



UNIVERSITÀ  
DEGLI STUDI  
FIRENZE

## DOTTORATO DI RICERCA IN SCIENZE CLINICHE

CICLO XXVII

COORDINATORE Prof. ANNUNZIATO FRANCESCO

IL TIROCINIO NEL CDL IN INFERMIERISTICA: BISOGNI PERCEPITI DALLO STUDENTE  
E RUOLO DEL TUTOR CLINICO

Settore Scientifico Disciplinare MED/45

**Dottorando**

Dott. BELLINI GIAMPAOLO

**Tutore**

Prof.ssa RASERO LAURA

---

**Coordinatore**

Prof. ANNUNZIATO FRANCESCO

---

Anni 2011/2014

## INTRODUZIONE

L'evoluzione della professione infermieristica, avvenuta negli ultimi anni, ha introdotto importanti cambiamenti nel sistema formativo e culturale dell'attuale figura sanitaria. In riferimento ai requisiti di accesso alla formazione infermieristica, siamo passati da un'epoca in cui era sufficiente il possesso del titolo di licenza di scuola media inferiore, nella migliore delle ipotesi, oppure del diploma di scuola elementare, all'attuale requisito del titolo di scuola media superiore.

Per quanto riguarda il percorso educativo del professionista, fin da subito, ha assunto le caratteristiche essenziali per lo sviluppo delle competenze richieste, prevedendo un duplice canale formativo: quello teorico, alla base della conoscenza dei concetti utili alla disciplina, e quello più prettamente pratico, mirato all'acquisizione delle abilità spendibili in ambito professionale.

Le trasformazioni, introdotte dai principali riferimenti normativi, che hanno regolamentato il campo professionale infermieristico, hanno indotto importanti cambiamenti sui processi di apprendimento del professionista infermiere nel corso del tempo.

La legge n. 341 del 1990, che ha determinato il passaggio della formazione infermieristica in Università, e le successive leggi di riforma universitaria, la L. 509/99 ed il D.M. 270/04, hanno in gran parte rivoluzionato il piano degli studi del percorso formativo del professionista infermiere, soprattutto da un punto di vista teorico.

Alla luce di tutto ciò, i dubbi maggiori, che rappresentano anche l'elemento di partenza del presente lavoro, rimangono i seguenti: come stanno procedendo i processi formativi in ambito clinico? Le organizzazioni sanitarie, con le rispettive

aziende erogatrici di servizi assistenziali, sono in grado di accogliere e fornire il giusto contributo allo sviluppo delle competenze del futuro professionista?

D'altro canto, in uno studio precedentemente pubblicato dall'autore del presente lavoro, insieme ad altri colleghi, emergeva un dato importantissimo, come risultato di un'indagine compiuta su un campione di trecentoventicinque studenti infermieri, la maggior parte dei partecipanti riconosceva nel tirocinio l'attività formativa più importante al fine dell'acquisizione delle competenze infermieristiche<sup>1</sup>.

Da un punto di vista normativo, il D.M. 229/97 è stato il primo decreto ministeriale a regolamentare i requisiti di idoneità delle strutture di tirocinio, nel periodo antecedente all'istituzione dei Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie. All'interno del documento si legge: "le attività di tirocinio sono finalizzate a far acquisire allo studente abilità specifiche d'interesse professionale [...], funge da garante di tale processo l'intervento diretto di un operatore dello stesso profilo e di un coordinatore teorico-pratico".

Qualche anno prima, con la Legge n. 341 del 1990, era stata definita la figura del Tutor, inteso però più come facilitatore dei processi di apprendimento teorico. Tale normativa ha avuto anche il merito di introdurre i protocolli di intesa tra le università e le strutture del S.S.N..

Soltanto la L. 270/2004 ha inquadrato il tirocinio come luogo in cui si favorisce lo sviluppo di una competenze da spendere nel successivo mondo professionale ed ha quindi posto le premesse per una rivisitazione del percorso di formazione pratica. Infine il D.M. 19 febbraio 2009, che ha recepito per intero la

---

<sup>1</sup> Vellone E, Bellini G, Fabriani L, Fellone C, Passeretti F. Sviluppo di uno strumento per misurare la qualità del corso di laurea in infermieristica. Assistenza infermieristica e ricerca; 2007; 26(1): 17-23

prospettiva dettata dalla precedente normativa, ha dettato le linee generali di riorganizzazione del tirocinio.

L'aspetto più interessante introdotto dalla legislazione vigente è l'obbligo per le Università di garantire la supervisione dell'attività formativa pratica e di tirocinio da parte di tutor professionali appositamente assegnati.

Alla luce dei dettati normativi, la Conferenza dei Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie ha emanato un documento che suggerisce alcune linee guida da adottare da parte delle sedi dei Corsi di Laurea in Infermieristica per la gestione e l'organizzazione dei percorsi di apprendimento clinico-assistenziale<sup>2</sup>.

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.

Quindi, in considerazione del panorama delineato nella formazione del professionista infermiere, il quesito importante che viene da porci è se il sistema tutoriale di riferimento sia in grado di supportare veramente lo studente, durante le fasi esperienziali. Per tale motivo, nell'ultima parte della tesi saranno esposti i risultati di uno studio quantitativo svolto su un campione di studenti del Corso di Laurea in Infermieristica dell'Università degli Studi di Siena, Sezione di Grosseto e dell'Università degli studi di Firenze, Sede di Careggi.

---

<sup>2</sup> Conferenza dei Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie. (2010). Principi e standard del tirocinio professionale nei corsi di laurea delle professioni sanitarie. Disponibile in: <http://cplps.altavista.org/blog/wp-content/uploads/2011/06/Cons-Conf-Tirocinio-10-settembre.pdf> . Accesso 10 maggio, 2014.

L'obiettivo della ricerca è quello di comprendere, attraverso il grado di soddisfazione espresso dal gruppo di studenti partecipanti, se l'attuale assetto organizzativo del tirocinio risponde o meno ai loro bisogni di apprendimento. In particolare si va a rilevare l'esito del rapporto tutoriale, per capire se il sostegno ricevuto si è dimostrato adeguato al percorso formativo intrapreso dagli studenti. I risultati ottenuti dovrebbero avviare un percorso di valutazione continua, da parte degli studenti infermieri, sui processi formativi, per renderli più adeguati ai loro bisogni educativi.

## **CAPITOLO 1**

### **L'EVOLUZIONE DELLA FORMAZIONE INFERMIERISTICA IN ITALIA**

#### **1.1. La formazione infermieristica**

L'evoluzione della formazione infermieristica e dell'esercizio della professione di infermiere avvenuta negli ultimi anni mostra che il nursing è una scienza e che, seppure adolescente, 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.

Con tale premessa si vuole evidenziare come il processo di professionalizzazione dell'infermiere non è dissimile nella sua progressione da quello della maggior parte delle altre professioni moderne.

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. In questa era così tecnologicamente avanzata, dove le infermiere dimenticano di avere un rapporto con un altro essere umano, cambia il modo di vivere e di pensare. 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 personale laico 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 1900 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.

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 condotta<sup>3</sup>.

Nonostante Anna Celli avesse ben chiara la situazione assistenziale

---

<sup>3</sup> Artioli G. Evoluzione storica dell'assistenza e della formazione infermieristica. Milano, Area Qualità, 2000.



dell'epoca, i suoi interventi non hanno ottenuto i risultati desiderati; fu necessario attendere ancora 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 1925 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 tempo<sup>4</sup>.

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

---

<sup>4</sup>Dimonte V. Da servente a infermiere, una storia dell'assistenza infermieristica in Italia. Torino, Cespi Editore, 1993.

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

## **1.2. Le riforme degli anni settanta**

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, abolisce l'obbligo dell'internato<sup>5</sup>.

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 Paesi<sup>6</sup>.

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.

---

<sup>5</sup>Lamboglia E. Lo sviluppo storico e sociale della conoscenza infermieristica in Italia. *Nursing Oggi*, 1: 20-40, 1999.

<sup>6</sup>Carli E. Infermieri in Università: cosa cambia? *G. Gerontol*, 52: 433-437, 2004.

La figura del dirigente e del docente rivestono una importanza fondamentale, in quanto essi devono essere i promotori e i responsabili del salto di qualità che la professione infermieristica è chiamata a compiere per far fronte alla crescente richiesta da parte della comunità<sup>7</sup>.

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. Infatti, 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

---

<sup>7</sup>Artioli G., Op. cit., p. 8

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<sup>8</sup>. Ben il 50% delle scuole attive fino alla metà degli anni '90 è stato istituito dopo il 1971<sup>9</sup>. In questa situazione, la formazione degli infermieri si è suddivisa in due momenti strategici:

- la teoria, basata prevalentemente 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 veloce<sup>10</sup>.

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

---

<sup>8</sup>Tousijn W. Il sistema delle occupazioni sanitarie. Bologna, Il Mulino, 2000.

<sup>9</sup>Marzi AM. La ricerca delle fonti: i risultati di una indagine campione. In Martelletti E. (a cura di). Per una storia dell'assistenza infermieristica in Italia. Roma, Federazione dei Collegi IPASVI, 1993.

<sup>10</sup>Carli E., Op. cit., p. 11

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.

### **1.3. La formazione infermieristica in Università**

Il mondo accademico in Italia sta vivendo momenti di importanti trasformazioni, da una parte per l'allineamento del sistema universitario a quello degli altri Paesi europei e dall'altra per l'ingresso di numerose professioni a livello accademico, che per la prima volta rappresentano la maggioranza degli studenti in alcune Facoltà, come quella di Medicina. Le esigenze formative di questi professionisti hanno richiesto al mondo universitario alcuni cambiamenti che si sono riversati sul modo di produrre il sapere accademico<sup>11</sup>.

Nell'ultimo decennio l'Università italiana ha subito profonde modificazioni che l'hanno chiamata a fronteggiare importanti sfide culturali derivanti, in

---

<sup>11</sup>Matarese M. Il sapere infermieristico in una nuova prospettiva. Int Nurs Persp, 2 (1): 1-2, 2002.

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<sup>12</sup>.

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 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.

---

<sup>12</sup>Artioli G., Op. cit., p. 8

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.

Ma 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 inserisce in un contesto normativo e culturale che vuole 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.

Inoltre, l'ordinamento 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<sup>13</sup>.

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 pratica<sup>14</sup>.

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

---

<sup>13</sup> Carli E., Op. cit., p. 11

<sup>14</sup> 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.

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 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.

#### **1.4. La normativa tutoriale**

Questa figura 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 possedere precedenti esperienze in ambito lavorativo, altre ancora un determinato numero di anni di esercizio professionale, 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.

#### **1.4.1. 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 dire...

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 ed 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.

#### **1.4.2. La docenza in ambito clinico**

Il tirocinio ha il vantaggio di avere situazioni reali di vita che permettono allo studente di vivere ricche esperienze di apprendimento clinico, luogo in cui è possibile effettuare un'assistenza infermieristica con la persona posizionata al centro della sua attenzione.

L'insegnante di tirocinio clinico si viene a trovare ogni giorno di fronte a situazioni, pazienti, con studenti diversi, in luoghi di cura anche essi differenti.



Possono, in alcuni casi, anzi devono, variare le modalità di insegnamento in relazione alla situazione che è proposta, quindi è necessaria un'abilità che permetta di adeguarsi ad ogni situazione raggiungendo il proprio obiettivo.

L'insegnamento creativo del tirocinio clinico può essere a questo punto definito come l'arte di applicare le componenti dell'insegnamento creativo ad ogni situazione richiesta dall'insegnamento di nursing clinico. È pertanto realizzato dall'insegnante che usa i concetti di creatività come risorsa per ottenere nuove vie che permettano un miglior approccio con i problemi del paziente ed un miglior apprendimento per lo studente.

Sono stati analizzati diversi metodi di insegnamento/apprendimento fra cui il problem based learning che consiste nella discussione che avviene all'interno di un piccolo gruppo di studenti ed un Tutor di un "caso-problema": si parte da un problema per andare ad apprendere; il problem solving dove si analizza il problema per risolverlo (è simile al precedente ma è particolarmente adatto per la formazione anche dei tutor); l'apprendimento clinico con seduta di briefing e debriefing è un metodo fondato su esperienze reali in ambito clinico vissute direttamente dagli studenti che hanno un incontro con il tutor prima dell'esperienza per essere preparato ad affrontarla e dopo l'esperienza per essere rielaborata in tutti i suoi aspetti; l'apprendimento di competenze pratiche tramite l'uso di check list dove lo studente viene messo nelle condizioni di osservare una determinata procedura professionale e di definire la sequenza di realizzazione ossia la check list della procedura osservata; il counselling formativo, ossia comunicare in modo mirato al fine di ottenere un determinato risultato, nella comunicazione è importante tener presente che essa è composta da elementi quali il contesto, i segni non verbali, le relazioni ed è fondamentale saper ascoltare,

saper fornire informazioni, mantenere un atteggiamento empatico; l'apprendimento autonomo attraverso la creazione di learning contracts, ossia un mutuo patto fra uno o più studenti ed un tutor ad impegnarsi a raggiungere determinati obiettivi di apprendimento entro un tempo definito; in esso è fondamentale l'individuazione degli obiettivi da raggiungere e la fase d'incontro fra tutor e studente in cui si decidono i contenuti, i tempi e le modalità di valutazione del percorso che dovranno fare assieme.

Essa fa riferimento al piano teorico dell'attivismo che ha enfatizzato il potenziale di apprendimento basato sui ritmi personali del soggetto e sull'efficacia della ricerca attiva delle informazioni.

### **1.4.3. Importanza della figura del tutor clinico**

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

## **CAPITOLO 2**

### **L'APPRENDIMENTO CLINICO E LA TUTORSHIP**

#### **2.1. L'evoluzione del concetto di tirocinio**

L'interesse sul tirocinio nei Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie riveste, oggi, un grande interesse, oltre che a livello nazionale, anche in ambito europeo, lo si considera, infatti, una leva strategica per rendere sistematico l'indispensabile incontro tra lavoro e formazione.

Come noto, il tirocinio curricolare rappresenta un percorso compreso all'interno dell'ordinamento di un Corso di studi per il conseguimento di una Laurea, sia triennale sia magistrale, al quale viene riconosciuto un determinato numero di crediti formativi universitari (CFU); la sua attivazione è regolata in autonomia all'interno di ciascun Ateneo, fermi restando i riferimenti normativi nazionali e regionali e le disposizioni che prevedono la stipula di una Convenzione tra l'Ente/azienda che ospita lo studente tirocinante e l'Università di appartenenza, la redazione di un progetto formativo condiviso, la presenza di un tutor sia presso l'ente ospitante, sia all'interno del percorso universitario.

I cambiamenti che hanno modificato il modo di intendere, progettare e realizzare il tirocinio compreso all'interno dei percorsi di Diploma Universitario, rappresentano un esempio della prospettiva culturale oggi sottesa all'attuale interesse per l'attività didattica in oggetto; si tratta di una prospettiva che abbandona l'idea dello sviluppo del fare tecnico come unico orientamento pragmatico, applicativo e previsionale e assume, invece, l'agire riflessivo e situato come dimensione progettuale dell'aspirante professionista

sanitario, che viene accompagnato alla consapevolezza della complessità e della problematicità in cui si realizzano, oggi e sempre di più in futuro, le azioni professionali e personali di chi si occupa di servizi alla persona.

Come ricorda Bertagna<sup>15</sup>, non è certo una novità la teoria secondo cui l'operare bene di ciascuno in un contesto lavorativo non è dato semplicemente dalla trasmissione astratta della scienza da parte di una sia pur efficiente 'scuola', ma richiede la mobilitazione libera e responsabile di tutte le capacità personali, mobilitazione che non può non avvenire anche nei luoghi in cui il sapere trova realizzazione concreta e riflessiva. E' la stessa preoccupazione avanzata da Bruner quando ricorda che nell'Etica Nicomachea (V,1137a) Aristotele osserva in modo quasi commovente che è *“sì facile conoscere il miele, il vino, l'elleboro, la cauterizzazione, l'incisione; ma saper come, a chi e quando bisogna distribuirli per produrre la salute è un'impresa tanto grande quanto essere medico”* La sfida è sempre quella di situare la nostra conoscenza nel contesto reale in cui si presenta il problema<sup>16</sup>.

Immaginare che questo situare, consapevole e responsabile, maturi esclusivamente nelle aule e nei laboratori universitari è ormai, per diverse ragioni, insostenibile. In primo luogo, il continuo contributo delle teorie psicologiche e sociologiche in tema di *lifewidelearning*<sup>17</sup> sostiene, infatti, l'ormai diffusa consapevolezza che la parte preponderante delle conoscenze di ciascuno, e dei

---

<sup>15</sup> Bertagna G. Scuola e lavoro tra formazione e impresa. Nodi critici e (im)possibili soluzioni, in Bertagna G. (Ed.), Fare laboratorio. Scenari culturali ed esperienze di ricerca nelle scuole del secondo ciclo, La Scuola, Brescia 2012, p. 44.

<sup>16</sup> Bruner J. La cultura dell'educazione. Nuovi orizzonti per la scuola [1996], tr. it., Feltrinelli, Milano 1997, p. 57.

<sup>17</sup> Erikson. EH. I cicli della vita. Continuità e mutamenti [1959], Armando, Roma, 1981; D. J. Levinson, La struttura della vita individuale, in Saraceno C. (Ed.), Età e corso della vita, Il Mulino, Bologna 1986; AA.VV., Longlife-longwidelearning. Per un trattato europeo della formazione, Mondadori, Milano 2012.

giovani in particolare, si realizza in ambiente non formale e informale; in secondo luogo, l'assunzione di una prospettiva pedagogica unitaria rispetto alla persona e al suo apprendere conduce inevitabilmente verso un sistema formativo che apre e si innesta nel mondo del lavoro, con un forte investimento sull'apprendere nella pratica, che incrocia in un contesto situato e relazionale fare riflessivo, sapere acquisito, conoscenze manifeste e tacite; in terzo luogo, la prospettiva formativa che avanza spinge verso una vera e propria riproposizione del modello educativo dell'apprendistato, in cui lo studente e il professionista sono entrambi coinvolti, sia pur nell'asimmetria dei ruoli, nella scoperta e nell'allargamento di quanto accade nei comportamenti professionali esibiti e/o osservati, allo scopo di scoprire quali, tra di essi, possano essere riconosciuti come azioni umane vere e proprie, caratterizzate da intenzionalità, *lógos*, libertà e responsabilità, e quali, invece, si configurino come atti meccanici, automatismi, routine, applicazioni esecutive di cui occorre essere consapevoli esecutori.

Si tratta, insomma, in virtù di tutte queste ragioni, di intendere il percorso di tirocinio, in tutte le sue varianti e a cominciare da quello curricolare di cui qui ci occupiamo, come un percorso che intende favorire lo sviluppo da parte dello studente di quella competenza di giudizi che porta via a via a maturazione la capacità di discernere ciò che è 'bene' fare, e perché, in una determinata situazione professionale e, allo stesso tempo, lo rende capace di tradurre questo stesso discernimento in vita 'buona' e giusta, dotata di senso, nella quale può ri-scoprire e ri-assumere valori da realizzare a livello sia individuale sia sociale.

## **2.2. Il tirocinio professionale in ambito sanitario**

Del tirocinio professionale si occupa la normativa che ha regolato, nel periodo anteriore all'istituzione dei Corsi di Laurea delle professioni sanitarie, i requisiti di idoneità delle strutture per i Diplomi universitari nell'area medica; nel D.M. 229/97 si legge: «Le attività di tirocinio sono finalizzate a far acquisire allo studente abilità specifiche d'interesse professionale». Lo scopo del tirocinio è, dunque, precisamente posto nell'acquisizione di quelle abilità tecniche che contribuiscono allo sviluppo delle competenze necessarie per lo svolgimento dell'attività professionale ; funge da garante di tale acquisizione l'intervento diretto, per il tirocinio dello studente, di un operatore dello stesso profilo e di un coordinatore tecnico pratico; il successivo Regolamento attuativo della norma richiamata prevede, inoltre, la stesura di un progetto formativo contenente obiettivi e referenti del percorso, la prospettiva di una formazione che conduca allo sviluppo di un profilo professionale che preveda l'acquisizione della massima esperienza possibile.

Ad esempio, solo l'accompagnamento diretto di un infermiere di un reparto ospedaliero può far acquisire allo studente le abilità tecniche necessarie ad un corretto esercizio della professione infermieristica e così via per tutte le professioni sanitarie. Successivamente, quando con la Legge n. 251/2000 si definiscono le modalità atte a predisporre ordinamenti didattici per corsi universitari finalizzati alla formazione degli operatori delle professioni sanitarie (infermieristiche ed ostetriche, riabilitative, tecnico-sanitarie, tecnico-preventive), ampio spazio viene mantenuto al tirocinio professionale, ritenuto modalità formativa fondamentale, nel corso dell'intero triennio, per sviluppare

le abilità tecniche che permettano il massimo di efficienza professionale possibile.

Nel primo decennio del 2000, tutti i Corsi di Laurea per le professioni sanitarie si sono organizzati in questo senso, e la successiva Legge di riforma universitaria, n. 270/2004, ha rappresentato l'occasione per riprogettare le esperienze maturate e ricomprenderle in una logica professionale che enfatizza il tirocinio come luogo in cui si favorisce lo sviluppo di una competenza professionale da spendere nel successivo percorso professionale sanitario. Il D.M 19 febbraio 2009, che rivede i Corsi di laurea delle professioni sanitarie alla luce della L. 270/2004, recepisce per intero questa prospettiva e, dopo aver dato le linee generali di organizzazione del tirocinio, precisa:

*“Il raggiungimento delle competenze professionali si attua attraverso una formazione teorica e pratica che includa anche l'acquisizione di competenze comportamentali e che venga conseguita nel contesto lavorativo specifico di ogni profilo, così da garantire, al termine del percorso formativo, la piena padronanza di tutte le necessarie competenze e la loro immediata spendibilità nell'ambiente di lavoro.*

*Particolare rilievo, come parte integrante e qualificante della formazione professionale, riveste l'attività formativa pratica e di tirocinio clinico, svolta con almeno 60 CFU con la supervisione e la guida di tutori professionali appositamente assegnati, coordinata da un docente appartenente al più elevato livello formativo previsto per ciascun specifico profilo professionale e corrispondente alle norme definite a livello europeo ove esistenti”.*

La prospettiva decisamente funzionalista del tirocinio professionale è ben segnalata, anche a partire dal linguaggio utilizzato da questa norma: l'apprendimento che deriva dal tirocinio si esprime in competenze



comportamentali, il risultato atteso al termine del percorso è la padronanza delle diverse competenze, che garantisce spendibilità lavorativa nei diversi profili sanitari. L'abilità di cui si parla nel riferimento normativo del 1997, viene detta competenza, in ossequio al politicamente corretto istituzionale, ma la sostanza non cambia: il sapere tecnico, derivante dall'esperienza, che traduce, attraverso procedure predefinite, le regole di comportamento da assumere, sembra ancora prevalere<sup>18</sup> e nulla emerge della complessità contestuale in cui le singole azioni professionali si collocano.

Data questa linearità della prospettiva normativa rispetto al tirocinio professionale, un interessante cambio di paradigma sembra di poter intravedere leggendo il documento del settembre 2010 con cui la Conferenza permanente dei Corsi di laurea delle Professioni sanitarie<sup>19</sup>, si esprime sui Principi e standard del tirocinio professionale nei corsi di laurea delle professioni sanitarie; si tratta del risultato di un ampio lavoro che la Conferenza ha attivato negli anni successivi alla legge di riforma del 2004, organizzando una rete tra coordinatori e tutor di tirocinio dei corsi di laurea delle professioni sanitarie di tutta l'Italia: infermieri, ostetriche, fisioterapisti, logopedisti, tecnici della riabilitazione psichiatrica, educatori professionali, tecnici di laboratorio biomedico, assistenti sanitari, ecc. Il gruppo, che si è così venuto a costituire, ha confrontato vari modelli di tirocinio, pubblicati o messi a disposizione dalle varie università, ed ha successivamente redatto un documento che, dopo un'indagine di consenso, è stato pubblicato e diffuso.

---

<sup>18</sup>Schön D. Il professionista riflessivo. Per una nuova epistemologia della pratica professionale [1983], tr. it., Dedalo, Bari 1993, p. 42.

<sup>19</sup>Conferenza dei Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie. (2010), Op. cit., p. 4.

Si tratta di un lavoro assai interessante proprio per la prospettiva che adotta nell'affrontare il tema del tirocinio professionale nei Corsi di laurea delle professioni sanitarie, prospettiva assolutamente attuale, in quanto ben esplicita la necessità di migliorare i percorsi di tirocinio curricolare, introducendo una forte ed indiscutibile valenza formativa all'intero percorso. Una breve analisi ci permette di evidenziare i punti di maggior interesse. Il Documento Principi e standard del tirocinio professionale nei corsi di laurea delle professioni sanitarie trae origina dalla definizione del tirocinio curricolare professionale, esplicitandone finalità e principi per affrontare poi le questioni del tutorato e della valutazione, anche in situazione di difficoltà di apprendimento; non mancano ampie riflessioni e puntuali indicazioni sulla programmazione delle attività di tirocinio con attenzione agli aspetti più strettamente organizzativi (criteri di scelta delle sedi di tirocinio, modalità di convenzionamento e di rapporti, prerequisiti di accesso, eventuali assenze e/o sospensioni, ecc.), ma un ampio spazio di riflessione viene dato anche al sistema di tutorato necessario al tirocinio curricolare professionale e al suo ruolo strategico nella valutazione finale del percorso stesso. E' chiaramente esplicitata la dimensione oraria ed amministrativa del tirocinio stesso: si tratta di un percorso che si snoda su tutti e tre gli anni della laurea di primo livello (nel Documento si concorda sulla necessità di prevedere almeno 5/6 esperienze di tirocinio in contesti diversi durante il triennio) e prevede un minimo di 60 CFU (1 CFU corrisponde a 25 ore di impegno dello studente), di cui la parte preponderante coincide con l'esperienza sul campo con professionisti del settore sanitario presso servizi, strutture, aziende, comunità. Il Documento è, peraltro, esplicito rispetto a qualunque prospettiva burocratizzante e, nel paragrafo dedicato alla programmazione dei tirocini, si

*legge: “La qualità dell’esperienza degli studenti dà significato alla quantità del tempo trascorso in tirocinio come fissato dalla normativa e che deve essere rigorosamente rispettato come tempo minimo. Tuttavia la ricchezza di opportunità formative offerte e una rigorosa progettazione e conduzione dei tirocini sono determinanti per un apprendimento di qualità dello studente. È necessario trovare un giusto equilibrio tra quantità e qualità del tirocinio, considerando anche che non è sufficiente che lo studente abbia assolto il monte ore previsto ma è il raggiungimento degli obiettivi formativi a sancire la conclusione del tirocinio. Nell’ottica della qualità sono raccomandati percorsi di tirocinio personalizzati che tengano conto per alcuni studenti della necessità di aumentare il numero di esperienze per completare la loro formazione professionale”.*

In particolare, sono due i punti del documento che fanno emergere la forte valenza pedagogica che sostiene l'apprendimento clinico: il primo paragrafo, esplicita la definizione del tirocinio curricolare professionale, le sue finalità e i suoi principi pedagogici; alcuni paragrafi successivi, sono incentrati sulle caratteristiche del tutorato professionale da mettere in campo e i principi pedagogici che sostengono il significato della valutazione del tirocinio stesso, da parte del tutore e del coordinatore dell'area di apprendimento pratico. Dal documento emergono alcuni significativi aspetti pedagogici e didattici che guidano alla realizzazione di percorsi di tirocinio volti a sviluppare quella ‘competenza di giudizio’ che si è detta necessaria a tutti i livelli e in tutte le professioni per ri-scoprire e ri-assumere valori individuali e sociali, capaci di far procedere sulla strada del bene personale e comune, di illuminare, attraverso il principio di responsabilità, il nuovo complesso e problematico rapporto uomo-

natura che la rivoluzione scientifica e tecnologica porta con sé.

Il Documento è esplicito sulla natura del tirocinio curricolare professionale, definito: *“strategia formativa che prevede l’affiancamento dello studente ad un professionista esperto e in contesti sanitari specifici, al fine di apprendere le competenze previste dal ruolo professionale. L’apprendimento in tirocinio avviene attraverso la sperimentazione pratica, l’integrazione dei saperi teorico-disciplinari con la prassi operativa professionale ed organizzativa, il contatto con membri di uno specifico gruppo professionale”*.

L’attività principale degli studenti che lo realizzano, si dichiara poco dopo, consiste nel «poter far provare attività selezionate in base al loro valore educativo». Questo aspetto valoriale, esplicitato chiaramente nelle finalità, è strettamente mirato a dare allo studente la possibilità di sviluppare competenze personali e professionali, di riflettere sulle caratteristiche proprie della professione sanitaria a cui si avvia, di comprendere ed apprezzare l’importanza delle relazioni interpersonali e del confronto cooperativo nel contesto lavorativo stesso.

Nel Documento, infatti, il tirocinio intende - sviluppare competenze professionali, facilitando processi di elaborazione e integrazione delle informazioni e la loro trasformazione in competenze,

- sviluppare identità e appartenenza professionale, offrendo l’opportunità allo studente di un progressivo superamento di immagini idealizzate della professione e di una successiva conferma nella sua scelta,

- sviluppare una pre-socializzazione al mondo del lavoro, facendo sperimentare ed apprezzare direttamente il

contatto con un contesto organizzativo, le relazioni lavorative che lo caratterizzano, i rapporti interprofessionali, i valori, i comportamenti lavorativi che vi si possono manifestare.

La stessa, forte prospettiva pedagogica resta presente quando, nel punto quattro del Documento, si indicano le strategie per l'insegnamento e l'apprendimento in tirocinio e si elencano scelte metodologiche improntate ad una antropologia costruttivista e cognitivista che vede nello studente il costruttore del proprio apprendimento e nell'organizzazione del tirocinio il mezzo che viene intenzionalmente utilizzato per accompagnarlo alla professione, in modo flessibile e trasparente, attraverso :

- il passaggio da un' enfasi storica sull' addestramento ad un modello di apprendimento dall' esperienza;
- la responsabilizzazione dello studente, utilizzando metodi di apprendimento auto diretto applicando i principi dell' apprendimento degli adulti;
- la tutorialità, per garantire supervisione e facilitazione dei processi di apprendimento;
- la trasparenza del processo di valutazione; gli studenti, infatti, sono informati fin dall' inizio sui criteri usati per valutare le loro performance e sugli elementi che contribuiscono alla votazione finale di tirocinio. Sono informati quando non raggiungono gli obiettivi previsti, prima della valutazione certificativa annuale;

- la personalizzazione delle esperienze di tirocinio e flessibilità del percorso;
- il rispetto del diritto di privacy dello studente; i tutor e i supervisori gestiscono, infatti, con riservatezza le informazioni connesse allo sviluppo delle performance dello studente e le utilizzano solamente a scopi formativi.

L'affermazione successiva non potrebbe essere più esplicita rispetto ad una prospettiva che vede l'apprendimento personale co-costruito, situato e riflessivo:

*“L’esperienza nei servizi permette allo studente di affrontare situazioni uniche e complesse che sono insolubili attraverso i soli approcci teorici; mediante la riflessione lo studente può fare emergere tacite comprensioni sorte attorno alle esperienze e può trovare un senso nelle situazioni caratterizzate da incertezza o unicità che può sperimentare. Il tirocinio offre pertanto, non solo la possibilità di imparare a fare, ma anche la possibilità di pensare sul fare, di approssimarsi ai problemi, di interrogarsi sui significati possibili di ciò che incontra nell’esperienza”.*

La stessa prospettiva si ritrova successivamente nel Documento, quando, dopo aver precisato le fasi che il processo di insegnamento-apprendimento dovrebbe prevedere, si afferma: «Queste fasi appartengono ad un processo a spirale che può tornare indietro continuamente e integrare via via le strategie utilizzate anche con successioni diverse, adattandosi alle esigenze dello studente e del contesto di tirocinio». Si incrociano con evidenza almeno

due grandi lezioni bruneriane: la ricorsività di un apprendimento<sup>20</sup> che porta ordine epistemologico nelle osservazioni anche ingenuamente realizzate ed apre a nuove modalità di esperienza e la già richiamata necessità di situare la conoscenza nel contesto reale in cui ci si trova ad affrontare il problema connesso a questi saperi, avendo a cuore «come, per chi e quando» incrociare regola generale e situazione particolare.

### **2.3. Il Tutorato nel tirocinio dei corsi di laurea delle professioni sanitarie**

Dal lavoro svolto dalla Conferenza Permanente dei Corsi di laurea delle professioni sanitarie emerge che la figura che, per norma<sup>21</sup>, coordina il tirocinio nei Corsi di laurea interessati, è il Direttore della Didattica professionale, a cui sono affidati i compiti di individuare e scegliere le sedi in cui realizzare il tirocinio, di avviarne l'accreditamento formale e di assegnare gli studenti alle diverse sedi; egli è chiamato a questi compiti, nel rispetto di precisi criteri improntati sui bisogni educativi dello studente e sull'efficacia del percorso stesso. Con il Direttore della Didattica professionale, in tutti i Corsi di laurea delle professioni sanitarie, opera un sistema di tutori professionali che generalmente si organizza, a seconda delle scelte locali, su due o tre livelli. Non entreremo qui nel dettaglio delle diverse scelte possibili, ma ci soffermeremo sulle due figure che, come prevede la norma, caratterizzano la realtà del tirocinio

---

<sup>20</sup> Bruner J. Dopo Dewey. Il processo di apprendimento delle due culture [1961], Armando, Roma 1964, p. 22.

<sup>21</sup> art. 4, c 5 del D.M. 19 febbraio 2009. In G.U. n. 119 del 25 maggio, 2009.

curricolare e ne garantiscono la realizzazione: da un lato, il tutor che in Università collabora con il Direttore della Didattica Professionale nell'organizzazione e gestione dei tirocini, nella progettazione e conduzione di laboratori di formazione professionale, propedeutici all'avvio del tirocinio presso la sede accreditata; dall'altro lato, il tutor che, a livello del servizio di sede del tirocinio, è solitamente un professionista dello stesso profilo professionale che, mentre svolge le normali attività lavorative, ha il compito di facilitare l'apprendimento delle competenze professionali dello studente, ne garantisce la sicurezza rispetto ai rischi possibili nei luoghi di tirocinio (biologico, chimico, radiologico, ecc.) ed è chiamato a rappresentare un vero e proprio "modello di ruolo" per il tirocinante. Solo in alcuni corsi di laurea, all'interno del servizio sede di tirocinio, è individuato tra i vari tutor, un coordinatore dei tirocinanti presenti in quel servizio.

L'azione di tutoring più diretta nei confronti dello studente è, dunque, realizzata dal professionista che, presso la sede di tirocinio, ha il compito di guida (è la denominazione condivisa, suggerita all'interno del Documento) e, in una dimensione formativa straordinariamente vicina all'apprendistato, accompagna lo studente sia all'osservazione e alla riflessione sui processi di lavoro tipici della professione, sia a qualche semplice intervento diretto, ancorché in situazione protetta.



## 2.4. Il sistema di valutazione

Il paragrafo che nel Documento si occupa della valutazione del tirocinio apre con queste due affermazioni: «Le esperienze di tirocinio devono essere progettate, valutate e documentate durante il percorso dello studente. Durante ogni esperienza di tirocinio lo studente riceve feed-back continui di valutazione formativa sui suoi progressi sia attraverso colloqui che schede di valutazione». Anche nel delicato passaggio valutativo, dunque, gli estensori del Documento non lasciano spazio a dubbi sulla sua valenza formativa e, dopo aver dato puntuali suggerimenti in merito alla valutazione certificativa annuale del tirocinio stesso e alla Commissione che potrebbe farsene carico, si insiste sulla necessità che lungo tutto il percorso siano raccolte osservazioni e valutazioni sull'apprendimento dell'allievo, anche attraverso l'analisi di simulazioni, di casi e situazioni reali che lo studente ha potuto incontrare nella sua sede di tirocinio professionale. Non a caso poco prima, il Documento, dopo aver ricordato che ogni Corso di Laurea adotta propri strumenti di documentazione del percorso di tirocinio, esplicita la convinzione che, per la realizzazione di un tirocinio professionale di qualità, siano indispensabili alcuni documenti, quali:

- il progetto di tirocinio, che esplicita modello pedagogico proposto, gli obiettivi formativi, gli indicatori e gli strumenti di valutazione dei risultati di apprendimento;
- il contratto formativo che regola il percorso di tirocinio, il dossier, il portfolio;

- indirizzi e report scritti per l'attività di laboratorio professionale;
- il libretto triennale dove lo studente documenta la frequenza e le sedi di tirocinio.

Vedere condivisa ed acquisita, almeno a livello di proposta nazionale nell'ambito del tirocinio professionale dei Corsi di Laurea delle professioni sanitarie, la necessità di osservare e documentare il processo di apprendimento dello studente in tirocinio, di raccoglierne gli esiti anche attraverso strumenti lontani dalla cultura valutativa istituzionale italiana come il dossier e il portfolio, lascia il lettore del Documento felicemente sorpreso rispetto alle consapevolezze pedagogiche che gli estensori hanno fatto proprie.

Stessa felice impressione si prova poco oltre, quando si leggono le proposte messe a punto nel caso in cui il tutor si trovi di fronte ad uno studente in difficoltà.

*Nel tirocinio - si legge nel documento - il termine "difficoltà" o "studente non sicuro" è utilizzato per gli studenti il cui livello di pratica è dubbio nelle aree della sicurezza, conoscenza, abilità tecnico operative ed interpersonali. L'intraprendere ed il perseguire obiettivi ed attività rispetto alle quali lo studente non è adeguatamente preparato diventa fonte di stress sia per lo studente che per il tutor. E' pertanto essenziale rinegoziare e riadattare il piano/programma di tirocinio, prevedere un piano di azione personalizzato e valutare nel corso dell'anno la necessità di ulteriori esperienze di tirocinio.*

Aver ipotizzato non solo che una situazione di difficoltà di apprendimento richieda un ripensamento e una ri-negoziazione del percorso di tirocinio stesso, ma anche che l'eventuale soluzione vada condivisa con lo studente attraverso la definizione di un piano di azione personalizzato è al

tempo stesso, come approfondiremo tra poco, una forte conferma della prospettiva pedagogica saldamente mantenuta in tutto il Documento e un indicatore esplicito di un'antropologia di riferimento che rigetta qualsiasi intervento esterno nel processo di insegnamento-apprendimento a favore della convinzione che un progetto formativo, ancorché adeguatamente predisposto dal tutor, per essere efficace necessita dell'adesione libera e personale del soggetto in apprendimento.

## **2.5. La tutorship nel sistema di cambiamento**

La nostra cultura e il nostro sistema educativo (Università compresa) sono stati per quasi un secolo, e forse lo sono ancora, ostaggi di un paradigma culturale separatorio, improntato ad un «intellettualismo» diffuso<sup>22</sup> che ha ritenuto, sempre e in ogni settore, la conoscenza teorica più prestigiosa di quella pratica, vero e proprio principio a cui quest'ultima è chiamata a rifarsi, in un atteggiamento che non può che essere applicativo. Sapere e conoscere, inoltre, gerarchicamente posti, nulla hanno avuto a che fare, all'interno di questo paradigma, con l'agire personale che ciascuno mette in campo, nell'interesse della sua persona, quando, con ciò che sa e ciò che fa, decide e agisce 'bene' nelle diverse situazioni in cui vive, opera, lavora, studia, ricomponendo nell'unitarietà del suo essere persona.

Nel nostro sistema educativo (università compresa, occorre ri-affermarlo), di conseguenza, non solo per decenni non si sono connessi sapere e fare, ma

---

<sup>22</sup> Bertagna G. Lavoro e formazione dei giovani, La Scuola, Brescia 2011, p. 65 e ss.

l'agire stesso dello studente è stato relegato ad un momento esterno, successivo alla scuola e allo studio, quasi che, in essi la vita fosse sospesa, e non esistesse che in prospettiva futura.

Nel sempre più necessario superamento di questo paradigma, perché, allora, non ri-volgere lo sguardo alla formazione tipica dell'artigiano, a quell'apprendistato in cui mastro e apprendista si osservano e si confrontano nella situazionalità del fare pratico e perché non predisporre frequenti e sistematici periodi di tirocinio che intersecano periodi di formazione più teorica? Perché non ri-lanciare l'intreccio profondo e situato tra 'imitazione' (la platonica mimesis) e 'riflessione' (l'azione intelligente di Dewey), per cui l'apprendista 'imita' l'artigiano che 'mostra' il suo agire, mentre entrambi valutano ciò che accade e si auto-valutano nella ricerca continua del lavoro fatto bene, con arte, con maestria, con sapienza manuale e intelligenza riflessiva?

Certo sarà il tutor di tirocinio, il mastro esperto, ad esprimere la valutazione sulla competenza sviluppata dallo studente, l'apprendista, ma non potrà certo farlo senza il suo diretto coinvolgimento, senza collocare il suo giudizio all'interno di quella conversazione riflessiva che ha accompagnato l'intero percorso. Il tirocinio professionale nei Corsi di Laurea delle professioni sanitarie offre una prospettiva formativa di questo genere, testimoniata dall'insistenza ripetuta sull'intreccio tra professione e progetto personale, tra fare tecnico e fare riflessivo, tra competenza individuale e confronto interpersonale, ma questo apprendimento assume significatività<sup>23</sup> solo quando la riflessività e il dialogo continui tra professionista e tirocinante permettono di mettere a fuoco l'intenzionalità che ha caratterizzato le scelte, la

---

<sup>23</sup>Ausubel DP. Educazione e processi cognitivi. Franco Angeli, Milano 1978.

razionalità (il *lógos*) che le ha guidate, le azioni che liberamente e responsabilmente le hanno realizzate. Dunque, non solo vedere, ma anche sentire, capire e spiegare ciò che fanno gli altri e perché, e addirittura pre-vederlo prima che lo facciano; e poi farlo pure in proprio per sola simulazione e imitazioni, senza aver avuto bisogno di ‘istruzioni’ per farlo», essendo in grado di dire come e perché si è agito in quel tale modo. Un ritmo circolare infinito tra fare, pensare, ri-fare, che, con Gadamer, potremmo definire così: «la pienezza dell’esperienza, il compiuto essere di colui che chiamiamo ‘esperto’ non consiste nel fatto che egli sappia già tutto ma in quell’apertura all’esperienza che è prodotta dall’esperienza stessa»<sup>24</sup>.

Un tirocinio curricolare di questo tipo ha evidente bisogno di intenzionalità educativa, non si improvvisa, né si lascia alla più o meno spiccata attitudine interpersonale di chi se ne occupa, primi fra tutti i tutor che accompagnano lo studente sia nella sede ospitante, sia in università. Non a caso, negli ultimi anni, proprio in alcuni Corsi di Laurea per le professioni sanitarie si è attivato un grande interesse per il ruolo del tutor, del professionista sanitario che accoglie lo studente e lo accompagna nel suo percorso di tirocinio. Non di meno, la stessa attenzione è stata dedicata al tutor universitario, alla riflessione sul suo agire formativo e alla sua formazione, come dimostrano i molti corsi di formazione post laurea o di alta formazione attivati presso numerosi atenei. Certo, non è possibile estrapolare singole azioni di rinnovamento nella formazione professionale da una più ampia visione che connetta, a livello di sistema, politiche del lavoro e dimensione formativa, in una prospettiva di crescita integrale della persona, di coesione sociale e di competitività

---

<sup>24</sup>Bertagna G. Op. cit., p. 29

economica, ma il dato che in molte realtà professionali, in connessione con la formazione universitaria, ci si interroghi sulla funzione del tutor in un processo di tirocinio curricolare è significativo.

La tutorship, in questa nuova concezione, non si limita a funzioni organizzative e strumentali, ma diventa un vero e proprio strumento pedagogico di supporto ai processi di apprendimento attraverso i quali è possibile raccordare soggetti e risorse eterogenee tra di loro, trovare risposte pertinenti a bisogni formativi diversi e complessi, fornire supporto nei momenti di difficoltà, valorizzare le differenze e personalizzare i percorsi; insomma, un vero e proprio mezzo per l'apprendimento e per la connessione tra momenti teorici e momenti di pratica professionale. Le azioni educative di cura, protezione, supporto, potenziamento e sostegno (azioni racchiuse nelle ormai classiche funzioni di holding, coaching, counselling), proprie della figura del tutor, certamente si connettono etimologicamente al verbo latino *tutori*, intensivo di *tueri*, che rimanda al significato di protezione e sostegno di una persona ritenuta più debole, ma si completano in senso educativo se arricchite dalle azioni che derivano da una seconda etimologia, che connette il termine tutor al latino *auctor*, con cui si indica l'azione di colui che promuove, fonda e garantisce la crescita attraverso il legame sociale che si esercita tra due persone libere nel momento in cui scelgono e in cui agiscono, in una situazione che certamente prevede livelli di responsabilità diversi ma, al contempo, riconosce autonoma forza di crescita<sup>25</sup>.

Nessun determinismo, dunque, tra l'azione del tutor e quella del

---

<sup>25</sup>Sandrone G. Il docente coordinatore-tutor e la riforma: le ragioni di una scelta, in Cerioli L. (Ed.). Tutorship nel nuovo sistema formativo, Franco Angeli, Milano 2006.

tirocinante, ma una relazione interpersonale fatta di responsabilità, di intenzionalità e di testimonianza, un rapporto educativo caratterizzato da una costitutiva reciprocità, pur nell'asimmetricità. A nulla, infatti varrebbe una tutorship senza il riconoscimento della giustezza e della bontà delle sue azioni da parte del discepolo. La formazione alla tutorship, a questo punto, diventa una priorità direttamente connessa all'incremento qualitativo e quantitativo che si intende attivare nei percorsi di tirocinio curricolare; sarebbe importante, quindi, che la formazione dei tutor universitari e quella dei tutor degli enti accoglienti fosse intesa come condivisa alleanza formativa tra contesti professionali e università, una strada importante per il superamento del paradigma separatorio, da cui parte questa riflessione.

## **2.6. “L'apprendimento per problemi” come riferimento didattico**

Raccogliamo di seguito alcune indicazioni metodologiche che il Documento sui Principi e standard del tirocinio professionale nei corsi di laurea delle professioni sanitarie ripetutamente sottolinea:

- adozione di un modello di apprendimento esperienziale e situato
- condivisione interpersonale della riflessività e della rielaborazione che accompagnano il processo di apprendimento
- responsabilizzazione dello studente in tutte le fasi del percorso di tirocinio
- trasparenza rispetto a tutto il processo valutativo, ai criteri e agli strumenti utilizzati

- personalizzazione dei percorsi sia nell'organizzazione, sia nel procedere formativo.

Tali indicazioni sono più che sufficienti per segnalare come gli estensori del documento abbiano fatto loro le più recenti acquisizioni pedagogiche relative al già richiamato processo di apprendimento nella pratica, che diventa anche apprendimento dalla pratica e per la pratica, in una circolarità continua tra il portato culturale esperienziale di ciascuno e l'apprendimento in situazione, entrambi finalizzati all'agire presente e futuro.

Allo stesso modo, risulta evidente nel Documento come questo processo sia stato collocato nella dimensione propria dell'apprendimento per problemi, secondo cui per affrontare e risolvere un problema reale e situato non è sufficiente attivare una reazione istintiva, una routine o un automatismo, ma occorre presupporre «l'esistenza di un soggetto dotato di coscienza e di intenzionalità che “propone” e “getta innanzi” (progetta) razionalmente un desiderio di intelligibilità dinanzi a qualche cosa che non gode di questa trasparenza»<sup>26</sup>, specie se di problema mal strutturato si tratta, vale a dire con condizioni di partenza instabili e poco definite, con variabili complesse e informazioni incomplete. Esattamente il tipo di problemi che la realtà professionale pone, molto distanti da quelli ben strutturati, ma molto spesso fittizi che la scuola e l'università solitamente utilizzano.

Per affrontare problemi del primo tipo, occorre che un giovane sia accompagnato a riconoscerli e a risolverli, acquisendo familiarità con forme di pensiero, pratiche di ragionamento, modo di dire e di fare all'interno di una

---

<sup>26</sup> Orlandini O. Zanato. Problema, in Bertagna G, Triani P. (Eds.), Dizionario di didattica. Concetti e dimensioni operative, La Scuola, Brescia 2013, pp. 309-322.



comunità di pratiche e di culture organizzative specifiche. Occorre riflessività, direbbe Schön, un'indagine riflessiva che si esercita durante lo svolgimento dell'azione, nel corso dell'azione, al termine dell'azione stessa.

La riflessività, in un siffatto processo di apprendimento, diventa strumento privilegiato per tutti coloro che al processo stesso partecipano e, nel caso del tirocinio professionale, possiamo osservare che ad essa sono chiamati sia lo studente che affronta l'esperienza nella sua complessità, sia il tutor della sede che accoglie lo studente, il quale nella riflessività nella, dalla e per la pratica ripercorre il proprio agire professionale, sia il tutor universitario che, a posteriori, accompagna lo studente a connettere quanto accaduto nella dimensione pratica con quanto appreso nella dimensione teorica. Il percorso valutativo di un siffatto processo di apprendimento è naturalmente aperto, trasparente e condiviso; coinvolge, sia pur con responsabilità diverse, tutti i protagonisti che vi partecipano e si giova di strumenti che spesso saranno qualitativi, descrittivi e narrativi perché la dimensione quantitativa non può certo esaurire la complessità del processo di apprendimento che si osserva e si valuta. Proprio per questo il tutor, nel predisporre il suo giudizio, la sua valutazione sarà «una persona che giudica fondatamente, che possiede, secondo l'espressione idiomatica, 'buon senso', che è un buon giudice di valori relativi; che sa stimare, apprezzare con tatto e discernimento»<sup>27</sup>.

---

<sup>27</sup> Dewey J. Come pensiamo. Una riformulazione del rapporto tra pensiero riflessivo e l'educazione [1933], tr. it., La Nuova Italia, Firenze 1961, p. 195.

## CAPITOLO 3

### LO STUDIO DI RICERCA

#### 3.1. Premessa

Come abbiamo visto nei paragrafi precedenti, le leggi più attuali, in particolar modo il D.M. 270/04 ed il D.M. 19 febbraio del 2009, in tema di riorganizzazione del tirocinio dei corsi di laurea delle professioni sanitarie, hanno ridefinito un panorama interessante ed articolato sul sistema di supporto al tirocinio degli studenti del corso di laurea in infermieristica. Gran parte delle sedi universitarie e delle strutture sanitarie sul territorio nazionale hanno provveduto ad adeguarsi alle novità introdotte, come, ad esempio, l'inserimento del sistema tutoriale nelle aree destinate alle esperienze di tirocinio. Nonostante lo sforzo compiuto dalle organizzazioni coinvolte nei processi educativi di sostegno dello studente durante l'apprendimento pratico, l'ambito clinico e quello teorico stentano ancora a comunicare, con conseguenze negative sull'acquisizione delle competenze richieste nell'esercizio del ruolo professionale. In particolar modo, ci si interroga su quanto le caratteristiche del contesto organizzativo di riferimento e del tutor clinico dedicato all'insegnamento clinico possano influire sugli esiti esperienziali.

A tal proposito, risulta quindi interessante verificare in quale misura le variabili connesse alla trasmissione delle abilità professionale possano trovare riscontro nei bisogni formativi degli studenti tirocinanti.

L'indagine effettuata è di tipo osservazionale, finalizzata all'analisi delle proprietà di attendibilità e validità di un questionario somministrato agli studenti

tirocinanti del Corso di Laurea in Infermieristica, i cui dati verranno poi elaborati statisticamente.

### **3.2. Background dello studio**

Mediante la revisione della letteratura in merito all'argomento di ricerca, si sono potuti reperire importanti articoli di studi condotti sugli aspetti peculiari del tirocinio degli studenti del Corso di Laurea in Infermieristica, con particolare riguardo al rapporto educativo con l'infermiere clinico di riferimento. L'importanza dell'argomento è testimoniata dalla abbondante presenza di materiale bibliografico specifico sul tema che si è potuto consultare attraverso i principali database, pub-med/medline e ILISI. I mesh-terms utilizzati per la ricerca sono: *education, nursing, nursing education research-methods, professional competence\*/teaching, clinical learning environments, tutorial strategies, professional development, clinical teaching, preceptorship, mentors.*

Come si può evincere dagli articoli sotto riportati, gran parte del materiale utilizzato per la presente ricerca proviene dall'estero, in particolare dai paesi anglosassoni, tranne uno studio molto interessante, condotto presso l'Università di Bologna. I vari autori che hanno prodotto gli articoli scientifici presi in considerazione, pongono la loro attenzione sugli ambiti del tirocinio clinico, considerati fondamentali per il percorso formativo degli studenti infermieri, ma ancora poco esplorati.

Gli autori dello studio, svolto presso il Department of Nursing di Salisbury nel Maryland (USA), concentrano la loro attenzione sul rapporto tra le materie

teoriche ed i corsi clinici durante gli Anni Accademici dal 1997 al 2002. Da tale studio emergono chiaramente i problemi inerenti al percorso clinico. Soprattutto vengono posti in discussione alcuni elementi relativi al tirocinio, quali ad esempio: gli standard delle abilità cliniche ed i metodi di valutazione di competenze e supervisione da parte dei docenti universitari. Gli autori propongono alcune soluzioni ai problemi evidenziati: (a) dividere il livello di performance in elementi concordati e misurarli attraverso una scala che permetta una maggiore differenziazione della qualità, riferita alla valutazione delle capacità dello studente; (b) illustrare le tappe da raggiungere fin dall'inizio di un corso clinico, mettendo in evidenza tutti gli ambiti clinici e valutando la competenza raggiunta dallo studente sia in stanza esercitazioni che nei vari settori di tirocinio<sup>28</sup>.

La ricerca svolta presso la School of Health and Social Care, Jyväskylä Polytechnic, di Jyväskylä<sup>29</sup>, Finlandia, descrive la percezione degli studenti infermieri riguardo alle esperienze di apprendimento nel corso del tirocinio. A tal fine viene usato l'approccio fenomenologico di Coalizzi. I dati sono stati raccolti attraverso interviste non strutturate nei confronti di sedici studenti infermieri, ai quali è stato chiesto di descrivere l'aspetto significativo delle esperienze di apprendimento clinico, vissute sia in negativo che in positivo. I risultati evidenziano che quattro elementi, in particolare, costituiscono la sintesi di queste

---

<sup>28</sup>Walsh CM, Seldomridge LA (2005). Clinical grades: upward bound. *J Nurs Educ.* 44 (4): 162-168.

<sup>29</sup>Papp I, Markkanen M, von Bonsdorff M. (2003) Clinical environment as a learning environment: student nurses' perceptions concerning clinical learning experiences. *Nurse Educ Today.* 2003 May;23(4):262-8.

esperienze: l'apprezzamento ed il supporto che gli studenti hanno ricevuto, la qualità del tutorato, l'assistenza al paziente e l'autoapprendimento degli studenti. I partecipanti allo studio hanno valutato il tirocinio clinico e le possibilità che esso offre nel processo di crescita per diventare un infermiere ed un professionista.

Secondo le loro impressioni un buon ambiente di tirocinio si può stabilire solo attraverso una giusta cooperazione tra la scuola e lo staff clinico e l'ente educativo deve essere in grado di provvedere a creare un ambiente adatto di apprendimento clinico al momento giusto, in modo che la teoria e la pratica possano completarsi a vicenda. Un ambiente idoneo a garantire l'acquisizione delle competenze cliniche degli studenti è quello in cui: l'insegnante è l'esperto sull'educazione infermieristica e viene fissato un obiettivo per ogni attività assistenziale, gli studenti infermieri hanno i loro obiettivi e il tutor ha maturato una certa esperienza nel reparto in cui gli studenti stanno svolgendo il tirocinio. Soprattutto quest'ultimo aspetto viene ritenuto importante da parte degli autori, in quanto la collaborazione tra il tutor ed i docenti viene considerata davvero fondamentale.

Lo studio svolto presso il Department of Nursing and Midwifery, Keele University, City General Hospital, Stoke-on-Trent di Staffordshire, UK<sup>30</sup>, descrive la "confusione di ruolo" del docente di infermieristica in ambito clinico, emersa in un servizio offerto agli studenti. Questa confusione viene percepita nella sua variabilità in termini di tipologia, quantità e qualità da parte degli stessi studenti, docenti e staff clinico. Il ruolo del personal-tutor, in tale prospettiva, è concepito nell'aiutare gli studenti a sviluppare sia la professionalità che la preparazione

---

<sup>30</sup>Newton A, Smith LN. (1998). Practice placement supervision: the role of the personal tutor. *Nurse Educ Today*. 18(6): 496-504.

accademica. Per facilitare questo, è essenziale una buona relazione interpersonale tra lo studente e il personal-tutor. Considerando che tali relazioni necessitano di tempo per svilupparsi, l'autore sottolinea l'importanza di valorizzare il rapporto che già esiste tra il tutor e gli studenti, estendendola alle aree di tirocinio. Lo scopo di questa parte della ricerca è quello di accertare il valore, percepito dagli studenti, della disponibilità di un tutor personale che li supervisioni nel College, come nei quattro ambiti di tirocinio. La metodologia impiegata è rappresentata da uno studio descrittivo che si avvale di un questionario autosomministrato.

La popolazione è quella degli studenti della Foundation studies of the Lothian College of Health Studies. La ricerca dimostra che cinquantacinque studenti percepiscono come valore positivo l'avere un infermiere tutor che li supervisioni nel College e nelle realtà di tirocinio, comparato con trentanove studenti che non percepiscono alcun valore. Agli studenti sono state poste domande sulla supervisione nella clinica da parte degli insegnanti infermieri in termini di tipologia, quantità e qualità di insegnamento. Gli studenti del primo gruppo lamentano la scarsa supervisione pratica eseguita nei loro confronti, rispetto agli studenti del secondo gruppo che la ritengono soddisfacente.

Lo studio condotto da P. Rowan<sup>31</sup>, ha lo scopo di migliorare, qualitativamente, il tirocinio degli studenti infermieri. Nel periodo di revisione del tirocinio, è stato intrapreso uno studio pilota di 12 mesi con l'introduzione di 12 facilitatori dell'apprendimento clinico nei reparti per acuti e chirurgici. Per guidare gli studenti infermieri, ogni facilitatore ha collaborato, con continuità, assieme ad un tutor pedagogico di riferimento e con lo staff di corsia. Il team così creato ha lavorato a contatto con il dipartimento incaricato della revisione e ha

---

<sup>31</sup>Rowan P. (2000). Clinical facilitators: a new way of working. Nurs Stand. 14 (52): 35-38.

raccolto i dati usando una varietà di metodi. Il responsabile del progetto ha sviluppato un questionario di verifica per gli studenti, lo staff di reparto e gli insegnanti del college. Le domande iniziali sono state usate come linea di base, poi lo stesso questionario è stato ridistribuito affinché i dati potessero essere analizzati e comparati. Dai risultati emerge che la maggior parte degli studenti si sente più sicura e ha acquisito più confidenza con la realtà di tirocinio. I facilitatori clinici sono stati in grado di fornire un supporto all'esperienza clinica dei tutors nella realtà, e questi ultimi hanno favorito la vicinanza dei facilitatori clinici con gli elementi curriculari, come la presentazione e le strategie di insegnamento. In conclusione lo studio ha posto in evidenza che il facilitatore clinico rafforza la collaborazione tra gli ambiti educativi e quelli del servizio ed offre un modello adatto a favorire l'apprendimento clinico.

Un altro studio svolto presso la University of North Dakota, Grand Forks del North Dakota, USA<sup>32</sup>, va a rilevare le caratteristiche importanti nel giudizio di una classe di studenti infermieri, relativamente alle qualità di un infermiere tutor. Il campione si compone di 171 discenti (che hanno conseguito il baccalaureato) provenienti dall'Università del Midwest degli Stati Uniti. Gli studenti infermieri hanno compilato un questionario che riguarda gli aspetti demografici personali, le caratteristiche di un tutor efficace e non efficace e l'opinione, riguardo al tutor, formatasi in base all'anno di corso e al carico di lavoro relativo al percorso formativo intrapreso. Per categorizzare le caratteristiche che sono emerse è stata eseguita l'analisi dei contenuti ed i dati sono stati classificati secondo il numero di volte in cui ogni caratteristica è stata identificata come efficace o non efficace. I

---

<sup>32</sup> Berg CL, Lindseth G. (2004). Students' perspectives of effective and ineffective nursing instructors. *J Nurs Educ.* 43 (12): 565-568.

metodi di insegnamento, la personalità e le modalità di presentazione dei materiali del corso sono risultate le tre caratteristiche più importanti di un tutor efficace. Al contrario, negli studi infermieristici relativi ai docenti efficaci, le caratteristiche della personalità erano state classificate come le meno importanti.

Lo studio condotto da V.L.Nahas, V.Nour, M.Al-Nobani<sup>33</sup> descrive l'insegnamento clinico come un processo dinamico che si sviluppa in una varietà di contesti socioculturali. La qualità dell'interazione tra studenti e insegnanti nel campo clinico può sia facilitare che impedire l'apprendimento dei primi. Questo lavoro presenta i risultati di una ricerca condotta per esplorare le percezioni degli studenti universitari di infermieristica sulle caratteristiche effettive dei docenti clinici. Il campione preso in considerazione si avvale di alcuni studenti giordani, messi a confronto con quelli occidentali. I risultati hanno posto in evidenza come gli studenti infermieri giordani hanno valutato la competenza professionale del docente clinico come la caratteristica più importante, a differenza di quanto dichiarato dal campione degli studenti occidentali. Dalla comparazione tra la percezione degli studenti di infermieristica maschi e quella delle femmine non si sono riscontrate differenze significative. Comunque, le risposte degli studenti infermieri dei tre anni accademici sono differenti, in modo significativo quelle del secondo anno valutano la relazione dei docenti clinici con gli studenti come l'aspetto più importante e quelle del quarto anno, invece, mettono in risalto le qualità personali dell'insegnante clinico come le caratteristiche migliori.

Zaid M. Al-Hamdan, Hala A. Bawadi, Richard W. Redman, hmad H. Al-Nawafleh, nella ricerca: *“Student nurses Perceptions of a Good Mentor: a*

---

<sup>33</sup> Nahas VL, Nour V, Al-Nobani M. (1999). Jordanian undergraduate nursing students' perceptions of effective clinical teachers. *Nurse Educ Today*. 19 (8): 639-648.



*Questionnaire Survey of Student Nurses in the UK, USA and Jordan*”<sup>34</sup> ripetono uno studio effettuato nel 1995, per indagare se gli studenti identificano ancora le stesse caratteristiche di un buon tutor con quelle di allora. L’indagine è stata condotta in Gran Bretagna, Stati Uniti e Giordania, per avere una casistica più eterogenea, in paesi con culture e sistemi di tutorato completamente diversi.

In totale sono stati coinvolti trecentotrentasei studenti, di cui il 38,7% provenienti dal Regno Unito, il 10,7% dagli USA e il 50,6% dalla Giordania. La maggior parte dei partecipanti ha individuato come caratteristica più importante quella relativa alla “conoscenza e competenza” del tutor, intesa non solo come capacità di trasmissione delle conoscenze professionali, ma anche di quelle relative all’apprendimento. Un altro aspetto ritenuto importante è quello relativo alla “relazione tra docente e discente che dovrebbe essere rilassata e di supporto”. Al terzo posto viene evidenziata “la capacità di valutare i bisogni formativi dello studente e di monitorare i processi di apprendimento”, al quarto viene riportata “l’esperienza” e, infine, “l’impegno dimostrato nel supporto allo studente”. La percentuale delle risposte è alquanto omogenea nei paesi partecipanti allo studio, anche se con qualche sfumatura variabile da un paese all’altro, come, ad esempio, gli studenti Giordani che hanno ritenuto utile aggiungere anche le caratteristiche legate al “sesso e all’età

Una ricerca molto interessante è quella svolta presso alcune sedi universitarie infermieristiche di Taiwan. L’autore, S.M.Chou, si pone come obiettivo quello di valutare, attraverso l’utilizzo del QFD (Quality Function Deployment), la qualità del servizio formativo offerto agli studenti infermieri

---

<sup>34</sup>Zaid M, Al-Hamdan, Hala A, Bawadi, Norrier P, Summers R, Debbie D. (2014). Student nurses Perceptions of a Good Mentor: a Questionnaire Survey of Student Nurses in the UK, USA and Jordan. *International Journal of Humanities and Social Science*. 4(3): 248-56

universitari di Taiwan, visto dalla prospettiva degli stessi discenti. Un numero di 560 studenti infermieri delle università di Taiwan sono stati sottoposti ad un'analisi, attraverso il metodo del QFD, al fine di identificare le caratteristiche di qualità maggiormente valorizzate dai soggetti dell'indagine, gli elementi del servizio formativo che essi considerano più importanti e meno importanti e la relazione/discrepanza tra i requisiti di qualità individuati dagli studenti e gli elementi offerti dal servizio. I risultati mostrano che gli studenti valutano i tradizionali elementi della formazione infermieristica, come il tirocinio e le lezioni in classe, molto più importanti rispetto ai recenti metodi di insegnamento, quale l'insegnamento multimediale.

Nel lavoro di M.Saarikoski<sup>35</sup> si pendente in considerazione la relazione con il tutor come strumento di sviluppo professionale degli studenti infermieri nella pratica clinica.

A.Newton e LN.Smith<sup>36</sup> sottolineano l'importanza del tutor personale nell'inserimento e nella supervisione del tirocinio.

Tra i lavori di ricerca più importanti è utile citare quello condotto in Australia: "*Nursing students and clinical educators' perception of characteristics of effective clinical educators in an Australian university school of nursing*"<sup>37</sup>, dove gli autori, replicando uno studio condotto da Mogan e Knox, nel 1987<sup>38</sup>, hanno sottoposto un campione di studenti infermieri e di insegnanti clinici di una

---

<sup>35</sup> Saarikoski M. (2003). Mentor relationship as a tool of professional development of student nurses in clinical practice. *Int J Psychiatr Nurs Res.* 9 (1): 1014-1024.

<sup>36</sup> Newton A, Smith LN. (1998), Op. cit., p. 53

<sup>37</sup> Lee WS, Cholowski K, Williams AK. Nursing students and clinical educators' perception of characteristics of effective clinical educators in an Australian university school of nursing. *J Adv Nurs.* 2002 Sep; 39 (5):412-20.

<sup>38</sup> Morgan J, Knox JE. Characteristics of 'best' and 'worst' clinical teachers as perceived by university nursing faculty and students. *J Adv Nurs.* 1987 May;12(3):331-7.

scuola australiana ad un questionario, composto da quarantotto items, per rilevare e descrivere le caratteristiche dei migliori e dei peggiori educatori clinici. Lo studio in oggetto utilizza, come strumento di indagine, L'NCTEI (inventario sull'efficacia di un infermiere docente clinico), che, composto da una lista di quarantotto descrittori, raggruppati in cinque sottoscale o categorie, mira a rilevare le caratteristiche degli insegnanti clinici. Le aree contenute nello strumento riguardano i seguenti aspetti: relazionali, capacità di insegnamento, tratti personali, competenze infermieristiche e modalità di valutazione. Lo scopo della presente ricerca è quello di indagare come gli studenti di infermieristica e gli insegnanti clinici percepiscono le caratteristiche di educatori efficaci, per confrontare, successivamente, le differenze e le similitudini di giudizio.

Dai risultati emerge che la categoria delle relazioni interpersonali è stata la caratteristica più apprezzata e più votata da entrambi i gruppi, mentre il sottoinsieme di personalità ha ottenuto il risultato più basso da parte dei partecipanti. Dallo studio emerge anche che gli studenti che non hanno vissuto l'esperienza di tirocinio danno più risalto alle relazioni interpersonali, rispetto a quelli che hanno già svolto tale percorso. L'area che ha creato una divergenza di opinione è quella relativa alla valutazione, maggiormente apprezzata dal gruppo di studenti, mentre gli insegnanti clinici sembrano più orientati alle competenze infermieristiche.

Uno degli studi più rilevanti ai fini della presente ricerca è quello condotto presso l'Università degli Studi di Bologna: "La qualità del tirocinio nel Corso di Laurea in Infermieristica. Indagine sulla soddisfazione degli studenti nella Sezione Formativa Bologna 1-Croce Rossa italiana, Università degli Studi di Bologna" dove gli autori compiono un'analisi sul livello di soddisfazione degli

studenti del secondo e del terzo anno del Corso di Laurea in Infermieristica, rispetto ai singoli elementi che concorrono a determinare gli aspetti essenziali dell'apprendimento clinico. Lo strumento utilizzato nello studio è rappresentato da un questionario, composto da quarantotto items suddivisi in nove aree, somministrato ad un gruppo di sessantuno studenti del secondo anno e novantacinque del terzo anno. I risultati raggiunti al termine dello studio mostrano indici di soddisfazione attestati su valori medio alti rispetto alle diverse aree di tirocinio. Gli autori della ricerca individuano *“alcuni momenti importanti nel tirocinio che sono rappresentati da: accogliimento, orientamento, valutazione intermedia, valutazione finale”*<sup>39</sup>

Le aree di suddivisione del questionario utilizzato sono: accogliimento, orientamento, affiancamento, integrazione con l'èquipe, disponibilità degli operatori, coinvolgimento nelle attività del servizio, obiettivi, valutazione e soddisfazione complessiva. Risulta interessante notare come, nella sezione relativa all'affiancamento, alcuni items tendono ad indagare sul supporto ricevuto, sul feed-back della performance dimostrata, sullo sviluppo delle capacità di problem-solving, sugli aspetti relazionali, sulla sfera comportamentale.

Nelle altre sezioni emergono alcuni aspetti, come rilevanti, nel percorso formativo di tirocinio, quali ad esempio: la collaborazione tra sede formativa e di tirocinio, l'utilizzo del processo di nursing, l'applicazione di procedure, protocolli e Linee Guida, il rapporto tra esperienze effettuate ed obiettivi, l'orientamento con informazioni sulla struttura del servizio, sull'organizzazione, sulle caratteristiche

---

<sup>39</sup> Scalorbi S, Burrai F(2008). La qualità del tirocinio nel Corso di Laurea in Infermieristica. Indagine sulla soddisfazione degli studenti della Sede Formativa Bologna 1 – Croce Rossa Italiana, Università degli Studi di Bologna 1. Professioni Infermieristiche. 61 (2). 67-73.

degli utenti e degli infermieri di riferimento, la chiarezza sugli obiettivi e sulle modalità di valutazione e l'integrazione nell'equipe multidisciplinare.

I risultati ottenuti nelle specifiche aree, evidenziano come l'orientamento e l'accoglienza presentino dei risultati molto positivi, in termini di soddisfazione espressa dal campione di studenti, anche se sussistono possibilità di miglioramento.

Per quanto concerne le aree di affiancamento, i risultati sono buoni, anche se i soggetti dello studio segnalano la mancanza soprattutto di un supporto emotivo, specialmente nelle situazioni più complesse, oppure in quelle affrontate per la prima volta.

Inoltre, i risultati auspicano il miglioramento delle aree relative al clima di apprendimento, al feed-back sulla performance ed allo sviluppo degli aspetti relazionali.

Molto positivo si presenta il risultato relativo allo sviluppo delle capacità di problem solving, fondamentali nell'esercizio di una professione autonoma e rivolta alla persona.

Molto positivo è il risultato relativo alla disponibilità degli operatori, soprattutto risulta fortemente apprezzata la presenza degli infermieri di riferimento.

Gli elementi che influenzano il raggiungimento degli obiettivi, come l'opportunità di acquisire le competenze gestuali, relazionali ed educative, sono da porsi in relazione alle caratteristiche ed ai problemi assistenziali degli utenti. Allo stesso modo, il rapporto tra esperienze effettuate ed obiettivi, non sempre può essere posto a priori, vista l'imprevedibilità delle situazioni assistenziali.

Alcuni aspetti di criticità emersi nello studio sono quelli relativi al confronto tra la teoria e la pratica, alla valutazione, soprattutto per quella di tipo intermedio che dovrebbe essere espressa allo studente, per esplicitare i suoi punti di forza e di debolezza, utili a poter mettere in atto le strategie di recupero in tempi utili.

I principali limiti di questa ricerca sono relativi al campione ridotto di studenti ed alla mancanza di conoscenza dei risultati, nelle sedi di tirocinio interessate.

Infine, di rilevante importanza ai fini del lavoro in oggetto risulta essere il modello di audit proposto agli studenti di infermieristica e di ostetricia della Katherin McAuley school of Nursing and Midwifery di Kork<sup>40</sup>, in Irlanda, in occasione del programma di verifica dei requisiti di qualità del percorso di apprendimento clinico. Il questionario, somministrato al gruppo di studenti, nel periodo immediatamente successivo al termine del tirocinio, si compone di una serie di aree delineanti gli aspetti fondamentali che contraddistinguono l'esperienza di tirocinio. Ogni sezione del questionario contiene una serie di indicatori tesi a rilevare la presenza dei requisiti indicativi della qualità del percorso di apprendimento clinico. Il primo gruppo di items è indirizzato a verificare l'utilità delle esperienze vissute durante lo svolgimento del tirocinio, per lo sviluppo delle competenze professionali, il secondo prende in considerazione i processi di apprendimento, andando a testare se sono in grado di sostenere, supervisionare e favorire lo sviluppo delle capacità degli studenti, delle loro attitudini e conoscenze. La terza area contiene indicatori sul giudizio degli

---

<sup>40</sup>Catherin McAuley school of nursing and midwifery, University college Cork. Audit of Clinical Learning Environment for nursing student. Disponibile in: [https://www.ucc.ie/en/media/academic/nursing/allocations/documents/auditdocumentation/StudentQuestionnaireSpecialistNursing\[1\].pdf](https://www.ucc.ie/en/media/academic/nursing/allocations/documents/auditdocumentation/StudentQuestionnaireSpecialistNursing[1].pdf). Consultato in data 14/05/2014.

studenti circa il grado di collaborazione tra la struttura didattica del corso e le realtà di tirocinio. La quarta parte, compilata solamente dal personale infermieristico ed ostetrico interessato, mira a raccogliere informazioni circa il livello di supporto ricevuto per lo sviluppo professionale. Infine, il quinto gruppo di indicatori è indirizzato a raccogliere le opinioni degli studenti sulla presenza di sistemi di monitoraggio della qualità delle prestazioni infermieristiche e ostetriche.

I risultati ottenuti attraverso gli audit, alla fine, vengono utilizzati per un'analisi sul raggiungimento degli standard previsti per la qualità del tirocinio clinico.

### **3.3. Ipotesi e finalità dello studio**

L'ipotesi di base che ha guidato il disegno del progetto scaturisce dalla considerazione che le criticità legate all'esperienza di tirocinio rappresentino un fenomeno multidimensionale, legato a fattori di tipo organizzativo, strutturale e didattico. Dall'intreccio di questi tre fattori, è possibile ipotizzare che i problemi legati all'apprendimento clinico siano il risultato di un sistema che non riesce a plasmarsi sui bisogni formativi degli studenti.

Il fenomeno esaminato sembra derivare dal prodotto della formazione universitaria, la quale richiede una preparazione cognitiva e capacità di ragionamento critico e quella più prettamente professionale, caratterizzata da modelli di apprendimento di natura decisamente più pratica e meno articolata.

Per poter cogliere tali aspetti, è importante esaminare il punto di vista dello studente tirocinante, in relazione alle variabili che gravitano intorno all'esperienza clinico-assistenziale.

La finalità dello studio consiste, quindi, nell'individuare quali fattori hanno maggiore rilievo nel percorso di tirocinio, secondo l'opinione dello studente.

In particolare, alla luce dell'ipotesi e del disegno di ricerca indicato, si può identificare, come obiettivo specifico, la comprensione della congruenza tra le aspettative ed i bisogni dei tirocinanti ed il supporto ricevuto, durante le fasi dell'apprendimento clinico.

### **3.4 Fasi della ricerca**

Con lo scopo di rilevare le variabili oggetto di studio, nella prima fase si è utilizzato un approccio di tipo qualitativo con la conduzione di due *focus group* per esplorare in profondità il tema oggetto di indagine e per ottenere elementi utili per la costruzione del questionario da somministrare successivamente agli studenti, nel corso dell'indagine quantitativa.

La seconda fase ha utilizzato un approccio quantitativo e si è svolta attraverso la somministrazione di un questionario agli studenti tirocinanti del Corso di Laurea in Infermieristica.

Attraverso la combinazione dei due metodi (disegno di triangolazione) è stato evidenziato che la ricchezza delle informazioni e il buon livello di validità provenienti dal *focus group* potrebbero completare l'attendibilità e la generalizzabilità dei dati ricavati dallo studio quantitativo.



## **FASE 1**

Nella prima fase sono stati realizzati due *focus group*, condotti sugli studenti infermieri laureandi di due sedi universitarie della regione toscana, Università degli Studi di Siena, Grosseto e Università degli Studi di Firenze, Careggi, nel periodo marzo-aprile 2013.

Allo studio hanno partecipato nove studenti per la Sede di Grosseto e otto per la Sede di Firenze. Il reclutamento è stato effettuato su base volontaria, lanciando la proposta al gruppo di laureandi e raccogliendo le loro adesioni, in considerazione del numero massimo di partecipanti, previsto dalla tipologia di ricerca (da otto a quindici studenti). Ad ogni membro del gruppo è stato chiesto di compilare il modulo di consenso alla partecipazione, nel rispetto dei principi etici e normativi.

La conduzione dei *focus group* si è svolta secondo la metodologia prevista. Sono stati individuati un conduttore ed un osservatore che non avessero nessun tipo di coinvolgimento con i partecipanti allo studio, ma esperti nelle tematiche in discussione. Quindi, per evitare qualsiasi tipo di condizionamento nelle risposte degli studenti, si è deciso di affidare i ruoli suddetti a due tutor strutturate presso sedi del Corso di Laurea In Infermieristica diverse da quelle interessate dallo studio.

La ricerca si è svolta in ambienti adeguati al numero ed alla tipologia dei partecipanti, nell'ambito delle sedi del Corso di Laurea in Infermieristica che hanno aderito all'iniziativa. Per favorire l'interazione tra gli studenti, si è preferito disporli intorno ad un tavolo, uno di fronte all'altro. Nel modulo di consenso era prevista anche una liberatoria in merito all'utilizzo di sistemi audiovisivi per

permettere la registrazione della discussione. Pertanto, ricevuto l'assenso, si è provveduto al collocamento di un registratore vocale vicino ai partecipanti, nella posizione più idonea alla rilevazione delle conversazioni. Inoltre, tutti i membri del gruppo, compresi il conduttore e l'osservatore, sono stati muniti di un cartellino di riconoscimento, contenente il solo nominativo.

Il moderatore, con l'obiettivo di esplorare il vissuto degli studenti partecipanti, si è impegnato a sostenere e rilanciare la discussione, seguendo tre tracce prestabilite:

- Il vissuto degli studenti del CDL in Infermieristica durante l'esperienza di tirocinio, la loro percezione sul ruolo e sul contributo dell'infermiere referente nel proprio processo di apprendimento clinico;
- i maggiori problemi (organizzativi, etici, relazionali, assistenziali, formativi, ecc.) che si possono riscontrare durante l'esperienza del tirocinio;
- i punti di forza e le criticità riscontrati durante l'esperienza di tirocinio.

La bassa standardizzazione della traccia ed una conduzione di media direttività hanno agevolato la discussione e permesso ai partecipanti di esprimere liberamente i propri vissuti. In alcuni casi il moderatore, sulla base del flusso di discussione, ha usato anche domande non previste dalla traccia.

All'inizio della discussione, il moderatore ha invitato i soggetti coinvolti nello studio a raccontare il proprio vissuto durante l'esperienza di tirocinio (*opening question*), al fine di individuare e far emergere aspetti che permettono di creare "motivazione e identità" nel gruppo ed identificare i significati relativi all'esperienza del percorso svolto in funzione del ruolo rivestito.

Dopo una breve presentazione iniziale, il moderatore e l'osservatore si sono impegnati nella metodologia di lavoro prevista. Il moderatore ha spiegato al gruppo le sue funzioni e le regole da seguire durante la conversazione.

L'osservatore si è posto come controllore esterno delle dinamiche del gruppo, preoccupandosi delle modalità di svolgimento dei *focus group*. Egli, quindi, si è dedicato alla preparazione del *setting* ed all'accoglienza dei partecipanti, predisponendo appositi strumenti atti alla registrazione delle interazioni del gruppo. Sia durante la riunione che successivamente, dopo il completamento dell'ascolto dell'audio-registrazione, l'osservatore ha effettuato una trascrizione, su apposite griglie preconfezionate, delle informazioni sui partecipanti, quali:

- a. la mappa spaziale dei partecipanti con i relativi nomi, redatta durante la riunione;
- b. i profili interattivi (leader, disturbatore, timido, frettoloso, ecc.);
- c. la legenda delle dinamiche di gruppo (sudditanza, accordo, disaccordo).

Inoltre, si è occupato di eseguire un controllo ponderato delle tematiche affrontate, attraverso la rilevazione del grado di estensione dei temi trattati e della frequenza del non-verbale, con particolare riferimento a:

- a. prossemica (spazio interpersonale per comunicare il grado di attenzione, d'interesse, d'imbarazzo, movimenti del corpo, di reazione a, improvvisi silenzi, ecc.);

- b. cronemica (le pause, i silenzi che segnalano imbarazzo, le riflessioni, ecc.);
- c. cinesica (reazioni viso e corpo come ad esempio arrossamenti, l'agitazione sulla sedia, l'incrocio delle braccia, ecc.);
- d. paralinguistica (toni della voce, enfasi ecc. che sottolineano il grado di accordo, la vergogna, ecc.).

Infine, si è occupato della rielaborazione e del report agli altri ricercatori del *focus group*.

Durante la conduzione dei *focus group*, il moderatore si è impegnato a mantenere viva la discussione, motivando il gruppo di studenti al fine di ottenere informazioni pertinenti senza divagare. Inoltre, lo stesso si è preoccupato di gestire le modalità di sviluppo degli interventi per garantire a tutti un'equa partecipazione.

Nella piena autonomia della conduzione si è favorita la libertà di espressione delle opinioni personali dei membri del gruppo, senza la minima influenza sulle interazioni sviluppatesi.

Come si può rilevare dal contenuto delle registrazioni audio, quando all'inizio il conduttore ha invitato gli studenti a parlare della loro esperienza, in relazione alla fase di assegnazione alle realtà di tirocinio, sia il gruppo di Grosseto che quello di Firenze, con gli interventi messi in atto, hanno evidenziato alcune criticità importanti, dovute, principalmente, ad un sistema che non tiene conto delle esperienze precedentemente svolte. In questa fase, i gli studenti sono entrati subito nel merito della discussione ed il loro interesse per l'argomento proposto si è reso evidente anche sulla base delle caratteristiche rilevate dall'osservatore che

ha segnalato un atteggiamento generale di partecipazione e coinvolgimento con i temi proposti. Le posizioni dei partecipanti, in relazione alle sollecitazioni del moderatore, emergono chiaramente anche dall'analisi del testo elaborato dai contenuti delle registrazioni vocali. In merito al tema dell'assegnazione in tirocinio, gran parte degli studenti coinvolti hanno espresso il notevole disagio provato nel doversi recare in tirocinio senza un'adeguata presentazione al personale delle aree di interesse. La criticità riscontrata viene posta in risalto dalle seguenti affermazioni: *"...secondo me, la presentazione è importante. Non ci possono dire di arrangiarci da soli, vi dovete presentare da soli. No, Tu vieni!"*, *"...nel posto dove dovrò rimanere per un mese, secondo me, la presentazione ci vuole"*. Inoltre, si evidenziano anche frasi che sottolineano il malcontento in merito alle scelte sulla tipologia di area di destinazione, in virtù degli obiettivi di apprendimento: *"Di solito la scelta viene fatta, il primo anno con l'area medica, il secondo con l'area chirurgica, non sempre viene rispettata questa propedeuticità. Io sono stata, il primo anno, in medicina e, il primo semestre del secondo anno, sono tornata in medicina"*, *"...manca una logica nell'assegnazione alle realtà di tirocinio. Infatti, specialmente per quanto riguarda l'area materno-infantile dovrebbe essere iniziata e completata"*, *"...nell'assegnazione dei reparti, viene deciso, in modo del tutto arbitrario, chi accontentare e chi no....."*, *"...in una chirurgia vascolare, ci sono pazienti che si operano alle carotidi, alcuni che fanno interventi in laparo, in PTCA, che si alzano e non hanno bisogno di assistenza e che richiedono terapie che uno studente del primo anno non può effettuare, con la sua conseguente mancanza di partecipazione alle attività di tirocinio proposte. Questo rende l'esperienza di tirocinio estremamente svilente"*.

Quando la discussione si è addentrata nel merito dell'esperienza di apprendimento effettuata, all'interno delle varie realtà clinico assistenziali, il dibattito si è animato in maniera particolare e, attraverso una serie di affermazioni riportate di seguito, è facile comprendere quanto la positività dell'opinione espressa sia condizionata dalla specifica offerta formativa: *“Vengono assegnati dei reparti di tirocinio completamente inutili, come l'ostetricia che dovrebbe essere completamente gestita da ostetriche e reparti in cui la figura dello studente è abbastanza marginale, per problematiche relative alla responsabilità o gestione interna, sarebbe più opportuno fare un discorso di lezione/visita, per vedere come funziona”*, *“Sono stata in dialisi a svolgere il tirocinio, stando sette ore senza fare nulla, in quanto di interessante ci sono solo gli attacchi e gli stacchi del paziente”*, *“...in sala operatoria avrei potuto maturare un'esperienza molto interessante, in quanto avrei potuto prendere visione dell'anatomia umana, delle procedure mirate al mantenimento dell'asepsi”*, *“Spesso, dopo aver fatto un'esperienza in un reparto del genere, dove dovevi prenotarti tre giorni prima per poter inserire un'agocannula, si veniva assegnati in reparti dove, quotidianamente, si sperimentavano procedure molto impegnative”*. Preme evidenziare comunque anche i diversi pareri espressi sullo stesso tema, quale ad esempio la seguente considerazione di un partecipante allo studio: *“Volevo spendere una parola a favore della dialisi, visto che, in seguito ad una mia richiesta, vi ho svolto due settimane di tirocinio. E' vero ciò che dice....., cioè che tra le procedure tecniche da svolgere le più importanti sono quelle relative all'attacco e allo stacco, però, per quanto mi riguarda, questa esperienza mi ha dato tanto in termini di relazione con la persona dipendente da una macchina, aspetti che, in precedenza, non conoscevo.”*

Altre volte la critica è indirizzata più all'organizzazione interna alle strutture di tirocinio; alcune frasi pronunciate in merito lo dimostrano: *“C'è qualcuno che, in tre anni, non ha mai cambiato una stomia o messo un catetere vescicale. Dipende molto da chi trovi durante l'esperienza di tirocinio”, “...per me è estremamente difficile venire qui e non sapere con chi sono in turno quel giorno e chi mi seguirà. Alla fine, sei al terzo anno e non hai più tanta paura di parlare. Dicevo anche di essere lì per imparare e che me lo sarei meritato. Loro mi hanno risposto che era più giusto che io affiancassi più infermieri, perché un giorno mi sarei trovata, da infermiera, con colleghi diversi e quindi dovevo iniziare ad imparare a lavorare in questo modo”, “Frequentemente, come studente del primo anno, ti dedicavi, la mattina dalle sette e trenta alle undici e trenta, a fare l'igiene ai pazienti immobilizzati e, quando tornavi a casa stanco, non avevi visto niente. Era solo un lavoro fisico, piuttosto che inquadrare la persona con la sua patologia. Dovevi trottare, anche se eravamo in tanti, tra infermieri e OSS”, “Secondo me, questa è una carenza sostanziale, perché noi ci troviamo nella teoria in cui si parla di piani di assistenza, di assistenza personalizzata, si parla di come dovrebbe essere il vero lavoro infermieristico, quando poi, nella realtà, queste cose non esistono. Tutto è lasciato molto all'arbitrarietà”, “Una cosa che voglio dire, come negatività del percorso di tirocinio, è la mancanza di un tutor clinico”.*

Gli aspetti più importanti, messi in risalto dai gruppi che hanno preso parte allo studio, sono quelli relativi all'esperienza maturata con le figure infermieristiche di riferimento per l'apprendimento clinico-assistenziale. Alcuni forniscono delle considerazioni positive: *“Ho avuto un'esperienza molto positiva con un infermiere, in terapia intensiva, mi ricordo che aveva la passione di*

*seguirti, la capacità di capire cosa stavi studiando. Se gli facevi le domande, lui Ti spiegava”, “...ogni giorno, si sapeva che un infermiere esperto ci seguiva nell’apprendimento e che c’erano anche una serie di obiettivi formulati da seguire, come ad esempio la gestione del CVC, l’inserimento dell’ago di Huber. Quindi, per me, questo è stato un bel posto. Ecco, io vorrei essere un infermiere che lavora in quel contesto!”, “A volte è capitato che ci mandassero in alcuni reparti dove il personale era aggiornatissimo, disponibile all’insegnamento e, in alcuni casi ti coinvolgeva nell’attività assistenziale”. Tuttavia, nella maggior parte dei casi, non viene riportata una buona immagine degli infermieri referenti per il tirocinio, come ad esempio quando si afferma: “Tutti gli anni cambiava il tutor di riferimento”, “mi sono ritrovata a svolgere un tirocinio di un mese in pronto soccorso, con infermieri che ti consideravano il giusto e, spesso, ti utilizzavano per trasportare il materiale, i pazienti, senza spiegarti gli aspetti più importanti della specifica attività lavorativa”, “Qui, noi, da un punto di vista teorico, siamo supportati da un sacco di persone, quando arriviamo invece sul lato pratico, non è così”, “...le comunicazioni, spesso non sono univoche, a seconda del tutor o operatore che trovi ricevi un’informazione diversa”; “Sottolineo l’importanza della presenza del tutor clinico che sia formato a fare il tutor clinico. Quindi deve essere formato, preparato e non, come avviene in alcune realtà, dove il tutor clinico non è sufficientemente preparato, oppure non è fisicamente presente sul luogo di tirocinio e, quindi, non ci vede mai; “Relativamente all’importanza del tutor clinico e con particolare riferimento a quelli che non vedono mai gli studenti, un bel giorno a me ed a..... ci sono stati fatti tanti complimenti sul nostro andamento in tirocinio e quando siamo andati ad aprire la scheda, quella che era stata fatta a me, era diversa rispetto a*



*quella che era stata fatta a ....., in quanto, nella mia vi erano delle insufficienze, mentre in quella di ..... no. La giustificazione è stata che gli infermieri valutatori, in quel momento, avevano messo in discussione alcune voci della scheda di valutazione”, “.....non abbiamo la possibilità di parlare con il tutor clinico perché non siamo ascoltati”.*

Quelle descritte sono solo alcune delle considerazioni riportate nei confronti della figura dell'infermiere referente per il tirocinio, in realtà il tema riveste una notevole rilevanza per gli studenti, in quanto, come si evince dalle seguenti affermazioni, l'insegnamento clinico dovrebbe essere una peculiarità soltanto di chi è in possesso di determinati requisiti: *“Mi rendo conto che non è possibile che tutti i giorni mi venga spiegata quella procedura, però occorre che ci sia qualcuno, esterno, che sia in grado di spiegarla, altrimenti poi ti trovi davanti a certe situazioni in cui non sai cosa fare ed a me, personalmente, è successo”, “...il tutor clinico dovrebbe avere una formazione che lo renda in grado di svolgere un'attività didattica (ad es. avere la specialistica) e, punto secondo, ci dovrebbe essere davvero una formazione mirata a formare i tutor, i quali dovrebbero conoscere bene gli obiettivi di tirocinio, in base all'anno di corso dello studente. Inoltre, i tutor clinici dovrebbero avere un approccio di tipo più professionale, visto che non siamo forza lavoro. Quindi caratteristiche di maggiore professionalità. Mi piacerebbe essere riconosciuta nella mia professione, cosa che, fin ora, non abbiamo ottenuto”; “Io penso che il tutor clinico è fondamentale nel percorso di apprendimento, soprattutto nella traduzione della teoria nella pratica, quindi nell'applicazione di certe procedure e nella risoluzione di dubbi inerenti la pratica, ma siccome siamo persone in formazione che possono avere anche venti anni e che si trovano di fronte ad un*

*sistema, come quello sanitario, che oltre a problemi fisici può presentarci anche una serie di problemi psicologici, credo che lo studente debba avere anche la possibilità di potersi sfogare, anche per un pochi minuti alla settimana, con una figura, che sia lo psicologo o che sia un consulente con cui poter parlare”; “Un metodo che propongo per risolvere i problemi degli infermieri che ci seguono/non ci seguono, è quello che, alla fine del tirocinio, anche lo studente abbia la possibilità di esprimere una valutazione sull’esperienza svolta”, “...l’infermiere che segue gli studenti in ambito clinico dovrebbe essere una persona entusiasta del proprio lavoro e che ha alle spalle non solo la teoria, ma anche una notevole esperienza di lavoro sul campo”, “...chi fa il tutor clinico lo deve fare perché ci crede e non per altri scopi. La differenza tra insegnante e docente, secondo me, è molto significativa”, “...deve essere una persona in grado di placare i conflitti”, “...deve essere anche supportata da una certa esperienza clinica che lo renda in grado se non di risolvere i problemi, ma di chiarirli direttamente sul campo, perché un problema che non viene affrontato subito e risolto, può dare adito a tutta una serie di altri problemi collegati”, “...dipende molto dalla persona che trovi e se ti senti stimolato a chiedere spiegazioni”, “L’insegnamento non deve essere un peso, ma deve essere un piacere”, “I tutor sono pochi e noi siamo tanti. Però, secondo me, ci sono dei momenti in cui ci si riunisce, ci si conosce e si capisce ciò che dobbiamo fare”.*

In definitiva, dal presente studio emergono considerazioni importanti sull’utilità della figura tutoriale nel supporto allo studente durante l’attività di apprendimento clinico. Soprattutto viene sottolineato il ruolo di guida allo studente svolto nel complesso mondo esperienziale, come fanno notare le seguenti frasi: *“ci voleva qualcuno che conoscesse la materia, ma non c’era un tutor*

*clinico. Quindi non si faceva un approfondimento della materia”, “In realtà, dovrebbero esserci degli infermieri dedicati a spiegare agli studenti le varie situazioni cliniche”, “Nel corso dei tre anni hanno preso avvio tante belle iniziative, ad esempio alcuni tutor ci dicevano che se avevamo problemi dovevamo fare riferimento a loro, però poi se si verificava un problema, molti di loro o non c’erano o non sapevano qualcosa”, “Ci vorrebbe anche che, in situazioni delicate che generano stress e fragilità per lo studente, ci fosse la possibilità di ascoltarlo, in modo da rassicurarlo”, “Io penso che più di tante schede di valutazione, aspetti burocratici, nel momento in cui lo studente si sente veramente perso avrebbe sicuramente bisogno di una parola di supporto da parte di una persona esperta che gli dicesse cosa fare e che lo tranquillizzasse sull’accaduto”.*

Inoltre, gli infermieri incaricati di seguire lo studente durante il tirocinio hanno il delicato compito di ridurre il più possibile il gap esistente tra le conoscenze teoriche, acquisite in ambito accademico, e l’agire professionale consolidato nella realtà clinico-assistenziale, come dimostrano le seguenti confessioni dei partecipanti: *“in questi anni ho avuto tanti punti interrogativi, perché a scuola mi hanno detto una cosa ed in reparto me ne hanno detta un’altra”, “...ci dicevano che noi non eravamo sufficientemente formati per stare in questo reparto, che la scuola non ci preparava a sufficienza”.*

La conflittualità tra il mondo accademico e quello clinico si evidenzia anche nella metodologia di valutazione del tirocinio, dove i sistemi utilizzati non sono in grado di misurare il livello di competenza raggiunto dagli studenti, come indicato nella seguente affermazione: *“Tra le voci della scheda di valutazione abbiamo anche delle attività che siamo ben lontano dal farle, tipo le diagnosi*

*infermieristiche, l'attuazione degli interventi, l'elaborazione del piano di assistenza. La realtà attuale, all'interno delle strutture di tirocinio, è che si fa l'accertamento, la raccolta dati e tutto quello che avviene dopo ancora è molto lontano, si sa solo teoricamente che cosa succede. Quindi, spesso chi ci valuta deve esprimere un giudizio su come noi siamo in grado di elaborare le diagnosi infermieristiche, quando lui stesso fa molta fatica ad utilizzare questa metodologia. Quindi si capisce bene che quella non può essere una valutazione adeguata, per cui ha un suo significato relativo”, “Due parole sulle schede di valutazione. Esse sono fatte male, perché non conferiscono il giusto punteggio di valutazione. Inoltre, anche chi le compila non è in grado di utilizzarle. Quindi ci sono degli aspetti che andrebbero completamente modificati, sia come parte dello strumento, sia come elementi del valutatore”, “Mi sono trovato, al primo semestre del secondo anno, a fare l'esame su una procedura che a scuola non era stata trattata”, “...ti valutano in base alle loro conoscenze e al loro modo di fare le procedure. Però, poi, quando uno va a scuola, quella procedura non va bene”.*

Infine vengono evidenziati alcuni aspetti positivi dell'esperienza di tirocinio svolta durante il percorso formativo infermieristico: *“Di molto positivo ci sono le tantissime ore di tirocinio che facciamo, perché ci permettono di rapportarci in modo consono...”,* anche se, in una considerazione, uno studente riferisce: *“Da un punto di vista del tirocinio, mi sarebbe piaciuto affrontare questa esperienza con delle basi più solide, quindi al secondo o al terzo anno”, “Un aspetto molto positivo è che il tirocinio è iniziato già dal primo anno e nei primi mesi di corso e questo ha consentito a noi studenti in formazione, fin da subito, uno di prendere visione dello specifico infermieristico e due di entrare subito in contatto con la persona malata, sofferente”.*

Altri denunciano la mancanza di un bagaglio completo di competenze: *“Se pensiamo che tra poco saremo infermieri, ci potremmo trovare ad affrontare certe situazioni che non conosciamo, in quanto non siamo mai stati in quella determinata realtà”, “Al terzo anno, noi come infermieri, ma anche come normali cittadini, non sappiamo fare un massaggio cardiaco come Dio comanda ed una respirazione bocca-bocca”, “Ho il terrore di non saper dove mettere le mani, non solo in reparto, dove ci sono altri colleghi e, quindi, si può ricevere un certo supporto, ma fuori dalla realtà sanitaria, dove, in caso di emergenza, non saprei dove mettere le mani”.*

I vantaggi dello studio qualitativo sono stati quelli di aver fornito un quadro di lettura di alcuni meccanismi relativi all’esperienza di tirocinio che ci procurano elementi utili per l’elaborazione di uno strumento da utilizzare nel successivo studio quantitativo, da estendere ad un campione più numeroso. Ovviamente, i limiti della presente metodologia di ricerca, sono da ricomprendere nel numero esiguo dei partecipanti che rende impossibile la generalizzazione delle informazioni ricevute.

## **FASE 2**

Nella seconda fase, si è proceduto alla costruzione della prima versione del questionario, sulla base dei risultati dei *focus group* e di altri studi simili, presenti nella letteratura nazionale ed internazionale.

Il costrutto è stato elaborato attraverso la stesura di una serie di elementi valutativi strutturati in due grandi categorie:

- a. **Valutazione dell'organizzazione generale del tirocinio.**
- b. **Rapporto con gli infermieri referenti per il tirocinio.**

### **3.5. Materiali e metodi**

Per quanto riguarda la misurazione delle variabili, come indicato anche da altri studi simili, presenti nella letteratura nazionale ed internazionale, è stato preso in considerazione il livello di soddisfazione espresso dagli studenti per descrivere nel modo migliore il gradimento sul percorso di tirocinio svolto.

Nella scelta degli items del questionario, si è posta particolare attenzione ai requisiti di chiarezza, appropriatezza, pertinenza, livello di comprensione, forma grammaticale ed interesse. In questa fase sono stati inclusi anche alcuni elementi molto simili, viste le indicazioni delle Linee guida di DeVellis, che considerano la ridondanza come un fenomeno estremamente positivo, in quanto contribuisce a definire gli aspetti presi in considerazione nella loro globalità.

In definitiva per la rilevazione dei dati socio demografici del campione sono stati individuati dodici items relativi alle informazioni sul profilo dello studente, mentre per quanto riguarda lo strumento di misurazione gli items sono risultati cinquantatre, diretti ad indagare il grado di accordo degli studenti relativamente ai vari aspetti del percorso di tirocinio.

Per quanto riguarda l'elemento valutativo individuato per lo strumento di misurazione, si è chiesto allo studente di esprimere un giudizio sulla base dell'esperienza formativa di tirocinio maturata.

Tra i vari formati di valutazione proposti, si è ritenuto utile adottare, per il tipo di variabile da misurare, la scala di Likert, in quanto usata generalmente come strumento di misurazione delle opinioni, delle credenze e delle attitudini. Tale scala si presta molto bene alla rilevazione del grado di soddisfazione espresso dagli studenti e del valore che essi attribuiscono agli elementi valutativi.

Per rendere ottimale il processo di valutazione della scala, si è deciso di utilizzare, per quanto concerne la valutazione dello studente nei confronti della propria esperienza di tirocinio, un formato che prevede l'inclusione di cinque possibili risposte (descrittori), disposte nell'ordine da sinistra verso destra: *totalmente d'accordo, in parte d'accordo, né d'accordo né in disaccordo, in parte in disaccordo, totalmente in disaccordo.*

Una volta completata la stesura definitiva degli items, questi sono stati sottoposti ad una accurata revisione da parte di un gruppo composto da tre docenti del Corso di Laurea in Infermieristica, tre tutor clinici presso l'Azienda USL 9 di Grosseto e 2 docenti di statistica dell'Università degli Studi di Siena, per individuare eventuali contraddizioni, elementi insignificanti ai fini dell'obiettivo dello studio, la loro giusta correlazione con i costrutti esaminati, eventuali integrazioni da apportare. Tale metodologia di lavoro ha richiesto l'esame accurato dei singoli items, al fine di rilevare anche la chiarezza e la sinteticità di ognuno, infatti anche se il contenuto di un elemento valutativo è rilevante, la sua formulazione può creare dei problemi. Questa ulteriore validazione è risultata essenziale per aumentare il livello di affidabilità dello strumento.

In seguito, si è ritenuto necessario eliminare alcuni items ritenuti ridondanti, in modo che il totale si è ridotto dagli iniziali cinquantatre a trentacinque, mentre gli elementi valutativi relativi al profilo dello studente si sono mantenuti nel numero degli undici iniziali.

Di seguito si riportano gli items individuati che sono premessi dalla sezione “Profilo studente”:

## QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE DELLA QUALITA' DEL TIROCINIO (QVQT)

*Elaborato da:*

Università degli Studi di:

.....

Dipartimento

di:.....

Sede del Corso di Laurea in Infermieristica di:

.....

Anno di Corso:     1°     2°     3°     Fuori Corso

### **Premessa**

*Gentile studente,*

*Le chiediamo di compilare, in forma anonima, il presente questionario, che ha le seguenti finalità:*

*valutare l'organizzazione del tirocinio svolto nella sede del Corso di Laurea da Lei frequentato;  
valutare il rapporto con gli infermieri referenti per il tirocinio ;*

*La preghiamo di rispondere a tutte le domande in modo obiettivo, considerando che le informazioni raccolte saranno elaborate e verranno utilizzate esclusivamente per scopi didattici e di ricerca, nel rispetto della normativa sulla privacy (L. 675/96 e D.L.vo 196/03).*

### **1. PROFILO DELLO STUDENTE**

1.1) Sesso:                     Femmina                     Maschio

1.2) Età: anni .....

1.3) Titolo di diploma posseduto:     Liceo classico                     Liceo scientifico                     Liceo  
linguistico



- Liceo psico-pedagogico       Istituto tecnico commerciale       Istituto  
 tecnico industriale  
 Altro (specificare)
- .....

1.4) Voto di diploma di maturità: ...../100 o ...../60

1.5) Eventuali esperienze formative presso altre Facoltà e/o Corsi di Laurea:

.....

1.6) Periodo di tirocinio svolto:

- 1°anno       2°anno       3°anno

1.7) Media degli esami di profitto: ...../30       nessun esame sostenuto

1.8) Attività lavorativa:       nessuna attività lavorativa       studio e lavoro con  
 prevalenza dello studio       studio e lavoro con prevalenza del  
 lavoro

1.9) L'attività lavorativa (eventuale) influenza la regolare frequenza del tirocinio:

- decisamente no       più no che si       più si che no        
 decisamente si

1.10) La sede del Corso dista dalla sua abitazione: :

- meno di 10 Km       10-20 Km       20-30 Km       30-40 Km       oltre 40 Km

1.11) Raggiunge la sede del Corso con:

- mezzo proprio       mezzi pubblici  
 altro (specificare)
- .....

## **Premessa alla Sezione 2**

*Nelle domande che seguono, le affermazioni hanno lo scopo di valutare l'organizzazione del tirocinio riferita all'Anno Accademico terminato. Esprima il Suo accordo o disaccordo con l'affermazione, facendo una croce nell'apposita casella.*

### **2. ORGANIZZAZIONE GENERALE DEL TIROCINIO**

2.1. Nella fase di assegnazione in tirocinio, sono stato avvisato/a con il dovuto anticipo, rispetto all'inizio dell'esperienza

- totalmente d'accordo     in parte d'accordo     né d'accordo né in disaccordo     in parte in disaccordo     totalmente in disaccordo

2.2. Il personale dell'Area di tirocinio ha ricevuto informazioni esaustive riguardo al mio percorso didattico e pratico svolto

- totalmente d'accordo     in parte d'accordo     né d'accordo né in disaccordo     in parte in disaccordo     totalmente in disaccordo

2.3. Durante l'esperienza di tirocinio, sono stato ufficialmente assegnato/a agli infermieri referenti ed ai coordinatori delle aree di destinazione

*totalmente d'accordo*  *in parte d'accordo*  *né d'accordo né in disaccordo*  *in parte in disaccordo*  *totalmente in disaccordo*

2.4. Nelle aree di tirocinio, gli infermieri referenti sono presenti in numero sufficiente

*totalmente d'accordo*  *in parte d'accordo*  *né d'accordo né in disaccordo*  *in parte in disaccordo*  *totalmente in disaccordo*

2.5. La "mission" assistenziale delle aree di tirocinio è chiara

*totalmente d'accordo*  *in parte d'accordo*  *né d'accordo né in disaccordo*  *in parte in disaccordo*  *totalmente in disaccordo*

2.6. Nelle aree di tirocinio è disponibile il materiale bibliografico utile per l'apprendimento

*totalmente d'accordo*  *in parte d'accordo*  *né d'accordo né in disaccordo*  *in parte in disaccordo*  *totalmente in disaccordo*

2.7. Nelle aree dedicate all'apprendimento clinico/assistenziale, esistono spazi utili per lo studio degli studenti

*totalmente d'accordo*  *in parte d'accordo*  *né d'accordo né in disaccordo*  *in parte in disaccordo*  *totalmente in disaccordo*

2.8. Nelle realtà di tirocinio esistono sistemi di rilevazione delle lamentele/preoccupazione degli studenti

*totalmente d'accordo*  *in parte d'accordo*  *né d'accordo né in disaccordo*  *in parte in disaccordo*  *totalmente in disaccordo*

2.9. Il periodo di tirocinio, nelle specifiche aree clinico/assistenziali, è sufficiente al raggiungimento degli obiettivi formativi previsti

*totalmente d'accordo*  *in parte d'accordo*  *né d'accordo né in disaccordo*  *in parte in disaccordo*  *totalmente in disaccordo*

2.10. La documentazione infermieristica messa a disposizione degli studenti (cartelle infermieristiche, protocolli, piani di lavoro, ecc), è appropriata al percorso di apprendimento

*totalmente d'accordo*  *in parte d'accordo*  *né d'accordo né in disaccordo*  *in parte in disaccordo*  *totalmente in disaccordo*

### **Premessa alla Sezione 3**

*Nelle domande che seguono, le affermazioni hanno lo scopo di valutare il rapporto con gli infermieri referenti per il tirocinio. Esprima il Suo accordo o disaccordo con l'affermazione, facendo una croce nell'apposita casella.*

### **3. RAPPORTO CON GLI INFERMIERI REFERENTI PER IL TIROCINIO**

3.1. Durante il tirocinio, l'infermiere referente ha valutato l'adeguatezza delle opportunità di apprendimento, rispetto agli obiettivi previsti per l'anno di corso

*totalmente d'accordo*  *in parte d'accordo*  *né d'accordo né in disaccordo*  *in parte in disaccordo*  *totalmente in disaccordo*

3.2. Il supporto ricevuto dal personale infermieristico, in ambito clinico, mi ha consentito di raggiungere gli obiettivi formativi previsti

*totalmente d'accordo*  *in parte d'accordo*  *né d'accordo né in disaccordo*  *in parte in disaccordo*  *totalmente in disaccordo*

3.3. Ho concordato, insieme all'infermiere di riferimento, il percorso per il raggiungimento degli obiettivi di tirocinio

*totalmente d'accordo*  *in parte d'accordo*  *né d'accordo né in disaccordo*  *in parte in disaccordo*  *totalmente in disaccordo*

3.4. L'insegnamento delle procedure assistenziali si basa su principi di evidenza scientifica

*totalmente d'accordo*  *in parte d'accordo*  *né d'accordo né in disaccordo*  *in parte in disaccordo*  *totalmente in disaccordo*

3.5. Durante il tirocinio, il tempo messo a disposizione per lo svolgimento delle procedure assistenziali è sufficiente

*totalmente d'accordo*  *in parte d'accordo*  *né d'accordo né in disaccordo*  *in parte in disaccordo*  *totalmente in disaccordo*

3.6. Durante l'esperienza clinica, mi sono state trasmesse abilità di "pensiero critico"

*totalmente d'accordo*  *in parte d'accordo*  *né d'accordo né in disaccordo*  *in parte in disaccordo*  *totalmente in disaccordo*

3.7. Nelle aree di tirocinio, ho ricevuto insegnamenti di tipo olistico

*totalmente d'accordo*  *in parte d'accordo*  *né d'accordo né in disaccordo*  *in parte in disaccordo*  *totalmente in disaccordo*

3.8. Ho avuto la possibilità di lavorare insieme all'infermiere referente

*totalmente d'accordo*  *in parte d'accordo*  *né d'accordo né in disaccordo*  *in parte in disaccordo*  *totalmente in disaccordo*

3.9. I membri dell'èquipe multidisciplinare hanno contribuito al mio apprendimento

*totalmente d'accordo*  *in parte d'accordo*  *né d'accordo né in disaccordo*  *in parte in disaccordo*  *totalmente in disaccordo*

3.10. Esistono delle incongruenze tra l'insegnamento teorico e quello pratico

*totalmente d'accordo*  *in parte d'accordo*  *né d'accordo né in disaccordo*  *in parte in disaccordo*  *totalmente in disaccordo*

3.11. Durante il primo periodo di tirocinio, ho ricevuto un valido aiuto nel processo di orientamento

*totalmente d'accordo*  *in parte d'accordo*  *né d'accordo né in disaccordo*  *in parte in disaccordo*  *totalmente in disaccordo*

3.12. Il personale di riferimento, nel tirocinio, garantisce la supervisione delle attività di apprendimento

*totalmente d'accordo*  *in parte d'accordo*  *né d'accordo né in disaccordo*  *in parte in disaccordo*  *totalmente in disaccordo*

3.13. Durante l'esperienza clinico/assistenziale, ho avuto frequenti colloqui con gli infermieri referenti

*totalmente d'accordo*  *in parte d'accordo*  *né d'accordo né in disaccordo*  *in parte in disaccordo*  *totalmente in disaccordo*

3.14. I sono avvenuti in ambienti riservati, adeguati allo scopo

*totalmente d'accordo*  *in parte d'accordo*  *né d'accordo né in disaccordo*  *in parte in disaccordo*  *totalmente in disaccordo*

3.15. Durante l'attività di apprendimento clinico-assistenziale, mi sono stati forniti continui feedback sull'andamento

*totalmente d'accordo*  *in parte d'accordo*  *né d'accordo né in disaccordo*  *in parte in disaccordo*  *totalmente in disaccordo*

3.16. Ho ricevuto adeguate spiegazioni sullo strumento di valutazione del tirocinio

*totalmente d'accordo*  *in parte d'accordo*  *né d'accordo né in disaccordo*  *in parte in disaccordo*  *totalmente in disaccordo*

3.17. Le valutazioni ricevute sono coerenti con il mio livello di preparazione

*totalmente d'accordo*  *in parte d'accordo*  *né d'accordo né in disaccordo*  *in parte in disaccordo*  *totalmente in disaccordo*

3.18. Il personale dedicato all'insegnamento clinico/assistenziale favorisce la presenza di un clima solidale ed accogliente, adeguato all'apprendimento

*totalmente d'accordo*  *in parte d'accordo*  *né d'accordo né in disaccordo*  *in parte in disaccordo*  *totalmente in disaccordo*

3.19. Il personale infermieristico che mi ha seguito, durante il tirocinio, mi ha incoraggiato/a a fare domande e a fornire assistenza alle persone ricoverate

*totalmente d'accordo*  *in parte d'accordo*  *né d'accordo né in disaccordo*  *in parte in disaccordo*  *totalmente in disaccordo*

3.20. Il personale infermieristico che mi ha seguito in tirocinio conosce gli obiettivi formativi dell'anno di corso

*totalmente d'accordo*  *in parte d'accordo*  *né d'accordo né in disaccordo*  *in parte in disaccordo*  *totalmente in disaccordo*

3.21. Gli infermieri referenti sono disponibili all'insegnamento

*totalmente d'accordo*  *in parte d'accordo*  *né d'accordo né in disaccordo*  *in parte in disaccordo*  *totalmente in disaccordo*

3.22. Gli infermieri che mi hanno supportato in tirocinio sono puntuali e regolarmente presenti

*totalmente d'accordo*  *in parte d'accordo*  *né d'accordo né in disaccordo*  *in parte in disaccordo*  *totalmente in disaccordo*

3.23. Gli infermieri dedicati all'insegnamento clinico mi hanno trasmesso abilità di problem solving

*totalmente d'accordo*  *in parte d'accordo*  *né d'accordo né in disaccordo*  *in parte in disaccordo*  *totalmente in disaccordo*

3.24. Gli infermieri referenti del tirocinio possiedono esperienza nel settore

*totalmente d'accordo*  *in parte d'accordo*  *né d'accordo né in disaccordo*  *in parte in disaccordo*  *totalmente in disaccordo*

3.25. Gli infermieri che svolgono attività tutoriale sono in collegamento con i docenti di infermieristica

*totalmente d'accordo*  *in parte d'accordo*  *né d'accordo né in disaccordo*  *in parte in disaccordo*  *totalmente in disaccordo*

#### **4. Suggerimenti e proposte**

.....  
.....  
.....

Si ringrazia della collaborazione!

Lo strumento, completato in ogni sua parte, è stato somministrato nel periodo dal 5 settembre 2015 al 30 ottobre 2015 ad un campione casuale di 232 (duecentotrentadue) studenti che hanno frequentato il tirocinio rispettivamente del primo, del secondo o del terzo anno del Corso di Laurea in Infermieristica dell'Università degli Studi di Siena, Sezione formativa di Grosseto e dell'Università degli Studi di Firenze, Sezione di Careggi.

Il solo requisito necessario per la partecipazione alla ricerca era quello relativo alla frequenza di almeno un'annualità di tirocinio, quindi, per tale motivo, sono stati esclusi gli studenti immatricolati al primo anno.

Il campione è rappresentato, nella seguente tabella, distribuito per sede e per anno di corso:

**Distribuzione per sede e anno di corso del campione degli studenti**

		Periodo Tirocinio			Totale
		1° anno	2° anno	3° anno	
Sede	GR	32	52	16	100
	FI	126	6	0	132
Totale		158	58	16	232

La somministrazione è avvenuta in seguito alla convocazione delle singole classi di studenti, dopo aver spiegato loro gli scopi dell'indagine, le modalità di

risposta, l'anonimato dei dati raccolti ed aver fornito le raccomandazioni sul giudizio da esprimere su tutti gli items contenuti nello strumento.

La distribuzione ed il ritiro dei questionari compilati è avvenuta ad opera del rappresentante di classe, in modo da evitare qualsiasi tipo di interferenza da parte del docente che si è dimostrato disponibile ad eventuali chiarimenti, ma si è recato in un ambiente diverso da quello utilizzato per la compilazione dello strumento.

Questa accortezza ha permesso di ridurre il disagio provocato dalla presenza del docente o del tutor nel momento delle risposte ed ha permesso agli studenti di essere più obiettivi nella formulazione del giudizio.

Tutti gli strumenti somministrati sono stati presi in considerazione per il presente studio, in quanto sono stati riconsegnati ben compilati.

Gli studenti hanno partecipato con interesse alla compilazione del questionario e lo hanno ritenuto un'occasione per esprimere il loro pensiero circa l'esperienza di tirocinio.

### **3.6. Analisi statistiche**

Il questionario utilizzato è stato validato con i metodi dell'*item analysis* e dell'analisi fattoriale. In particolare, per l'items analysis è stato utilizzato l'indice Alpha di Cronbach; tale indice, il cui campo di variazione è compreso tra 0 e 1, esprime quanto gli items del questionario "correlano" tra di loro: un'Alpha di Cronbach che tende ad 1 esprime una forte coerenza interna delle domande del questionario, viceversa, un'Alpha tendente a 0 indica che gli items utilizzati non sono rappresentativi del medesimo costrutto che devono andare a misurare.

L'analisi fattoriale, a sua volta, in sede di validazione va ad individuare alcuni raggruppamenti, i fattori, appunto, in cui si aggregano le domande. Tramite la matrice delle correlazioni, i fattori vengono estratti (nel nostro caso è stato utilizzata la tecnica delle componenti principali) e successivamente ruotati per una più chiara identificazione del contenuto dei singoli fattori (nel nostro caso è stata adottata una rotazione di tipo Varimax). Sono comunque state utilizzate tecniche di tipo descrittivo per l'analisi generale delle variabili ed alcune tecniche di statistica inferenziale allo scopo di confrontare i gruppi di studenti (per sede, per sesso per anno di corso) rispetto ai punteggi dei fattori e di alcuni items di particolare interesse. I test utilizzati sono il t di Student per campioni indipendenti ed il test ANOVA. Per l'analisi dei dati è stato utilizzato il software SPSS 17.0 ed è stato fissato un valore di significatività pari a  $p < 0,05$ .

### 3.7. Risultati

Di seguito vengono riportate alcune tabelle che presentano i dati socio demografici del campione così come emerso dalle risposte date nella sezione "Profilo studente".

**Tabella n. 1: Distribuzione per sesso del campione.**

		Frequenza	Percentuale	Percentuale valida	Percentuale cumulata
Validi	F	167	72,0	72,0	72,0
	M	65	28,0	28,0	100,0
	Totale	232	100,0	100,0	

**Tabella n. 2: Diploma di maturità posseduto dagli studenti del campione.**

	Frequenza	Percentuale	Percentuale valida	Percentuale cumulata
Validi	1	,4	,4	,4
Altro...	34	14,7	14,7	15,1
Ist. Tecnico Commerciale	23	9,9	9,9	25,0
Ist. Tecnico Industriale	14	6,0	6,0	31,0
Liceo Classico	23	9,9	9,9	40,9
Liceo Linguistico	18	7,8	7,8	48,7
Liceo psico-pedagogico	20	8,6	8,6	57,3
Liceo Scientifico	99	42,7	42,7	100,0
Totale	232	100,0	100,0	

**Tabella n. 3: Altri diplomi di maturità posseduti dagli studenti del campione.**

**Titolo\_Altro**

	Frequenza	Percentuale	Percentuale valida	Percentuale cumulata
Validi	198	85,3	85,3	85,3
chimico biologico	2	,9	,9	86,2
Geometri	1	,4	,4	86,6
ist. Tecnico agrario	8	3,4	3,4	90,1
ist. Tecnico biologico sanitario	11	4,7	4,7	94,8
Istituto d'arte	2	,9	,9	95,7
lic. Delle comunicazioni	2	,9	,9	96,6
Liceo scienze sociali	7	3,0	3,0	99,6
perito aeronautico	1	,4	,4	100,0
Totale	232	100,0	100,0	

**Tabella n. 4: Voto conseguito dagli studenti all'esame di maturità.**

**Statistiche descrittive**

	N	Minimo	Massimo	Media	Deviazione std.
Voto Maturità (100)	231	60	100	77,84	10,116
Validi (listwise)	231				



**Tabella n. 5: Annualità di tirocinio frequentata.**

		Frequenza	Percentuale	Percentuale valida	Percentuale cumulata
Validi	1° anno	158	68,1	68,1	68,1
	2° anno	58	25,0	25,0	93,1
	3° anno	16	6,9	6,9	100,0
	Totale	232	100,0	100,0	

**Tabella n. 6: Media dei voti conseguiti negli esami di profitto.**

**Statistiche descrittive**

	N	Minimo	Massimo	Media	Deviazione std.
MediaEsami	228	20	30	25,73	1,505
Validi (listwise)	228				

**Tabella n. 7: Studio e attività lavorativa.**

		Frequenza	Percentuale	Percentuale valida	Percentuale cumulata
Validi		1	,4	,4	,4
	Nessuna	184	79,3	79,3	79,7
	Studio<Lavoro	7	3,0	3,0	82,8
	Studio>Lavoro	40	17,2	17,2	100,0
	Totale	232	100,0	100,0	

**Tabella n. 8: Influenza dell'attività lavorativa sulla frequenza del Corso di Laurea.**

<b>LavoroInfluenza</b>				
	Frequenza	Percentuale	Percentuale valida	Percentuale cumulata
Validi	38	16,4	16,4	16,4
decisamente NO	146	62,9	62,9	79,3
decisamente SI	9	3,9	3,9	83,2
Ne SI ne NO	1	,4	,4	83,6
Piu No che SI	26	11,2	11,2	94,8
Piu SI che NO	12	5,2	5,2	100,0
Totale	232	100,0	100,0	

**Tabella n. 9: Distanza tra la residenza degli studenti e la sede del corso .**

	Frequenza	Percentuale	Percentuale valida	Percentuale cumulata
Validi	1	,4	,4	,4
< 10 km	137	59,1	59,1	59,5
> 40 km	34	14,7	14,7	74,1
10 - 20 km	32	13,8	13,8	87,9
20 - 30 km	12	5,2	5,2	93,1
30 - 40 km	16	6,9	6,9	100,0
Totale	232	100,0	100,0	

**Tabella n. 10: Modalità di arrivo alla sede del corso .**

	Frequenza	Percentuale	Percentuale valida	Percentuale cumulata
Validi	42	18,1	18,1	18,1
Altro	117	50,4	50,4	68,5
mezzo proprio	73	31,5	31,5	100,0
mezzo pubblico	232	100,0	100,0	
Totale				

### **3.8. Analisi descrittiva dei risultati**

In questo paragrafo vengono presentati i risultati emersi dall'analisi delle risposte date dagli studenti al questionario somministrato.

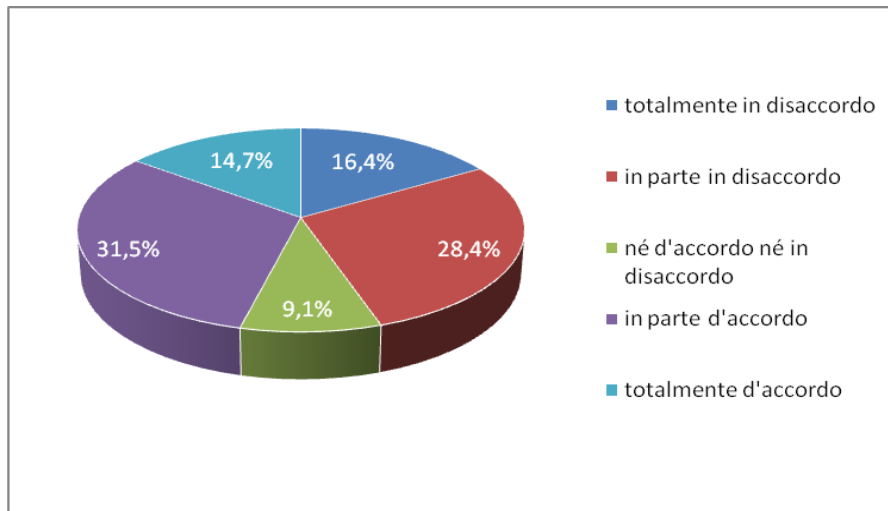
A tal proposito, si precisa che i punteggi potenziali della scala dello strumento di misurazione finale, essendo 35 gli item e avendo adottato una scala Likert con cinque opzioni, alle quali è stato assegnato un punteggio crescente da 1 a 5, ne scaturisce che il punteggio minimo corrisponde a 35, quello massimo a 175 ed il punteggio medio a 105.

Inoltre, essendo il rapporto tra il grado di accordo ed il relativo punteggio attribuito nella elaborazione dei risultati di natura crescente, ne deriva che maggiore è il grado di accordo del campione, maggiore risulta il valore quantitativo assegnato all'item proposto. Quindi nei punteggi da 1 a 5 (il giudizio "totalmente d'accordo" corrisponde al valore "5", mentre il giudizio "totalmente in disaccordo" corrisponde a "1").

Al fine di elaborare i dati raccolti, si è provveduto a calcolare le medie dei punteggi ottenuti, mentre, per la rappresentazione grafica dei risultati, si è utilizzata la tipologia del grafico a torta che permette una migliore comprensione della percentuale delle risposte fornite dal campione ai diversi valori della scala Likert nelle rispettive domande.

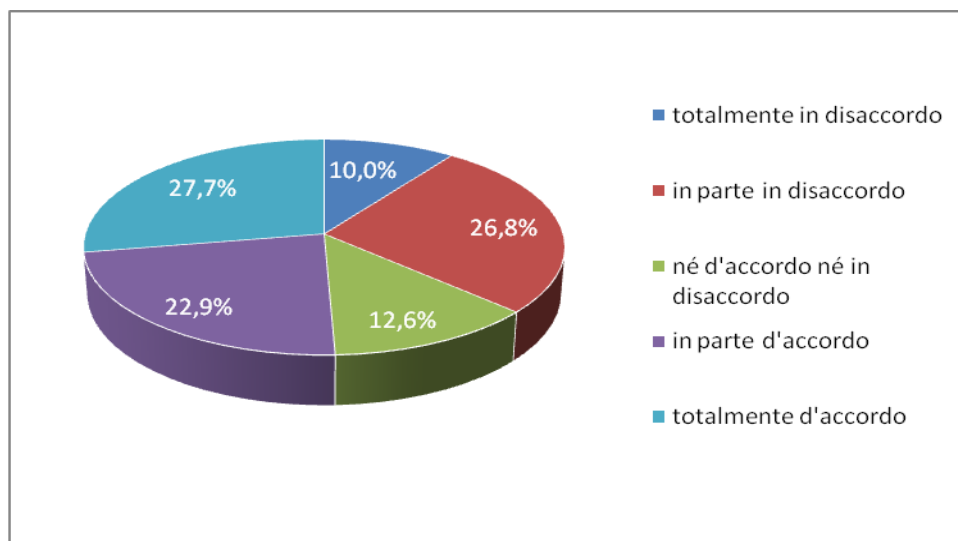
## Sezione 2. “Organizzazione generale del tirocinio”

### **12.2 personale dell’Area di tirocinio ha ricevuto informazioni esaustive riguardo al mio percorso didattico e pratico svolto**



Come si evince dalla tabella, il 28,4% dei partecipanti allo studio è in parte in disaccordo con l’affermazione dell’item e, se a questi sommiamo il 16,4% del campione che è totalmente in disaccordo, emerge chiaramente il problema della scarsa comunicazione, sia all’interno dell’organizzazione didattica che di quella clinico assistenziale di riferimento. Alla luce delle elaborazioni statistiche, il valore medio 3, riportato nella scala, consente di evidenziare una certa perplessità sul grado di accordo del campione con l’affermazione proposta dall’item. Il dato ottenuto risulta molto importante soprattutto in relazione alla propedeuticità che dovrebbe essere attribuita alle esperienze di tirocinio. Infatti, la mancanza di conoscenza del percorso svolto dallo studente, può indurre a commettere errori nell’attribuirgli attività assistenziali non adeguate al suo livello di competenza, con il conseguente rischio di assegnargli obiettivi di apprendimento eccessivamente complessi o non adeguati al suo percorso formativo.

### 2.3. Durante l'esperienza di tirocinio, sono stato/a ufficialmente assegnato/a agli infermieri referenti ed ai coordinatori delle aree di destinazione

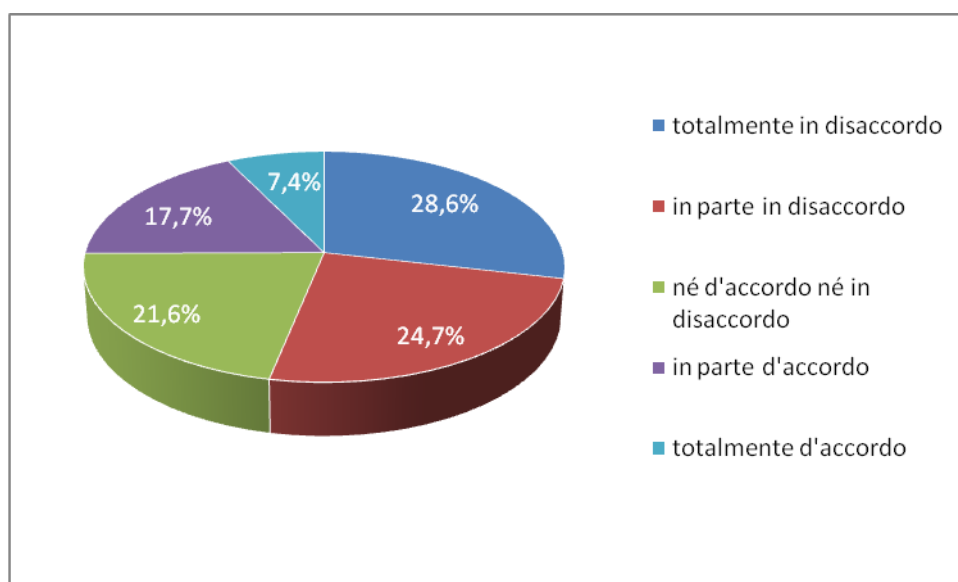


Nel complesso degli aspetti organizzativi del tirocinio, Il dato, precedentemente espresso, assume ancora più valore se lo confrontiamo con quello emerso dall'Item 2.3, dove le risposte dei partecipanti allo studio si collocano, con un valore medio di 3,32, nell'area "in parte d'accordo", lasciando quindi trasparire alcuni dubbi sul processo di assegnazione degli studenti tirocinanti al personale infermieristico referente in ambito clinico. Inoltre risulta significativo il dato relativo al 26,8% del campione che ha risposto, in base all'esperienza vissuta, di essere "in parte in disaccordo" con la modalità utilizzata per la procedura sopra descritta. I risultati all'Item in questione pongono un interrogativo molto importante, in relazione ad una fase così fondamentale nell'esperienza di tirocinio, in quanto lo studente entra in un mondo completamente sconosciuto e, un'assegnazione effettuata semplicemente con una comunicazione telefonica o tramite e-mail, può rendere questo processo molto spersonalizzante, con gravi conseguenze sulla motivazione all'apprendimento, sul

rapporto con gli infermieri referenti per il tirocinio e, in generale, sulla fiducia nel sistema organizzativo didattico di supporto.

La criticità esposta è emersa anche dalle testimonianze degli studenti che hanno partecipato allo studio qualitativo (focus-group), che hanno riferito un grande disagio, nel doversi recare nelle aree di apprendimento clinico senza un minimo di presentazione da parte della sede didattica.

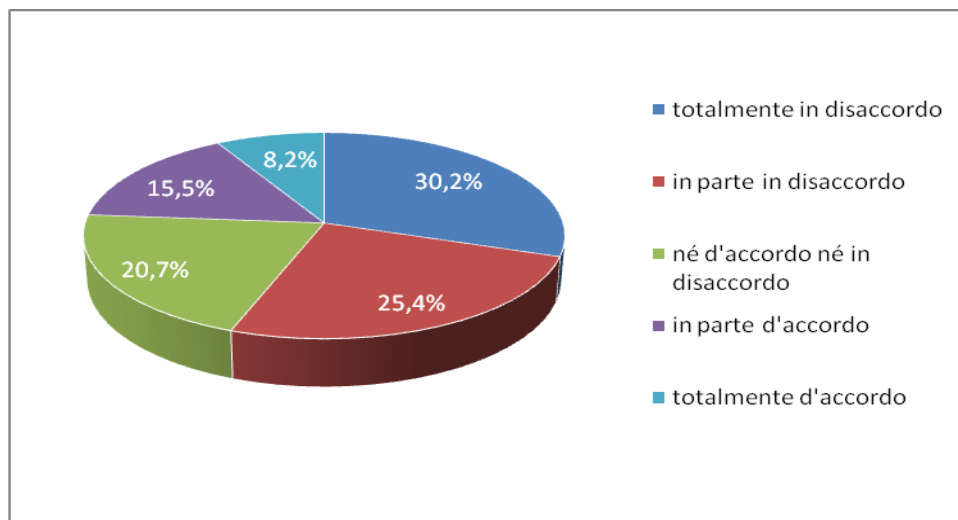
## 2.6. “Nelle aree di tirocinio è disponibile il materiale bibliografico utile per l’apprendimento”



Nella rappresentazione grafica riportata si evidenzia una forte valenza del disaccordo, in quanto la maggior parte delle risposte degli studenti si posiziona sul valore “parzialmente in disaccordo”, riportando, in media, un punteggio nella scala Likert di 2,51, a dimostrazione di una carenza di materiale bibliografico di riferimento utilizzato nelle realtà di tirocinio. Se riflettiamo sulla necessità, per le aree assistenziali, di disporre di materiale bibliografico adeguatamente formulato per un supporto scientifico alle attività, viene da immaginare un triste quadro di

una realtà professionale che non si preoccupa più di tanto di aggiornare il proprio sapere e, di conseguenza, di trasmetterlo agli altri.

## 2.7. “Nelle aree dedicate all’apprendimento clinico/assistenziale, esistono spazi utili per lo studio degli studenti”

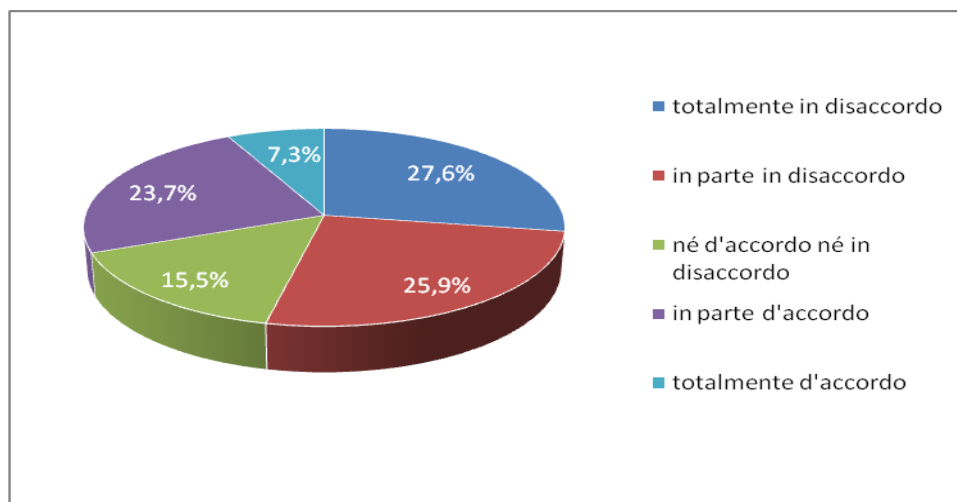


Anche da un punto di vista strutturale, emergono alcune criticità, considerato che le risposte dei partecipanti allo studio si classificano su un punteggio medio di 2,46, quindi sul valore della scala “in parte in disaccordo”. Infatti, come si può rilevare dal grafico, l’area del disaccordo riceve un’alta percentuale di consenso.

Tale criticità è soprattutto da attribuire alla mancanza di disponibilità di ambienti da utilizzare per lo studio di casi clinici o per momenti di confronto con il personale infermieristico dell’area o con gli altri studenti. In questi casi, soprattutto in virtù, sia dei principi della riservatezza, sia della privacy che del livello di concentrazione necessario, può non essere ottimale trovarsi in un corridoio, in una medicheria o, nella peggiore delle ipotesi, nella saletta d’aspetto della struttura clinico-assistenziale. Quindi il dato mostra una scarsa attenzione, da

parte delle organizzazioni sanitarie per questi aspetti, invece, così importanti per l'apprendimento.

## 2.8. “Nelle realtà di tirocinio esistono sistemi di rilevazione delle lamentele/preoccupazione degli studenti”



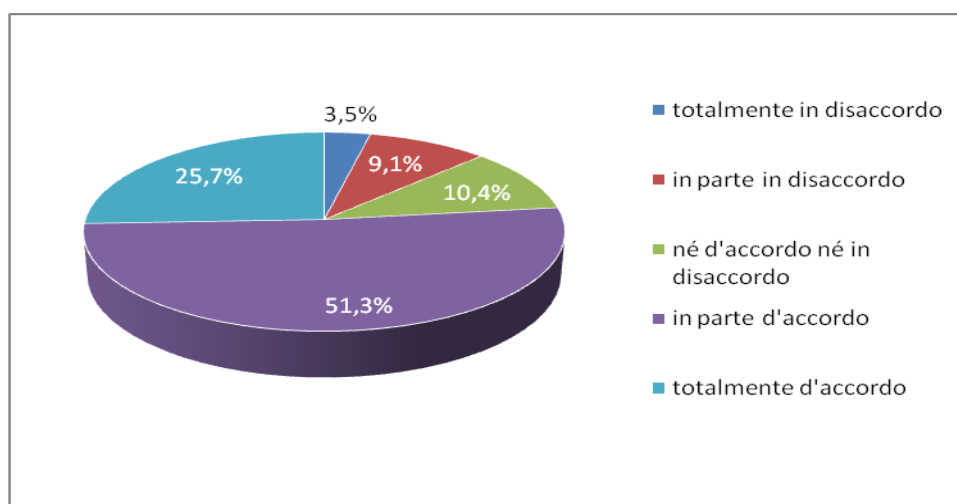
Dalle risposte all'Item sopra riportato, si evidenzia la mancanza di strumenti di raccolta delle lamentele o preoccupazioni degli studenti sull'attività di tirocinio, all'interno delle aree designate al percorso di apprendimento. Infatti, il 25,9% della popolazione, oggetto di studio, ha espresso un parziale disaccordo con il contenuto dell'item ed il 27,6% un totale disaccordo, mentre l'area dell'accordo ha raccolto, in generale, soltanto il 31% dei consensi. Quindi con un punteggio medio di 2,57, l'elemento valutativo assume un valore molto importante, ai fini del presente studio, in quanto mette in risalto la scarsa considerazione, da parte delle organizzazioni delle aree di tirocinio, delle difficoltà incontrate dallo studente, durante l'attività di apprendimento.



Inoltre, il dato emerso, avvalorata i risultati della presente ricerca, che, grazie allo strumento elaborato, ha permesso agli studenti di esprimere il loro giudizio sul percorso clinico svolto.

## **Sezione 2. “Organizzazione generale del tirocinio”**

### **3.2. “Il supporto ricevuto dal personale infermieristico, in ambito clinico, mi ha consentito di raggiungere gli obiettivi formativi previsti”**

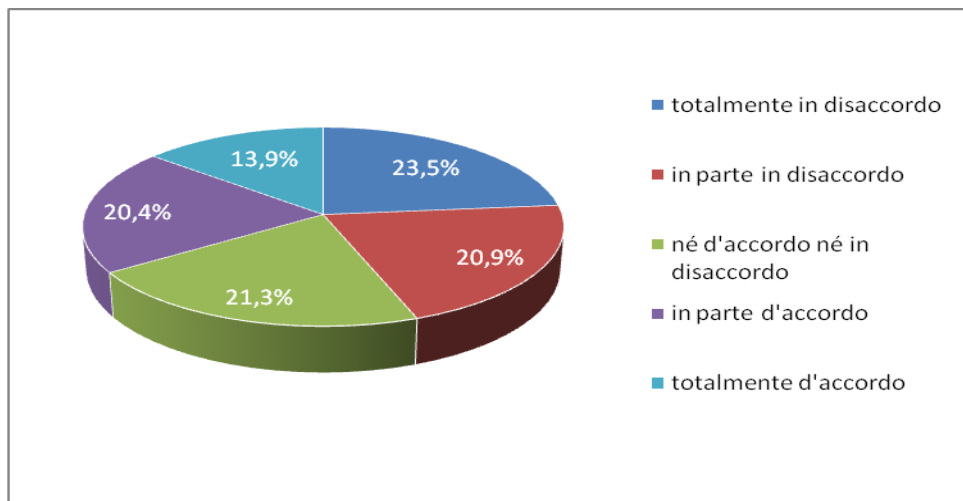


Un dato confortante scaturisce dalle risposte all'item in questione, in quanto la maggior parte del campione è d'accordo (77%) sull'utilità del supporto tutoriale per il raggiungimento degli obiettivi del tirocinio con una media dei valori delle risposte di 3,87, che si avvicina molto all'area del totale accordo.

Quindi la ricerca svolta mette in rilievo l'importanza dell'infermiere referente come guida nei complessi processi di apprendimento clinico-assistenziale, dato confermato anche dalla bibliografia di riferimento. La bassa percentuale di risposte ricevute dal parziale disaccordo (9%) e dal totale disaccordo (3,5%) potrebbe indicare il rapporto negativo vissuto degli studenti con gli infermieri di riferimento. Del resto, come è emerso anche dalle interviste

dei focus-group, la necessità di potersi avvalere di personale competente, aggiornato e con esperienza clinico-assistenziale risulta molto forte ed anche dal documento della Consensus Conference e dalla normativa vigente, esposta nei precedenti capitoli, viene sottolineata l'importanza del ruolo del tutor clinico all'interno del percorso formativo di tirocinio.

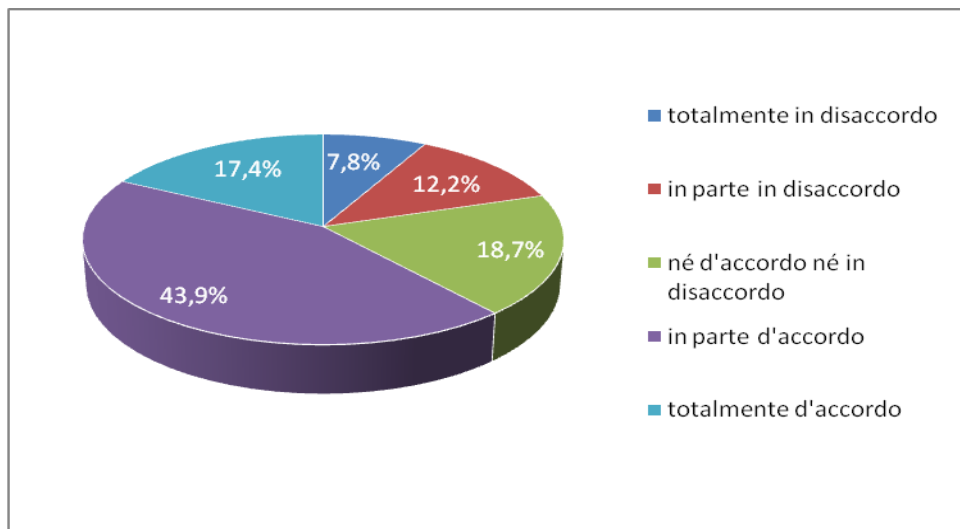
### 3.3. “Ho concordato, insieme all'infermiere di riferimento, il percorso per il raggiungimento degli obiettivi di tirocinio”



Il dato che si rileva dal campione, relativo al 44,4% dei partecipanti che hanno espresso un disaccordo con l'affermazione proposta dal questionario e il punteggio medio di 2,80, totalizzato dall'item, segnalano ancora una mancanza di attenzione per lo studente nei processi formativi. Infatti, la progettazione del percorso di tirocinio è uno di quegli aspetti che dovrebbe tener conto dalle caratteristiche personali, oltre che formative, dello studente. Probabilmente, una maggiore personalizzazione dei processi di apprendimento clinico favorirebbe la

partecipazione dei discenti alle attività previste con conseguente miglioramento anche del grado di performance raggiunto.

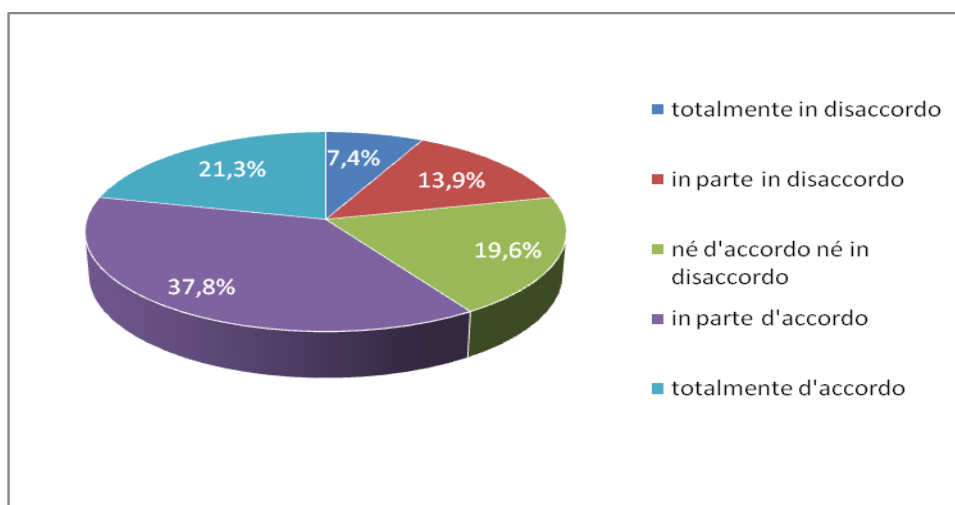
### 3.6. “Durante l’esperienza clinica, mi sono state trasmesse abilità di pensiero critico”



Come rappresentato nella tabella, il 61,3% degli studenti coinvolti nella ricerca hanno espresso un certo grado di accordo circa la trasmissione di abilità pensiero critico, da parte del personale delle aree di tirocinio. Anche la media di 3,51, totalizzata dall’item, consente di affermare l’adeguatezza del metodo didattico utilizzato dagli infermieri referenti delle sedi di tirocinio. Tale risultato dimostra che le “abilità di pensiero critico” sono un elemento imprescindibile dall’agire professionale e, pertanto, rappresentano un passaggio fondamentale dell’attività esperienziale.

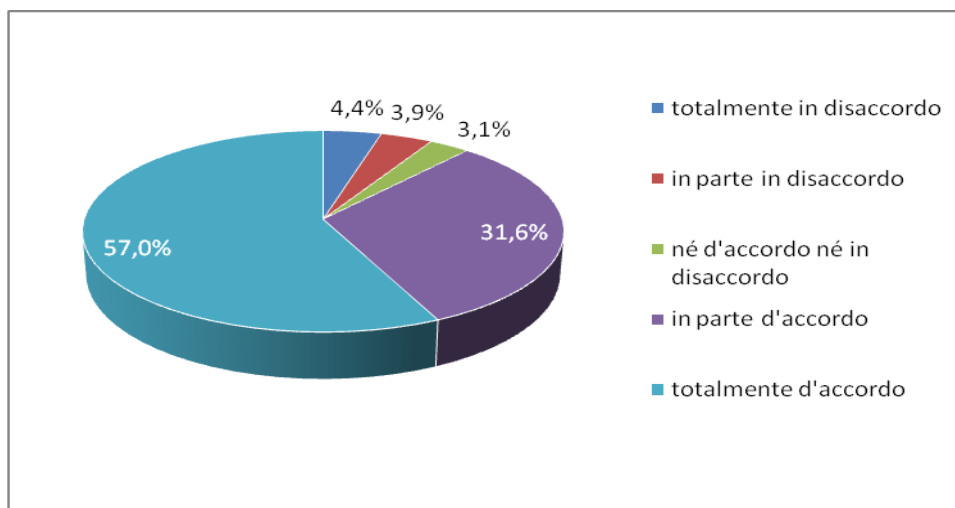
Questo aspetto ci deve far riflettere sulle competenze del tutor clinico, che devono fondate su una certa esperienza nel settore clinico di apprendimento.

### 3.7. “Nelle aree di tirocinio, ho ricevuto insegnamenti di tipo olistico”



Anche i risultati delle risposte del campione all'item in oggetto, mettono in risalto il grado di accordo (59,1% dei casi) espresso in merito agli insegnamenti di tipo olistico, impartiti dal personale infermieristico referente per il tirocinio. In questo caso le risposte fornite si allineano ad un valore medio di 3,52, indicativo di un buon grado di accordo con l'indicazione proposta. Anche in tale circostanza, emerge la peculiarità delle competenze infermieristiche che devono necessariamente essere strutturate su una visione tridimensionale dei bisogni assistenziali. Il dato relativo al 21,3% delle risposte che esprimono un grado di disaccordo, potrebbe essere attribuibile a modelli educativi eccessivamente tecnicistici che, spesso, si rischia di assumere nei processi formativi, specialmente quando riprodotti in un ambiente scarsamente propositivo ed ancorato a modelli organizzativi incentrati più sulle attività che sui bisogni degli assistiti.

### 3.10. “Esistono delle incongruenze tra l’insegnamento teorico e quello pratico”

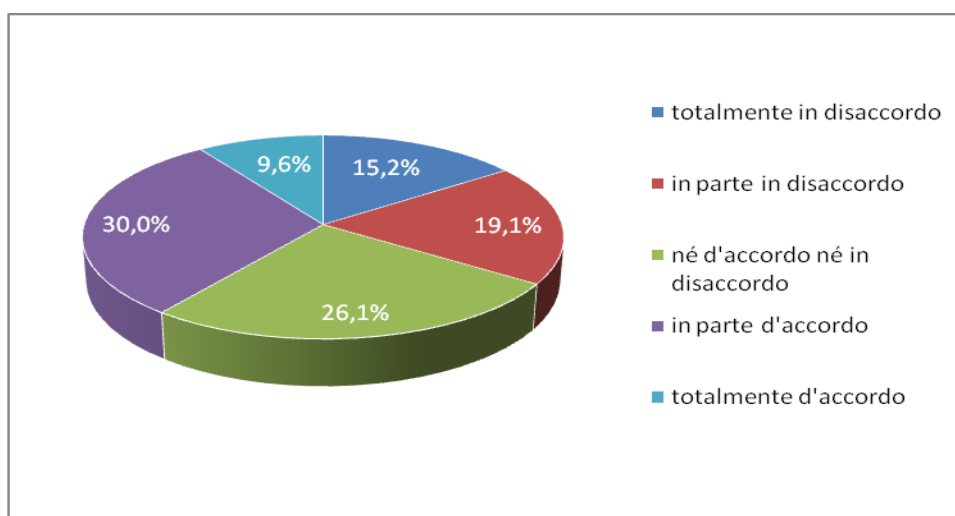


Uno, tra i risultati più importanti dello studio, emerge dalle risposte all’item in questione. Infatti, in seguito alla sua formulazione in senso negativo, si può rilevare come la quasi totalità del campione (88,6%) esprime un certo grado di accordo con il suo enunciato. Il valore medio di 4,33, conseguito in seguito all’opinione espressa dal campione, mette in luce un aspetto molto importante del tirocinio. Infatti il risultato dimostra che non è stato rispettato il presupposto fondamentale alla base dell’apprendimento professionale che prevede una giusta sequenzialità tra il percorso teorico e quello pratico. Il tema in questione è molto dibattuto anche in letteratura e molti studi sono giunti alla stessa conclusione. Anche dai risultati dei focus-group condotti emerge tale criticità. Pertanto siamo chiamati ad una profonda riflessione sul tema che ci deve condurre ad un ripensamento dell’attuale percorso formativo dei corsi di laurea in infermieristica, per evitare gli effetti negativi legati a tale fenomeno, come ad esempio una diminuzione delle competenze acquisite da parte dei futuri professionisti o, nei

casi peggiori, una confusione di ruolo che ne può derivare. Nell'ottica dell'ottimizzazione dei processi di apprendimento, con l'obiettivo di contribuire alla formazione di un professionista competente, è fondamentale che vi sia una comunicazione ed una integrazione continua tra il mondo teorico, più prettamente accademico e quello pratico delle aree di tirocinio. Le abilità del professionista infermiere si costruiscono attraverso una sequenza costante tra sapere e fare, nella spirale dell'apprendimento teorico-pratico. In quest'ottica, diventa fondamentale lo stretto rapporto tra il personale dedicato all'insegnamento teorico e gli infermieri referenti per il settore clinico.

Per quanto riguarda le risposte agli items relativi al supporto ricevuto dagli studenti, durante la fase di orientamento ed in quella di apprendimento, il gruppo oggetto di studio, dichiara di aver ricevuto adeguato supporto da parte del personale infermieristico referente, anche se rimane una certa percentuale di studenti esprime qualche perplessità in merito.

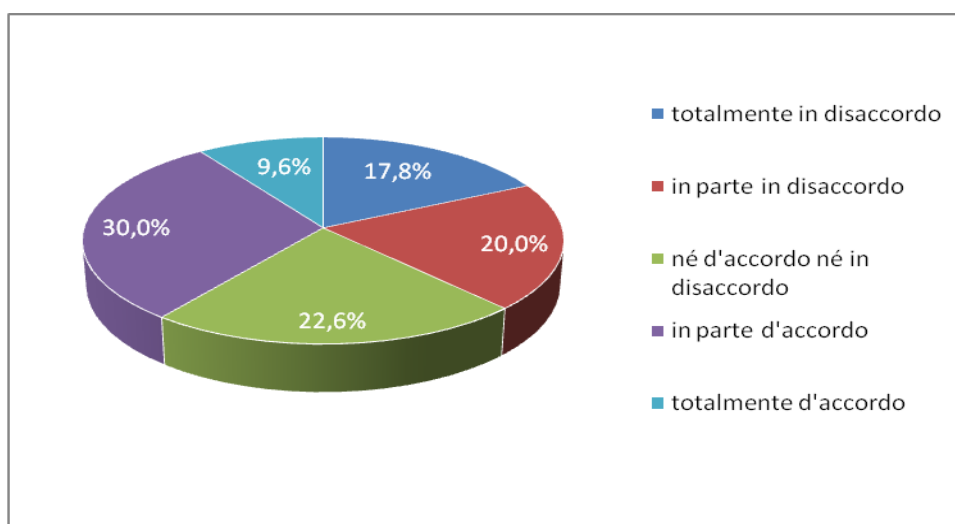
### 3.13. “Durante l’esperienza clinico/assistenziale, ho avuto frequenti colloqui con gli infermieri referenti”



In relazione all’item indirizzato a raccogliere informazioni circa i colloqui avvenuti tra lo studente ed il personale infermieristico delle aree di tirocinio, emerge che la maggior parte del gruppo (34,3% dei partecipanti allo studio) è in disaccordo con l’affermazione e l’elemento valutativo considerato ha raggiunto un valore medio totale di 3, nella scala delle risposte. Il risultato ottenuto mette in risalto la scarsità di confronto e di chiarimento sugli aspetti inerenti al percorso di tirocinio. Inoltre viene confermata la mancanza di attenzione ai bisogni degli studenti. Come indicato dal documento della Consensus Conference e dall’attuale normativa, in tema di formazione professionale, dovrebbero essere previsti momenti di incontro con il personale dedicato all’insegnamento in ambito clinico, per favorire interventi di briefing e de briefing, per fornire costanti feedback sull’andamento del tirocinio e per approfondire alcuni concetti assistenziali. La scarsità delle occasioni di confronto può portare al consolidamento di dubbi importanti da parte degli studenti, con il conseguente rischio di vivere situazioni conflittuali irrisolte, di tipo personale o interpersonale.

L'importanza dei colloqui tra gli studenti ed il personale di riferimento per il tirocinio è ribadita anche dalle risposte al quesito sugli ambienti in cui sono avvenuti i momenti di incontro. In tale occasione i partecipanti alla ricerca hanno affermato, con un valore medio di accordo equivalente a 3,10 che i confronti con gli infermieri, sono avvenuti in luoghi riservati ed adeguati alla situazione.

### 3.15. “Durante l'attività di apprendimento clinico-assistenziale, mi sono stati forniti continui feedback sull'andamento”



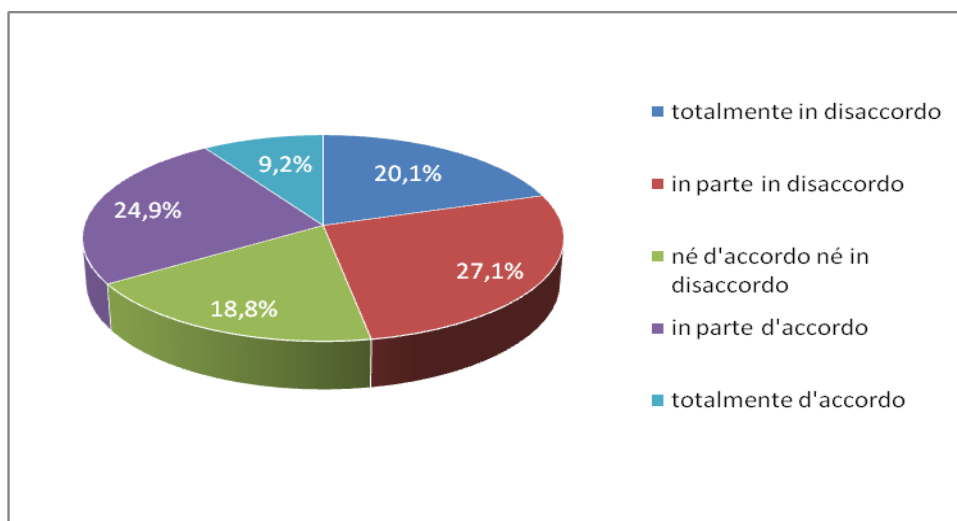
Nel presente studio emergono numerose criticità anche per quanto riguarda i processi valutativi dell'attività di tirocinio che dovrebbero garantire la massima obiettività e, soprattutto, fornire continui feedback agli studenti. In realtà, come si evince dalle risposte, il grado di accordo sull'affermazione dell'item è prevalente (39,6% delle risposte), rispetto ai valori che indicano disaccordo (37,8% delle risposte). Probabilmente, se venisse applicato un costante sistema di incontro tra gli infermieri dedicati all'insegnamento clinico e gli studenti tirocinanti, si favorirebbe un miglior soddisfacimento dei bisogni formativi di questi ultimi.



Inoltre, la valutazione del percorso di tirocinio, effettuata al termine del periodo, non permette allo studente di mettere in atto le eventuali forme di miglioramento della performance o di consolidamento del comportamento adottato e viene spesso vissuta come una imposizione dall'alto, senza possibilità di replica. Usualmente, in questo ultimo caso, la valutazione non conferisce motivazione al miglioramento, ma senso di frustrazione che diviene tanto più grave, quanto più viene vissuta dallo studente come incongruente con il proprio livello di preparazione.

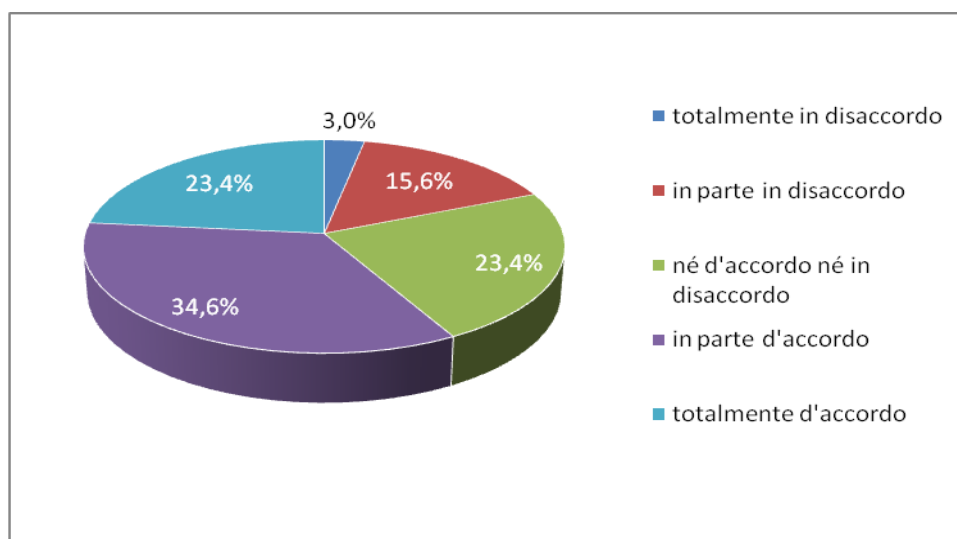
Considerate le risposte all'item successivo, che evidenziano, in generale, un parziale accordo del campione con le spiegazioni ricevute sullo strumento di valutazione, con un valore medio delle risposte corrispondente a 3,29, è interessante notare anche il grado medio di accordo (3,68) espresso nei confronti dell'affermazione: "le valutazioni sono coerenti con il mio livello di preparazione".

### 3.20 “il personale infermieristico che mi ha seguito in tirocinio conosce gli obiettivi formativi dell’anno di corso”



Purtroppo la conoscenza degli obiettivi formativi da parte del personale di riferimento, in ambito clinico, è ritenuta inadeguata da parte del campione, in quanto il 47,2% dei partecipanti allo studio ha espresso un certo grado di disaccordo con l’item proposto che ha raggiunto un valore medio della scala di 2,76. Anche in questo occasione, l’attenzione si pone nuovamente sul divario esistente tra la pratica e la teoria che può portare ad una dissociazione tra le competenze maturate dallo studente e gli obiettivi formativi fissati in tirocinio. In questi casi, l’utilizzo di strumenti gestionali, quali ad esempio il portfolio delle competenze ed il contratto formativo, consentirebbero di avere un continuo riscontro sul percorso di tirocinio, ed ottimizzerebbero l’effetto degli interventi educativi sullo studente.

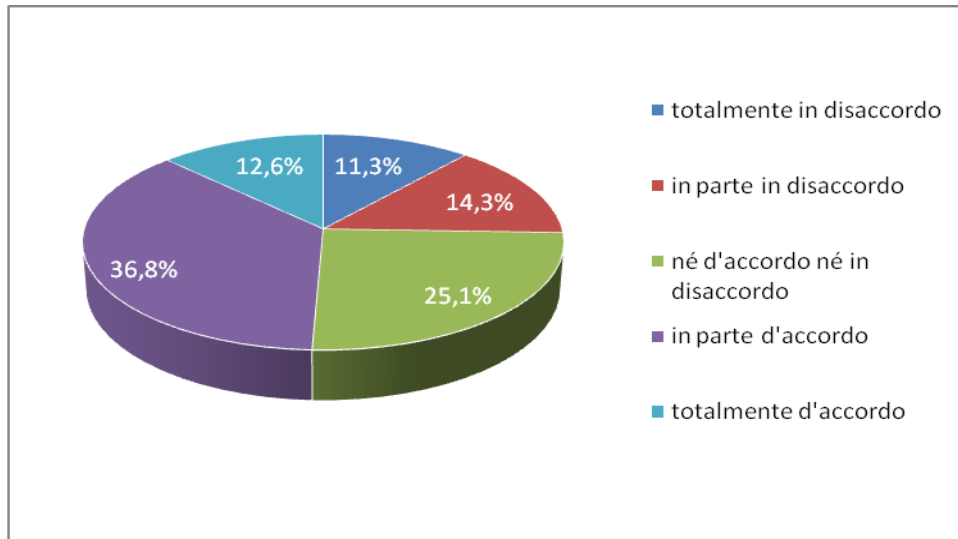
### 3.21 “Gli infermieri referenti sono disponibili all’insegnamento”



Dalle risposte del campione al presente item, si denota un certa disponibilità all'insegnamento da parte degli infermieri referenti per il tirocinio. Solamente il 18,6%, degli studenti mostra un certo disaccordo con l'espressione dell'item. La media conseguita dall'elemento valutativo raggiunge un valore positivo molto alto, equivalente a 4,00. Il dato si dimostra confortante, in quanto si unisce al parere positivo fornito, dal gruppo di studio, alle fasi dell'accoglienza e dell'orientamento nelle aree di tirocinio.

La formazione rappresenta una competenza infermieristica molto importante, dalla quale il professionista non si può tirare indietro. Il rapporto educativo che si viene ad instaurare, tra l'esperto clinico e lo studente in apprendimento, deve essere rispettoso dei tempi necessari al raggiungimento del grado di autonomia previsto dagli obiettivi formativi.

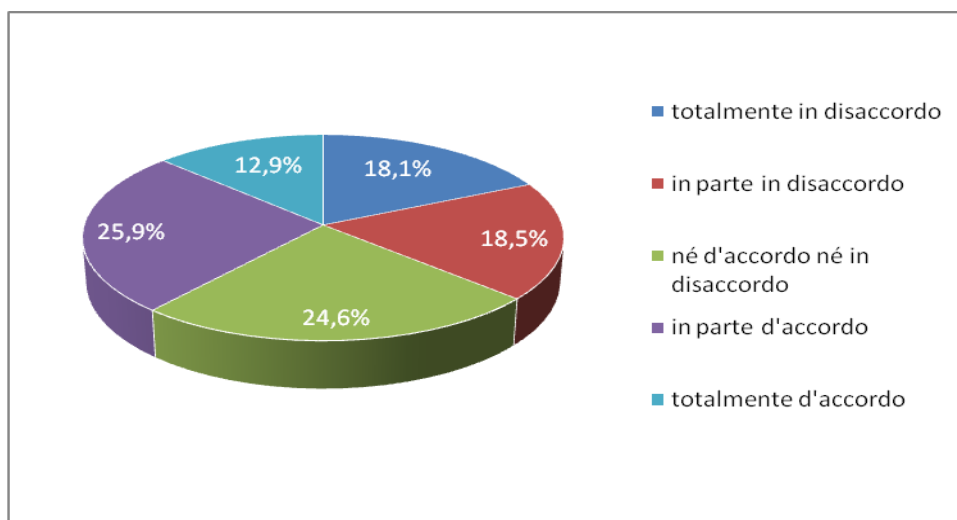
### 3.23. “Gli infermieri dedicati all'insegnamento clinico mi hanno trasmesso abilità di problem solving”



Come si evidenzia nel grafico, la percentuale di studenti che si è dichiarata “in parte d’accordo” con l’affermazione dell’item è significativa, corrispondente al 36,8% del campione, ma una buona parte di risposte dimostrata una certa perplessità rispetto alle abilità di problem-solving trasmesse dagli infermieri clinici (25,1%), condizionando il punteggio medio conseguito dall’item ad un valore di 3,25, quindi nel gradino centrale della scala Likert.

Vista l’importanza rivestita dalla metodologia del problem-solving per la pratica assistenziale, è facile comprendere la significatività del risultato, come indice dello scarso recepimento della “metodologia del processo di nursing” in ambito professionale e formativo.

### 3.25. “Gli infermieri che svolgono attività tutoriale sono in collegamento con i docenti di infermieristica”



Anche dalle risposte all'item in questione, si rileva una notevole percentuale di studenti (24,6%) perplessi circa il collegamento tra gli infermieri referenti per il tirocinio ed i tutor clinici. Nonostante il 38,8% del campione abbia espresso un certo grado di accordo, il punteggio medio dell'elemento valutativo si attesta sul valore di 2,96. Quindi il risultato ribadisce un' importante distacco tra la teoria e la pratica.

Questo deve portare a ragionare sulle strategie di miglioramento della criticità evidenziata, quale ad esempio l'organizzazione di eventi che favoriscano il costante confronto tra le Organizzazioni Professionali e quelle Accademiche, quali ambienti formativi di riferimento per l'acquisizione della formazione infermieristica di base.

Infine, il 34,6% del gruppo di studenti partecipanti allo studio, dimostra di apprezzare, con un parziale accordo, l'impegno degli infermieri referenti nell'insegnamento clinico, dimostrato attraverso una presenza puntuale e costante al fianco dello studente, nelle aree di tirocinio.

### **3.9. Suggerimenti e proposte**

Nell'ultima sezione dello strumento, dove agli studenti è stato lasciato spazio per segnalare eventuali suggerimenti e proposte, emergono alcuni dati importanti che, in certi casi, possono contribuire a rafforzare le espressioni contenute negli item, in altri, a suggerire elementi nuovi emersi dall'esperienza di tirocinio, rispetto a quelli usati nello strumento. Per cui è importante compiere una disamina delle proposte fornite dai partecipanti allo studio, al fine di individuare quegli aspetti che necessariamente devono essere tenuti in considerazione all'interno dell'organizzazione che gravita intorno ai processi formativi del Corso di Laurea in Infermieristica.

L'aspetto maggiormente ribadito dai commenti dei partecipanti allo studio riguarda "la mancanza di comunicazione tra la realtà teorica e quella clinica", che non fa altro che rinforzare ulteriormente i risultati ottenuti nell'item 3.20.

A tal proposito, alcuni studenti indicano, come proposta, quella di favorire gli incontri tra i tre soggetti della relazione formativa: lo studente, il tutor pedagogico ed il tutor clinico.

Un altro aspetto, ribadito nella sezione riservata ai commenti ed alle proposte, è quello relativo alla mancanza di conoscenza degli obiettivi formativi, da parte del personale infermieristico dedicato alla docenza clinica. Anche questo dato tende a sottolineare ulteriormente i risultati del questionario, a dimostrazione dell'interesse, degli studenti partecipanti allo studio, per questa criticità. Anche in questo caso sono proposti interventi organizzativi, di tipo comunicativo, finalizzati ad incentivare il confronto tra gli istituti formativi che contribuiscono allo sviluppo delle competenze infermieristiche.

Altri commenti tendono a sottolineare l'importanza di avere infermieri dedicati all'insegnamento che, a parere di alcuni, dovrebbero distaccarsi dall'attività assistenziale per dedicarsi completamente alla sola attività di docenza. Infatti alcune proposte sono indirizzate al potenziamento del tutor clinico, in termini di competenze ed abilità formative. Altri, prendendo in considerazione le funzioni tutoriali, reclamano, nei confronti degli infermieri referenti del tirocinio, un maggior coinvolgimento degli studenti nella definizione dei percorsi formativi, maggior cura della fase di accoglienza nelle sedi, miglioramento degli aspetti relazionali, costanza nel seguire i tirocinanti, capacità di trasmettere motivazione, essere in grado di accogliere i disagi, i dubbi e le proposte sollevati dai tirocinanti e, infine, maggiore esperienza nei processi formativi.

Da un punto di vista organizzativo, tra gli elementi segnalati nell'apposito spazio del questionario, emerge la necessità, dichiarata da alcuni studenti, di avere un unico infermiere di riferimento in ambito clinico, che si impegni a seguire il percorso di tirocinio fino al termine. Infine, per quanto riguarda la funzione tutoriale, viene avanzata, da alcuni dei soggetti dello studio, la richiesta di prevedere un infermiere referente clinico per studente, da perseguire anche attraverso la presenza di un minor numero di studenti nelle aree di tirocinio.

Inoltre, tra gli altri aspetti segnalati dal gruppo di studenti partecipanti alla ricerca, si evidenziano alcune riflessioni sulle schede di valutazione del tirocinio che risultano eccessivamente standardizzate e non adeguate per tutte le realtà cliniche, come ad esempio la camera operatoria, i servizi ambulatoriali, territoriali, etc.. In alcune circostanze, secondo il parere espresso dagli studenti, vige anche una certa discordanza tra le valutazioni ottenute e la reale competenza dimostrata, durante l'esperienza clinico-assistenziale. Alcuni partecipanti allo

studio evidenziano che le valutazioni non sono sempre effettuate dal personale che ha seguito lo studente.

Alcuni studenti chiedono una maggiore attenzione affinché, nell'assegnazione alle aree di tirocinio, si ponga particolare attenzione alla tipologia di esperienze offerte in coerenza con gli obiettivi formativi.

Altri commenti sono indirizzati più all'organizzazione dei corsi in generale, segnalando un quantitativo di tempo insufficiente per tutto il percorso di tirocinio, con proponendo un aumentare del numero di ore dedicato all'esperienza clinica, a discapito del percorso teorico; altri, invece, propongono di prolungare il corso di un ulteriore anno; altri, infine, semplicemente di accorpate i due periodi di apprendimento clinico in un unico blocco o di non far coincidere il percorso esperienziale con le sessioni di esame.

Le soluzioni individuate dal campione di soggetti partecipanti allo studio, a parere degli stessi, dovrebbero favorire una migliore alternanza tra studio individuale e attività di apprendimento pratico.

Sempre da un punto di vista organizzativo, i soggetti coinvolti nello studio chiedono di tener conto della provenienza degli studenti, nella fase di assegnazione in tirocinio, in modo da agevolare anche i pendolari.

Un altro suggerimento interessante che emerge in questa sezione, riguarda la progettazione dell'esperienza clinico-assistenziale che non dovrebbe prevedere il passaggio schizofrenico da una realtà ad un'altra completamente opposta, prima di aver completato il percorso inizialmente intrapreso.

Infine, alcuni studenti suggeriscono di lasciare libertà di scelta agli stessi tirocinanti sui percorsi di tirocinio da intraprendere. Ovviamente, nell'ottica del raggiungimento degli obiettivi formativi, questa soluzione potrebbe risultare



alquanto irrealizzabile, anche se, nel caso di più esperienze con parità di offerta formativa, si potrebbe proporre allo studente tirocinante la scelta di diverse opzioni.

### **3.10. Item analysis e analisi fattoriale**

*L'item analysis* è una tecnica statistica usata in fase di validazione di un questionario, alla base della quale c'è la ricerca o meno dell'unidimensionalità del questionario (capacità dello strumento di misurare un solo elemento).

Il metodo consiste in un'analisi di attendibilità o coerenza interna e si basa sul calcolo di un indice di correlazione fra tutti gli item, l'alfa di Cronbach, valore che va da 0 ad 1, cioè da un indice di coerenza interna nulla ad una totale.

*L'analisi fattoriale* è una tecnica statistica anch'essa, usata in fase di validazione, atta a misurare la validità di costrutto di un questionario. Infatti, raggruppando gli items in fattori, si rileva il grado in cui il questionario misura il costrutto che si vuole analizzare. Lo scopo è quello di determinare uno o più sottogruppi di misure (fattori) che sia più ristretto e riassuntivo, rispetto alle variabili di partenza. Pertanto si procede al raggruppamento degli items in fattori, tramite la matrice delle correlazioni, poi si confrontano con tutti gli altri, fino ad accorparli, e, successivamente, tramite un sistema di calcolo complesso, si creano i sottoinsiemi (detti fattori) fra di loro maggiormente correlati. I fattori, infine, vengono calcolati e trattati come nuove variabili oggetto di studio.

Di seguito, viene illustrata l'elaborazione statistica svolta attraverso l'item analysis e l'analisi fattoriale, applicate ai risultati del questionario utilizzato nel presente studio.

Tramite l'item analysis si è proceduto al calcolo dell'alfa di Cronbach che, come si evince dalla tabella sottostante, presenta un valore molto alto, a dimostrazione di un'ottima coerenza interna del questionario.

### Statistiche di affidabilità

Alfa di Cronbach	N di item
0,928	35

Attraverso l'analisi fattoriale si è proceduto a valutare la correlazione tra gli items, al fine di determinarne il fattore di appartenenza. Come si può vedere dalla tabella, gli items con forte correlazione, appartenenti al fattore relativo al "Rapporto con gli infermieri referenti per il tirocinio" sono ventuno, mentre gli altri quattordici elementi valutativi manifestano una maggior adesione al fattore "Organizzazione generale del tirocinio".

### Matrice dei componenti ruotata<sup>a</sup>

	Componente	
	1	2
IR mi ha incoraggiato a fare domande e fornire assistenza ai ricoverati	.735	-,011
Durante l'esperienza clinico/assistenziale ha avuto frequenti colloqui con IR	.698	,157
Durante l'attività di apprendimento clinico/assistenziale mi sono stati forniti feedback sull'andamento	.685	,208
IR sono disponibili all'insegnamento	.679	,274
Il personale di riferimento garantisce supervisione apprendimento	.640	,284
I membri dell'equipe multidisciplinare hanno contribuito al mio apprendimento	.630	,149
Gli IR sono presenti in numero sufficiente	.625	,211
durante l'esperienza sono stato assegnato ufficialmente a IR	.616	,190
IR dedicati all'insegnamento clinico mi hanno trasmesso abilità di problem solving	.610	,278

Nelle aree di tirocinio ho ricevuto insegnamenti di tipo olistico	,601	,288
Ho avuto la possibilità di lavorare insieme a IR	,590	,235
L'IR ha valutato l'adeguatezza delle opportunità di apprendimento rispetto agli obiettivi previsti	,585	,365
Durante il primo periodo di tirocinio ha ricevuto aiuto per orientamento	,517	,276
IR sono puntuali e regolarmente presenti	,503	,226
Le valutazioni sono coerenti con il mio livello di preparazione	,491	,268
Il personale insegnamento clinico favorisce clima solidale ed accogliente x apprendimento	,487	,384
I colloqui con IR sono avvenuti in ambienti riservati/adeguati	,485	,173
Durante l'esperienza clinica mi sono state trasmesse abilità di "pensiero critico"	,463	,345
Ho ricevuto spiegazioni adeguate sullo strumento di valutazione del tirocinio	,401	,347
IR possiedono esperienza nel settore	,383	,288
Esistono incongruenze fra insegnamento teorico e pratico	-,209	,097
Il periodo di tirocinio è sufficiente al raggiungimento degli obiettivi formativi	,080	,656
La documentazione infermieristica è appropriata al percorso di apprendimento	,202	,610
IR conosce obiettivi formativi dell'anno di corso	,442	,538
La mission dell'area di tirocinio è chiara	,130	,536
IR sono in collegamento con i docenti di infermieristica	,108	,536
Ho concordato con IR il percorso x il raggiungimento obiettivi	,446	,532
Durante il tirocinio il tempo a disposizione x le procedure assistenziali è sufficiente	,276	,532
Il personale dell'Area di tirocinio ha ricevuto informazioni sul mio percorso	,294	,506
L'insegnamento delle procedure assistenziali si basa su principi di evidenza scientifica	,379	,503
Il supporto ricevuto mi ha permesso di di raggiungere gli obiettivi formativi previsti	,394	,494
Esistono spazi utili per lo studio	,010	,483
E' disponibile il materiale bibliografico utile per l'apprendimento	,274	,454
Esistono sistemi di rilevazione lamentele/preoccupazioni	,228	,393
Nella fase di assegnazione sono stato avvisato con il dovuto anticipo	,026	,251

Metodo estrazione: analisi componenti principali.

Metodo rotazione: Varimax con normalizzazione di Kaiser.

a. La rotazione ha raggiunto i criteri di convergenza in 3 iterazioni.

Successivamente, si è proceduto a calcolare la coerenza interna dei singoli fattori ed è risultata, per il primo “Rapporto con gli Infermieri Referenti”, un’alfa di Cronbach di 0,907 a dimostrazione che tutti gli items vi entrano in maniera significativa, eccetto l’item 3.10, relativo alla “presenza di incongruenze tra

l'insegnamento teorico e quello pratico" che, se tolto, aumenterebbe l'alfa di Cronbach del fattore a 0.917.

### Statistiche di affidabilità

Alfa di Cronbach	N di item
0,907	21

### Statistiche totali degli item

	Scala media se l'item è escluso	Scala varianza se l'item è escluso	Correlazione del totale item corretta	Alfa di Cronbach se l'item è escluso
IR mi ha incoraggiato a fare domande e fornire assistenza ai ricoverati	70,13	191,909	,603	,901
Durante l'esperienza clinico/assistenziale ha avuto frequenti colloqui con IR	71,08	188,166	,639	,900
Durante l'attività di apprendimento clinico/assistenziale mi sono stati forniti feedback sull'andamento	71,13	186,703	,665	,899
IR sono disponibili all'insegnamento	70,48	189,060	,682	,899
Il personale di riferimento garantisce supervisione apprendimento	70,69	189,897	,660	,900
I membri dell'equipe multidisciplinare hanno contribuito al mio apprendimento	70,25	194,114	,577	,902
Gli IR sono presenti in numero sufficiente	70,82	188,276	,588	,901
durante l'esperienza sono stato assegnato ufficialmente a IR	70,75	187,642	,559	,902

IR dedicati all'insegnamento clinico mi hanno trasmesso abilità di problem solving	70,86	189,193	,628	,900
Nelle aree di tirocinio ho ricevuto insegnamenti di tipo olistico	70,54	190,017	,602	,901
Ho avuto la possibilità di lavorare insieme a IR	70,51	189,265	,578	,902
L'IR ha valutato l'adeguatezza delle opportunità di apprendimento rispetto agli obiettivi previsti	70,70	187,839	,631	,900

Statistiche totali degli item				
	Scala media se l'item è escluso	Scala varianza se l'item è escluso	Correlazione del totale item corretta	Alfa di Cronbach se l'item è escluso
Il periodo di tirocinio è sufficiente al raggiungimento degli obiettivi formativi	41,24	78,502	,490	,814
La documentazione infermieristica è appropriata al percorso di apprendimento	41,13	78,077	,544	,811
IR conosce obiettivi formativi dell'anno di corso	42,05	74,265	,602	,805
La mission dell'area di tirocinio è chiara	40,98	79,500	,436	,817
IR sono in collegamento con i docenti di infermieristica	41,85	77,090	,453	,816
Ho concordato con IR il percorso x il raggiungimento obiettivi	42,04	73,320	,596	,805
Durante il tirocinio il tempo a disposizione x le procedure assistenziali è sufficiente	41,26	78,435	,461	,816
Il personale dell'Area di tirocinio ha ricevuto informazioni sul mio percorso	41,84	75,817	,488	,814
L'insegnamento delle procedure assistenziali si basa su principi di evidenza scientifica	41,33	76,927	,553	,810
Il supporto ricevuto mi ha permesso di di raggiungere gli obiettivi formativi previsti	40,96	79,400	,483	,815
Esistono spazi utili per lo studio	42,35	80,157	,323	,825
E' disponibile il materiale bibliografico utile per l'apprendimento	42,33	77,552	,455	,816
Esistono sistemi di rilevazione lamentele/preoccupazioni	42,26	78,453	,396	,820
Nella fase di assegnazione sono stato avvisato con il dovuto anticipo	41,02	83,776	,168	<b>,836</b>

Durante il primo periodo di

IR sono puntuali e regolarmente presenti	70,18	195,653	,503	,903
Le valutazioni sono coerenti con il mio livello di preparazione	70,40	192,231	,522	,903
Il personale insegnamento clinico favorisce clima solidale ed accogliente x apprendimento	70,59	192,467	,568	,902
I colloqui con IR sono avvenuti in ambienti riservati/adequati	71,00	194,033	,448	,905
Durante l'esperienza clinica mi sono state trasmesse abilità di "pensiero critico"	70,56	192,917	,530	,903
Ho ricevuto spiegazioni adeguate sullo strumento di valutazione del tirocinio	70,80	191,782	,468	,905
IR possiedono esperienza nel settore	69,88	199,870	,428	,905
Esistono incongruenze fra insegnamento teorico e pratico	69,76	214,311	-,142	,917

Per quanto riguarda il secondo fattore, “Organizzazione generale del tirocinio”, i calcoli statistici rilevano un’alfa di cronbach di 0,827 e, in questo caso, se si andasse a togliere l’items 2.1 “Nella fase di assegnazione in tirocinio, sono stato avvisato/a con il dovuto anticipo rispetto all’inizio dell’esperienza”, il valore dell’indice statistico salirebbe a 0.836.

#### Statistiche di affidabilità

Alfa di Cronbach	N di item
,827	14

Pertanto, i risultati dell'analisi fattoriale ci permettono di affermare che il questionario elaborato possiede un alto valore di affidabilità e rappresenta quindi un valido strumento di rilevazione della soddisfazione degli studenti del Corso di Laurea in Infermieristica, in merito ai processi di apprendimento clinico-assistenziale.

### 3.11. Analisi Inferenziale

Con le procedure di analisi inferenziale sui due principali fattori del questionario, si procede suddividendo i dati per sesso, per sede e per anno di tirocinio e, con l'utilizzo del Test t-Student e dell'ANOVA Test, si va a valutarne la significatività.

#### Punteggio totale dei fattori

	N	Minimo	Massimo	Media	Deviazione std.
F1_Rapporto con gli Infermieri Referenti	212	-3,21025	2,32255	,0000000	1,00000000
F2_Organizzazione generale del Tirocinio	212	-2,97167	1,90379	,0000000	1,00000000
Validi (listwise)	212				

#### Confronto per sesso sui fattori (Test t-student)

	Sesso	N	Media	Deviazione std.	
F1_Rapporto con gli Infermieri Referenti	1	52	,0293843	1,23396295	T= 0,243 P=0,835
	2	160	-,0095499	,91556978	
F2_Organizzazione generale del Tirocinio	1	52	-,0165062	,93816987	T=-0,143 P=0,887
	2	160	,0053645	1,02206146	



Per quanto riguarda il rapporto tra le risposte della popolazione maschile e femminile, come evidenziato dai valori riportati nella tabella, non si evidenziano differenze significative tra i due fattori.

#### Confronto per Sede sui fattori (Test t-student)

	Sede	N	Media	Deviazione std.	Errore std. Media
F1_Rapporto con gli Infermieri Referenti	GR	94	-,1377653	,87698480	T=-1,84
	FI	118	,1097453	1,07920608	P=0,067
F2_Organizzazione generale del Tirocinio	GR	94	,2657451	,97510906	T=3,54
	FI	118	-,2116953	,97246543	P=0,000

Invece, nella suddivisione dei risultati per sede, come riportato in tabella, la differenza è significativa solo sul secondo fattore, dove le risposte degli studenti del Corso di Laurea in Infermieristica di Firenze presentano una maggiore negatività rispetto a quelle degli studenti di Grosseto.

#### Confronto per anno sui fattori (Test ANOVA)

		Somma dei quadrati	df	Media dei quadrati	F	Sig.
F1_Rapporto con gli Infermieri Referenti	Fra gruppi	2,708	2	1,354	1,359	,259
	Entro gruppi	208,292	209	,997		
	Totale	211,000	211			
F2_Organizzazione generale del Tirocinio	Fra gruppi	19,207	2	9,603	10,465	,000
	Entro gruppi	191,793	209	,918		
	Totale	211,000	211			

Il confronto tra i tre anni di tirocinio risulta statisticamente significativo solo sul fattore 2 ( $p=0,000$ ). Di seguito si espongono i risultati dell'analisi a coppie con i Test post hoc (Bonferroni):

Bonferroni **Confronti multipli**

Variabile dipendente	(I) PeriodoTirocinio	(J) PeriodoTirocinio	Differenza fra medie (I- J)	Errore std.	Sig.	Intervallo di confidenza 95%	
						Limite inferiore	Limite superiore
F2_Organizzazione generale del Tirocinio	1° anno	2° anno	-,05049570	,15066990	1,000	-,4141230	,3131316
		3° anno	-,25289588	,25289588	,000	-	-,5407696
			1,15110953*			1,7614494	
	2° anno	1° anno	,05049570	,15066990	1,000	-,3131316	,4141230
		3° anno	-,27102372	,27102372	,000	-	-,4465241
			1,10061383*			1,7547035	
	3° anno	1° anno	1,15110953*	,25289588	,000	,5407696	1,7614494
		2° anno	1,10061383*	,27102372	,000	,4465241	1,7547035

Anche da un confronto per anno di corso, emergono differenze significative solo sul secondo fattore e le risposte degli studenti del terzo anno risultano maggiormente positive rispetto a quelle del secondo e del primo anno.

**Confronto sui fattori rispetto all'esperienza lavorativa (Test ANOVA)**

		Somma dei quadrati	df	Media dei quadrati	F	Sig.
F1_Rapporto con gli Infermieri Referenti	Fra gruppi	2,215	2	1,107	1,109	,332
	Entro gruppi	208,785	209	,999		
	Totale	211,000	211			
F2_Organizzazione generale del Tirocinio	Fra gruppi	2,254	2	1,127	1,128	,326
	Entro gruppi	208,746	209	,999		
	Totale	211,000	211			

Come si può notare dai risultati, il tipo di esperienza lavorativa non influenza la risposta sui due fattori.

Anche nell'analisi sul rapporto tra gli items ed il grado di influenza delle esperienze lavorative sul percorso di studio, non si rileva nessuna differenza significativa tra i due fattori.

Successivamente si è proceduto con un'analisi degli elementi valutativi del questionario che hanno raggiunto un punteggio più basso nella scala Likert, o che rappresentano aspetti di particolare interesse nei processi di apprendimento clinico degli studenti infermieri. Anche in questo caso, per compiere un esame più accurato, si è pensato di suddividere i dati sia per sede che per anno di corso, al fine di evidenziarne le differenze.

Come si evince dalla tabella, soltanto l'item 3.14 "I colloqui con il personale infermieristico di riferimento, sono avvenuti in ambienti riservati, adeguati allo scopo" presenta una significativa differenza tra le risposte ottenute nella sede di Firenze, rispetto a quella di Grosseto, con una maggiore positività per il primo gruppo di studenti.

**Statistiche di gruppo**

	Sede	N	Media	Deviazione std.	
Ho concordato con IR il percorso x il raggiungimento obiettivi	GR	98	2,90	1,328	T=0,899
	FI	132	2,73	1,403	P=0,369
Esistono incongruenze fra insegnamento teorico e pratico	GR	98	4,37	1,019	T=0,491
	FI	130	4,30	1,032	P=0,624
Durante l'esperienza clinico/assistenziale ha avuto frequenti colloqui con IR	GR	98	2,89	1,083	T=-1,189
	FI	132	3,08	1,311	P=,236
I colloqui con IR sono avvenuti in ambienti riservati/adequati	GR	98	2,91	1,141	T=-2,085
	FI	130	3,25	1,300	<b>P=0,038</b>
Durante l'attività di apprendimento clinico/assistenziale mi sono stati forniti feedback sull'andamento	GR	98	2,87	1,154	T=-0,712
	FI	132	2,98	1,342	P=0,477
IR conosce obiettivi formativi dell'anno di corso	GR	98	2,86	1,268	T=0,997
	FI	131	2,69	1,290	P=0,320

IR dedicati all'insegnamento clinico mi hanno trasmesso abilità di problem solving	GR	99	3,18	1,215	T=-0,764
	FI	132	3,30	1,165	P=0,446
IR sono in collegamento con i docenti di infermieristica	GR	100	2,93	1,358	T=-0,401
	FI	132	3,00	1,260	P=0,689

### Statistiche di gruppo

	Sede	N	Media	Deviazione std.	
La documentazione infermieristica è appropriata al percorso di apprendimento	GR	100	3,94	,919	T=3,346
	FI	132	3,50	1,081	P=0,001
L'IR ha valutato l'adeguatezza delle opportunità di apprendimento rispetto agli obiettivi previsti	GR	100	3,42	1,249	T=0,203
	FI	132	3,39	1,252	P=0,839
L'insegnamento delle procedure assistenziali si basa su principi di evidenza scientifica	GR	97	3,44	1,136	T=-0,373
	FI	132	3,50	1,136	P=0,709
Durante l'esperienza clinica mi sono state trasmesse abilità di "pensiero critico"	GR	98	3,67	1,082	T=1,912
	FI	132	3,39	1,183	P=0,057
Nelle aree di tirocinio ho ricevuto insegnamenti di tipo olistico	GR	98	3,62	1,070	T=1,188
	FI	132	3,44	1,262	P=0,236
Il personale di riferimento garantisce supervisione apprendimento	GR	98	3,42	1,175	T=0,397
	FI	131	3,36	1,053	P=0,692
Le valutazioni sono coerenti con il mio livello di preparazione	GR	98	3,93	1,018	T=2,811
	FI	132	3,50	1,293	P=0,005
IR sono puntuali e regolarmente presenti	GR	100	3,89	1,004	T=-0,595
	FI	132	3,97	1,018	P=0,552
IR sono in collegamento con i docenti di infermieristica	GR	100	2,93	1,358	T=0,401
	FI	132	3,00	1,260	P=0,689

Tra i risultati sopra riportati, emergono differenze significative tra le due sedi, partecipanti allo studio, nel 2.10 “La documentazione infermieristica messa a disposizione degli studenti (cartelle infermieristiche, protocolli, piani di lavoro, ecc.) è appropriata al percorso di apprendimento e nel 3.17 “le valutazioni ricevute sono coerenti con il mio livello di preparazione”. In questo caso, le risposte fornite dagli studenti di Grosseto risultano, in entrambe le situazioni, maggiormente positive di quelle degli studenti di Firenze.

Per quanto riguarda l’analisi effettuata per anno di tirocinio, gli items presi in considerazione evidenziano una significativa differenza tra le risposte degli studenti, ed il punteggio ottenuto indica sempre una maggiore positività per quelle del terzo anno rispetto agli altri due, mentre il secondo anno sembra dare sempre risposte maggiormente positive rispetto al primo, ma non al terzo.

In questo caso gli items del questionario, presi in considerazione, sono: il 3.3 “ho concordato insieme all’infermiere di riferimento, il percorso per il raggiungimento degli obiettivi di tirocinio”, differenza tra primo e terzo anno significativa ( $p=0,042$ ); il 3.20 “il personale infermieristico che mi ha seguito in tirocinio conosce gli obiettivi formativi dell’anno di corso”, differenza tra primo e terzo anno ( $p=0,001$ ) e fra secondo e terzo ( $p=0,006$ ) ed il 3.25 “gli infermieri che svolgono attività tutoriale sono in collegamento con i docenti di infermieristica” differenza tra primo e terzo anno ( $p=0,020$ ) e fra secondo e terzo ( $p=0,007$ ).

Anche nell’item 2.10 “La documentazione infermieristica messa a disposizione degli studenti (cartelle infermieristiche, protocolli, piani di lavoro, ecc.), è appropriata al percorso di apprendimento” è significativa la differenza fra il primo ed il terzo anno ( $p=0,038$ ); nel 3.1 “Durante il tirocinio, l’infermiere referente ha valutato l’adeguatezza delle opportunità di apprendimento, rispetto

agli obiettivi previsti per l'anno di corso”, si evidenzia una significativa differenza fra il primo e terzo anno ( $p=0,014$ ) e fra il secondo e il terzo anno ( $p=0,034$ ); nel 3.6 “Durante l'esperienza clinica, mi sono state trasmesse abilità di pensiero critico”, la differenza significativa è fra il primo anno ed il terzo ( $p=0.000$ ) e fra il secondo e terzo ( $p=0,002$ ); nel 3.12 “Il personale di riferimento, nel tirocinio, garantisce la supervisione delle attività di apprendimento”, fra il primo ed il terzo anno ( $p=0,040$ ); infine nel 3.17 “Le valutazioni ricevute sono coerenti con il mio livello di preparazione”, la differenza significativa è sia fra il primo ed il terzo anno ( $p=0,001$ ) che fra il secondo ed il terzo anno ( $p=0,003$ ).

L'analisi effettuata ci permette di giungere ad importanti riflessioni in merito alla differenza dei risultati ottenuti, in base alla sede ed all'anno di corso.. Prima di tutto, nel rapporto tra i fattori, solo in quello organizzativo del tirocinio si evidenziano differenze significative nelle risposte fornite dal campione. In particolare, molto probabilmente, questo aspetto potrebbe essere da ricondurre, nel primo caso, alla differenza fra le due sedi oggetto di studio, in termini di gestione numerica degli studenti tirocinanti, nel secondo caso alla differenza tra gli anni di corso relativamente all'autonomia operativa raggiunta.

Infatti, come emerso anche dai risultati dei focus-group, la gestione di un numero troppo elevato di studenti, all'interno delle aree di tirocinio, può generare problemi di tipo organizzativo.

Nel caso delle differenze per anno di tirocinio, va considerato che il livello di autonomia maturata dal gruppo di studenti tirocinanti determina un diverso grado di bisogno di supporto, sia organizzativo che tutoriale.

### 3.12. Discussione

Le caratteristiche relative alle esperienze di tirocinio degli studenti delle due sedi toscane del Corso di Laurea in Infermieristica si presentano alquanto omogenee.

L'aspetto fondamentale emergente dallo studio riguarda la mancanza di collegamento tra il percorso didattico e quello clinico-assistenziale della formazione infermieristica, criticità riscontrata anche dagli autori della maggior parte degli studi presenti in letteratura. In una precedente ricerca, ad esempio, condotta presso il Department of Nursing di Salisbury nel Maryland (USA)<sup>41</sup>, in seguito alle problematiche riscontrate nel rapporto tra le materie teoriche ed i processi di apprendimento in ambito clinico, nei percorsi formativi rivolti agli studenti infermieri gli autori propongono di giungere ad un accordo preventivo, tra la sede accademica e quella clinico-assistenziale, circa la tipologia ed il livello di competenze che lo studente deve raggiungere.

I risultati della presente ricerca hanno evidenziato come due elementi, in particolare, sono collegati con il buon andamento dell'esperienza di tirocinio: quello "*organizzativo*" e quello del "*supporto tutoriale*". Nello specifico, il secondo aspetto concorda con i risultati di molteplici lavori scientifici, pubblicati sull'argomento. Ad esempio, dallo studio fenomenologico, svolto presso la School of Health and Social Care, Jyväskylä Polytechnic, di Jyväskylä<sup>42</sup>, emergono quattro fattori condizionanti l'attività di apprendimento clinico, ma quello preponderante è rappresentato dalla qualità del tutorato che deve favorire

---

<sup>41</sup> Walsh CM, Seldomridge LA. Op. cit., p. 52

<sup>42</sup> Papp I, Markkanen M, von Bonsdorff M. Op. cit., p. 52

l'integrazione tra le conoscenze teoriche e le abilità richieste in ambito clinico agli studenti infermieri.

Come emerge chiaramente dalle risposte del campione delle due sedi formative toscane, le funzioni educative svolte dal personale infermieristico, nelle aree di assegnazione in tirocinio, generano alcune perplessità, soprattutto in relazione al ruolo svolto nel percorso educativo. Infatti, i maggiori dubbi degli studenti sono rivolti soprattutto alla competenza didattica della figura tutoriale di riferimento che, spesso, non tiene in considerazione neanche il percorso teorico e clinico svolto dal tirocinante. A ribadire l'importanza del possesso della capacità di svolgere didattica, per chi si appropria all'insegnamento clinico, contribuiscono i risultati della ricerca condotta presso l'Università del Midwest, negli USA<sup>43</sup>, dove, tra le qualità più importanti di un infermiere tutor, il campione segnala: i metodi di insegnamento, la personalità e le modalità di presentazione dei materiali didattici.

Lo studio condotto da V.L.Nahas, V.Nour, M.Al-Nobani<sup>44</sup> mette in evidenza come la qualità dell'interazione tra studenti ed insegnanti nel campo clinico può sia facilitare che impedire il processo di apprendimento ed individua nella competenza professionale, una delle caratteristiche più importanti che un docente in ambito assistenziale possa possedere.

Inoltre, la mancanza del possesso dei requisiti suddetti da parte degli infermieri referenti in ambito clinico-assistenziale può generare una certa confusione di ruolo nei soggetti incaricati di seguire lo studente in tirocinio. Ciò è dimostrato anche dai risultati dello studio svolto presso il Department of Nursing and Midwifery, Keele University, City General Hospital, Stoke-on-Trent di

---

<sup>43</sup> Berg CL, Lindseth, G. Op. cit., p. 55

<sup>44</sup> Nahas VL, Nour V, Al-Nobani M. Op. Cit., p. 56



Staffordshire, UK<sup>45</sup>, che attribuiscono la difficoltà incontrata dagli infermieri e dagli studenti alla variabilità, in termini di tipologia, quantità e qualità, dei processi educativi, durante l'esperienza di tirocinio che li vede coinvolti. A tal proposito, gli autori auspicano il superamento delle criticità evidenziate attraverso il miglioramento delle relazioni interpersonali tra lo studente ed il personal-tutor. La strategia suggerita dai ricercatori di Staffordshire apre la strada ad una prospettiva importante, da perseguire nelle organizzazioni coinvolte nei processi educativi rivolti ai futuri professionisti infermieri. Infatti, i bisogni relazionali emergono anche dal campione dei partecipanti alla ricerca presso i due Corsi di Laurea in Infermieristica della Regione Toscana dove, nello specifico, si evidenzia una scarsa attenzione da parte dell'infermiere referente per l'apprendimento in ambito clinico, nei confronti dei bisogni degli studenti. Ciò è testimoniato dai risultati negativi raggiunti dagli items incentrati sul rapporto con l'infermiere di riferimento, in ambito clinico, come ad esempio quelli relativi alla disponibilità all'insegnamento, ai feedback ricevuti durante l'apprendimento, ai colloqui avvenuti con la figura tutoriale, alla condivisione delle strategie didattiche per il raggiungimento degli obiettivi formativi ed alla presenza di sistemi di rilevazione delle lamentele e preoccupazioni degli studenti. Inoltre, un ulteriore elemento di similitudine tra i risultati dei due studi è quello relativo al rapporto tra i bisogni di supporto didattico degli studenti e l'annualità di tirocinio frequentata, dove, in entrambi i casi, il grado di autonomia dei tirocinanti aumenta in modo esponenziale al progredire verso l'ultimo periodo esperienziale.

---

<sup>45</sup> Newton A, Smith LN. Op. cit., p. 53

D'altronde, il rapporto con l'infermiere referente per il tirocinio genera sicurezza nello studente, come dimostrano i risultati del presente lavoro, confortati anche da alcuni studi, come quello di P. Rowan<sup>46</sup>.

Alcuni risultati positivi emergono, nel presente studio, dagli elementi valutativi destinati a raccogliere informazioni circa il livello di gradimento degli studenti partecipanti allo studio, relativamente alle fasi di orientamento e accoglienza in tirocinio.

Infatti, emerge un buon livello di soddisfazione circa l'esperienza vissuta dai tirocinanti, nelle fasi suddette, anche se alcuni commenti della sezione dedicata ai suggerimenti e alle proposte sembra non confermare il dato statistico.

Anche nella ricerca svolta presso l'Università degli Studi di Bologna, Sede di Bologna<sup>47</sup>, che utilizza un metodo di indagine con finalità molto simili a quelle del presente lavoro, i risultati evidenziano un buon grado di soddisfazione degli studenti partecipanti in merito all'accoglienza e all'orientamento ricevuto nelle aree assistenziali, durante l'esperienza di tirocinio.

Per quanto riguarda il grado di soddisfazione espresso sul clima di apprendimento, il campione delle due sedi toscane ha risposto in maniera maggiormente positiva rispetto a quello del capoluogo emiliano, mentre entrambi gli studi auspicano un miglioramento dell'area relativa al feed-back ricevuto sul livello di performance.

Inoltre, in entrambi gli studi riscuote un certo grado di apprezzamento la disponibilità dimostrata dagli infermieri referenti e la loro capacità di trasmissione delle abilità di *problem solving*.

---

<sup>46</sup> Rowan P. Op. cit., p. 54

<sup>47</sup> Scalorbi S, Burrai F. Op. cit., p. 60

Infine, il tema della valutazione degli strumenti utilizzati, che ha ottenuto riscontri negativi nello studio emiliano, nelle due realtà toscane ha ricevuto un buon grado di assenso.

## CONCLUSIONI

Lo studio ci ha permesso di elaborare uno strumento utile a rilevare il grado di soddisfazione degli studenti del Corso di Laurea in Infermieristica relativa alla esperienza di tirocinio svolta, con particolare riferimento al supporto tutoriale ricevuto.

Il questionario è stato somministrato ad un gruppo di 232 studenti dell'Università degli Studi di Siena, sezione di Grosseto e dell'Università degli studi di Firenze, sede di Careggi. Il campione scelto è di tipo casuale, la partecipazione è completamente volontaria ed il solo vincolo per i partecipanti è quello di aver effettuato almeno un'esperienza annuale di tirocinio.

I risultati confermano pienamente l'ipotesi di partenza; infatti, il dato che emerge con maggiore evidenza è quello relativo alla scarsa comunicazione esistente tra l'ambito teorico e quello pratico, nei processi di apprendimento degli studenti infermieri. Questo problema può generare situazioni di incomprensione dei bisogni formativi dei tirocinanti, da parte degli infermieri delle realtà clinico-assistenziali. Infatti, spesso, come risulta dalle risposte al questionario, il personale delle aree di tirocinio non conosce completamente gli obiettivi di apprendimento e non concorda con gli studenti il percorso utile al loro raggiungimento. Inoltre, dai risultati emergono anche alcune criticità di tipo gestionale, come la mancanza di una vero sistema di assegnazione alle aree e di rilevazione delle lamentele e preoccupazioni degli studenti, la carente trasmissione di informazioni sul percorso didattico e pratico svolto dai tirocinanti e, infine, l'assenza di materiale bibliografico scientifico di riferimento per l'attività clinico-assistenziale.

D'altronde, tra gli aspetti positivi dello studio, emerge chiaramente l'impegno, da parte del personale referente per il l'insegnamento clinico, a supportare gli studenti nel complesso percorso di apprendimento utilizzando metodologie didattiche indirizzate a trasmettere abilità di pensiero critico e concetti olistici, nel rispetto dei contenuti professionali.

Questo dovrebbe farci riflettere sul percorso di apprendimento clinico-assistenziale nel Corso di Laurea in Infermieristica che vede coinvolti, essenzialmente, i due protagonisti principali: l'infermiere referente e lo studente.

Da una parte, quindi, la ricchezza culturale e la motivazione di chi esce da un percorso teorico aggiornato alle più recenti conoscenze; dall'altra, l'esperienza e la competenza di chi ha fondato il proprio agire professionale sull'attività svolta per anni accanto a persone con problemi di salute. Molto probabilmente, come del resto è emerso anche nella sezione relativa ai commenti e suggerimenti, sarebbe importante investire, in termini di competenze formative, oltre che professionali, sulla figura tutoriale di riferimento in ambito clinico. In questo senso, potrebbe essere utile il coinvolgimento del personale referente per l'ambito clinico, anche nelle fasi di progettazione e di valutazione finale del percorso, oppure, organizzare, con una certa frequenza e costanza, eventi atti a favorire sia il confronto tra il personale dedicato alla teoria e quello impegnato nella didattica esperienziale, che l'aggiornamento sulle più recenti metodologie didattiche adatte a favorire l'apprendimento in ambito professionale. Il tirocinio costituisce il massimo livello formativo per un professionista e le organizzazioni coinvolte non possono sottovalutare questo momento così importante.

Lo studio condotto presenta alcuni limiti, in quanto, nella rappresentatività del campione, vige una disomogeneità di numeri per anno di corso, dettata dalla

difficoltà di reperire studenti che avessero svolto un'esperienza di tirocinio del terzo anno, poiché prossimi alla laurea e non più presenti nelle rispettive sedi formative. Inoltre, un ulteriore limite molto importante è dettato dalla ridotta area di provenienza del campione che, anche se appartenente a due diverse sedi universitarie toscane, non rappresenta l'intera popolazione di studenti infermieri tirocinanti, presenti sul territorio nazionale.

Nonostante i limiti descritti, lo studio condotto ha permesso di elaborare e validare scientificamente uno strumento utile alla valutazione del grado di soddisfazione degli studenti del Corso di Laurea in Infermieristica, in merito all'esperienza di tirocinio svolta.

Sarebbe interessante estendere la ricerca ad altre realtà di tirocinio diffuse sul territorio nazionale, al fine di poter raccogliere informazioni utili per poter intervenire sull'organizzazione dei corsi e favorire il necessario riavvicinamento tra il mondo teorico e quello clinico-assistenziale.

## ALLEGATO

### QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ DEL TIROCINIO

#### (QVQT)

*Elaborato da:*

Università degli Studi di: .....

Dipartimento di:.....

Sede del Corso di Laurea in Infermieristica di:

.....

Anno di Corso:     1°     2°     3°     Fuori Corso

#### **Premessa**

*Gentile studente,*

*Le chiediamo di compilare, in forma anonima, il presente questionario, che ha le seguenti finalità:*

*valutare l'organizzazione del tirocinio svolto nella sede del Corso di Laurea da Lei frequentato;*

*valutare il rapporto con gli infermieri referenti per il tirocinio ;*

*La preghiamo di rispondere a tutte le domande in modo obiettivo, considerando che le informazioni raccolte saranno elaborate e verranno utilizzate esclusivamente per scopi didattici e di ricerca, nel rispetto della normativa sulla privacy (L. 675/96 e D.L.vo 196/03).*

#### **1. PROFILO DELLO STUDENTE**

1.1) Sesso:                     Femmina                     Maschio

1.2) Età: anni .....

1.3) Titolo di diploma posseduto:     Liceo classico                     Liceo scientifico  
     Liceo linguistico     Liceo psico-pedagogico  
     Istituto tecnico commerciale     Istituto tecnico industriale  
     Altro (specificare)

.....

1.4) Voto di diploma di maturità:    ...../100    o    ...../60

1.5) Eventuali esperienze formative presso altre Facoltà e/o Corsi di Laurea:

.....

.....

1.6) Periodo di tirocinio svolto:

1°anno                     2°anno                     3°anno

1.7) Media degli esami di profitto:    ...../30                     nessun esame sostenuto

1.8) Attività lavorativa:                     nessuna attività lavorativa                     studio e lavoro con prevalenza dello studio  
 studio e lavoro con prevalenza del lavoro

1.9) L'attività lavorativa (eventuale) influenza la regolare frequenza del tirocinio:

decisamente no       più no che si       più si che no        
decisamente si

1.10) La sede del Corso dista dalla sua abitazione: :

meno di 10 Km       10-20 Km       20-30 Km       30-40 Km       oltre 40 Km

1.11) Raggiunge la sede del Corso con:

mezzo proprio       mezzi pubblici  
 altro (specificare)

.....

## **Premessa alla Sezione 2**

*Nelle domande che seguono, le affermazioni hanno lo scopo di valutare l'organizzazione del tirocinio riferita all'Anno Accademico terminato. Esprima il Suo accordo o disaccordo con l'affermazione, facendo una croce nell'apposita casella.*

## **2. ORGANIZZAZIONE GENERALE DEL TIROCINIO**

2.1. Nella fase di assegnazione in tirocinio, sono stato avvisato/a con il dovuto anticipo, rispetto all'inizio dell'esperienza

totalmente d'accordo     in parte d'accordo     né d'accordo né in disaccordo     in parte in disaccordo     totalmente in disaccordo

2.2. Il personale dell'Area di tirocinio ha ricevuto informazioni esaustive riguardo al mio percorso didattico e pratico svolto

totalmente d'accordo     in parte d'accordo     né d'accordo né in disaccordo     in parte in disaccordo     totalmente in disaccordo

2.3. Durante l'esperienza di tirocinio, sono stato ufficialmente assegnato/a agli infermieri referenti ed ai coordinatori delle aree di destinazione

totalmente d'accordo     in parte d'accordo     né d'accordo né in disaccordo     in parte in disaccordo     totalmente in disaccordo

2.4. Nelle aree di tirocinio, gli infermieri referenti sono presenti in numero sufficiente

totalmente d'accordo     in parte d'accordo     né d'accordo né in disaccordo     in parte in disaccordo     totalmente in disaccordo

2.5. La "mission" assistenziale delle aree di tirocinio è chiara

totalmente d'accordo     in parte d'accordo     né d'accordo né in disaccordo     in parte in disaccordo     totalmente in disaccordo

2.6. Nelle aree di tirocinio è disponibile il materiale bibliografico utile per l'apprendimento

totalmente d'accordo     in parte d'accordo     né d'accordo né in disaccordo     in parte in disaccordo     totalmente in disaccordo

2.7. Nelle aree dedicate all'apprendimento clinico/assistenziale, esistono spazi utili per lo studio degli studenti



*totalmente d'accordo*  *in parte d'accordo*  *né d'accordo né in disaccordo*  *in parte in disaccordo*  *totalmente in disaccordo*

2.8. Nelle realtà di tirocinio esistono sistemi di rilevazione delle lamentele/preoccupazione degli studenti

*totalmente d'accordo*  *in parte d'accordo*  *né d'accordo né in disaccordo*  *in parte in disaccordo*  *totalmente in disaccordo*

2.9. Il periodo di tirocinio, nelle specifiche aree clinico/assistenziali, è sufficiente al raggiungimento degli obiettivi formativi previsti

*totalmente d'accordo*  *in parte d'accordo*  *né d'accordo né in disaccordo*  *in parte in disaccordo*  *totalmente in disaccordo*

2.10. La documentazione infermieristica messa a disposizione degli studenti (cartelle infermieristiche, protocolli, piani di lavoro, ecc), è appropriata al percorso di apprendimento

*totalmente d'accordo*  *in parte d'accordo*  *né d'accordo né in disaccordo*  *in parte in disaccordo*  *totalmente in disaccordo*

### **Premessa alla Sezione 3**

*Nelle domande che seguono, le affermazioni hanno lo scopo di valutare il rapporto con gli infermieri referenti per il tirocinio. Esprima il Suo accordo o disaccordo con l'affermazione, facendo una croce nell'apposita casella.*

### **3. RAPPORTO CON GLI INFERMIERI REFERENTI PER IL TIROCINIO**

3.1. Durante il tirocinio, l'infermiere referente ha valutato l'adeguatezza delle opportunità di apprendimento, rispetto agli obiettivi previsti per l'anno di corso

*totalmente d'accordo*  *in parte d'accordo*  *né d'accordo né in disaccordo*  *in parte in disaccordo*  *totalmente in disaccordo*

3.2. Il supporto ricevuto dal personale infermieristico, in ambito clinico, mi ha consentito di raggiungere gli obiettivi formativi previsti

*totalmente d'accordo*  *in parte d'accordo*  *né d'accordo né in disaccordo*  *in parte in disaccordo*  *totalmente in disaccordo*

3.3. Ho concordato, insieme all'infermiere di riferimento, il percorso per il raggiungimento degli obiettivi di tirocinio

*totalmente d'accordo*  *in parte d'accordo*  *né d'accordo né in disaccordo*  *in parte in disaccordo*  *totalmente in disaccordo*

3.4. L'insegnamento delle procedure assistenziali si basa su principi di evidenza scientifica

*totalmente d'accordo*  *in parte d'accordo*  *né d'accordo né in disaccordo*  *in parte in disaccordo*  *totalmente in disaccordo*

3.5. Durante il tirocinio, il tempo messo a disposizione per lo svolgimento delle procedure assistenziali è sufficiente

*totalmente d'accordo*  *in parte d'accordo*  *né d'accordo né in disaccordo*  *in parte in disaccordo*  *totalmente in disaccordo*

3.6. Durante l'esperienza clinica, mi sono state trasmesse abilità di "pensiero critico"

*totalmente d'accordo*  *in parte d'accordo*  *né d'accordo né in disaccordo*  *in parte in disaccordo*  *totalmente in disaccordo*

- 3.7. Nelle aree di tirocinio, ho ricevuto insegnamenti di tipo olistico  
 *totalmente d'accordo*  *in parte d'accordo*  *né d'accordo né in disaccordo*  *in parte in disaccordo*  *totalmente in disaccordo*
- 3.8. Ho avuto la possibilità di lavorare insieme all'infermiere referente  
 *totalmente d'accordo*  *in parte d'accordo*  *né d'accordo né in disaccordo*  *in parte in disaccordo*  *totalmente in disaccordo*
- 3.9. I membri dell'èquipe multidisciplinare hanno contribuito al mio apprendimento  
 *totalmente d'accordo*  *in parte d'accordo*  *né d'accordo né in disaccordo*  *in parte in disaccordo*  *totalmente in disaccordo*
- 3.10. Esistono delle incongruenze tra l'insegnamento teorico e quello pratico  
 *totalmente d'accordo*  *in parte d'accordo*  *né d'accordo né in disaccordo*  *in parte in disaccordo*  *totalmente in disaccordo*
- 3.11. Durante il primo periodo di tirocinio, ho ricevuto un valido aiuto nel processo di orientamento  
 *totalmente d'accordo*  *in parte d'accordo*  *né d'accordo né in disaccordo*  *in parte in disaccordo*  *totalmente in disaccordo*
- 3.12. Il personale di riferimento, nel tirocinio, garantisce la supervisione delle attività di apprendimento  
 *totalmente d'accordo*  *in parte d'accordo*  *né d'accordo né in disaccordo*  *in parte in disaccordo*  *totalmente in disaccordo*
- 3.13. Durante l'esperienza clinico/assistenziale, ho avuto frequenti colloqui con gli infermieri referenti  
 *totalmente d'accordo*  *in parte d'accordo*  *né d'accordo né in disaccordo*  *in parte in disaccordo*  *totalmente in disaccordo*
- 3.14. I colloqui con il personale infermieristico di riferimento, sono avvenuti in ambienti riservati, adeguati allo scopo  
 *totalmente d'accordo*  *in parte d'accordo*  *né d'accordo né in disaccordo*  *in parte in disaccordo*  *totalmente in disaccordo*
- 3.15. Durante l'attività di apprendimento clinico-assistenziale, mi sono stati forniti continui feedback sull'andamento  
 *totalmente d'accordo*  *in parte d'accordo*  *né d'accordo né in disaccordo*  *in parte in disaccordo*  *totalmente in disaccordo*
- 3.16. Ho ricevuto adeguate spiegazioni sullo strumento di valutazione del tirocinio  
 *totalmente d'accordo*  *in parte d'accordo*  *né d'accordo né in disaccordo*  *in parte in disaccordo*  *totalmente in disaccordo*
- 3.17. Le valutazioni ricevute sono coerenti con il mio livello di preparazione  
 *totalmente d'accordo*  *in parte d'accordo*  *né d'accordo né in disaccordo*  *in parte in disaccordo*  *totalmente in disaccordo*
- 3.18. Il personale dedicato all'insegnamento clinico/assistenziale favorisce la presenza di un clima solidale ed accogliente, adeguato all'apprendimento  
 *totalmente d'accordo*  *in parte d'accordo*  *né d'accordo né in disaccordo*  *in parte in disaccordo*  *totalmente in disaccordo*

3.19. Il personale infermieristico che mi ha seguito, durante il tirocinio, mi ha incoraggiato/a a fare domande e a fornire assistenza alle persone ricoverate

*totalmente d'accordo*    *in parte d'accordo*    *né d'accordo né in disaccordo*    *in parte in disaccordo*    *totalmente in disaccordo*

3.20. Il personale infermieristico che mi ha seguito in tirocinio conosce gli obiettivi formativi dell'anno di corso

*totalmente d'accordo*    *in parte d'accordo*    *né d'accordo né in disaccordo*    *in parte in disaccordo*    *totalmente in disaccordo*

3.21. Gli infermieri referenti sono disponibili all'insegnamento

*totalmente d'accordo*    *in parte d'accordo*    *né d'accordo né in disaccordo*    *in parte in disaccordo*    *totalmente in disaccordo*

3.22. Gli infermieri che mi hanno supportato in tirocinio sono puntuali e regolarmente presenti

*totalmente d'accordo*    *in parte d'accordo*    *né d'accordo né in disaccordo*    *in parte in disaccordo*    *totalmente in disaccordo*

3.23. Gli infermieri dedicati all'insegnamento clinico mi hanno trasmesso abilità di problem solving

*totalmente d'accordo*    *in parte d'accordo*    *né d'accordo né in disaccordo*    *in parte in disaccordo*    *totalmente in disaccordo*

3.24. Gli infermieri referenti del tirocinio possiedono esperienza nel settore

*totalmente d'accordo*    *in parte d'accordo*    *né d'accordo né in disaccordo*    *in parte in disaccordo*    *totalmente in disaccordo*

2.25. Gli infermieri che svolgono attività tutoriale sono in collegamento con i docenti di infermieristica

*totalmente d'accordo*    *in parte d'accordo*    *né d'accordo né in disaccordo*    *in parte in disaccordo*    *totalmente in disaccordo*

#### **4. Suggerimenti e proposte**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Si ringrazia della collaborazione

## Bibliografia

- AA.VV. (1999). Linee guida per un progetto di formazione di base dell'infermiere. Roma: Federazione Nazionale Collegi IPASVI.
- art. 4, c 5 del D.M. 19 febbraio 2009. In G.U. n. 119 del 25 maggio, 2009.
- Artioli G. Evoluzione storica dell'assistenza e della formazione infermieristica. Milano, Area Qualità, 2000.
- Artioli G, Bigi E, Giorgi V. Il counseling pedagogico nella formazione infermieristica. *Nursing oggi* 2004;9(1):24-31.
- Ausubel DP. Educazione e processi cognitivi, Franco Angeli, Milano 1978.
- Barger SE. (2004). Academic nursing centers: the road from the past, the bridge to the future. *J Nurs Educ.* 43 (2): 60-65.
- Berg CL, Lindseth G. (2004). Students' perspectives of effective and ineffective nursing instructors. *J Nurs Educ.* 43 (12): 565-568.
- Bier ID, Cornesky R. (2001). Using QFD to construct a higher education curriculum. *Quality Progress* 34, 64-68.
- Binetti P, Pontati I, Santini D. (1999). Il tutorato: modelli ed esperienze nella didattica universitaria. Roma: Società Editrice Universo.
- Bertagna G. (Ed.), Fare laboratorio. Scenari culturali ed esperienze di ricerca nelle scuole del secondo ciclo, La Scuola, Brescia 2012, p. 44.
- Bertagna G. Lavoro e formazione dei giovani. La Scuola, Brescia 2011, p. 65 e ss.
- Bertagna G. Scuola e lavoro tra formazione e impresa. Nodi critici e (im)possibili soluzioni, in G. Bertagna (Ed.), Fare laboratorio. Scenari culturali ed esperienze di ricerca nelle scuole del secondo ciclo. La Scuola, Brescia 2012, p. 44.
- Bruner J. La cultura dell'educazione. Nuovi orizzonti per la scuola [1996], tr. it., Feltrinelli, Milano 1997, p. 57.
- Bruner J, Dewey D. Il processo di apprendimento delle due culture [1961]. Armando, Roma 1964, p. 22.
- Brugnolli A., Saiani L, Palese A. Percezione degli studenti infermieri delle strategie tutoriali nell'apprendimento clinic. *Tutor* 2008 8(3):124-31.
- Calonghi L. (1992). Strumenti di valutazione. I saggi. Prato: Giunti & Lisciani Editori.

- Carli E. Infermieri in Università: cosa cambia? *G. Gerontol*, 52: 433-437, 2004.
- Erikson EH. I cicli della vita. Continuità e mutamenti [1959], Armando, Roma, 1981; Levinson DJ. La struttura della vita individuale, in Saraceno C. (Ed.), *Età e corso della vita*, Il Mulino, Bologna 1986; AA.VV, *Longlife-longwidelearning. Per un trattato europeo della formazione*, Mondadori, Milano 2012.
- Chou SM. (2004). Evaluating the service qualità of undergraduate nursing education in Taiwan – using qualità function deployment. *Nurse Education Today* 24, 310-318.
- Conferenza dei Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie. (2010). Principi e standard del tirocinio professionale nei corsi di laurea delle professioni sanitarie. Disponibile in: <http://cplps.altervista.org/blog/wp-content/uploads/2011/06/Cons-Conf-Tirocinio-10-settembre.pdf> . Accesso 10 maggio, 2014.
- Dewey J. Come pensiamo. Una riformulazione del rapporto tra pensiero riflessivo e l'educazione [1933], tr. it., La Nuova Italia, Firenze 1961, p. 195.
- De Marinis MG, Mazzaroni O, Piredda M. Il tutor clinico tra competenze e formazione. *International nursing perspectives* 2002;2(3):135–141.
- DeVellis RF. (1991). *Scale development: theory and applications*. Newbury Park: SAGE.
- Dimonte V. *Da servente a infermiere, una storia dell'assistenza infermieristica in Italia*. Torino, Cespi Editore, 1993.
- Domenici G. (1994). *Descrittori dell'apprendimento*. Prato: Giunti & Lisciani Editori.
- Dury C. (2003). A competency-based approach for nursing care instruction. *Analysis of teaching practices. Rech Soins Infirm.* 73: 4-40.
- Gard CL, Flannigan PN, Cluskey M. (2004). Program evaluation: an ongoing systematic process. *Nurs Educ Perspect.* 25 (4): 176-179.
- Hutchings A, Sanders L. (2001). Developing a learning pathway for student nurses. *Nurs Stand.* 15 (40): 38-41.
- Lamboglia E. Lo sviluppo storico e sociale della conoscenza infermieristica in Italia. *Nursing Oggi*, 1: 20-40, 1999.

- Lee WS, Cholowski K, Williams AK.. Nursing students and clinical educators' perception of characteristics of effective clinical educators in an Australian university school of nursing. *J ADV Nurs.* 2002 Sep; 39 (5):412-20.
- Mager RF, Pipe P. (1987). *Come analizzare le performance degli allievi.* Firenze: Giunti & Lisciani Editori.
- Marzi AM. La ricerca delle fonti: i risultati di una indagine campione. In Martelletti E. (a cura di). *Per una storia dell'assistenza infermieristica in Italia.* Roma, Federazione dei Collegi IPASVI, 1993.
- Matarese M. Il sapere infermieristico in una nuova prospettiva. *Int Nurs Persp,* 2 (1): 1-2, 2002.
- 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.
- McAuley C. School of nursing and midwifery, University college Cork. Audit of Clinical Learning Environment for nursing student. Disponibile in: [https://www.ucc.ie/en/media/academic/nursing/allocations/documents/auditdocumentation/StudentQuestionnaireSpecialistNursing\[1\].pdf](https://www.ucc.ie/en/media/academic/nursing/allocations/documents/auditdocumentation/StudentQuestionnaireSpecialistNursing[1].pdf). Accesso in data 14/05/2014.
- Molzahn AE, Purkis ME. (2004). Collaborative nursing education programs: challenges and issues. *Can J Nurs Leadersh.* 17 (4): 41-53.
- Morgan J, Knox JE. Characteristics of 'best' and 'worst' clinical teachers as perceived by university nursing faculty and students. *J Adv Nurs.* 1987 May;12(3):331-7.
- Nahas VL, Nour V, Al-Nobani M. (1999). Jordanian undergraduate nursing students' perceptions of effective clinical teachers. *Nurse Educ Today.* 19 (8): 639-648.
- Newton A, Smith LN. (1998). Practice placement supervision: the role of the personal tutor. *Nurse Educ Today.* 18 (6): 496-504.
- Nucchi M, Destrebecq AL, De Santis V. Lo studente infermiere e la funzione tutoriale. *Infermiere Oggi* 2009;19(2):34-37.
- Orlandini O. Zanato. Problema, in Bertagna G, Triani P. (Eds.), *Dizionario di didattica. Concetti e dimensioni operative,* La Scuola, Brescia 2013, pp. 309-322.
- Papp I, Markkanen M, von Bonsdorff, M. (2003). Clinical environment as a learning environment: student nurses' perceptions concerning clinical learning experiences. *Nurse Educ Today.* 23 (4): 262-8.

- Rowan P. (2000). Clinical facilitators: a new way of working. *Nurs Stand.* 14 (52): 35-38.
- Saarikoski M. (2003). Mentor relationship as a tool of professional development of student nurses in clinical practice. *Int J Psychiatr Nurs Res.* 9 (1): 1014-1024.
- Scalorbi S, Burrai F(2008). La qualità del tirocinio nel Corso di Laurea in Infermieristica. Indagine sulla soddisfazione degli studenti della Sede Formativa Bologna 1 – Croce Rossa Italiana, Università degli Studi di Bologna 1. *Professioni Infermieristiche.* 61 (2). 67-73
- Tousijn W. Il sistema delle occupazioni sanitarie. Bologna, Il Mulino, 2000.
- Saarikoski M. (2003). Mentor relationship as a tool of professional development of student nurses in clinical practice. *Int J Psychiatr Nurs Res.* 9 (1): 1014-1024.
- Sandrone G. Il docente coordinatore-tutor e la riforma: le ragioni di una scelta. in L. Cerioli (Ed.), *Tutorship nel nuovo sistema formativo*, Franco Angeli, Milano 2006.
- Sasso L, Lotti A. (2003). L'apprendimento per problemi nella formazione universitaria delle professioni sanitarie. Milano: McGraw-Hill.
- Sasso L, Lotti A, Gamberoni L. (2003). *Il tutor per le professioni sanitarie.* Roma: Ed. Carocci Faber.
- Schön D. Il professionista riflessivo. Per una nuova epistemologia della pratica professionale [1983], tr. it., Dedalo, Bari 1993, p. 42.
- Suen LK, Chow FL. (2001). Students' perceptions of the effectiveness of mentors in an undergraduate nursing programme in Hong Kong. *J Adv Nurs.* 36 (4): 505-511.
- Tanner CA. (2001). Measurement and evaluation in nursing education. *Journal of Nursing Education* 40, 3-4.
- Thornton R, Chapman H. (2000). Student voice in curriculum making. *J Nurs Educ.* 39 (3): 124-132.
- Vellone E, Bellini G, Fabriani L, Fellone C, Passeretti F. Sviluppo di uno strumento per misurare la qualità del corso di laurea in infermieristica. *Assistenza infermieristica e ricerca*; 2007; 26(1): 17-23.
- Walsh CM, Seldomridge LA. (2005). Clinical grades: upward bound. *J Nurs Educ.* 44 (4): 162-168.

- White R, Ewan CE. (1994). Il tirocinio, l'insegnamento clinico del nursing. Milano: Ed. Sorbona.
- Wilkins AM, Ellis G. (2004). Enhancing learning environments by maximising support to mentors. *Nurs Times*. 100 (26): 36-38.
- Zaid M, Al-Hamdan Hala, Bawadi A, Norrier P., Summers R., Debbie D. (2014). Student nurses Perceptions of a Good Mentor: a Questionnaire Survey of Student Nurses in the UK, USA and Jordan. *International Journal of Humanities and Social Science*. 4(3): 248-56
- Zanato O, Orlandini. Problema. In Bertagna GP. Triani (Eds.), *Dizionario di didattica. Concetti e dimensioni operative*, La Scuola, Brescia 2013, pp. 309-322.
- Zarieczna-Baran M, Pegiel-Kamrat J, Wojdak-Haasa E. (2002). Choice of the profession and work satisfaction among nursing students from the Medical. University of Gdansk. *Wiad Lek*. 55 Suppl 1: 594-598.