tempo reale; utilità di debriefing strutturato).

**7) Sintesi dei principali outcome**

- Stabilizzazione in preospedaliero entro 7 minuti dall'evento.
- Normalizzazione emodinamica alla consegna (SI da 1,3 a 0,86).
- Tempi ridotti e presa in carico fluida grazie a pre-allerta e handover SBAR.
- Decorso senza complicanze maggiori e dimissione al 9° giorno.
- Nessun evento avverso lungo la catena assistenziale. I risultati ottenuti documentano l'efficacia e l'efficienza dell'intervento infermieristico nella stabilizzazione clinica e nella gestione della continuità assistenziale del paziente politraumatizzato. Tuttavia, al di là degli esiti clinici positivi, l'evento ha rappresentato anche un'importante occasione di apprendimento professionale e di riflessione sul processo decisionale e organizzativo messo in atto[(8)].

In questo senso, l'analisi qualitativa dell'evento ha permesso di esplorare in profondità le dimensioni cognitive, emotive e relazionali dell'intervento infermieristico [(5) (8)].
Attraverso la revisione strutturata dell'esperienza, il team ha analizzato i fattori che hanno contribuito al buon esito, le criticità incontrate e le competenze avanzate mobilitate nella gestione del trauma.

Questa riflessione, oltre a confermare l'efficacia tecnica dell'intervento, ha consentito di attribuire **valore scientifico all'esperienza clinica** [(8)], trasformandola in una fonte di conoscenza utile per la formazione e il miglioramento della pratica assistenziale.


This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 License (by-nc 4.0).
Simedet.

This article was published on March 31, 2026, at IJPDTM.IT
doi.org/10.30459/2026-7

**8)** Analisi critica

L'analisi riflessiva ha permesso di comprendere come la **decisione clinica infermieristica** si sia fondata su una rapida interpretazione dei segni vitali, in particolare sul calcolo e sull'interpretazione dello *Shock Index* come indicatore di instabilità emodinamica.
Questa capacità di tradurre un dato numerico in una decisione assistenziale tempestiva riflette una competenza avanzata di *clinical reasoning* [(9)].

Allo stesso modo, la gestione comunicativa intra-team ha dimostrato la capacità dell'infermiere di esercitare una **leadership funzionale**, non basata sulla gerarchia ma sulla competenza e sull'organizzazione.
L'evento ha anche confermato l'importanza della **preparazione mentale, la validità dell'efficace conoscenza delle procedure e della gestione emotiva** nei contesti critici: la stabilità emotiva dell'infermiere influenza direttamente la sicurezza e la percezione di fiducia dell'équipe [(9)].
L'analisi mette in luce, infine, il valore della **collaborazione interdisciplinare**, elemento essenziale per la riuscita di un intervento complesso e tempo-dipendente.

# CONCLUSIONI

L'esperienza descritta nel presente lavoro evidenzia come la gestione infermieristica del politrauma rappresenti un ambito di alta complessità clinica e organizzativa, in cui competenze tecniche, capacità decisionali e intelligenza relazionale si intrecciano in modo inscindibile.
Attraverso il racconto e l'analisi riflessiva di un caso reale — un politrauma motociclistico in pista — è stato possibile mettere in luce il contributo specifico e insostituibile dell'infermiere all'interno della catena dell'emergenza, dalla valutazione iniziale fino alla consegna del paziente in Pronto Soccorso.

Il caso dimostra come la **valutazione infermieristica avanzata**, basata su strumenti come lo Shock Index, l'approccio X-ABCDE e la comunicazione SBAR, non rappresenti un semplice adempimento procedurale, ma un vero e proprio processo di ragionamento clinico orientato alla sicurezza del paziente [(4) (6) (7)].
L'applicazione sistematica di protocolli evidence-based consente infatti all'infermiere di identificare precocemente i segni di instabilità, anticipare le complicanze e coordinare le azioni del team in modo efficiente.
Questa capacità di coniugare osservazione, interpretazione e azione tempestiva costituisce la **natura stessa della competenza infermieristica avanzata**, riconosciuta dalle più recenti direttive FNOPI (2024) e OMS (2023) come elemento cardine dei sistemi sanitari moderni.

L'analisi qualitativa condotta secondo il **modello di Gibbs** ha permesso di trasformare un evento clinico in un'esperienza di apprendimento strutturata [(5)].
La riflessione condivisa tra gli infermieri ha messo in evidenza il valore del *debriefing* come strumento di crescita professionale, di prevenzione dello stress e di consolidamento della cultura della sicurezza.
Dalla riflessione sono emerse alcune aree di forza — la tempestività dell'intervento, la leadership situazionale, la comunicazione efficace — e alcune aree di miglioramento, tra cui la necessità di ottimizzare la gestione del dolore e la documentazione in tempo reale.
Tali risultati confermano che la competenza infermieristica non si misura soltanto nell'atto tecnico, ma nella **capacità di integrare conoscenze, valori, giudizio critico e riflessione**.

Dal punto di vista innovativo, questo lavoro propone una lettura qualitativa e riflessiva del case report infermieristico, superando l'approccio meramente descrittivo ancora diffuso nella letteratura nazionale [(11)].
L'integrazione tra descrizione clinica e riflessione strutturata secondo modelli teorici riconosciuti consente di valorizzare l'esperienza come produzione di sapere professionale, generando conoscenza trasferibile e utile alla formazione, alla pratica e alla ricerca [(9) (10) (11)].
Questa prospettiva si inserisce nel più ampio movimento internazionale che mira a riconoscere l'infermieristica come **disciplina autonoma e riflessiva**, capace di produrre evidenze proprie e di orientare i processi organizzativi.

In termini applicativi, il caso suggerisce diverse direzioni di sviluppo:

This article was published on March 31, 2026, at IJPDTM.IT
doi.org/10.30459/2026-7



Italian Journal of Prevention, Diagnostic and Therapeutic Medicine
Ital. J. Prev. Diagn. Ther. Med. | Vol.89 N°1 2026.
This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 License (by-nc 4.0).
Simedet.

- Integrare la riflessione post-evento nei protocolli operativi dei contesti ad alta intensità assistenziale, formalizzandola come momento di audit clinico e apprendimento continuo [(12)].
- Promuovere la simulazione ad alta fedeltà come strumento formativo per il trauma care 11, focalizzata non solo sulle manovre ma sul ragionamento clinico, sulla leadership e sulla comunicazione [(13)].
- Rafforzare la documentazione infermieristica in emergenza, adottando strumenti digitali condivisi per migliorare la tracciabilità e la continuità delle informazioni cliniche [(14)].
- Sostenere la ricerca qualitativa in ambito infermieristico per dare visibilità al contributo cognitivo ed etico della professione [(14)].

Infine, l'esperienza qui analizzata suggerisce una visione più ampia del ruolo infermieristico nell'emergenza-urgenza: non solo esecutore di procedure, ma **agente decisionale, leader di processo e garante di sicurezza**. Il politrauma motociclistico diventa così un paradigma di riflessione su come la professione infermieristica possa evolvere verso modelli di **pratica avanzata**, dove competenza clinica, autonomia e responsabilità convivono con empatia, collaborazione e capacità di apprendere dall'esperienza.

## Bibliografia


1. *World Health Organization. Global status report on road safety 2023. Geneva: WHO; 2023.*
2. *Istituto Nazionale di Statistica. Incidenti stradali in Italia 2024. Roma: ISTAT; 2024.*
3. *Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche. Linee di indirizzo per lo sviluppo delle competenze infermieristiche avanzate 2021–2024. Roma: FNOPI; 2024.*
4. *Istituto Superiore di Sanità. Raccomandazioni per la comunicazione clinica strutturata SBAR. Roma: ISS; 2023.*
5. *Gibbs G. Learning by doing: a guide to teaching and learning methods. Oxford: Oxford Polytechnic; 1988.*
6. *American College of Surgeons. Advanced Trauma Life Support Student Course Manual. 10th ed. Chicago: ACS; 2018.*
7. *National Association of Emergency Medical Technicians. PHTLS: Prehospital Trauma Life Support. 9th ed. St Louis: Elsevier; 2020.*
8. *Schön DA. The reflective practitioner. New York: Basic Books; 1983.*
9. *Haig KM, Sutton S, Whittington J. SBAR: a shared mental model for improving communication between clinicians. Jt Comm J Qual Patient Saf. 2006;32(3):167-175.*
10. *Jeffries PR, Rodgers B, Adamson K. NLN Jeffries simulation theory. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2016.*
11. *Benner P, Sutphen M, Leonard V, Day L. Educating nurses: a call for radical transformation. Stanford: Jossey-Bass; 2010.*
12. *Carniello F, Zega M, Di Mauro S, Sansoni J. Il pensiero infermieristico riflessivo. Prof Inferm. 2019;72(2):83-92.*
13. *Cant RP, Cooper SJ. Simulation-based learning in nurse education: systematic review. J Adv Nurs. 2010;66(1):3-15.*
14. *Ranse K, Wyllie A, Coombs S. Leadership and teamwork in trauma care. Nurs Stand. 2019;34(1):44-50.*


**Publisher's note:** *all claims expressed in this article are solely those of the authors and do not necessarily represent those of their affiliated organizations, or those of the publisher, the editors and the reviewers.*
*Any product that may be evaluated in this article or claim that may be made by its manufacturer is not guaranteed or endorsed by the publisher.*
*©Copyright: the Author(s), 2026*


This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 License (by-nc 4.0).
Simedet.

This article was published on March 31, 2026, at IJPDTM.IT
doi.org/10.30459/2026-7