

Università Telematica Pegaso



Master in
**Formazione e tutorato nelle professioni sanitarie
(MA619- II edizione)**

La Formazione Infermieristica

RELATORE:

Dott. Franco Crisci

CANDIDATO:

Concetta Rossella Tomaiuolo

**Anno Accademico
2017-2018**

PAROLE CHIAVE

FORMAZIONE INFERMIERISTICA

TUTOR

PROGETTAZIONE FORMATIVA

RINGRAZIAMENTI

Desidero ringraziare le persone che ho avuto modo di conoscere in questo importante periodo della mia vita e che mi hanno aiutato a crescere sia dal punto di vista professionale che umano. E' difficile in poche righe ricordare tutte le persone che, a vario titolo, hanno contribuito a rendere migliore questo periodo.

Ringrazio anzitutto il Dott. Franco Crisci, relatore di questa tesi di laurea, il quale professore si è dimostrato disponibile durante il percorso di stesura.

A mio fratello Francesco, che ha anche lui da poco intrapreso la sua carriera universitaria, va un sincero "in bocca al lupo".

*Non so se trovo le parole giuste per ringraziare i miei genitori e la mia famiglia, però vorrei che questo mio traguardo raggiunto, per quanto possibile, fosse un premio anche per loro e per i sacrifici che hanno fatto. Un infinito grazie per esserci sempre, per sostenermi, per avermi insegnato ciò che è "giusto" e ciò che non lo è. Senza di voi certamente non sarei la persona che sono. Grazie per i vostri consigli, per le vostre critiche che mi hanno fatto crescere.
Grazie per il vostro amore.*

Rossella

INDICE

INTRODUZIONE

1

CAPITOLO I: COS'E' LA FORMAZIONE? 3

1.1. I Bisogni Formativi ieri e oggi 3

1.2. Evoluzione Italiana della Formazione Infermieristica 4

1.3. Evoluzione del Tutor nell'ambito sanitario 12

CAPITOLO II: LA FIGURA DEL TUTOR 15

2.1. Chi è il Tutor? 15

2.2. La Normativa Tutoriale 16

2.3. Le Funzioni del Tutor Clinico 17

2.4. La Progettazione Formativa: 19

2.4.1. I Bisogni Formativi 19

2.4.2. Definizione e Identificazione degli Obiettivi Formativi 21

2.4.3. Attuazione degli Interventi Formativi 22

2.4.4. Monitoraggio e Valutazione della Progettazione Formativa 23

CAPITOLO III: LA TUTORSHIP 25

3.1. Cosa s'intende per Tutorship? 25

3.2. Le diverse Figure-Docente: 26

3.2.1. Il Docente 26

3.2.2. Il Coordinatore dell'Insegnamento Tecnico-Pratico e di Tirocinio 27

3.2.3. Il Tutor 28

3.2.4. La Guida di Tirocinio 31

3.3. Metodi di Tutorship e Modelli Pedagogici di riferimento	32
3.4. Apprendimento Clinico con seduta di Briefing e Debriefing	33
3.5. Il Learning Contract	34
3.6. Il Sistema di Valutazione	35
CONCLUSIONI	38
BIBLIOGRAFIA	40

INTRODUZIONE

L'evoluzione delle competenze infermieristiche e il passaggio della formazione dell'infermiere in ambito accademico hanno evidenziato una nuova funzione dell'infermiere, quella di *tutor clinico*, figura esistente in ambito didattico anche prima delle riforme ma che oggi ha assunto un'importanza strategica nella formazione dello studente.

In Italia dopo l'emanazione della legge di riforma 509/1999 (Regolamento recante norme concernenti l'autonomia della didattica degli atenei) e con l'avvio dall'anno accademico 2002/2003 si è resa necessaria una nuova e approfondita riflessione circa la funzione tutoriale, ritenuta sempre più indispensabile per facilitare i percorsi di apprendimento e ridurre i rischi di abbandono dello studente. Non solo, si è avvertita sempre più la necessità di avvicinare i giovani in formazione al mondo del lavoro che hanno scelto, rendendoli in tempi rapidi professionisti competenti. In questa legittimazione legale c'è l'evoluzione del tutor di tirocinio che passa da una funzione di counsellor ad una educativa, di coordinamento della formazione tecnico-pratica, di contributo alla valutazione di ciascun periodo di tirocinio fino ad arrivare a formulare un giudizio finale.

In ambito infermieristico è il tutor clinico che si interessa dello studente nella sua totalità: valuta le sue conoscenze teoriche e lo aiuta ad acquisire le abilità pratiche e le competenze affettive e relazionali. Ci si trova di fronte a professionisti che oltre ad avere responsabilità assistenziali, si dedicano alla formazione degli studenti in ambito clinico. Si tratta di infermieri capaci e motivati con abilità tecniche, relazionali, organizzative e valutative.

In tale contesto, la figura del tutor clinico viene ad assumere un ruolo strategico ed operativo fondamentale al fianco dello studente infermiere, con lo scopo di accompagnarlo verso un agire riflessivo e situato, orientato nella complessità e problematicità delle azioni di chi si occupa dell'assistenza alle persone.

Nell'espletamento delle sue attività, per prima cosa il tutor clinico deve conoscere in maniera dettagliata il percorso formativo dello studente per poter valutare al meglio gli obiettivi del singolo e le competenze da acquisire nella specifica esperienza clinica; in questo modo il tutor potrà scegliere la metodologia e gli strumenti didattici più idonei e mirati che permetteranno l'elaborazione di un progetto di tirocinio personalizzato finalizzato ad un apprendimento significativo.

L'argomento oggetto della tesi è stato scelto da me stessa e ritengo opportuno sensibilizzare gli infermieri, gli studenti e coloro che partecipano alla formazione, alla riflessione relativa alla formazione infermieristica.

Con questo elaborato si è voluto, prima di tutto, indagare il fenomeno della formazione infermieristica, cercando poi di approfondire l'argomento dei bisogni formativi, dell'evoluzione della formazione infermieristica italiana e della figura del tutor. Nella seconda parte si mostra chi sia il tutor ed il ruolo che ha nella progettazione formativa. Nell'ultima parte vengono presentati le diverse Figure-Docente, come il Docente, il Coordinatore dell'Insegnamento Tecnico-Pratico e di Tirocinio, il Tutor e la Guida di tirocinio; si tratta, infine, dell'apprendimento clinico e del sistema di valutazione.

CAPITOLO I: COS'E' LA FORMAZIONE?

1.1. I Bisogni Formativi ieri e oggi

L'evoluzione della formazione infermieristica e dell'esercizio della professione di infermiere avvenuta negli ultimi anni mostra che il *Nursing* è una scienza e possiede in sé la maturità per entrare a pieno titolo nel novero delle professioni cosiddette moderne. Con tale termine si vuole indicare quelle professioni che, attraverso una serie di tappe imprescindibili, sono giunte ai seguenti passaggi:

- esistenza nella collettività di una categoria di bisogni riconosciuti che la persona o il gruppo non riescono a soddisfare;
- attribuzione da parte della società di aspettative di soluzione di quei bisogni ad un gruppo ben identificato di persone e di precise responsabilità (doveri) per intervenire in maniera competente;
- capacità reale del gruppo di rispondere operativamente alle necessità che la collettività percepisce in un dato ambito;
- capacità del gruppo professionale di consolidare nel tempo e formalizzare le proprie competenze tramite la costituzione di un corpo sistematico di conoscenze trasmissibili.

Per comprendere pienamente lo sviluppo della formazione infermieristica e la realtà dell'esercizio professionale occorre ripercorrere brevemente le tappe che ne hanno caratterizzato la sua progressione inarrestabile, anche se lenta e non priva di contraddizioni.

Il contenuto della professione infermieristica di oggi è il frutto della storia e dell'esperienza del passato. La rivisitazione di quest'ultimo consente di illuminare le ragioni storiche e culturali che pesano sul ruolo svolto in principio soprattutto dalle donne, ed in particolare dalle religiose, nella nascita, nello sviluppo e nell'affermazione della professione infermieristica.

Sappiamo oramai che fino a quasi tutto l'Ottocento l'attività assistenziale, nata come risposta spontanea al bisogno di dare e ricevere aiuto, viene attuata in forma empirica e a

scopo benefico, poi in fase successiva, passa da un tipo di attività caritatevole, svolta per lo più da personale religioso, ad una attività fondata su basi scientifiche e tecniche, svolta da persone minimamente preparate in apposite scuole e corsi.

Le più forti trasformazioni si hanno con l'avvento dell'industrializzazione e anche la medicina si arricchisce di nuove conoscenze e tecniche ed il medico avverte la necessità di delegare ad una sua aiutante pratiche assistenziali prima da lui svolte direttamente. Non è un caso che la professione infermieristica prenda corpo proprio nell'800, in Inghilterra, culla dell'industrializzazione, e grazie ad una donna: Florence Nightingale.

Solo verso la fine dell'Ottocento vengono istituite ed organizzate, in ambito ospedaliero, le prime scuole-convitto aperte non solo a religiose, ma anche a persone laiche e con una propria e ben definita regolamentazione giuridica. Con il progressivo diffondersi delle scuole la professione cresce e si evolve, inizia ad organizzarsi in associazioni infermieristiche nazionali per confluire poi in organismi associativi internazionali e a darsi un proprio sistema di norme giuridiche e deontologiche.

All'inizio del '900 in tutti i paesi allora più progrediti le Scuole Infermieristiche sono ormai una realtà, e il concetto di "assistenza-carità" sostituito, anche grazie proprio all'opera di Florence Nightingale, dal concetto di "assistenza come dovere morale" di tutti ed in particolare delle autorità statali.

1.2. Evoluzione Italiana della Formazione Infermieristica

In Italia è Anna Celli che, nel primo decennio del '900, pubblica analisi dettagliate sulla condizione infermieristica, dichiarando che le mansioni delle infermiere negli ospedali sono svolte principalmente da personale impreparato e mal pagato. Nel pensiero della Celli, infermiera e femminista della borghesia del primo Novecento, si ritrovano alcuni principi analoghi di riformatori dell'assistenza di altri paesi. Essa non si è ridotta tuttavia ad evidenziare limiti e carenze, ma si è distinta anche per la sua azione propositiva, in quanto ha ritenuto indispensabile che si attivassero corsi preparatori per le infermiere della durata di almeno sei mesi e che tra i requisiti di ammissione figurassero almeno la licenza elementare e il certificato di buona condotta¹.

Nonostante Anna Celli avesse ben chiara la situazione assistenziale dell'epoca, i suoi interventi non hanno ottenuto i risultati desiderati; fu, infatti, necessario attendere ancora

¹ Artioli G. Evoluzione storica dell'assistenza e della formazione infermieristica. Milano, Area Qualità, 2000.

l'istituzione delle prime scuole per infermiere, che sorsero su iniziativa e ad opera di infermieri anglosassoni.

Poche sono le scuole esistenti all'inizio del XX secolo in Italia, fondate dalle allieve della Nightingale secondo il modello già sperimentato con successo in Inghilterra, a seguito della riforma dell'assistenza infermieristica: ad esempio la scuola Croce Azzurra di Napoli diretta da Miss Grace Baxter e la scuola convitto Principessa Iolanda di Milano, gestita poi dalla Croce Rossa Italiana.

Con il Regio Decreto n. 1832 del 1925² si giunge all'istituzione delle scuole convitto professionali per infermiere. Esso costituisce la prima norma diretta a fissare i criteri unici istitutivi e gestionali di queste scuole, validi su tutto il territorio nazionale e rappresenta il tentativo di porre rimedio alla estrema frammentazione e disomogeneità della formazione infermieristica del tempo³. L'obiettivo principale dell'istituzione delle scuole convitto non è tanto quello di sostituire tutto il personale di assistenza diretta con personale femminile diplomato, ma piuttosto quello di formare i quadri dirigenti dell'assistenza infermieristica, con donne colte, ben preparate e fidate. La formazione, di durata biennale, richiede per l'ammissione il titolo di scuola media di primo grado, livello di scolarità certamente molto elevato se rapportato al momento storico e alla condizione delle donne italiane. Purtroppo però tale livello non è considerato obbligatorio: in mancanza di candidate che ne fossero in possesso, sono accettate anche allieve con la sola licenza elementare.

La domanda di iscrizione alla scuola prevede, allegata, una dichiarazione firmata da due persone rispettabili e conosciute nell'ambito scolastico, attestante l'indiscussa moralità dell'aspirante infermiera. All'epoca, l'effettiva ammissione alla scuola viene conseguita dopo un periodo di prova di due mesi, trascorso il quale la direttrice riferisce al consiglio di amministrazione l'esito che, se non favorevole, può determinare il licenziamento dell'allieva senza obbligo di motivazione.

Anche in Italia, pertanto, il modello della scuola convitto si è indirizzato esclusivamente verso un'utenza femminile, soprattutto di ceto medio elevato, con una formazione centrata sul tirocinio, da svolgersi in ambito ospedaliero. Tuttavia, lo scarso numero di scuole, la selezione rigorosa che in esse viene effettuata, l'elevata scolarità richiesta per l'accesso al corso di formazione e l'impegno nello studio e nei tirocini hanno

² Regio Decreto 15 agosto 1925 n. 1832: Nascono le scuole convitto e si ha il primo riconoscimento ufficiale della professione infermieristica da parte dello Stato con una durata biennale del corso, esame finale; le prime scuole erano dirette dal Direttore sanitario dell'Ospedale e ferrea era la disciplina e l'educazione morale delle allieve poiché si mirava all'obbedienza e alla mera esecuzione di ordini medici.

³ Dimonte V. Da servente a infermiere, una storia dell'assistenza infermieristica in Italia. Torino, Cespi Editore, 1993.

condotto ad un esiguo, o comunque non adeguato numero di infermiere diplomate, rispetto al fabbisogno della società.

L'evoluzione della medicina, lo sviluppo tecnologico, il passaggio dalla concezione di accudimento e sorveglianza del malato all'idea di cura, trattamento e guarigione, l'espansione del sistema ospedaliero, rappresentano elementi di innovazione negli anni tra il 1920 e il 1960-1970, tali per cui si modificano radicalmente il bisogno sanitario e le possibilità di risposta da parte degli operatori.

Tra le prime conseguenze di tali cambiamenti nella professione infermieristica si riscontrano segnali di inadeguatezza del sistema formativo costituito dalle scuole convitto e una carenza strutturale di personale, fattori che rappresentano la principale ragione della soluzione normativa contenuta nella legge 124/1974 che consente l'estensione al personale maschile dell'esercizio della professione di infermiere, riconverte le scuole convitto in scuole per infermieri professionali e abolisce l'obbligo dell'internato⁴.

L'apertura formale alla componente maschile, ancorché storicamente minoritaria, fino a quel momento esclusa dalla professione, si pone come una svolta di rilievo sociale e professionale.

Negli anni 70 si assiste inoltre a un lento ma progressivo ridimensionamento della componente religiosa. Sulla scorta dell'elevata richiesta di personale, l'originaria matrice vocazionale della professione infermieristica lascia progressivamente il posto a motivazioni che si caratterizzano maggiormente come scelta professionale in senso più laico. La professione infermieristica diviene oggetto di interesse, anche sul piano occupazionale, da parte di molti giovani.

Tra gli anni 60 e 70 vengono attivate le prime due scuole per dirigenti e docenti dell'assistenza infermieristica all'Università La Sapienza e all'Università Cattolica di Roma, che consentono il costituirsi di un gruppo di operatori particolarmente sensibili e capaci di analizzare criticamente la situazione, oltre che interessati ad osservare quanto avveniva negli altri Paesi⁵. Il ruolo di suddette scuole (alle quali, più tardi se ne aggiunsero altre) si può tradurre nel merito di avere significativamente contribuito a sviluppare la crescita professionale degli infermieri e a favorire la diffusione di modelli concettuali provenienti soprattutto dalla realtà anglosassone.

La figura del dirigente e del docente riveste una importanza fondamentale, in quanto essi devono essere i promotori e i responsabili del salto di qualità che la professione

⁴ Lamboglia E. Lo sviluppo storico e sociale della conoscenza infermieristica in Italia. *Nursing Oggi*, 1: 20-40, 1999.

⁵ Carli E. Infermieri in Università: cosa cambia? *G. Gerontol*, 52: 433-437, 2004.

infermieristica è chiamata a compiere per far fronte alla crescente richiesta da parte della comunità.

Nel 1967 viene siglato l'Accordo di Strasburgo che riorganizza tutto l'iter di formazione professionale per l'infermiere, uniformando i contenuti della preparazione del personale infermieristico nei paesi della CEE e con la possibilità del libero accesso dei professionisti a questi ultimi. L'Accordo Europeo sull'istruzione delle infermiere viene ratificato in Italia nel 1973 e, benché con sei anni di ritardo, introduce novità sostanziali nella formazione modificando sostanzialmente le scuole per infermieri. Difatti, il corso, da biennale diviene triennale, si richiedono 10 anni di scolarità per l'accesso alla scuola, si prevede un monte ore decisamente superiore a quello precedente (4.600 ore minime) e un programma teorico-pratico molto più articolato che in passato. Si ridefiniscono, così, contenuti e struttura organizzativa di una formazione che ormai appariva obsoleta e inadeguata rispetto alle nuove esigenze del mondo sanitario e dei servizi. Il programma di studio, attenuando in parte il tributo culturale e scientifico da pagare alla medicina, introduce l'insegnamento di discipline umanistiche con alta valenza formativa per la professione.

L'effetto di innalzamento del livello di formazione è indubitabile, ma non mancano gli effetti ambigui e negativi, tra questi si possono menzionare la forte caratterizzazione in senso biomedico dei programmi formativi, con la conseguente accentuazione della subordinazione nei confronti della professione medica e l'inquadramento della formazione infermieristica nell'ambito dell'istruzione artigiana e professionale (1972) e il conseguente trasferimento alle neo-istituite regioni, che ha provocato una moltiplicazione delle Scuole per Infermieri all'insegna della disomogeneità tra una regione e l'altra. In questa situazione, la formazione degli infermieri si è suddivisa in due momenti strategici:

- la teoria, basata sulle conoscenze mediche considerate indispensabili per formare dei professionisti che fossero validi collaboratori del medico;
- il tirocinio, quantitativamente molto consistente, orientato ad acquisire capacità manuali, a comprendere le regole del sistema organizzativo e ad adattarsi al contesto.

In molti casi non sono presenti dei tutori o similari. Tale impostazione ha favorito l'immediata spendibilità del titolo di studio e un inserimento lavorativo veloce⁶.

6 Op. Cit. 5

Nel 1976 viene promulgata la legge 339, che abbassa ulteriormente il limite di età minimo di accesso alle scuole, fissandolo a sedici anni. Questo fatto rappresenta un ulteriore elemento negativo per lo sviluppo della formazione e della professione infermieristica. Se, infatti, da un lato permette un maggiore afflusso di studenti alle scuole, dall'altro rende sempre più difficile ottenere, come requisito di accesso il diploma di scuola superiore di secondo grado. In questo modo si determina un impoverimento culturale della professione associato a un mancato riconoscimento della complessità e della rilevanza dell'atto assistenziale, continuamente a contatto con le dimensioni della vita, della sofferenza e della morte.

Nonostante i tentativi di miglioramento del percorso formativo, attuati anche attraverso alcune sperimentazioni di iniziativa nazionale, la frequenza alla scuola per infermieri in questi anni risulta comunque non priva di problematiche di apprendimento da parte degli studenti.

La mancanza di regolamentazione di accesso, la giovane età dei corsisti, la modesta preparazione culturale (gli allievi provengono in gran parte da istituti professionali e di frequente rappresentano i drop out delle scuole medie superiori) determinano un alto livello di abbandono ai corsi.

Nell'ultimo decennio l'Università italiana ha subito profonde cambiamenti che l'hanno chiamata a fronteggiare importanti sfide culturali derivanti, in particolare, da nuove esigenze di qualificazione professionale e di approfondimento culturale di una pluralità di professionisti, tra i quali gli infermieri, la cui formazione, precedentemente, è avvenuta in contesti al esterni al sistema universitario.

La legge 341 del 1990, relativa alla riforma degli ordinamenti didattici universitari, modificando il vecchio sistema accademico italiano, istituisce i Diplomi universitari; all'interno di una così radicale riforma il Ministero dell'Università e della Ricerca Scientifica e Tecnologica (MURST), ritenendo che il corso di studi per la formazione dell'infermiere professionale abbia tutti i requisiti per essere incluso nei diplomi universitari, approva la tabella XXXIX ter relativa all'ordinamento didattico del diploma in scienze infermieristiche.

Si apre, così, un canale formativo universitario, che non è, al momento, sostitutivo di quello tradizionale, ma del quale sarà, per alcuni anni, parallelo.

La tabella XXXIX ter, emanata in allegato al Decreto MURST del 1992, inserisce la formazione infermieristica universitaria all'interno delle Facoltà di medicina e chirurgia e,

nonostante il recepimento della normativa europea sulla formazione infermieristica, il percorso degli studi e la gestione dei corsi subisce radicali modifiche rispetto al modello delle scuole per infermieri professionali.

Innovativo e positivo, per gli infermieri, è l'innalzamento dei requisiti di accesso alla formazione, che garantisce una più elevata preparazione di base e maggiori strumenti personali per affrontare il rapporto con la persona che necessita di assistenza nei tirocini, ma a rischio si presenta la costruzione dell'identità professionale del futuro diplomato, per la scarsa finalizzazione dei contenuti accademici e per la riduzione delle docenze infermieristiche e dei tirocini. Le tappe successive di cambiamento sono rappresentate dal Decreto legislativo 502/1992 che sancisce l'unificazione dei due percorsi formativi, universitario e sanitario, in un unico profilo, delineato in specifico nel 1996 dalla tabella XVIII ter recante gli ordinamenti universitari dei corsi di diploma universitario dell'area sanitaria. A tal fine, le Regioni e le Università attivano appositi protocolli d'intesa per l'espletamento dei corsi a partire dal 1996, anno in cui sono soppressi tutti i corsi dei precedenti ordinamenti (universitari e professionali). Viene così superato il problema del doppio canale formativo, individuando nell'Università l'unica strada percorribile, in futuro, per la professione infermieristica.

Nei primi anni accademici successivi al decreto del 1996 si assiste a una drastica riduzione del numero degli iscritti ai corsi di diploma, connessa certamente al radicale cambiamento del percorso formativo, all'innalzamento dell'età di ammissione ai corsi (dai 16 ai 19 anni) e alla modifica del titolo di studio di accesso (biennio di scuola media superiore prima, ora diploma di maturità). Alla carenza di iscrizioni, fenomeno che si manifesta soprattutto nel nord del Paese, si associa la programmazione dei posti disponibili, che sancisce la definizione di un numero chiuso di accesso ai corsi, situazione che si verifica in modo particolare al sud, dove a fronte di numeri esigui di accesso, si riscontra un surplus di domande. Il fenomeno della riduzione degli accessi alla formazione si associa a quello della carenza di personale infermieristico, ancora una volta particolarmente rilevante al nord d'Italia, determinato da una carenza a livello di immissione di diplomati nel mondo del lavoro, ma anche da un elevato turn over e abbandono della professione da parte dei professionisti.

L'obbligo alla frequenza dei corsi, l'impegno del carico teorico associato allo stress emotivo e fisico derivanti dal tirocinio rappresentano solo alcuni dei fattori che rendono difficoltosa la prosecuzione degli studi agli studenti infermieri universitari.

Intervengono altri elementi di cambiamento: la legge 15 maggio 1997 n. 127 rappresenta la normativa con la quale i principi del sistema universitario definiti in ambito europeo vengono recepiti anche in Italia e si pone come legge orientata al miglioramento della qualità dell'istruzione universitaria mediante l'adozione del principio fondamentale dell'autonomia didattica degli Atenei (DM 509/1999).

Gli obiettivi che la riforma universitaria Italiana intende perseguire sono rappresentati, tra gli altri, dal dare vita a un sistema articolato su più cicli che consenta l'utilizzazione dei segmenti formativi percorsi con esito positivo, dall'aumentare l'efficienza didattica e ridurre il fenomeno dell'abbandono e dall'armonizzazione dei corsi di studi nel contesto Europeo.

È però soltanto attraverso il Decreto 2 aprile 2001 "Determinazione delle classi delle lauree universitarie delle professioni sanitarie" che il progetto culturale e professionale disegnato da anni e sostenuto e rinforzato dalle componenti più rappresentative della professione ha preso forma e si dirige verso la piena realizzazione. È indubbio che il nuovo ordinamento, con l'istituzione delle lauree triennali e specialistiche in scienze infermieristiche, si inserisca in un contesto normativo e culturale che voglia valorizzare la professione infermieristica, in uno scenario dove la vera sfida è quella di fornire servizi appropriati, efficaci, di qualità.

Con il Decreto Ministeriale n. 270 del 22 ottobre 2004, il sistema italiano degli studi universitari ha subito un'ulteriore trasformazione, nell'ambito della quale sono stati riprogettati i corsi di studio di primo e di secondo livello, introducendo ulteriori modifiche relative alle classi di laurea, alla denominazione dei titoli di studio conferiti e alle qualifiche accademiche. Il D.M. 270, in particolare, evidenzia la necessità di un effettivo collegamento fra lo sviluppo di determinate conoscenze professionali e le richieste del mondo del lavoro: la formazione nell'ambito di specifiche professionalità, quindi, deve mirare direttamente all'inserimento lavorativo del laureato. Una delle modifiche sostanziali della riforma è l'introduzione obbligatoria a partire dall'A.A. 2011/12, per tutti i corsi di laurea delle professioni sanitarie, di un tirocinio professionalizzante di almeno 60 CFU (crediti formativi universitari) di cui milleduecento ore minime di attività "in campo", a fianco dei professionisti sanitari del proprio profilo professionale.

Considerato l'impegno da dedicare all'attività di tirocinio nei servizi, è facile intuire quale sia il carico di lavoro aggiuntivo per il personale che accompagna lo studente. Per questo motivo è necessaria una progettazione ed un governo del sistema molto accurato, preciso e dinamico.

La professione infermieristica viene sempre più chiamata a rendere un servizio di qualità, quale contributo alla salute dell'uomo, richiedendo un percorso formativo che preveda, in sede accademica, tempi e spazi per una continua riflessione e una sistematica ricerca sui contenuti disciplinari e sull'orientamento deontologico della professione. Anche il corso di laurea, come il diploma, ha finalità professionalizzanti perseguite attraverso l'insegnamento teorico, il tutorato, il tirocinio professionalizzante. L'ordinamento, inoltre, rispetta le indicazioni dell'Unione Europea e il titolo rilasciato consente l'esercizio dell'attività nei paesi aderenti alla stessa. Nei paesi europei, la formazione di base è sostanzialmente simile, anche se le istituzioni formative sono diverse.

A seguito della riforma universitaria, i piani di studio degli attuali corsi di laurea includono molti ambiti disciplinari il cui contributo formativo è l'acquisizione di un sapere pratico (applicazione) fatto di competenze e conoscenze che costituiscono il patrimonio specifico dei diversi profili professionali.

L'attivazione di corsi di laurea professionalizzanti rappresenta un'occasione particolarmente fertile per l'Università che può arricchirsi di nuove esperienze non solo nell'ambito della formazione e ricerca, ma anche nel campo dell'applicazione e dell'integrazione, intesa quest'ultima non solo come superamento del sapere tra discipline, ma anche come capacità d'uso dei loro contenuti, ossia capacità di coniugare operativamente teoria e pratica⁷.

La trasformazione della formazione infermieristica ha stimolato ad un ripensamento dei curricula, con il conseguente ripensamento sulle attività caratterizzanti e su quelle irrinunciabili. Ha portato ad una definizione del core della formazione, allo scopo di formare un professionista con competenze corrispondenti al profilo specifico.

Certo, il percorso formativo accademico non è privo di rischi, tra cui quello di pensare che il Corso di Laurea in Infermieristica e la Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche siano motivo per un rafforzamento o un ripresentarsi dello scollamento del sapere dalla prassi, rischio già presente nei precedenti modelli di formazione e per il quale da sempre si sono attivate strategie orientate al superamento.

Le tappe di cambiamento nella formazione infermieristica fin qui descritte non sono avvenute solo ed esclusivamente per rispondere alle istanze espresse dalla professione infermieristica, ma anche perché i bisogni sanitari, la domanda espressa dai cittadini, la cultura dell'organizzazione sanitaria sono progressivamente cambiate. La professione infermieristica sta cambiando rapidamente e sembra richiedere un elevato tasso di capacità

⁷ Matarese M, De Marinis MG., Tartaglini D. Un nuovo modello per il sapere infermieristico accademico in Italia. *Int Nurs Persp*, 2 (1): 11-15, 2002.

progettuali, di capacità di scelta e di decisione piuttosto che di applicazione di regole e procedure derivanti da modelli e sistemi di sapere già consolidati ed utilizzati acriticamente e rigidamente. In altre parole, oggi sono richieste non solo abilità, ma competenze, cioè complesse capacità di applicare modelli, metodi e strumenti nell'agire professionale.

1.3. Evoluzione del Tutor nell'ambito sanitario

La funzione tutoriale nasce nella cultura anglosassone nella quale il tutor era il precettore privato che veniva incaricato personalmente dell'educazione e dell'istruzione dei fanciulli appartenenti alla nobiltà inglese. Sulla base di questo modello il ruolo della funzione tutoriale ha subito una crescita esponenziale trovando un modello di applicazione valido e operativo anche nella formazione universitaria⁸. In Italia si comincia a parlare della figura del tutor nell'ambito universitario nel 1980 con D.P.R. n.382, mentre, successivamente, con la Legge del '90 n.341, art. 13, viene stabilito l'obbligo, per le università, di istituire un Sistema di Tutoraggio. Secondo questo modello legislativo il tutor rivestiva puramente un ruolo di counseling. Dopo l'emanazione della legge di riforma 509/1999 (Regolamento recante norme concernenti l'autonomia della didattica degli atenei) e con l'avvio dall'anno accademico 2002/2003 si rende quindi necessaria una nuova e approfondita riflessione circa la funzione tutoriale, ritenuta sempre più indispensabile per facilitare i percorsi di apprendimento e ridurre i rischi di abbandono. Non solo, si avvertiva sempre più la necessità di avvicinare i giovani in formazione al mondo del lavoro che hanno scelto, rendendoli in tempi rapidi professionisti competenti. In questa legittimazione legale è presente l'evoluzione del tutor di tirocinio che passa da una funzione di counsellor ad una *educativa, di coordinamento della formazione tecnico-pratica, di contributo alla valutazione di ciascun periodo di tirocinio fino ad arrivare a formulare un giudizio finale*.

Il termine tirocinio indica un'esperienza pratica presso un'azienda la cui durata varia nel tempo, il cui scopo è orientare e formare il tirocinante per una specifica professione. Il tirocinio durante il CdL in Infermieristica rappresenta, in sinergia con la parte teorica, l'elemento formativo determinante, poiché costituisce la principale occasione per l'acquisizione delle competenze pratiche specifiche. Il tirocinio consente allo studente di:

- applicare le conoscenze apprese durante i percorsi teorici;

- sviluppare capacità decisionali;

⁸ Pedicchio, Fontana, 1990

- ampliare le capacità cognitive;
- acquisire competenze relazionali col paziente e con l'equipe;
- integrare la teoria con la pratica.

Purtroppo oggi, a causa di molteplici fattori come ad esempio la ristrettezza delle risorse e lo scarso interesse a strutturare un tirocinio con requisiti corrispondenti alle esigenze formative dello studente, spesso si evidenzia una discrepanza tra ciò che viene insegnato nella teoria e ciò che viene poi svolto nella pratica clinica, con conseguente compromissione del percorso formativo. Tutto ciò incide negativamente sulla qualità formativa dello studente: si rende necessario, quindi, integrare la teoria con la pratica, entrambi aspetti essenziali di un'unica filosofia.

Proprio per questo con l'avvento del tutor in ambito infermieristico, con il suo riconoscimento nel mondo universitario e con la sua valorizzazione, difficile ma sempre più necessaria ai fini della promozione di ogni strumento didattico, la speranza è che si possa rispondere meglio alle esigenze di una formazione centrata sullo studente, orientata ai bisogni sanitari di una società in rapido cambiamento. *La didattica tutoriale pone lo studente al centro del suo processo di apprendimento e in posizione attiva nei confronti del suo processo formativo e professionalizzante, al fine di formare professionisti in grado di mantenere livelli adeguati di competenze.*

L'esigenza di promuovere e sviluppare le competenze dei lavoratori, necessaria in tutte le organizzazioni di lavoro, è particolarmente importante nel mondo della sanità. La crescente complessità dei contesti organizzativi odierni, i continui progressi tecnologici e la sempre maggiore consapevolezza dei cittadini circa i loro diritti alla salute, mettono in luce la necessità di formare professionisti con competenze adeguate alle esigenze sociali e culturali, capaci di aiutare, promuovere l'innovazione e in grado di offrire una professionalità agita, dinamica e in permanente formazione. Questi elementi, insieme agli importanti cambiamenti che hanno interessato il panorama normativo sanitario negli ultimi anni, hanno comportato di riflesso la necessità di intervenire direttamente sulla formazione dei futuri professionisti.

In ambito sanitario *fare formazione* significa prima di tutto *essere attenti alle competenze professionali degli operatori e puntare sulla coesistenza di una formazione teorica e di una formazione tecnico- pratica*. Quest'ultima si realizza attraverso l'affiancamento di un discente a un professionista esperto. Una strategia efficace in questo

senso è stata quella di conferire un'importanza sempre maggiore al tirocinio formativo con il fine di ottenere una migliore efficacia operativa attraverso una conciliazione tra saperi appresi in aula e l'applicazione di questi nel lavoro.

E' in questo contesto che emerge la figura del *tutor clinico per la formazione*.

CAPITOLO II: LA FIGURA DEL TUTOR

2.1. Chi è il Tutor?

Etimologicamente la parola *TUTOR* deriva dal latino *tutus*, participio passato del verbo *tueri* che letteralmente significa “difendere, proteggere”, e da essa partiamo per delineare tutte le principali sfaccettature e “applicazioni” nel mondo reale.

Nel campo infermieristico, quindi si distinguono due importanti tipologie di figure tutoriali:

- il **tutor didattico**, ovvero una persona che può avere compiti relativi alla formazione universitaria dello studente, altresì, può svolgere e pianificare corsi nonché organizzare alcune lezioni di base nel campo infermieristico. Si tratta di professionisti che hanno la responsabilità di sostenere emotivamente e metodologicamente lo studente nel suo percorso di sviluppo personale e professionale. Sono professionisti assegnati a tempo pieno alle sedi di formazione universitaria, si occupano della pianificazione dei corsi, dell'organizzazione delle lezioni, della gestione dei tirocini e degli esami;
- il **tutor clinico** che ha la funzione di formazione dei discenti in ambito clinico e la responsabilità di infondere concetti generali assistenziali. Il tutor clinico si interessa della persona nella sua totalità: valuta le sue conoscenze teoriche ed aiuta lo studente ad acquisire le abilità pratiche e le competenze affettive e relazionali. Ci si trova di fronte a professionisti che oltre ad avere responsabilità assistenziali, si dedicano alla formazione degli studenti in ambito clinico. Si tratta di infermieri capaci e motivati con abilità tecniche, relazionali, organizzative e valutative.

Il tutor clinico svolge una funzione che si è andata consolidando negli ultimi anni; con la formazione accademica i contorni di questa figura si sono maggiormente evidenziati collocandola come *trait-d'union* tra l'assistenza infermieristica e l'università in quanto istituzione formatrice e detentrica dell'implementazione del piano didattico.

È sempre più sentita l'esigenza di passare da un sistema formativo che trasferisce nozioni rapidamente destinate a diventare obsolete ad uno che, fondato su nuclei centrali e valori fondamentali, crea nello studente stimoli e strumenti adeguati per la coltivazione autonoma della conoscenza.

Lo studio di casi, le simulazioni, la soluzione di problemi reali in situazioni controllate sono solo alcuni dei metodi di cui può arricchirsi una didattica che si pone il problema di sviluppare capacità di azione autonoma, flessibilità, intelligenza critica per decisioni rapide e sicure, ma che soprattutto sostenga lo studente nella possibilità di costruirsi percorsi conoscitivi in un quadro di formazione permanente. In un contesto formativo di questo tipo si intravede una figura di tutor che perde le caratteristiche del semplice "istruttore" o del "trasmettitore di conoscenze" ed assume il ruolo di facilitatore e guida dell'apprendimento,

di colui che sa attivare spazi lungo i quali ed in forza dei quali lo studente impara ad organizzare le sue strategie cognitive e le sue conoscenze.

Le nuove opportunità di crescita professionale per questa funzione sono offerte dal master di I° livello in tutoring e da corsi di perfezionamento attivati dai diversi atenei. Il master ha lo scopo di creare personale del ruolo infermieristico ed ostetrico capace di esercitare, in modo adeguato, funzioni di tutoring per gli studenti dei corsi di laurea triennale, comprendenti sia l'attività didattica in aula che quella di tirocinio professionalizzante nelle unità assistenziali sia nell'attività di formazione di base che in quella di aggiornamento e formazione continua.

2.2. La Normativa Tutoriale

La figura del **tutor** è identificata nel D.P.R. n.382 dell'80 e nei protocolli d'intesa tra Regione ed Università. All'art. 13 della Legge n.341 del 1990 si afferma che, entro un anno dalla data di entrata in vigore della legge ciascuna università deve provvedere ad istituire con regolamento il tutorato sotto la responsabilità dei consigli delle strutture didattiche. *“Il tutorato è finalizzato ad orientare ed assistere gli studenti lungo il corso degli studi, a renderli attivamente partecipi del processo formativo, a rimuovere gli ostacoli ad una proficua frequenza dei corsi, anche attraverso iniziative rapportate alle necessità, alle attitudini ed alle esigenze dei singoli.”*

I requisiti per poter svolgere la funzione di tutor clinico sono:

- appartenere allo specifico profilo professionale ed essere in possesso del massimo livello di formazione; alcune sedi richiedono di essere docente, altre di possedere precedenti esperienze in ambito lavorativo, altre ancora un determinato numero di anni di esercizio professionale e adeguate attitudini morali e capacità professionali con costante impegno all'aggiornamento. La scelta dei tutor è fatta dal coordinatore e dal consiglio del Corso di Laurea tra il personale infermieristico docente o che opera nelle diverse Unità Operative Ospedaliere.

La formazione universitaria avviene in sede ospedaliera o in altre strutture del S.S.N. appositamente accreditate, a seguito di stipula di appositi protocolli d'intesa tra le Università e le Regioni, nel rispetto della programmazione dei bisogni quantitativi previsti dall'Amministrazione regionale e tenuto conto delle strutture e del personale disponibile.

Nelle unità operative in cui si svolge il tirocinio, la parte dell'orario di lavoro del personale dipendente del SSN dedicata all'attività di assistente di tirocinio è compresa nell'orario di servizio.

L'Università e la Regione provvedono alla formazione ed alla qualificazione del personale docente e dei tutori, i quali partecipano ad attività di formazione continua su aspetti clinici e di metodologia.

2.3. Le Funzioni del Tutor Clinico

L'insegnamento clinico è un'esperienza molto delicata che richiede delle doti non comuni, quali la sensibilità nell'ascolto dei problemi dello studente, la sicurezza nell'espletamento delle attività assistenziali, l'attitudine a trasmettere le proprie conoscenze, l'equilibrio psicologico per gestire problemi complessi e la capacità di mettersi in discussione.

La guida di tirocinio o assistente al tirocinio clinico o tutor clinico è *la persona con maggior operatività formativa sul campo che allestisce situazioni di apprendimento contemporaneamente all'assistenza, è una figura fondamentale per la trasmissione di un "esempio professionale"*. Va intesa, dunque, come *guida e supporto per lo studente* per il raggiungimento di una competenza professionale: deve guidare lo studente all'acquisizione dell'autonomia, incoraggiarlo a svolgere con attenzione la professione e stimolarlo in ogni momento alla riflessione nei riguardi di qualsiasi intervento assistenziale.

Durante il tirocinio, il tutor deve indirizzare lo studente a raggiungere diversi obiettivi che si possono riassumere nel sapere, saper fare, saper essere, saper divenire.

La funzione tutoriale viene a svilupparsi con lo scopo di attivare percorsi formativi sempre più integrati tra formazione teorica ed esperienza svolta "sul campo" attraverso una ricorsività tra azione e riflessione.

Durante il tirocinio clinico il tutor deve indirizzare lo studente a raggiungere determinati obiettivi tra i quali:

- applicare un metodo logico, sistematico per le decisioni e le soluzioni dei problemi;
- adottare evidenze scientifiche nella clinica infermieristica;
- far riferimento ad una prospettiva teorica nella pratica clinica;
- riconoscere la singolarità di ciascun paziente;
- approfondire, specificare oppure aumentare la consapevolezza verso i contenuti ed i significati delle varie esperienze di tirocinio;

- stimolare lo studente ad essere consapevole dell'importanza di costruire un patrimonio cognitivo adeguato a garantire un'operatività di carattere professionale;
- aiutare lo studente ad interiorizzare il significato della professione infermieristica;
- offrire allo studente supporto ed indirizzo per il raggiungimento degli obiettivi di tirocinio;
- aiutare lo studente ad osservare i propri processi conoscitivi;
- creare situazioni di autovalutazione;
- produrre elaborati a cui seguire una discussione singola con lo studente e di gruppo, in modo da favorire il confronto;
- sapere, saper fare, saper essere, saper divenire;

Le funzioni del tutor clinico durante il processo formativo sono:

- creare, grazie anche alla collaborazione dell'équipe infermieristica e del coordinatore dell'unità operativa, un ambiente formativo favorendo l'integrazione e l'insegnamento dello studente;
- informare e coinvolgere tutti gli operatori del settore nel progetto di tirocinio;
- selezionare le attività e le tecniche assistenziali che lo studente deve sperimentare;
- partecipare alla progettazione del tirocinio clinico, agli incontri finalizzati a conoscere gli obiettivi che si vogliono raggiungere, la metodologia e gli aspetti teorico - pratici;
- stimolare lo studente ad applicare le conoscenze scientifiche e tecniche nel momento dell'applicazione;
- stimolare la riflessione dello studente;
- favorire l'autovalutazione;
- partecipare agli incontri con il coordinatore del corso ed i tutor per definire i diversi obiettivi, programmi e valutazioni dei tirocini.

La base dell'attività del tutor clinico è dunque l'insegnamento clinico, il quale può essere definito come quel processo che prepara gli studenti ad integrare le proprie conoscenze scientifiche di base con capacità orientate allo svolgimento di attività e con competenze associate alla diagnosi e all'assistenza infermieristica alle persone.

Inoltre è da tener presente l'importanza del suo ruolo nell'applicazione del processo di assistenza infermieristica e nell'utilizzo della cartella infermieristica quale strumento per una sua adeguata attuazione.

2.4. La Progettazione Formativa:

Identificati quali siano i bisogni formativi, si può attuare la *Progettazione Formativa*, che si espleta in questo modo:

1. individuazione dei *bisogni formativi*;
2. definizione e identificazione degli *obiettivi formativi*;
3. attuazione degli *interventi formativi*;
4. monitoraggio e valutazione della *progettazione formativa*.

2.4.1.I Bisogni Formativi

L'iter formativo è la risposta alla richiesta di formazione specifica. Lavorare per progetti significa *organizzare, pianificare, gestire un elaborato progettuale* e quindi fornire un prodotto formativo che comprenda gli obiettivi formativi, le tecniche, le metodologie, gli strumenti e la valutazione. Il progetto formativo deve essere adeguato, dalle abilità dei formatori, alle esigenze dei formandi.

Il punto di partenza è rappresentato dall'analisi delle esigenze/bisogni dei destinatari per progettare e realizzare interventi formativi che includano la partecipazione di chi si forma. L'analisi dei bisogni formativi si configura come una vera e propria attività di ricerca e l'identificazione dei bisogni diventa essa stessa momento di formazione per chi vi partecipa.

Nella rilevazione dei bisogni si devono aver presenti le caratteristiche strutturali e le dinamiche dell'organizzazione e si deve tener conto dei bisogni espressi dagli individui in termini di motivazioni, conoscenze e competenze.

Grazie alle interviste alle figure di responsabilità delle organizzazioni, si ottengono le informazioni riguardo l'attività e le strutture, in modo tale da far emergere i bisogni e linee di sviluppo future. È bene effettuare non solum delle interviste ai responsabili dei singoli settori per rivelare specificità, sed etiam, delle discussioni di gruppo per le quali si utilizzano delle apposite griglie.

Da non sottovalutare è l'individuazione del livello delle conoscenze, delle competenze e della capacità possedute dal soggetto in formazione riferite alle seguenti aree:

1. area delle competenze comunicative e delle capacità relazionali;
2. area delle conoscenze e delle competenze tecniche;
3. area della capacità di agire.

Il livello delle conoscenze e delle competenze dei formandi deve essere chiaramente definito tramite l'analisi di:

- competenze di base;
- competenze tecnico-professionali;
- competenze trasversali;
- competenze professionali in ingresso (valorizzazione, esperienze di lavoro, competenze).

Tali competenze vengono determinate da indicatori di valutazione e strumenti quali

- scheda preselettiva;
- test psicoattitudinale;
- test culturali di base e/o tecnico professionali.

Ne consegue un bilancio e una valutazione delle competenze in relazione a situazioni particolari:

- analisi in formazione;
- rilettura delle esperienze pregresse;
- trasformazione delle competenze da sviluppare;
- personale con specifiche esigenze formative e/o professionali.

Attraverso il bilancio delle competenze è possibile:

- a) individuare le fasi del percorso formativo in base alle competenze già possedute dallo studente;
- b) integrare eventuali carenze riscontrate con moduli specifici;
- c) designare varie forme di fruizione del percorso, ad es. in modalità FAD o auto-istruzione.

2.4.2. Definizione e Identificazione degli Obiettivi Formativi

Resi noti i bisogni formativi, si può dare inizio alla pianificazione degli interventi formativi individuando gli obiettivi formativi.

A tal proposito, occorre tener presente due variabili:

- i bisogni formativi del soggetto/i;
- gli obiettivi specifici di apprendimento indicati dal Profilo Professionale.

È fondamentale una stretta correlazione fra gli obiettivi e i contenuti del percorso formativo: ad ogni obiettivo o gruppo di obiettivi, difatti, deve corrispondere un contenuto o gruppo di contenuti da individuare, selezionare, ordinare, considerando la propedeuticità e i livelli di difficoltà crescente.

Data la complessità dei contenuti della formazione, essi li distinguiamo in tre macro aree di carattere generale:

1) area dello sviluppo professionale e motivazionale:

- lettura dei propri bisogni come gruppo e come organizzazione;
- gestione delle conflittualità interpersonali;
- conoscenza delle modalità del lavoro di gruppo;
- gestione delle risorse umane.

2) area dello sviluppo tecnico/professionale:

- conoscenze fondamentale e competenze inerenti la tipologia di attività svolta;
- conoscenza degli aspetti essenziali amministrativi, giuridici e fiscali del settore d'intervento;
- implementazione delle capacità di valutazione;
- implementazione delle capacità progettuali.

3) *area dello sviluppo organizzativo:*

- capacità di confrontarsi con altri soggetti;
- conoscenza dei contenuti relativi alla mission dell'organizzazione;
- capacità di lettura dei bisogni emergenti dell'organizzazione;
- capacità di lettura e comprensione dei bisogni dell'utenza.

2.4.3. Attuazione degli Interventi Formativi

In ordine allo scarto dei bisogni formativi, gli effettivi livelli di partenza rilevati e gli obiettivi che i soggetti devono raggiungere, occorre considerare: i tempi complessivamente necessari, la scansione in ore settimanali, giornaliere o in relazione alle disponibilità degli utenti, gli spazi disponibili, i materiali di supporto, le concrete relazioni docente/discente e la determinazione delle azioni da compiere, cioè, nel concreto, cosa si fa, come, quando, dove e perché.

Direttamente collegato al raggiungimento degli obiettivi formativi, è sicuramente la scelta dei formatori, con i quali è importante comunicare la finalità e socializzare un atteggiamento comune e condiviso.

È consigliabile privilegiare forme partecipative e basate sull'esperienza. Si tratta di scegliere i formatori più adeguati per i tipi di interventi: esperto, docente, animatore, facilitatore della comunicazione.

Ciò si configura nella scelta della metodologia didattica più appropriata, la quale comunque deve essere attiva: domande/dibattito sulla relazione del docente, discussioni in

sottogruppi riguardo temi proposti, esercitazioni di tipo tecnico/applicativo e/o giochi e simulazioni , discussione sui casi, analisi degli auto-casi e role-playng.

Da prestare attenzione, sono, anche, i campi di apprendimento⁹ così suddivisi:

- a) campo del processo intellettuale;
- b) campo della comunicazione interpersonale;
- c) campo dei gesti.

Nella scelta della metodologia da adottare, si tiene conto del tipo di intervento, dei tempi e delle eventuali difficoltà di apprendimento, ponendo particolare attenzione a:

- percorsi da effettuarsi con il criterio della sequenzialità e per discipline parallele;
- percorsi da effettuarsi con il criterio della pluridisciplinarietà e per moduli;
- percorsi da effettuarsi con l'integrazione delle TIC (Information and Communication Technology) in aula e nei lavori di gruppo;
- percorsi integrati con momenti in presenza e momenti a distanza;
- che cosa fare in presenza e cosa fare a distanza.

2.4.4. Monitoraggio e Valutazione della Progettazione Formativa

Dopo l'identificazione degli obiettivi e l'attuazione degli interventi formativi, segue un sistema di monitoraggio e di valutazione efficace, che preveda la verifica delle modalità d'attuazione della progettazione formativa e degli interventi messi in atto, facendo particolare attenzione a *qualità, efficacia ed efficienza* in relazione agli obiettivi condivisi.

I flussi informativi che caratterizzano il sistema di valutazione sono formati da dati aggregati sugli utenti dell'attività formativa, dati provenienti dall'attività di tutoring svolta almeno per l'intera durata dell'azione formativa e dai risultati della valutazione, delle conoscenze e delle abilità acquisite.

⁹ Sasso L., Lotti A., Gamberoni L., Il tutor per le professioni sanitarie, Carocci, 2003.

La valutazione delle attività formative tiene conto, in primis, degli impatti e dei risultati delle attività stesse, sulla base di dati oggettivi raccolti durante il percorso formativo in vista dello'esame finale. A tal proposito si può parlare di misurazione e valutazione, sia intermedia che finale.

Per misurazione s'intende il livello della prestazione raggiunto dal soggetto in una determinata prova in relazione ad un punteggio massimo assegnato.

Per valutazione s'intende, invece, l'apprezzamento (il giudizio di valore) attribuito alla prova, considerando anche variabili non direttamente collegate (es. il livello iniziale del soggetto, livello di attesa del fruitore, difficoltà/facilità della prova, eventuali bonus).

Le misurazioni e le valutazioni intermedie hanno la funzione informativa/formativa, ovvero di comprensione migliore da parte del soggetto e da parte del formatore di facilitare l'apprendimento dei contenuti e l'adeguatezza della metodologia. Quelle finali hanno la funzione informativa: certificano, a livello pubblico, che il/ formatore/i e la commissione abbiano accertato che il soggetto abbia raggiunto le conoscenze e le competenze ad un determinato livello di completezza, adeguatezza e accettabilità. Per tale motivo, si adottano test oggettivi (vero/falso, a risposta multipla, di corrispondenza, di completamento) e prove semistrutturate (insieme di prove oggettive e di quesiti a risposta aperta, trattazione di argomenti); si possono utilizzare anche strumenti come le analisi di caso, cioè si presenta al soggetto una particolare situazione illustrata con tutte le circostanze e le variabili necessarie e si chiede al formando di analizzare il caso e giungere ad una soluzione.

CAPITOLO III: LA TUTORSHIP

3.1. Cosa s'intende per Tutorship?

La *tutorship*, infatti, è un'importante strategia didattica utilizzata in numerosi programmi di formazione di base e post laurea per le diverse professioni sanitarie. Solo in tempi recenti, le svariate declinazioni di cui è oggetto la figura del tutor nel sistema sanitario italiano sono state studiate attraverso indagini più approfondite che hanno messo in luce le funzioni identificative del ruolo di tutor e la consistenza numerica di personale

del Sistema Sanitario Regionale (SSR) che dedica parte del proprio tempo allo svolgimento di funzioni formative di tipo tutoriale¹⁰.

La funzione di tutorship si declina generalmente all'interno di un progetto formativo, fondato su una filosofia pedagogica che pone al centro della sua attenzione lo studente e le sue necessità, le sue attitudini e la sua partecipazione attiva in un percorso definito da obiettivi chiari e condivisi.

L'attività di tutorship si colloca all'interno di una relazione educativa che, anche per sua natura asimmetrica, prevede una sorta di avvicinamento tra le parti in gioco. Come tutte le relazioni di tipo educativo, essa è funzionale al cambiamento tra formatore e discente, utilizza strategie formative interattive riferite a modelli teorico pedagogici diversi all'interno di setting differenziati, che ha lo scopo di aiutare lo studente a transitare efficacemente nelle fasi dell'apprendimento all'interno di un progetto formativo definito.

Affinché sussistano le condizioni per una relazione formativa di tipo tutoriale, è necessario riconoscere l'importanza dell'esordio di questo tipo di relazione educativa, la sua progettualità e intenzionalità.

Questa relazione è, infatti, influenzata fortemente dall'esistenza di un contatto tra docente-tutore e studente per la condivisione dei ruoli e del progetto.

Per quanto riguarda il setting della relazione tutoriale, sono state individuate diverse caratteristiche, fra cui:

- centralità dello studente e suo coinvolgimento;
- ridotta asimmetria relazionale tra studente e tutor;
- clima accogliente, stimolante, dove vi è possibilità di esprimersi e sbagliare;
- flessibilità di tempo, spazi e ruoli;
- luoghi privilegiati, solitamente fuori dall'aula, in piccolo gruppo, al letto del paziente, in laboratorio, sale d'incontro per il tirocinio.

10 Biocca et al, 2007

3.2. Le diverse Figure-Docente:

3.2.1. Il Docente

È il responsabile del processo formativo relativamente all'insegnamento attribuitogli dal Consiglio di Facoltà.

Accanto alla funzione di insegnamento formale e non formale e di counselling, *il docente* è chiamato ad assolvere anche compiti di coordinamento-organizzazione. Tali compiti si possono così riassumere:

- *coordinatore di corso integrato*: che ha il mandato di rappresentare per gli studenti la figura di riferimento per la didattica dei singoli corsi integrati, coordinare la formulazione degli obiettivi didattici, coordinare l'attribuzione dei compiti didattici individuali con i docenti del proprio corso, presiedere la commissione di esame, coordinare la preparazione degli esami e supervisionare la loro corretta effettuazione;
- *coordinatore didattico di anno*: che ha il mandato di favorire il confronto fra docenti per dare unitarietà ai semestri, suggerire eventuali modifiche ai programmi per evitare ripetizioni o proporre la trasformazione di contenuti non essenziali in attività opzionali.

Ai docenti di Scienze Infermieristiche, oltre le funzioni sopra elencate, è affidato anche l'incarico di collaborare alla pianificazione e al coordinamento delle attività di tirocinio.

3.2.2. Il Coordinatore dell'Insegnamento Tecnico-Pratico e di Tirocinio

È responsabile degli insegnamenti tecnico-pratici e del loro coordinamento con quelli teorico-scientifici, organizza le attività complementari, assegna i Tutor e ne supervisiona l'attività.

Si possono articolare in questo modo le sue attività:

- promuovere il coordinamento e l'integrazione dell'insegnamento tecnico-pratico e del tirocinio con gli insegnamenti teorico-scientifici;
- coordinare la programmazione, gestione e valutazione delle attività di tirocinio in collaborazione con i Docenti di Infermieristica e con i Tutor;
- collaborare alla individuazione di strutture qualificate come sedi di tirocinio;
- individuare nelle sedi di tirocinio operatori qualificati cui attribuire il ruolo di guida per lo studente;
- gestire, organizzare, supervisionare i Tutori e garantirne la formazione;
- promuovere e assicurare processi di valutazione formativa e certificativi del tirocinio in collegialità con i Tutor;
- organizzare le attività didattiche di supporto al tirocinio;
presiedere la Commissione per la valutazione annuale del tirocinio;
- collaborare con il Presidente del CdL alla pianificazione e all'organizzazione delle attività didattiche.

Rispetto all'analisi dei bisogni formativi degli studenti, il coordinatore è anche coinvolto in alcune attività di carattere tutoriale:

- svolge attività di orientamento delle matricole all'inizio del CdL;
- assicura agli studenti tutte le informazioni necessarie sull'organizzazione del corso, dei tirocini, dei semestri, sulle scelte opzionali, sulle possibilità formative post laurea;
- offre agli studenti tutte le informazioni necessarie per imparare a costruire un proprio metodo di studio e di lavoro;
- garantisce un clima di coinvolgimento dello studente e di personalizzazione del suo percorso formativo;

- partecipa al servizio di tutorato individualizzato.

Dall'analisi delle aree di attività che competono al coordinatore, emerge una figura poliedrica, che richiede oltre che una conoscenza dell'area professionale di riferimento, anche elevate competenze psicopedagogiche, di metodologia didattica, organizzativo-manageriali, nonché di conduzione di gruppi e riunioni.

3.2.3. Il Tutor

Il termine “*Tutore*” compare istituzionalmente per la prima volta nel D.U. nella tabella XVIII-ter, fatta eccezione per la Legge 341/90, Art. 13, in cui però questa figura assumeva un significato del tutto diverso, essendo sostanzialmente chiamata a svolgere attività di counselling.

Nel Nuovo Ordinamento al Tutore viene attribuita, invece, anche una funzione di insegnamento. La tabella XVIII-ter demanda “al consiglio di Corso di Laurea l'individuazione di forme di tutorato per la formazione tecnico-pratica (Art.18).

È obbligatorio assegnare agli studenti un Tutor che ne coordini la formazione tecnico-pratica (Art.21).

Il Tutore è responsabile delle attività a lui affidate, contribuisce alla valutazione di ciascun periodo di tirocinio e al giudizio finale (Art. 24).

Lo studente svolge il tirocinio sotto la guida di infermieri qualificati. Il requisito richiesto per poter svolgere il ruolo di Tutor è l'appartenenza allo specifico Profilo Professionale e il possesso del massimo livello di formazione.

Analizzando i bisogni formativi degli studenti, il Tutor opera per:

- favorire lo sviluppo di competenze specifiche del Profilo Professionale;
- implementare nello studente lo sviluppo di meta-competenze finalizzate allo studio e all'esercizio professionale;

- rispondere ai bisogni di assistenza didattica personalizzata e ai bisogni di orientamento e counselling.

Il mandato prevalente assegnato a questa figura si riferisce, dunque, alle vaste aree dell'apprendimento delle competenze professionali e delle meta-competenze più a carattere metodologico, mandato che si espleta attraverso strategie di tutorato che si possono rendere operative sia in contesti formativi che presso i Servizi dove gli studenti svolgono il tirocinio.

Sono diverse le terminologie usate per definire al meglio il ruolo di Tutor, ma la denominazione che più risponde ai bisogni educativi degli studenti infermieri è quello di *Tutor Clinico*.

Le funzioni peculiari del *Tutor Clinico* sono:

- progettare percorsi di tirocinio coerenti con il progetto formativo complessivo e con i modelli assistenziali di riferimento;
- facilitare i processi di apprendimento;
- guidare lo studente nei processi di rielaborazione dell'esperienza professionale stimolando ad acquisire nuove conoscenze da tale esperienza, favorendo l'integrazione tra modelli teorici e modelli di azione sperimentali in campo assistenziale;
- incoraggiare lo studente ad auto apprendere, presidiare i processi di apprendimento utilizzando efficaci modalità didattiche;
- facilitare l'acquisizione di meta competenze utili al processo formativo e all'esercizio professionale;
- offrire sostegno allo studente in relazione a difficoltà di apprendimento o a situazioni problematiche personali;

- predisporre un contesto formativo adeguato, negoziando con le sedi di tirocinio condizioni favorevoli e attivando processi di accoglienza e integrazione degli studenti;
- proporsi come punto di riferimento per l'infermiere "qualificato" dei servizi che guida lo studente;
- valutare i processi formativi, stimolare l'autovalutazione e concorrere alla valutazione certificativa di tirocinio dello studente;
- rendersi disponibile a partecipare alla pianificazione curricolare triennale del Consiglio di Corso;
- contribuire a garantire la coerenza dell'intero processo formativo e l'aderenza al Profilo Professionale;

dall'analisi delle diverse attività formative che il Tutor Clinico è chiamato a svolgere, si evidenzia come siano richieste competenze molto articolate e complesse, che possono essere acquisite in parte sul campo, ma anche e soprattutto in percorsi formativi specifici. L'investimento formativo e professionale necessario per rendere in grado il Tutor di assumere questo ruolo, suggerisce, comunque, l'opportunità di scegliere professionisti altamente motivati e formati.

3.2.4. La Guida di Tirocinio

È l'infermiere esperto del servizio dove lo studente svolge il tirocinio.

Tra le diverse figure di tutorship che intervengono in ambito clinico è quella con maggior operatività sul campo, allestisce situazioni di apprendimento in coincidenza con l'assistenza e ha al contempo un rapporto diretto con lo studente.

Le principali azioni della Guida di Tirocinio sono:

- creare un ambiente formativo, favorire l'accoglimento e l'insegnamento dello studente;

- informare e coinvolgere tutti gli operatori del servizio nel progetto di tirocinio dello studente;
- selezionare le attività da far sperimentare allo studente in coerenza con gli obiettivi educativi del corso;
- partecipare con i Tutor Clinici alla progettazione dei tirocini;
- offrire allo studente occasioni per sperimentare una progressiva e graduale responsabilità;
- stimolare lo studente ad esplicitare le conoscenze scientifiche e tecniche nel momento della loro applicazione;
- motivare ed esplicitare i processi decisionali che sottendono l'azione di un infermiere esperto durante gli interventi assistenziali;
- attivare la riflessione durante l'azione attraverso la decodificazione dell'esperienza e la comprensione della situazione;
- addestrare lo studente all'esecuzione di specifiche manovre;
- far riflettere sull'errore, offrire allo studente la possibilità di un confronto;
- stimolare lo studente all'autovalutazione, fornire costantemente un feedback;
- contribuire con il Tutor Clinico alla valutazione formativa;
- svolgere attività specifiche di orientamento.

Esaminando le attività tutoriali che è chiamata a svolgere la Guida di Tirocinio e quelle proprie del Tutor Clinico, si possono notare aree di sovrapposizione, tuttavia, sembra permanere l'opportunità di mantenere distinte queste due figure.

Alle Guide di Tirocinio che operano più direttamente nei Servizi si possono demandare una parte dei processi di rielaborazione dell'esperienza, ai Tutor Clinici della sede formativa, i

processi rielaborativi che aiutano lo studente a integrare esperienze e conoscenze nel suo percorso formativo complesso.

3.3. Metodi di Tutorship e Modelli Pedagogici di riferimento

Diverse sono le metodologie didattiche a disposizione del Tutor, le quali si caratterizzano in modo differente a seconda dei tempi, degli spazi e delle regole che si adottano. Queste metodologie sono in gran parte rintracciabili nella letteratura. Il percorso che è stato effettuato si è concentrato non solo nella chiarificazione procedurale di tali metodologie, che si caratterizzano a seconda di come le variabili che costituiscono il setting vengono declinate, ma anche nella esplicitazione dei modelli pedagogici che le sottendono.

Si è individuato uno dei possibili modelli interpretativi, basato sull'analisi storico-epistemologica della pedagogia che propone tre grandi modelli di formazione. Oggi si possono ritrovare, nel campo della formazione delle professioni mediche e sanitarie, i tre stili e i tre metodi didattici in cui è sfociata, in alternativa ai metodi scolastici ed accademici tradizionali, la grande pedagogia moderna, nel suo stato attuale:

- lo “stile addestrativo” proprio dei metodi curriculari, con il primato del concetto di educazione;
- lo “stile trasferale” basato sull'interpretazione e la rielaborazione continua delle relazioni intersoggettive, proprio dei metodi di matrice psicosociale e socio-organizzativa, con il primato del concetto di formazione. L'utilizzo di questo meta-modello, per l'analisi dei modelli pedagogici di riferimento, il quale è certamente solo una tra le proposte possibili, ha permesso un'analisi approfondita di alcune delle pratiche formative messe in atto dai docenti con funzione di tutorship.

L'analisi delle pratiche educative messe in atto, e in particolare di quelle che si autodefiniscono “tutoriali”, sia in grado di stabilire un primo legame di senso tra le parole e le cose. Il senso che si produce è certamente improntato sulla pluridimensionalità e sulla complessità, non offre certezze, ma anzi, stimola dubbi e curiosità. È questa ricerca di senso nelle diverse pratiche formative che porterà gradualmente a passare da un processo

educativo prevalentemente inteso come istruzione, ad uno imperniato sulla formazione dello studente.

3.4. Apprendimento Clinico con seduta di Briefing e Debriefing

Si tratta di una metodologia fondata su esperienze reali in ambito clinico e vissute direttamente dagli studenti. Tali esperienze di *Briefing e Debriefing* vengono precedute da un incontro tra Tutor e gli studenti, il quale incontro si configura con la seduta di *Briefing*; tale incontro prepara lo studente ad affrontare l'esperienza prescelta. In questa fase lo studente riceve alcune informazioni dal Tutor rispetto all'esperienza che si accinge ad affrontare, nonché alcune possibili segnalazioni rispetto possibili campi di attenzione da privilegiare. Lo studente effettua l'esperienza e poi torna dal Tutor per la seduta di *Debriefing* che costituisce la fondamentale fase di riflessione e rielaborazione dell'esperienza stessa.

Essa deve essere rielaborata in tutti gli aspetti di complessità che compongono una situazione clinica, che vanno, dunque, dagli aspetti cognitivi, a quelli tecnico-pratici, a quelli emotivi. Con questa metodologia il ruolo del Tutor diviene cruciale, non essendo la relazione educativa necessariamente mediata dal gruppo, che in questo caso non è proprio del setting.

L'apprendimento viene attivato a partire da un'esperienza clinica diretta. Senza la possibilità di vivere un'esperienza clinica in prima persona e senza la possibilità di analizzarla criticamente con l'aiuto della figura del Tutor, questa metodologia non sarebbe realizzabile.

Luogo: l'esperienza pratica avviene nel contesto reale dei Servizi. Le sedute possono aver luogo sia nella sede di tirocinio che in sedi formative apposite.

Tempi: si devono svolgere temporalmente a ridosso dell'esperienza, prima e dopo, ma anche durante la stessa. I tempi devono essere programmati e conosciuti dallo studente.

Ruoli: il Tutor conduce la sessione stimolando l'elaborazione degli studenti sia a livello cognitivo che emozionale e organizzativo. Gli studenti raccontano e criticano l'esperienza

guidati dalle domande-stimolo del Tutor. Alla seduta possono partecipare anche esperti o le Guide di Tirocinio, offrendo ulteriore stimolo alla discussione. Gli studenti concordano con il Tutor le strategie di conduzione della sessione in rapporto agli obiettivi formativi.

3.5. Il Learning Contract

I piani di apprendimento e di autoapprendimento, definiti “*learning contract*”, nella letteratura tradizionale internazionale, consistono in *un mutuo patto tra uno o più studenti e un Tutor ad impegnarsi nel raggiungere determinati obiettivi di apprendimento entro un tempo definito*.

Luogo: si realizzano in due fasi diverse. *L’istituzione del contratto* e la sua *realizzazione*. Per la prima fase è necessario che il Tutor individui uno spazio adeguato, che gli permetta di selezionare e discutere con lo studente gli obiettivi formativi del contratto. La seconda fase è quella attuativa, che si realizza nelle corsie e nelle sedi di tirocinio. Anche questa fase deve prevedere la possibilità di incontrare lo studente per chiarire e ridefinire alcuni punti del contratto.

Tempi: dipendono dagli obiettivi che lo studente si impegna a raggiungere, dalle risorse disponibili e dal livello di partenza dello studente.

Ruoli: lo studente ha un ruolo fortemente attivo, visto che è lui a decidere cosa apprendere. Il Tutor rappresenta l’istituzione formativa nei confronti della quale lo studente si impegna formalmente. In questa fase il Tutor assume ruoli differenziali che vanno dalla relazione d’aiuto alla funzione di verifica.

3.6. Il Sistema di Valutazione

Nella relazione tutoriale come nella relazione educativa, in genere, la valutazione assume un ruolo cruciale. La valutazione, nelle sue diverse possibili formalizzazioni, è la naturale conclusione del processo formativo, sia che si tratti di autovalutazione, sia che si parli di valutazione della soddisfazione dello studente e dei docenti, sia che si parli di valutazione formativa che certificata.

Il momento della valutazione, in generale, ricopre grande importanza nel processo educativo, creando aspettative e atteggiamenti differenziati da parte degli studenti nei

confronti del processo stesso. La valutazione al termine di un processo formativo professionalizzante, quale è quello dell'Infermiere, se da un lato offre una garanzia di certificazione all'utente ed all'intera società sul possesso da parte dell'operatore delle competenze necessarie per poter svolgere i compiti che gli sono propri, dall'altro costituisce una forte spinta motivazionale all'iter formativo.

Il Tutor che presidia i processi formativi non può non tener conto sia della valenza certificativa della valutazione, sia dell'enorme potenziale educativo e motivazionale insito nel momento della verifica.

Il nuovo Ordinamento attribuisce precise responsabilità di valutazione certificativa ai Docenti, i quali sono chiamati a svolgere gli esami di fine semestre e ad accertare la preparazione raggiunta dallo studente rispetto agli obiettivi del singolo corso integrato.

Questa organizzazione separa di fatto nell'insegnamento teorico la fase dell'apprendimento da quella certificativa, anche in senso temporale. Anche per il tirocinio esso prevede una valutazione formativa in itinere, alla quale concorrono i Tutor, e una valutazione certificativa annuale, il cui giudizio di positività rappresenta requisito indispensabile per iscriversi all'anno di corso successivo.

Questo indirizzo è sembrato interessante e condivisibile perché non intralcia la didattica tutoriale che, per attivare al massimo le potenzialità degli studenti, non deve mescolare mandati valutativi e formativi, onde non bloccare i processi di messa in gioco dello studente richiesti soprattutto nella didattiche interattiva.

Il vantaggio di questo indirizzo può essere esaltato se si toglie ai Tutor Clinici il mandato di formulare per ogni esperienza di tirocinio dello studente, che di solito si ripete tre o quattro volte all'anno e per periodi di circa 200-250 ore, una valutazione a carattere certificativo.

Le motivazioni a non demandare ai Tutor una funzione di valutazione certificativa del tirocinio sono molteplici, ma tra queste, due sono di particolare rilievo:

- a) considera il percorso annuale di tirocinio dello studente, un processo in evoluzione, che necessita di tempi adeguati per rendere evidenti e significativi gli apprendimenti delle competenze;
- b) si basa sulla considerazione del fatto che la relazione formativa tra Tutor e studente, sia una relazione in cui la distanza tra le parti in gioco, sia ridotta al

minimo, e che vi sia un avvicinamento dei soggetti, senza tuttavia negare l'asimmetria che caratterizza intrinsecamente la relazione educativa.

Con il termine “avvicinamento” si vuole sottolineare come l'ascolto, l'accettazione di incoraggiamenti, i suggerimenti, la disapprovazione sono elementi che costituiscono la relazione educativa di tipo tutoriale.

L'ipotesi che si vuole sostenere è che il Tutor debba tendere a privilegiare la valutazione formativa aiutando gli studenti a riconsiderare il loro processo di apprendimento, anche in modo indipendente.

Questo processo di valutazione/autovalutazione non può essere lasciato all'iniziativa spontanea degli studenti, ma è parte integrante del processo di insegnamento/apprendimento ed è evidentemente uno strumento didattico indispensabile in un approccio tutoriale alla formazione.

La valutazione formativa, inoltre, non è solo utile allo studente per monitorare i suoi progressi e le sue difficoltà, ma anche al docente per verificare l'adeguatezza e l'efficacia delle strategie didattiche.

In nuce, il mandato di valutazione formativa da un lato è strategico per la realizzazione della funzione della tutorship, dall'altro richiede un impegno non indifferente per la valutazione del discente con cui si lavora fianco a fianco.

CONCLUSIONI

In ambito sanitario, *fare formazione* significa prima di tutto *essere attenti alle competenze professionali degli operatori e puntare sulla coesistenza di una formazione teorica e di una formazione tecnico- pratica*. Quest'ultima si realizza attraverso l'affiancamento di un discente a un professionista esperto. Una strategia efficace in questo senso è stata quella di conferire un'importanza sempre maggiore al tirocinio formativo con il fine di ottenere una migliore efficacia operativa attraverso una conciliazione tra saperi appresi in aula e l'applicazione di questi nel lavoro.

E' in questo contesto che emerge la figura del *tutor clinico per la formazione*.

La funzione tutoriale in Italia viene istituita a livello universitario con la Legge n.341/90 "Riforma degli ordinamenti didattici universitari", la quale agli Art. 12 e 13 dispone:

"....compito istituzionale dei professori e dei ricercatori guidare il processo di formazione culturale dello studente secondo quanto previsto dal sistema di tutorato....."

“..... finalizzato a orientare e assistere gli studenti lungo il corso degli studi, a renderli attivamente partecipi del processo formativo, a rimuovere gli ostacoli a una proficua frequenza dei corsi, anche attraverso iniziative rapportate alle necessità alle attitudini e alle esigenze dei singoli”.

La storia del tutorato, soprattutto a livello italiano, è recente ed oggi la figura del Tutor sta assumendo un ruolo sempre più importante nel processo educativo formativo e la letteratura italiana inizia ad occuparsi della tematica tutoriale scrivendo articoli e testi che affrontano quale la formazione tutoriale e come strutturarla, gli strumenti e le funzioni tutoriali, le specificità tutoriali. Nei Corsi di Laurea in Infermieristica emergono due figure tutoriali : *Tutor didattico o d’aula*: è il professionista che, nell’ambito della sede formativa, assume la responsabilità di facilitare e gestire l’intero percorso formativo dello studente, attraverso percorsi personalizzati e portando la sua competenza nella progettazione formativa e nelle metodologie didattiche. Il tutor didattico è un sanitario ed ha competenze per gestire e garantire il setting di apprendimento, collaborare al coordinamento dei tirocini degli studenti, contribuire alla valutazione e fornire un feedback allo studente. *Tutor clinico o di reparto*: è il professionista sanitario che si dedica alla formazione degli studenti in ambito lavorativo assumendo la funzione di guida e supervisore dello studente in tirocinio, continuando a svolgere le proprie funzioni collegate al proprio Profilo Professionale; facilita l’apprendimento di competenze professionali in situazioni specifiche di Servizi, Unità operative, favorendo le connessioni tra apprendimenti teorici e apprendimenti esperienziali e aiuta lo studente alla comprensione del proprio ruolo.

I percorsi formativi universitari fanno riferimento alle più moderne metodologie per favorire l’apprendimento; a tal fine l’attività di tutorato clinico è orientata allo sviluppo della professionalità del futuro infermiere. Il tirocinio consente al discente di familiarizzare con il contesto lavorativo, sviluppando capacità di lavoro in équipe finalizzate all’implementazione di pensiero critico, autonomia nel processo decisionale comunicazione terapeutica; in ciò assume particolare rilevanza il tutor clinico, la cui attività favorisce l’applicazione del sapere teorico nella pratica clinica.

BIBLIOGRAFIA

Artioli G. Evoluzione storica dell'assistenza e della formazione infermieristica. Milano, Area Qualità, 2000.

Biocca et al, 2007.

Carli E. Infermieri in Università: cosa cambia? G. Gerontol, 52: 433-437, 2004.

Dimonte V. Da servente a infermiere, una storia dell'assistenza infermieristica in Italia. Torino, Cespi Editore, 1993.

Matarese M, De Marinis MG., Tartaglini D. Un nuovo modello per il sapere infermieristico accademico in Italia. Int Nurs Persp, 2 (1): 11-15, 2002.

Lamboglia E. Lo sviluppo storico e sociale della conoscenza infermieristica in Italia. Nursing Oggi, 1: 20-40, 1999.

Pedicchio, Fontana, 1990.

Regio Decreto 15 agosto 1925 n. 1832: Nascono le scuole convitto e si ha il primo riconoscimento ufficiale della professione infermieristica da parte dello Stato con una durata biennale del corso, esame finale; le prime scuole erano dirette dal Direttore sanitario dell'Ospedale e ferrea era la disciplina e l'educazione morale delle allieve poiché si mirava all'obbedienza e alla mera esecuzione di ordini medici.

Sasso L., Lotti A., Gamberoni L., Il tutor per le professioni sanitarie, Carocci, 2003.