

UNIVERSITA CATTOLICA DEL SACRO CUORE

Facoltà di Medicina e Chirurgia “A. Gemelli” – Roma

Master di primo livello Master in area critica

Gli infermieri e la formazione

Relatori:

Chiar.mo/a Prof. M. Lorena Bazzana

Chiar.mo/a Prof. Loredana Sasso

Anastasia Monica
Matricola N. 3251852

Anno Accademico 2003/2004

RINGRAZIAMENTI

I miei più sentiti ringraziamenti vanno al mio relatore Sig.ra M. Lorena Bazzani e al correlatore Dott.ssa Loredana Sasso, per la disponibilità e professionalità dimostratami per la stesura dell'elaborato.

Un caloroso grazie anche ai colleghi della Terapia Intensiva della Poliambulanza di Brescia e ai colleghi delle sale operatorie del Pronto Soccorso del San Martino di Genova in maggior modo a Simona Belardinelli che è stata il mio TUTOR

INDICE

INTRODUZIONE	pag. III
 CAPITOLO I: LA FORMAZIONE DEGLI ADULTI	
1.1. UNA BREVE STORIA	pag. 1
1.2. LA FORMAZIONE DEI FORMATORI	pag. 3
1.3. L'ANDRAGOGIA	pag. 5
1.4. IL FUTURO DELLA FORMAZIONE	pag. 7
 CAPITOLO II: LA PROGETTAZIONE FORMATIVA	
2.1. I BISOGNI FORMATIVI	pag. 9
2.2. DEFINIZIONE E DESCRIZIONE DEGLI OBIETTIVI FORMATI- TIVI	pag. 12
2.3. REALIZZAZIONE DEL PERCORSO FORMATIVO	pag. 14
2.4. MONITORAGGIO E VALUTAZIONE DEL PERCORSO FOR- MATIVO	pag. 15
2.5. LO STUDIO DI CASO	pag. 17
 CAPITOLO III: LA FORMAZIONE INFERMIERISTICA OGGI	
3.1. L'INNOVAZIONE	pag. 19
3.2. SETTING E TUTORSHIP	pag. 22
3.3. I BISOGNI EDUCATIVI E LE AREE DI TUTORSHIP	pag. 23

3.4. ANALISI DELLE DIVERSE FIGURE-DOCENTE CON FUNZIONI TUTORIALI	pag. 25
3.4.1. Docente	pag. 25
3.4.2. Coordinatore dell'insegnamento tecnico-pratico e di tirocinio	pag. 26
3.4.3. Tutore	pag. 27
3.4.4. Guida di tirocinio	pag. 30
3.5. METODI DI TUTORSHIP E RELATIVO SETTING	pag. 31
3.5.1. Modelli pedagogici di riferimento	pag. 32
3.5.2. Problem based learning	pag. 33
3.5.3. Analisi di casi assistenziali	pag. 35
3.5.4. Apprendimento clinico con seduta di Briefing e Debriefing.	pag. 38
3.5.5. Le check list	pag. 41
3.5.6. Counselling formativo	pag. 43
3.5.7. Learning contracts	pag. 45
3.6. LA VALUTAZIONE	pag. 48
3.7. LA FORMAZIONE DEI TUTORI	pag. 50

CAPITOLO IV: FORMARE PER L'AREA CRITICA

4.1. LA NORMATIVA	pag. 53
4.2. PREPARAZIONE SPECIFICA	pag. 57
4.3. PROGETTO DI FORMAZIONE IN AREA CRITICA	pag. 60

CONCLUSIONI	pag. 64
--------------------------	---------

BIBLIOGRAFIA

INTRODUZIONE

“Quando fai piani per un anno, semina grano. Se fai piani per un decennio pianta alberi. Se fai piani per la vita, forma e educa le persone.”

Proverbio cinese: Guanzi (c 645 BC)

Nella formazione tradizionale¹ siamo abituati a soffrire per la vastità dei contenuti da affrontare. Chi si è misurato con l’esperienza universitaria sa il gelo che si prova iniziando la prima pagina di un libro di 500 o 600 pagine. La quantità dei contenuti è stata spesso scambiata per la qualità dell’insegnamento, così come spesso si è confuso e si confondono un ottimo esperto di una materia con un buon docente della stessa materia (qualità che più spesso di quello che si pensi non coincidono).

Lo stimolo conoscitivo che si propone non è quello di un apprendimento mnemonico, ma quello che faccia sì che si aprano delle finestre e, ognuno, trovi dentro se stesso nuovi panorami che possano far capire che cosa è e che cosa può essere per ognuno il piacere di vivere un’esperienza di formazione continua.

“Se prima di tutto potessimo sapere dove siamo e dove stiamo andando, potremmo meglio decidere cosa fare e come farlo” (A. Lincoln)

Il concetto che si vuole esprimere è che mentre nell’insegnamento classico o usuale si è sempre pensato ad un docente possessore di contenuti che travasa e riempie il discente di saperi, come il Capitano (il docente) di una nave (di nome Methodology)

¹ Scalisi S.: *Maieutica, formazione e turismo*. FrancoAngeli, Milano, 2001

che la carica dei contenuti (nozioni) per scaricare su di un isola dove gli abitanti (discenti) lo attendono. Ai formatori è stato chiesto di diventare docenti animatori, facilitatori del processo di apprendimento.

L'immagine che ne deriva è quella di un istruttore di vela (il docente) che insieme agli allievi naviga tra le onde; non c'è niente da trasportare ma una esperienza da sviluppare insieme. In questa i contenuti sono lo strumento, il mezzo di entrambi, in cui sia il discente che il docente imparano reciprocamente; i docenti insieme ai discenti navigano nel mare della conoscenza e non trasmettono un contenuto, ma lo costruiscono insieme.

Quindi, formare non significa riempire, ovvero dire “come si fa una cosa”, ma estrarre, cioè ricercare un modo consono per stimolare a fare quella cosa. Il problema, dunque, non è imparare qualcosa, ma imparare ad imparare (learning to learn), scoprire un nuovo modo di vedere le cose che sono dentro di noi.²

Sulla base di quanto detto sopra, a conclusione del mio percorso formativo, è nato in me il desiderio di affrontare il problema della formazione infermieristica e, in maggior modo quella specialistica post base.

La redazione di questa tesi non sarebbe stata possibile senza l'utilizzo di lavori nati dall'esperienza e dalle capacità professionali di “specialisti della formazione e dell'apprendimento dell'adulto”.

E' proprio unendo i materiali didattici reperiti (articoli di riviste scientifiche, testi di letteratura specifica, articoli tratti da siti internet, tesi universitarie) che si è cercato di fare chiarezza sul percorso formativo e sulle persone designate a tale compito: i for-

² Mustica S.: *La scelta metodologica, Maieutica, formazione e turismo*. FrancoAngeli, Milano, 2001

matori.

L'obiettivo di questa tesi, infatti, è dare chiarezza su come è nata la formazione, il suo evolversi, e la sua applicazione al personale sanitario.

Vedremo come, esperti del settore, hanno riflettuto sul ruolo e sulle competenze dei “tutor” responsabili della formazione degli infermieri; di come sono stati analizzati gli aspetti e le diverse definizioni pedagogiche di queste figure sempre più indispensabili per la crescita della nostra professione.

Quello che recita la normativa sul tema della formazione infermieristica lo vedremo mano a mano che il lavoro prende corpo.

Purtroppo la normativa, se da un lato aiuta, dall'altro mette dei paletti, e sta alla preparazione dell'infermiere, che è sempre più specialistica, a far in modo che questi “paletti” non intralcino il nostro cammino verso un futuro sempre più qualificato e autonomo.

Veniamo al contenuto, l'elaborato inizia con la storia della formazione dell'adulto, l'andragogia e il futuro della formazione stessa.

Nel secondo capitolo si affronteranno i bisogni formativi, gli obiettivi formativi e come si realizza un percorso formativo.

Tutto il terzo capitolo prende in esame la formazione degli infermieri oggi, i vari modelli pedagogici utilizzati e le diverse figure di “tutorship”, ed in fine, con l'ultimo capitolo, si fa riferimento nello specifico della formazione specialistica per l'area critica con l'inserimento del programma del Master di primo livello “Infermieristica in Area Critica”

CAPITOLO I

FORMAZIONE DEGLI ADULTI

1.1. UNA BREVE STORIA

Le principali tappe di questa evoluzione italiana sono strettamente legate allo sviluppo delle imprese che ha avuto funzione trainante sui contesti organizzativi.

ANNI '40-'50

La formazione come la intendiamo oggi è praticamente sconosciuta; le parole magiche sono: addestramento e formazione professionale; l'imperativo categorico è produrre. Timide iniziative mutate a modelli esteri (USA) sono totalmente rigettate (corsi IPSOA), solo alcuni tentativi sopravvivono (IFAP a Roma).

FINE ANNI '50 – FINE ANNI '60

Nelle grandi città del triangolo industriale, accanto a grandi centri di addestramento pubblici e privati che incominciano a declinare, appaiono nelle aziende multinazionali i primi programmi di formazione per il management. Il modello autoritario entra in crisi. I formatori sono tecnici e specialisti del know-how aziendale.¹

¹ Marano A., raccolta di articoli sulla formazione a cura del Centro Studi Orientamento, tratto dal sito internet www.cestor.it

ANNI '60 – '70

Inizia a diffondersi la necessità di sostituire il modello autoritario di gestione del personale con nuovi metodi. Accanto a sacche di resistenza ostentata, nascono i primi centri di formazione (FIAT, Montedison) e le prime associazioni di formatori (AIF).

L'evoluzione della formazione è del tutto coerente con l'evoluzione socio-organizzativa del sistema delle imprese. Si afferma la figura professionale del formatore-coordinatore.

1977 – 1985

I programmi di formazione manageriale hanno ormai uno sviluppo tumultuoso e inarrestabile. Anche nelle banche e in altre società di servizi i piani di formazione per migliaia di quadri diventano la regola. Accanto alla formazione efficace compare la formazione apparente, di moda, sottoprodotto forse inevitabile di ogni crescita economica. Il ruolo del formatore è legittimato nell'organizzazione. Anche sindacati e partiti politici si interessano della formazione.

1986 – 1994

Master e corsi di specializzazione post-laurea si moltiplicano e vengono sempre più importate dall'estero metodologie formative innovative. La qualità media della formazione si stabilizza, coesistono iniziative eccellenti con altre improvvisate e scadenti. La formazione si affranca dalle anguste Direzioni del Personale e si integra con le funzioni di Organizzazione e Comunicazione. Il formatore si trasforma in un esperto di sviluppo organizzativo.

Persistono tre storiche dicotomie italiane:

- la separazione tra il sistema lavoro (formazione) e le istituzioni educative (scuola/università);
- la separazione tra lavoro direttivo e lavoro esecutivo che asfissa i tentativi di decollo di ruoli imprenditivo-innovativi e ruoli professionali;
- la separazione tra sapere e fare.

Ci affacciamo alle soglie del terzo millennio con grandi fermenti, un po' di nostalgia e una diffusa esigenza di maggiore qualità, correttezza, utilità della formazione.

1.2. LA FORMAZIONE DEI FORMATORI

Se riandiamo con la memoria ai primordi della formazione in Italia, ci tornano in mente persone che abbiamo incontrato nei nostri primi anni di lavoro e ci ricordiamo che si facevano chiamare “formatori”. Se ripercorriamo con lo sguardo gli scaffali di una biblioteca, tra gli anni '60 e '80 troviamo al massimo una decina di pubblicazioni, per lo più traduzione di testi anglosassoni, che affrontano il tema della formazione. Una di queste “perle” ha il titolo significativo di *“MANUALE DELL'ADDESTRAMENTO”*.

Gli addestratori di quegli anni eroici hanno un profilo professionale molto vicino a quello degli attuali docenti tradizionali esperti/competenti. Successivamente, accanto a queste figure classiche, con il declino del fenomeno addestrativo, emanazione di un sistema produttivo basato sulle competenze/professionalità, da almeno una decina di anni si è andato delineando e affermando il profilo del formatore come figura

professionale emergente.

Come ha evidenziato una recente ricerca qualitativa su “Le specificità della formazione in Emilia Romagna”, molti di questi formatori con diversi bagagli culturali (tecnico-specialistico, sociologico, psicologico) hanno iniziato ad operare in aziende medio-grandi, con competenze e ruolo inizialmente diversificati e poi via via sempre più affinati e meglio identificati.

Questa tendenza è nella natura stessa della formazione che agisce direttamente sulla cultura e sui comportamenti prima che sulle competenze. Le imprese, negli anni a cavallo tra il 1980 e il 1990, più che sulla professionalità, hanno dovuto far leva rapidamente sul sottosistema culturale, cioè su variabili impalpabili, per trasformare obsolete strutture autoritarie e meccaniche in modelli snelli, flessibili, innovativi, integrati. In coerenza con queste tendenze, i formatori hanno dovuto acquisire nuove conoscenze e competenze quali la psicologia dell'apprendimento nell'adulto e hanno avuto il merito di darsi un'associazione professionale che in pochi anni è passata da un ristretto club Milano centrico a rappresentare le istanze di sviluppo professionale di migliaia di soci in tutta Italia. Per merito dell'Associazione, accanto alle innovazioni metodologiche e dei contenuti è stato individuato il terzo fattore: I PROCESSI.

La caratteristica prioritaria di un programma formazione-formatori deve essere quella di diffondere la cultura professionale del formatore oltre che di consolidare le capacità connesse al ruolo di Esperto di Gestione dei Processi di Apprendimento negli Adulti. In base a questo approccio, le componenti specialistiche, proprie della professione, vengono coniugate con la letteratura della realtà organizzativa, per sviluppare capacità di interpretazione ed intervento sui fenomeni del contesto organizzativo.

1.3. L'ANDRAGOGIA

Che cosa sappiamo, effettivamente, delle caratteristiche specifiche dell'adulto che apprende?

Da circa vent'anni, alcuni studiosi stanno compiendo ricerche per mettere a fuoco i tratti distintivi di una disciplina ancora poco diffusa, ma che costituisce il necessario punto di partenza per lo sviluppo di una nuova efficacia della formazione.

La formazione degli adulti pone problemi le cui soluzioni sono molto diverse da quelle che si danno alla formazione dei bambini. Tra i fattori di specificità della persona che apprende consideriamo (vedi Knowles) quelli particolari derivanti dall'età adulta.

Il bisogno di conoscere

Gli adulti sentono l'esigenza di sapere perché occorre apprendere qualcosa, prima d'intraprendere l'apprendimento. Tough (1979) ha scoperto che quando gli adulti iniziano ad apprendere qualcosa per conto loro investono una considerevole energia nell'esaminare i vantaggi che trarranno dall'apprendimento.

Il concetto di sé del discente

Gli adulti hanno un concetto di sé come persone responsabili delle loro decisioni. Una volta raggiunto questo stadio, desiderano essere trattati e considerati come persone capaci di gestirsi autonomamente. Se pensano che altri stiano cercando di imporre loro la propria volontà, la respingono; nel momento in cui si trovano ad affrontare un'attività etichettata "formazione" tornano al condizionamento ricevuto nelle loro precedenti esperienze scolastiche: incrociano le braccia, si siedono e dicono: "Insegnatemi se siete capaci".

Il ruolo dell'esperienza del discente

Gli adulti hanno esperienze di formazione con un vissuto personale maggiore delle persone più giovani perché hanno accumulato più esperienze.

La disponibilità ad apprendere

Gli adulti sono disponibili ad apprendere ciò che hanno bisogno di sapere e saper fare per far fronte alle situazioni della loro vita reale.

L'orientamento verso l'apprendimento

In contrasto con l'orientamento centrato sulle materie, caratteristico dei bambini, quello degli adulti è centrato sulla vita reale.

La motivazione

E' errato pensare che gli adulti si rendano disponibili alla formazione per un lavoro migliore, promozioni e simili; le molle sono le pressioni interne: autostima, qualità della vita, soddisfazione sul lavoro.

Tabella 1. Differenze tra pedagogia e andragogia tratta da: Marano A., Raccolta di articoli sulla formazione

PEDAGOGIA	ANDRAGOGIA
Il bambino all'inizio è privo di conoscenze.	L'adulto ha un vissuto individuale importante e una formazione scolastica diversa da quella di altri adulti.
L'insegnante conosce i programmi ed ha idee precise su come trasferirli alla classe.	Il formatore non ha alcuna idea delle conoscenze e non sa prima come trasmetterla al gruppo.
L'esperienza personale del bambino è modesta.	L'esperienza dell'adulto è superiore alla conoscenza che riceverà in aula.
L'insegnante cerca di portare la classe al livello superiore.	Il formatore dell'adulto sa che ogni partecipante arriverà con percorsi diversi.
La motivazione ad imparare è legata al voto.	La motivazione è legata all'interesse per l'argomento.

La formazione è, da tempo, alla ricerca di una soddisfacente definizione del proprio soggetto. A tale ricerca, naturalmente, la costringe la propria condizione di scienza umana, il cui statuto è di natura relazionale.

Già nel 1985 G.P. Quaglino² (*Fare Formazione*) poneva il focus del suo lavoro sulla definizione del soggetto: formatore-discente.

Da allora sono seguiti anni intensi e significativi per lo sviluppo della professione del formatore. A tale sviluppo hanno contribuito gli apporti delle discipline e delle teorie che hanno saputo indicare la consapevolezza della centralità del soggetto conoscente.

Una importante tappa del processo di costruzione della visione corretta della natura e del ruolo della formazione è costituita dal bel libro di Duccio Demetrio, “L’età adulta. Teorie dell’identità e pedagogie dello sviluppo”, nel quale al centro dell’analisi è il soggetto della formazione: l’UOMO ADULTO.

1.4. IL FUTURO DELLA FORMAZIONE

L’incertezza e la crescente complessità del mondo in cui ci troviamo a vivere a volte ci fanno perdere di vista le tracce “del nostro futuro”.

Lo studio e la diffusione delle conoscenze dei modelli di apprendimento degli adulti (andragogia), i diversi approcci verso il mercato e i discenti, l’evoluzione della figura classica del formatore verso la figura di gestore dei processi formativi complessi rappresentano le possibili tracce da seguire per andare verso una formazione nuova.

² Quaglino G.P., *Fare formazione*, FrancoAngeli Milano, 1996.

I percorsi, per così dire essenziali, che i formatori dovranno seguire sono:

- progettare formazione a pensare, a sviluppare capacità trasversali, a costruire figure professionali, a produrre idee;
- realizzare formazione per elevare i livelli di qualità; o fare formazione rivolta ad aumentare l'attenzione verso la comunicazione, l'affettività, la flessibilità, l'estetica;
- promuovere l'integrazione organizzativa.

La formazione è diventata, infatti, una leva organizzativa volta ad adeguare i comportamenti e le capacità delle persone alle esigenze dell'organizzazione di appartenenza, attraverso attività di apprendimento in aula e fuori aula. Questa è, ovviamente, una definizione semplificata che non rende giustizia della complessità delle situazioni organizzative per le quali è necessario usarla. Le persone non si adeguano all'organizzazione più di quanto la medesima, nel suo insieme di ruoli, norme e meccanismi operativi, si adegui ai suoi membri. L'adeguarsi non va interpretato come un comportamento passivo, bensì come la partecipazione con diverso impatto alla ostruzione di comportamenti o capacità che da alcuni vengono considerati relativi per il successo dell'organizzazione.³

³ Marano A., *La formazione degli adulti*, tratto dal sito internet www.cestor.it

CAPITOLO II

LA PROGETTAZIONE FORMATIVA

2.1. I BISOGNI FORMATIVI

Il percorso formativo è la risposta a una richiesta di formazione specifica. Lavorare per progetti: organizzare, pianificare, gestire un elaborato progettuale significa fornire un prodotto formativo non generico, ma puntuale nelle scansioni (obiettivi, tecniche, metodologiche, strumenti ecc.) e al tempo stesso complesso e articolato nelle diverse fasi rispondente alle effettive esigenze dei formandi.

Il punto di inizio sarà rappresentato, pertanto, dall'analisi delle esigenze dei destinatari per progettare e realizzare interventi formativi che includano la partecipazione di chi si forma. L'analisi dei bisogni di formazione si configura, dunque, come una vera e propria attività di ricerca e l'identificazione dei bisogni diventa essa stessa momento di formazione per le persone che vi partecipano.

Nella rilevazione dei bisogni si debbono avere presenti le caratteristiche strutturali e le dinamiche dell'organizzazione e si deve tener conto dei bisogni espressi dagli individui in termini di motivazioni, conoscenze e competenze.⁴

Gli strumenti più utili da utilizzare sono le interviste alle figure di responsabilità delle organizzazioni; i temi da affrontare nell'intervista debbono consentire un'analisi della struttura organizzativa al fine di costruire un organigramma che

⁴ http://www.sturzo.it/newsite/piattaforma_PAF_definitiva/scheda_4.htm, tratto dall'articolo: *Obiettivi metodi e strumenti per la progettazione formativa*.

fotografi la stato delle risorse e delle attività.

La funzione dell'intervista è quella di riunire informazioni sull'attività e sulla struttura per far emergere eventuali bisogni e linee di sviluppo future. E' necessario inoltre fare delle interviste ai responsabili dei singoli settori per prendere in considerazione specificità e punti di vista che possono provenire da alcuni soggetti significativi. Servono poi discussioni in gruppo per le quali si utilizzano apposite griglie. Per i singoli destinatari dell'intervento formativo, bisogna predisporre strumenti di rilevazione quali, ad esempio, questionari descrittivi, per rilevare informazioni utili all'organizzazione dell'attività dei corsi di formazione. Raccogliendo le risposte al questionario, sarà possibile venire a conoscenza di una serie di dati relativi ai soggetti da formare:

- dati anagrafici
- status, ruolo e funzioni lavorative abitualmente svolte;
- analisi e giudizio personale sul lavoro svolto in termini di efficienza/efficacia e in termini di soddisfazione personale;
- eventuali scarti cognitivi e formativi che il soggetto avverte in relazione al lavoro svolto;
- attese nei confronti del processo di formazione a cui il soggetto va incontro.

Fondamentale è anche l'individuazione del livello delle conoscenze competenze e delle capacità possedute dal soggetto in formazione riferite a tre aree fondamentali:

- area delle competenze comunicative e delle capacità relazionali;
- area delle conoscenze e delle competenze tecniche;
- area della capacità di agire all'esterno dell'organizzazione.

La rilevazione del livello delle conoscenze e delle competenze, cioè i prerequisiti dei formandi può essere effettuata tramite test oggettivi.

I prerequisiti posseduti dagli utenti del percorso formativo, devono essere chiaramente definiti attraverso l'analisi di:

- competenze di base
- competenze tecnico-professionali
- competenze trasversali
- prerequisiti esplicitati
- competenze professionali in ingresso (valorizzazione, esperienze di lavoro, competenze, apprendimento non formale).

Tali competenze vengono individuate da indicatori di valutazione e strumenti quali:

- scheda pre-selettiva
- test psico-attitudinale
- test competenze culturali di base e/o tecnico professionali
- colloquio psico-attitudinale e verifica competenze trasversali.

A questo punto è necessario fare un bilancio e una valutazione delle competenze in relazione a situazioni particolari:

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

Il bilancio delle competenze può essere definito come un processo formativo per l'attivazione personale e professionale delle capacità di organizzare le proprie competenze al fine di verificarne la effettiva trasferibilità.

Attraverso il bilancio delle competenze è possibile:

- identificare i crediti in ingresso, selezionando le fasi del percorso in relazione alle competenze già possedute dall'allievo
- integrare con moduli specifici eventuali carenze riscontrate
- “disegnare” particolare modalità di fruizione del percorso, anche con la progettazione di moduli in auto-istruzione o FAD.

In particolare con il riconoscimento dei crediti verranno infatti individuate modalità per l'accREDITamento delle competenze acquisite in precedenti percorsi d'istruzione formazione ed esperienze di lavoro e di vita.

2.2. DEFINIZIONE E DESCRIZIONE DEGLI OBIETTIVI FORMATIVI

Dalla rilevazione dei bisogni si può attuare la pianificazione degli interventi formativi esplicitando gli obiettivi formativi.

A questo proposito, occorre tenere conto di due variabili:

- i bisogni formativi del soggetto/dei soggetti
- gli obiettivi specifici di apprendimento indicati dal profilo professionale.

La prima fase della pianificazione consiste:

- nell'individuazione in cui il responsabile del progetto di formazione coglie gli elementi essenziali delle conoscenze che i soggetti in formazione devono acquisire
- nella definizione e nella descrizione, in seguito alle quali vengono rese esplicite le conoscenze (contenuti cognitivi teorici) e le competenze (capacità operative)

che i soggetti devono acquisire col percorso formativo.

E' fondamentale una stretta correlazione fra gli obiettivi e i contenuti del percorso formativo: ad ogni obiettivo o gruppo di obiettivi, infatti, deve corrispondere un contenuto o gruppo di contenuti, da individuare, selezionare, ordinare tenendo naturalmente conto della propedeuticità e dei livelli di difficoltà crescente.

Considerando la complessità dei contenuti della formazione, è possibile riorganizzare in tre macro aree di carattere generale:

- 1) area dello sviluppo personale motivazionale:
 - a) lettura dei propri bisogni come gruppo e come organizzazione
 - b) gestione delle conflittualità interpersonali
 - c) conoscenza delle modalità del lavoro di gruppo
 - d) gestione delle risorse umane
- 2) area dello sviluppo tecnico professionale:
 - a) conoscenze fondamentali e competenze inerenti la tipologia di servizio o l'attività svolta
 - b) conoscenza degli aspetti essenziali amministrativi, giuridici e fiscali del settore di intervento
 - c) implementazione delle capacità di valutazione
 - d) implementazione delle competenze progettuali
- 3) area dello sviluppo organizzativo:
 - a) capacità di confrontarsi con altri soggetti dell'organizzazione
 - b) conoscenza dei contenuti relativi alla mission dell'organizzazione
 - c) capacità di lettura dei bisogni emergenti dall'organizzazione
 - d) capacità di lettura e comprensione dei bisogni dell'utenza

2.3. REALIZZAZIONE DEL PERCORSO FORMATIVO

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

Strettamente collegata agli obiettivi dell'azione, infatti, è la scelta dei formatori con i quali è importante comunicare la finalità dell'attività formativa e socializzare un atteggiamento comune e condiviso.

E' consigliabile privilegiare forme partecipative e basate sull'esperienza.

Si tratta di scegliere i formatori più adeguati per i tipi di intervento: esperto, docente, animatore, facilitatore della comunicazione.

Connessa con gli aspetti evidenziati diventa la scelta delle metodologie didattiche più appropriate, che debbono essere attive: domande/dibattito sulla relazione del docente, discussioni in sottogruppi sui temi proposti, esercitazioni di tipo tecnico-applicativo e/o giochi e simulazioni, discussione di casi, analisi degli auto casi, role-playing.

Da tener presente, sono anche i campi di apprendimento così suddivisi:⁵

⁵ Sasso L., Lotti A., Gamberoni L., *Il tutor per le professioni sanitarie*.

Sasso L., segretaria della Federazione Nazionale dei collegi IPASVI, è professore in Infermieristica generale e clinica e dirigente dell'Azienda ospedaliera S. Martino di Genova.

Lotti A., collaboratrice di J.J. Guilbert, è ricercatrice presso l'Università di Foggia. Da oltre vent'anni segue le sperimentazioni sulla didattica tutoriale e sull'apprendimento.

Gamberoni L., è responsabile dell'Ufficio Formazione dell'Azienda Ospedaliera Universitaria di Ferrara e coordinatore del corso di Laurea per infermiere.

1. campo del processo intellettuale
2. campo della comunicazione interpersonale
3. campo dei gesti

Nella scelta metodologica si dovrà tener conto del tipo di intervento, dei tempi e delle eventuali difficoltà di apprendimento, ponendo particolare attenzione alle seguenti variabili:

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

2.4. MONITORAGGIO E VALUTAZIONE DEL PERCORSO FORMATIVO

A questo punto è fondamentale la messa a punto di un sistema di monitoraggio e valutazione efficace, che preveda la verifica delle modalità d'attuazione del processo formativo e delle azioni messe in atto con particolare attenzione a: qualità, efficacia, efficienza delle stesse, in relazione agli obiettivi condivisi.

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

La valutazione delle attività formative deve tener conto, in primo luogo, degli impatti e dei risultati delle attività stesse, sulla base di dati oggettivi raccolti durante il percorso formativo in occasione dell'esame finale. A questo proposito si può parlare di misurazione e valutazione, sia intermedia che finale.

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

Per valutazione si intende l'apprezzamento (il giudizio di valore) attribuito alla prova considerando anche variabili non direttamente legate alla prova (es. livello iniziale del soggetto, livello di attesa da parte del fruitore, difficoltà/facilità della prova, eventuali bonus). Le misurazioni e le valutazioni intermedie hanno una funzione informativa/formativa: servono ai soggetti per comprendere meglio ed ai formatori per facilitare l'apprendimento dei contenuti e per adeguare i metodi.

Quelle finali hanno una funzione informativa: certificano, a livello pubblico, che il/i formatore/i, la commissione, ha accertato che il soggetto ha conseguito determinate conoscenze e competenze ad un determinato livello di completezza, adeguatezza, accettabilità. Occorre per tanto predisporre prove strutturate, test "oggettivi" (vero/falso, a scelta multipla, di corrispondenza, di completamento) e prove semi strutturate (insieme di prove oggettive e di quesiti a risposta aperta, trattazione di argomenti). Inoltre, si possono utilizzare strumenti come le Analisi di caso (si presenta al soggetto una particolare situazione illustrata con tutte le circostanze e le variabili necessarie, e si chiede al soggetto di analizzare il caso e giungere a una soluzione).

2.5. LO STUDIO DI CASO

Vediamo ora un esempio di metodologia dell'apprendimento. Nello studio di caso viene proposto ai discenti un problema realmente accaduto, che può essere esaminato come caso aperto, quindi senza soluzione, oppure come caso chiuso, cioè con soluzione già predisposta.

Nel primo caso l'attenzione andrà indirizzata verso la ricerca di una o più soluzioni.

Nel secondo, invece, l'interesse è focalizzato sulla soluzione già data.

Uno dei partecipanti fornisce una descrizione dettagliata del caso dopo aver esaminato una documentazione dettagliata dell'avvenimento e che può far propendere per una soluzione invece che un'altra. Lo studio degli atti risulta, quindi, di grande importanza poiché non ci si trova di fronte ad un semplice dibattito caratterizzato da uno scambio di opinione sul caso analizzato. La documentazione degli atti può includere diverse informazioni come per esempio:

- indicazioni sul contesto sociale dove si svolge il caso
- reazioni e scelte delle persone che partecipano all'avvenimento
- consulenze di esperti

Normalmente nello studio di un caso si tende a seguire un percorso più o meno delineato:

- comprensione della problematica presentata
- studio della documentazione
- analisi critica delle opinioni e dei punti di vista presentati unita ad una riflessione sulla documentazione presentata sul caso.

Nell'analisi chiusa di caso si preparano delle domande che vanno risolte

gradualmente dai partecipanti, in modalità simile ad una formazione basata sui testi guida.

Nell'analisi aperta il caso viene, invece, presentato senza porre interrogativi precisi, sarà, infatti, compito degli stessi discenti formulare le domande e i quesiti necessari e raggiungere la soluzione ottimale.

CAPITOLO III

LA FORMAZIONE INFERMIERISTICA OGGI

3.1. L'INNOVAZIONE

Con la trasformazione delle vecchie Scuole infermieri in Corsi di Diploma universitario per poi raggiungere la Laurea di primo livello, molte cose sono cambiate nella formazione dell'infermiere. Anche se in molti casi la trasformazione è stata vissuta come una rivoluzione, rispetto all'assetto educativo precedente, ha portato ad un ripensamento generale sulla formazione infermieristica. In primo luogo sui suoi contenuti, le sue finalità, le sue modalità attuative. In secondo luogo, e questa appare la trasformazione in atto più importante, i diversi infermieri coinvolti nell'insegnamento hanno cominciato a ripensare il loro ruolo come formatori in un contesto universitario, individuando funzioni e compiti diversi a seconda dei differenti ambiti educativi.

All'interno di questa riflessione sulla formazione, si colloca la funzione della tutorship. Questa funzione si inserisce in un quadro che ha attraversato storicamente fasi differenti che vanno dalla definizione di uno specifico sapere infermieristico, ad una progressiva presa di coscienza della problematica educativa e dell'impossibilità di esaurirla nel semplice rapporto maestro-allievo, ad una meccanicizzazione dei processi educativi e ad una loro dissezione accurata, attraverso la tecnica della scrittura degli obiettivi didattici, fino ad arrivare alle strategie pianificatorie e alle metodologie di insegnamento più raffinate e d'avanguardia.

In tutto questo processo, che è stato così faticoso ma al contempo importante per i formatori infermieri, la relazione educativa nelle sue diverse declinazioni e nelle sue diverse attuazioni è rimasta per parecchio tempo in secondo piano, anche se vissuta intensamente e spesso inconsapevolmente, soprattutto attraverso modelli di assistenza allo Studente, ma mai è stata esplicitata ed elaborata nelle sue dimensioni teoriche e pedagogiche.

Il tema della relazione educativa nella formazione infermieristica riemerge con forza negli ultimi tempi a causa della diversificazione dei ruoli di docenza che viene richiesta sia da una attenta pianificazione curricolare che dal cambiamento istituzionale attivato.

In questo quadro di differenziazione delle figure di riferimento per la docenza, si comincia a parlare di “tutorship”, di una relazione educativa cioè che in qualche modo si differenzia da quella tradizionale.

Un percorso di ricerca sul significato della tutorship nell’ambito della formazione infermieristica non può evitare un confronto con i modelli pedagogici di riferimento delle diverse pratiche formative in atto, che di fatto vengono quotidianamente utilizzate dai formatori infermieri. Infatti “un aspetto cruciale” per la ricerca e la riflessione sulla formazione delle professioni sanitarie è costituito dal rapporto tra stili e modelli di formazione in questo campo. Lo stile formativo rappresenta dunque la declinazione fattuale che i diversi modelli pedagogici impliciti o espliciti, assumono nella pratica educativa dei diversi formatori infermieri.

L’esplicitazione dei modelli pedagogici di riferimento che in qualche modo sottendono le diverse pratiche educative che nei più disparati modi si autodefiniscono “tutoriali”, consente di raggiungere un duplice risultato: da un lato permette a una

comunità scientifica di dare un senso alle parole la cui significabilità si è, per i più disparati motivi, allontanata dall'oggetto di significazione.

Dall'altro lato l'esplicitazione dei modelli pedagogici che sottendono le diverse pratiche educative, ciascuna caratterizzata da un "setting" specifico con una materialità profondamente costitutiva, permette una presa di distanza da essi da parte di chi li istituisce, li alimenta, i formatori, che risulta essere un'esperienza di presa di conoscenza e di apprendimento di cruciale importanza.

In altri termini, utilizzando un principio ormai ampiamente accettato nella formazione degli adulti, innescare processi di riflessione e meta riflessione su una determinata esperienza (in questo caso quella educativa) permette un "distanziamento" da quella esperienza che, nel momento in cui viene messo in atto, produce conoscenza.

E' per questo motivo che questa metodologia di lavoro è altamente auspicabile nei futuri processi di formazione dei formatori alla funzione di tutorship.

Alla luce di quanto sopra esposto, qual è il significato e le possibili funzioni della tutorship nel corso di Laurea per Infermiere?

Si sono stabiliti alcuni obiettivi:

- individuare le diverse figure di docenti e le differenti funzioni educative
- trovare un consenso sulle denominazioni delle varie figure-docente
- delineare percorsi formativi per i formatori infermieristici.⁶

⁶ Zannini L., Spiani R., Renga G., *Figure e metodi della tutorship nel diploma universitario per infermiere*. Rivista dell'infermiere, 1998, 17,3.

Zanini L., consulente e collaboratrice scientifico-didattica della Facoltà di Scienze della Formazione, II Università degli Studi di Milano.

Spiani L.; Coordinatore del Diploma Universitario per infermiere. Università degli Studi di Verona, sede di Trento.

3.2. SETTING E TUTORSHIP

Che cosa si intende per tutorship?

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

Per setting, invece, si intende una relazione che attiva e presidia i processi di apprendimento che coinvolgono la sfera non solo cognitiva, ma anche quella emotiva e affettiva, richiedendo pertanto, a chi la esercita, sviluppati atteggiamenti di disponibilità, di ascolto, di intenzionalità.

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

Affinché sussistano le condizioni per una relazione formativa di tipo tutoriale, è necessario che il dispositivo educativo venga allestito con cura.

In particolare deve essere riconosciuta l'importanza dell'esordio in questo tipo di relazione educativa, la sua progettualità e la sua intenzionalità.

Renga G., Professore Ordinario di Igiene, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Presidente DUI, Università degli Studi di Torino.

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

Per quanto riguarda il setting specifico della relazione tutoriale, cioè il sistema di comunicazione intersoggettivo, asimmetrizzato, entro il quale le parti in gioco procedono nel rendersi progressivamente disponibili ad uno scambio fondato sull'imparare e sull'insegnare, le sue caratteristiche sono state individuate nelle seguenti:

- centralità dello studente e suo coinvolgimento (nell'esprimere i propri bisogni, nel costruire il proprio percorso di apprendimento);
- ridotta asimmetria relazionale tra studente e tutor;
- clima accogliente, stimolante, dove c'è libertà di esprimersi e di sbagliare;
- flessibilità di tempo, spazi, ruoli;
- luoghi privilegiati di solito fuori dall'aula, in piccolo gruppo, al letto del malato, in laboratorio, sale di incontro di tirocinio;
- "scene" prefigurate: al letto del malato, rapporto individuale con lo studente su richiesta o per consulenza, discussione in piccoli gruppi di casi o problemi proposti dal tutore o dagli studenti.

3.3. I BISOGNI EDUCATIVI E LE AREE DI TUTORSHIP

I bisogni educativi che presenta in genere uno studente del corso di laurea per infermiere sono:

- acquisire informazioni generali di orientamento alla scelta professionale, del

corso e alla sua organizzazione

- acquisire conoscenze utili allo sviluppo di competenze professionali
- acquisire le competenze previste dallo specifico profilo professionale
- acquisire competenze di gestione del proprio processo formativo e meta competenze finalizzate allo studio ed al successivo esercizio professionale
- usufruire di interventi di counselling e di interventi di assistenza didattica personalizzata
- usufruire di attività di orientamento all'inserimento professionale-lavorativo.

Il procedimento di analisi dei bisogni formativi, se da un lato offre la possibilità di individuare le diverse caratteristiche, nelle differenti situazioni educative, della tutorship, dall'altro manifesta elevata coerenza con il patrimonio culturale e professionale di cui l'infermiere è portatore, che vede nel concetto di assistenza e nella conseguente individuazione dei bisogni dell'utente il principio fondamentale del suo agire. E' dunque interessante notare come in questo caso il partire dall'analisi dei bisogni, che rappresenta classicamente la prima tappa della progettazione di qualsiasi intervento formativo, coniughi strettamente sapere professionale infermieristico e sapere formativo.

Sono molteplici le figure coinvolte nella funzione di tutorship e la complessità nella definizione del ruolo tutoriale: nella maggior parte dei casi, infatti, ad un determinato bisogno dello studente, possono di fatto rispondere figure educative differenti.

3.4. ANALISI DELLE DIVERSE FIGURE-DOCENTE CON FUNZIONI TUTORIALI

3.4.1. Docente

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

Accanto alla funzione di insegnamento formale e non formale e di counselling, è chiamato ad assolvere anche funzioni di coordinamento-organizzazione. Tali funzioni le possiamo così riassumere:

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

Infine, ai docenti di Scienze Infermieristiche, oltre le funzioni sopra elencate, è affidato anche il compito di collaborare alla pianificazione e al coordinamento delle attività di tirocinio.

3.4.2. Coordinatore dell'insegnamento tecnico-pratico e di Tirocinio

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

Possiamo così articolare le sue attività:

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

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

- svolge attività di orientamento delle matricole all'inizio del corso
- assicura agli studenti tutte le informazioni necessarie sull'organizzazione del corso, dei tirocini, dei semestri, sulle scelte opzionali, sulle possibilità formative

post diploma;

- offre agli studenti tutte le informazioni necessarie per imparare a costruire un proprio metodo di studio e di lavoro;
- garantisce un clima di coinvolgimento dello studente e di personalizzazione del suo percorso formativo;
- partecipa al servizio di tutorato individualizzato.

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

3.4.3. Tutore

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

Nel nuovo Ordinamento al Tutore viene attribuita invece, anche una funzione di insegnamento. La Tabella XVIII-ter infatti demanda "al consiglio di Corso di Laurea l'individuazione di forme di tutorato per la formazione tecnico-pratica (art. 18).....è obbligatorio assegnare agli Studenti un Tutor che ne coordini la formazione tecnico-pratica (art. 2.1)..... il tutore è responsabile delle attività a lui affidate, contribuisce alla valutazione di ciascun periodo di tirocinio e al giudizio finale (art.2.4)..... Lo studente svolge il tirocinio sotto la guida di infermieri qualificati.....(tab. B)....."

Il requisito richiesto per poter svolgere funzione di tutore è l'appartenenza allo

specifico profilo professionale e il possesso del massimo livello di formazione.

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

- favorire lo sviluppo di competenze specifiche del profilo professionale;
- implementare nello studente lo sviluppo di meta competenze finalizzate allo studio e all'esercizio professionale;
- rispondere ai bisogni di assistenza didattica personalizzata e ai bisogni di orientamento e counselling.

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

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

Le funzioni peculiari del Tutor clinico sono:

- progettare percorsi di tirocinio coerenti con il progetto formativo complessivo e con i modelli assistenziali di riferimento;
- facilitare i processi di apprendimento;
- guidare lo studente nei processi di rielaborazione dell'esperienza professionale stimolandolo ad acquisire nuove conoscenze da tale esperienza, favorendo l'integrazione tra modelli teorici e modelli di azione sperimentali in campo assistenziale;
- incoraggiare lo studente ad auto apprendere, presidiare i processi di

- apprendimento utilizzando efficaci modalità didattiche;
- facilitare l'acquisizione di meta competenze utili al processo formativo e all'esercizio professionale;
 - offrire sostegno allo studente in relazione a difficoltà di apprendimento o a situazioni problematiche personali;
 - predisporre un contesto formativo adeguato, negoziando con le sedi di tirocinio condizioni favorevoli e attivando processi di accoglienza e integrazione degli studenti;
 - proporsi come punto di riferimento per l'infermiere "qualificato" dei servizi che guida lo studente;
 - valutare i processi formativi, stimolare l'autovalutazione e concorrere alla valutazione certificativa di tirocinio dello studente;
 - rendersi disponibile a partecipare alla pianificazione curricolare triennale del Consiglio di Corso;
 - contribuire a garantire la coerenza dell'intero processo formativo e l'aderenza al profilo professionale.

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

3.4.4. Guida di tirocinio

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

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

Le principali azioni della Guida di tirocinio sono:

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

- contribuire con il Tutor clinico alla valutazione formativa;
- svolgere attività specifiche di orientamento.⁷

Analizzando in modo incrociato le attività tutoriali che è chiamata a svolgere la guida di tirocinio e quelle proprie del Tutor clinico si possono evidenziare diverse aree di sovrapposizione. Tuttavia sembra permanere l'opportunità di mantenere distinte queste due figure.

Alle Guide di tirocinio, che operano più direttamente nei servizi si possono demandare una parte dei processi di rielaborazione dell'esperienza, ai Tutor clinici della sede formativa, i processi rielaborativi che aiutano lo studente a integrare esperienze e conoscenze nel suo percorso formativo complessivo.

3.5. METODI DI TUTORSHIP E RELATIVO SETTING

Abbiamo già sottolineato l'importanza dell'analisi accurata del setting nella relazione educativa in generale e nella relazione di tipo tutoriale in particolare.

Quest'ultima è centrata sullo studente, dove la vicinanza tra docente e allievo è elevata, caratterizzata quindi da un clima accogliente, stimolante, dove c'è libertà di esprimersi e anche di sbagliare. Per poter mettere in atto una relazione di questo tipo, è necessario prefigurare i tempi, la sua frequenza, gli spazi, nonché i ruoli e le regole. Sono state dunque individuate le caratteristiche generali delle componenti fondamentali di un setting di tipo tutoriale, le quali costituiscono l'ambito entro il

⁷ DL 353/94 attuazione normative CEE, Progetto infermiere per l'Europa del 2000 a cura di OMS Ufficio regionale per l'Europa – 1993, Quaderni Sanità Pubblica n° 99

quale si muovono e prendono forma le specifiche metodologie di tutorship.

3.5.1. Metodi di tutorship e modelli pedagogici di riferimento

A partire dal quadro generale di setting tutoriale appena descritto, è stato possibile individuare una serie esemplificativa e non esaustiva di metodologie didattiche a disposizione del tutore, che si caratterizzano in modo differente a seconda dei tempi, degli spazi delle regole che si decide di assumere. Queste metodologie sono in gran parte rintracciabili nella letteratura. Il percorso che è stato effettuato si è concentrato non solo nella chiarificazione procedurale di tali metodologie, che si caratterizzano a seconda di come le diverse variabili che costituiscono il setting vengono declinate, ma anche nella esplicitazione dei modelli pedagogici che le sottendono.

Si è individuato uno dei possibili modelli interpretativi, basato sull'analisi storico-epistemologica della pedagogia che propone tre grandi modelli di formazione: “si possono oggi ritrovare, nel campo della formazione alle professioni mediche e sanitarie, i tre stili e i tre metodi didattici in cui è sfociata, in alternativa ai metodi scolastici ed accademici tradizionali, la grande tradizione pedagogica moderna, nel suo attuale processo: lo “stile addestrativo” proprio dei metodi curriculari, con il primato del concetto di educazione. Lo stile “trasferale” basato sull'interpretazione e la rielaborazione continua delle relazioni intersoggettive, proprio dei metodi di matrice psicosociale e socio-organizzativa, con il primato del concetto di formazione. L'uso di questo “meta-modello”, per l'analisi dei modelli pedagogici di riferimento, il quale è certamente solo una tra le proposte possibili, ha permesso un'analisi approfondita di alcune delle pratiche formative messe in atto dai docenti con funzione di tutorship.

L'analisi delle pratiche educative messe in atto, e in particolare di quelle che si autodefiniscono "tutoriali", sia in grado di stabilire un primo legame di senso tra le parole e le cose. Il senso che si produce è certamente improntato sulla pluri dimensionalità e sulla complessità, non offre certezze, ma anzi, stimola dubbi e curiosità. E' questa ricerca di senso nelle diverse pratiche formative, che porterà gradualmente a passare da un processo educativo prevalentemente inteso come istruzione, ad uno imperniato sulla formazione dello studente.

3.5.2. Problem Based Learning (PBL)

Si tratta di una metodologia didattica che è stata perfezionata da H. Barrows⁸, verso la fine degli anni 70, soprattutto per gli studenti delle facoltà di Medicina, ma che poi ha avuto enorme diffusione nella formazione di tutti gli operatori nelle professioni sanitarie. Il PBL consiste nella discussione in un piccolo gruppo di 8-10 studenti di un caso-problema, più o meno semplificato rispetto ad un caso reale.

Lo scopo principale di questa metodologia didattica è quello di porre lo studente in una posizione attiva e di ricerca autonoma delle informazioni necessarie per risolvere il caso proposto. A differenza della metodologia del Problem Solving, in cui il discente, di fronte ad una nuova situazione non conosciuta e problematica deve attivare tutte le conoscenze in suo possesso per risolverla, nel PBL si richiede allo studente l'attivazione delle conoscenze necessarie per inquadrare il problema proposto, a cui deve seguire la ricerca (nelle biblioteche, presso i docenti, sui libri di testo, internet...) delle informazioni necessarie per risolvere il problema in questione.

⁸ Barrows F., *Creatività and psychological health*, Van Nostrand, 1963 (traduzione in italiano: *Creatività e libertà della persona*, Astrolabio, Roma)

La ricerca ha dimostrato che le informazioni acquisite con questa metodologia rimangono maggiormente impresse nella memoria dello studente.

L'utilizzo di questa metodologia didattica è particolarmente indicato per l'apprendimento di obiettivi sostanzialmente a carattere cognitivo, ma anche per sviluppare abilità metacognitive e relazionali a partire dallo stimolo offerto dalla discussione in piccoli gruppi. Confrontarsi con le conoscenze e i comportamenti degli altri membri del gruppo permette allo studente di riflettere sul proprio sapere ed implementare il proprio apprendimento, in una situazione di mediazione comunicativa e relazionale.

SITUAZIONE STIMOLO

Particolare importanza riveste nella metodologia del PBL il problema presentato agli studenti. Esso deve avere alcune caratteristiche peculiari: deve essere “leggermente” superiore al livello di conoscenza degli studenti, deve essere stimolante, incuriosire, deve motivare lo studente e quindi essere collegato alla futura pratica professionale. Infine deve essere strettamente correlato agli obiettivi del corso di studi e, più in particolare, del modulo formativo in cui si inserisce.

MODELLI PEDAGOGICI DI RIFERIMENTO

Per quanto riguarda i modelli pedagogici di riferimento, sembrano coesistere nel PBL sia matrici di stampo cognitivista (istruzione), quanto forti componenti di carattere attivista, legate ad una docenza a carattere non direttivo (educazione). Il PBL è comunque anche una delle più potenti metodologie didattiche per quanto riguarda la possibilità di mettere gli studenti in grado di intravedere la complessità dei problemi (formazione).

PBL

Luogo: per il PBL è necessaria una piccola aula o una stanza accogliente, un tavolo o un'organizzazione delle suppellettili per cui il gruppo si possa disporre in cerchio, una lavagna.

Tempi: il PBL si svolge normalmente in due sedute di circa due ore l'una. Tali sedute sono tra loro distanziate da un intervallo che varia da due-tre giorni ad un massimo di una settimana. In questo intervallo è possibile per lo studente ricavare i tempi per lo studio individuale o per incontri con esperti.

Ruoli: per il PBL è necessario un Tutore e un piccolo gruppo di studenti.

Uno degli studenti è chiamato a turno nelle varie sedute a svolgere il ruolo di segretario del gruppo, annotando sulla lavagna il percorso svolto, i punti a cui non è stata data una risposta, gli argomenti da studiare ed approfondire. Il tutore-docente svolge in questo caso il ruolo di facilitatore, di guida ma soltanto a livello del processo. L'attività del piccolo gruppo si sviluppa secondo un iter preciso, delle fasi diversificate di analisi del problema, i cosiddetti "seven jumps". Il tutore è chiamato qui a svolgere un ruolo neutrale (non fornisce spiegazioni, non esprime commenti...). Il tutore pone soprattutto interrogativi al gruppo. Gli studenti sono attivi nel porsi quesiti, nel riconoscere le loro necessità di apprendere, nell'individuare autonomamente la correttezza o meno del loro procedere, nel definire le conoscenze mancanti e i contenuti da studiare.

3.5.3. Analisi di casi

Questa metodologia tutoriale si basa sulla discussione tra un piccolo gruppo di studenti e un tutore di un caso assistenziale. L'analisi di casi è basata sulla

descrizione di una situazione assistenziale che può essere portata alla discussione dal tutore, e non appartenente quindi all'esperienza diretta degli studenti, oppure proposta da un membro del gruppo, perché da lui vissuta direttamente (autocaso).

Questo tipo di approccio si colloca nel filone metodologico del case history/case study e del problem solving. A differenza del PBL che è una metodologia didattica volta soprattutto alla ricerca di nuove informazioni, l'analisi di casi assistenziali è finalizzata all'apprendimento dell'utilizzo delle informazioni che il soggetto già possiede, anche se magari in modo disorganico e non sistematizzato. Anche questa metodologia, come il PBL, si avvale dell'effetto sinergico del gruppo.

Inutile sottolineare poi come questa metodologia didattica favorisca un apprendimento fortemente contestualizzato, con tutte le positive conseguenze che ciò comporta per lo studente, soprattutto a livello motivazionale e di memorizzazione delle informazioni.

Scopo fondamentale di una didattica basata sull'analisi di casi è sviluppare capacità ipotetico-deduttive e capacità di ragionamento diagnostico. Tutti i processi di analisi di casi e di problem solving ben si prestano infatti all'apprendimento non solo di conoscenze, ma anche di un metodo. Il metodo dei casi è infatti un potente strumento di analisi della procedura e dei possibili errori che l'hanno caratterizzata, elementi questi, che sono indispensabili nell'acquisizione di competenze nelle professioni sanitarie.

SITUAZIONE STIMOLO

La situazione stimolo è costituita dall'analisi di un caso reale che può essere individuato dallo studente o dal tutore. Il problema presentato può contenere una serie dettagliata di elementi, in modo che il gruppo si concentri prevalentemente sulla

ricostruzione dei fatti (problem analysis), oppure può essere proposto solo nelle sue componenti essenziali, in modo che il gruppo si concentri non solo sulla ricostruzione, ma anche sugli elementi mancanti (incident). Questa metodologia, rispetto al PBL, ha dunque il vantaggio di potersi attivare a partire da un vastissimo materiale didattico (i casi) a disposizione in tutte le realtà assistenziali.

Nella scelta di un caso da analizzare, sia esso proposto dallo studente che dal tutore, è tuttavia indispensabile, di nuovo, una attenta analisi della congruenza tra gli obiettivi formali che esso permette di raggiungere e gli obiettivi del corso di studi. A differenza del PBL, che è una metodologia per acquisire conoscenze, anche di base, l'analisi dei casi è una metodologia utile per imparare ad integrare e ad utilizzare conoscenze preesistenti, per risolvere e comprendere un determinato evento. Questo metodo è pertanto indicato per quegli studenti che già in qualche modo possiedono delle conoscenze e che si collocano prevalentemente nel secondo-terzo anno di corso.

MODELLI PEDAGOGICI DI RIFERIMENTO

Questa metodologia si può collocare all'interno del filone di ricerca didattica relativo all'action learning, teorizzato nei primi anni settanta.

Questi metodi sono per lo più orientati verso l'autorealizzazione del soggetto cioè al self development.

Il modello di riferimento può essere collocato sul crinale tra una situazione di tipo pratico, con una valenza di tipo "attivo" e un modello che accoglie la complessità degli eventi e la individua come elemento caratterizzante di una esperienza che si può definire a tutti gli effetti come "formativa".

ANALISI DEI CASI

Luogo: Si svolge prevalentemente nella sede di tirocinio, soprattutto per motivi di carattere logistico-organizzativo, anche se nulla esclude che si possa svolgere in una piccola aula. La sede di tirocinio è tuttavia consigliata per la vicinanza all'esperienza e all'avvenimento analizzato.

Tempi: una seduta di due o più ore, a seconda della complessità del caso.

Ruoli: l'analisi di casi si svolge prevalentemente in una situazione formativa che coinvolge il tutore e un gruppo di studenti. Il tutore ha sostanzialmente il ruolo di guida della discussione invitando gli studenti a formulare ipotesi a partire dagli indizi raccolti sul caso, pensando ad alta voce. Gli studenti hanno il compito di collegare i dati, formulare ipotesi su quanto accaduto e ricercare le informazioni e i dati necessari per validare le ipotesi più probabili.

3.5.4. Apprendimento clinico con seduta di briefing e debriefing

Si tratta di una metodologia fondata su esperienze reali in ambito clinico e vissute direttamente dagli studenti. Tali esperienze vengono precedute da un incontro tra il tutore e gli studenti, che costituisce la seduta di briefing, la quale prepara lo studente ad affrontare l'esperienza prescelta. In questa fase lo studente riceve alcune informazioni da tutore rispetto all'esperienza che si accinge ad affrontare nonché alcune possibili segnalazioni rispetto possibili campi di attenzione da privilegiare. Lo studente effettua l'esperienza e poi torna dal tutore per la seduta di debriefing che costituisce la fondamentale fase di riflessione e rielaborazione dell'esperienza stessa. Essa deve essere rielaborata in tutti gli aspetti di complessità che compongono una situazione clinica, che vanno dunque dagli aspetti cognitivi, a quelli tecnico-

operativi, a quelli emotivi. In questa metodologia il ruolo del tutor diviene cruciale, non essendo la relazione educativa necessariamente mediata dal gruppo, che in questo caso non è costitutivo del setting.

SITUAZIONE STIMOLO

L'apprendimento viene attivato a partire da un'esperienza clinica diretta. Senza la possibilità di vivere un'esperienza clinica in prima persona e senza la possibilità di analizzarla con l'aiuto di una figura tutoriale, che sia ben informata sulla situazione vissuta dallo studente, questa metodologia non è realizzabile.

MODELLI PEDAGOGICI DI RIFERIMENTO

Il principale modello di riferimento è quello dell'apprendere dall'esperienza e del professionista riflessivo teorizzato da Schon.⁹ La riflessione durante l'attività professionale è un processo che insorge soprattutto e in primo luogo in quei frangenti in cui il professionista è chiamato a far fronte a situazioni "divergenti" rispetto a degli eventi routinari attesi, tipiche della pratica professionale.

Il professionista che riflette nel corso dell'azione diventa un "ricercatore operante nel corso della pratica". Il grado di expertise del professionista aumenta mano a mano che egli diviene consapevole di questo processo e in grado di renderlo costantemente operativo. White e Ewan hanno applicato il modello di Schon alle professioni sanitarie, proponendo un setting strutturato, con una seduta preliminare di briefing e una successiva di debriefing, in modo da facilitare il più possibile la riflessione sull'esperienza professionale. Dal ciclo azione-riflessione-azione secondo Boud, si organizzano nuove prospettive nell'analisi e comprensione dei problemi, nonché la

⁹ Schon D.A., *Educating the reflective practitioner*, Jossey-Bass, San Francisco, 1987.

generalizzazione e la trasferibilità delle informazioni, vale a dire nuovi apprendimenti. In questo processo di experiential learning (apprendimento dall'esperienza) risulta fondamentale l'attivazione di una riflessione consapevole durante e successivamente all'azione.

Benché in questa metodologia il tutore abbia un ruolo cruciale, l'allievo è stimolato ad una ricerca attiva delle informazioni, ad una comprensione autonoma degli eventi e ad una riflessione costante su di essi.

Anche l'apprendimento clinico con seduta di briefing e debriefing può dunque essere ragionevolmente considerato in una prospettiva di educazione. Inoltre la diversità delle variabili con cui questa metodologia permette di entrare in contatto nella situazione clinica (aspetti cognitivi, tecnico-operativi, emotivi e socio-organizzativi) rivela un'attenzione alla complessità che la colloca sicuramente anche in un'ottica di formazione dello studente.

APPRENDIMENTO CLINICO CON SEDUTA DI BRIEFING E DEBRIEFING

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

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

Ruoli: il tutore conduce la sessione stimolando l'elaborazione degli studenti sia a livello cognitivo che emozionale e organizzativo. Gli studenti raccontano e analizzano l'esperienza guidati dalle domande-stimolo del tutore. Alla seduta possono partecipare anche esperti o guide di tirocinio che offrono ulteriore stimolo alla discussione. Gli studenti concordano con il tutore strategie di conduzione della

sessione in rapporto agli obiettivi formativi.

3.5.5. Le check list

C'è un modo sostanzialmente “tutoriale” di apprendere abilità gestuali, nella formazione infermieristica, ed è quello della creazione attiva da parte dello studente di check list. Si tratta di una metodologia particolarmente adatta per l'apprendimento di procedure con elevata caratterizzazione tecnico-pratica. Lo studente viene messo nelle condizioni di osservare una determinata procedura professionale (attraverso l'osservazione di una situazione clinica, di una situazione simulata) e di definire, prima autonomamente e poi, se possibile, in piccolo gruppo, la sequenza di realizzazione, cioè la check list della procedura osservata.

L'apprendimento scaturisce non tanto dall'applicazione della check list ma dalla sua costruzione. In questo processo lo studente viene posto in una posizione di attivo osservatore di una determinata manovra professionale, con il compito preciso di analizzare attentamente tutti gli steps che la compongono. Non si tratta affatto di costruire liste interminabili di comportamenti da riprodurre in modo automatico, ma di innescare processi di osservazione e di interrogazione delle fondamentali competenze pratiche da acquisire. In altre parole si tratta di attivare quella pratica riflessiva di cui parla Schon anche all'acquisizione di competenze gestuali.¹⁰

L'osservazione e la sistematizzazione della sequenza di una determinata manovra, oggetto della check list, deve essere compiuta esclusivamente dagli studenti, mentre la discussione successiva, deve mettere il tutore in grado di spiegare il perché di certe

¹⁰ Schon D.A., *Beeyond the Stable State*, Jasssey-Bass, San Francisco, 1971.

sequenze operative, in modo che lo studente interiorizzi cognitivamente una determinata “abilità” in tutte le sue componenti.

SITUAZIONE STIMOLO

Per attivare la metodologia tutoriale di apprendimento di abilità pratiche attraverso la creazione di check list è necessario che lo studente sia messo nelle condizioni di poter osservare la manovra da apprendere. La situazione-stimolo è pertanto costituita da una esecuzione dimostrativa di una determinata manovra. Tale dimostrazione può avvenire direttamente in corsia oppure può avvalersi di simulazioni.¹¹

MODELLI PEDAGOGICI DI RIFERIMENTO

La costruzione di check list si basa su un modello di apprendimento sequenziale di stampo comportamentista. Soprattutto a partire dagli anni 60 si sviluppa un filone di metodologie didattiche fortemente formalizzate e strutturate, che rientrano nella cosiddetta “istruzione programmata”. La logica di fondo di queste metodologie è quella dell’apprendimento per rinforzo, progressivo e sequenziale, per micro-unità di sapere rispetto ad un oggetto la cui completa conoscenza è garantita dal compimento dell’intero percorso.¹²

La sequenzialità e la linearità dell’apprendimento che caratterizzano tutte le metodologie di stampo comportamentista riconfermano dunque l’apprendimento tramite costruzione di check list come metodologia sostanzialmente imperniata sul modello dell’istruzione, con alcune connessioni al modello dell’educazione, soprattutto in quei casi in cui la tutorship non si limita al controllo dell’esattezza

¹¹ Boud D., *Developing Student Autonomy in learning*, Nichols, Publishing Co, New York, 1981.

¹² White R.N., *Motives Reconsidered. The Concept of competence in psychological review*, LXVI, 1959.

della sequenzialità di una determinata abilità, ma attiva processi di riflessioni e di integrazione di conoscenze, utilizzando come situazione-stimolo l'apprendimento delle abilità stesse.

LE CHECK LIST

Luogo: contesto assistenziale di tirocinio oppure laboratorio didattico.

Tempi: una seduta di 2 ore circa in cui viene effettuata la dimostrazione delle sequenze operative e viene attivata la costruzione della check list da parte degli studenti. Deve essere previsto uno spazio anche per la discussione, al termine della creazione della check list da parte di ciascun studente, la creazione di una griglia unitaria e l'eventuale correzione della stessa da parte del tutore.

Ruoli: è previsto un piccolo gruppo di studenti un docente/tutore clinico il quale ha il compito non solo di stimolare l'attenzione degli studenti sulla manovra che sta eseguendo, ma anche e soprattutto di attivare e stimolare con domande il gruppo per l'approfondimento e la ricerca di motivazioni teoriche che sottendono l'esecuzione di una determinata manovra in un certo modo, con certi strumenti e con una determinata sequenza. Gli studenti hanno il compito di osservare la manovra da apprendere, costruire individualmente la check list e discuterla con i colleghi per perfezionarla.

3.5.6. Counselling formativo

Si tratta di una metodologia di tutorship che viene attivata a partire da una specifica richiesta di aiuto dello studente, in relazione alla segnalazione di difficoltà nel percorso di apprendimento, oppure a causa di problemi relazionali. Lo scopo di questo tipo di intervento è dunque quello di andare incontro allo studente che rivolge

domanda di aiuto.

SITUAZIONE STIMOLO

Il counselling formativo viene generalmente attivato su richiesta dello studente.

MODELLI PEDAGOGICI DI RIFERIMENTO

L'intervento di counselling è di norma regolato dal principio di non direttività e dalla necessità di arrivare a soluzioni dei problemi presentati dallo studente attraverso una mediazione tra quelle che sono le esigenze del soggetto e tra quanto una determinata realtà sembra di fatto richiedere. La seduta di counselling è generalmente caratterizzata da un rapporto empatico, regolato da alcune tecniche di comunicazione. Questa metodologia di tutorship lascia dunque chiaramente intravedere il primato del modello pedagogico non direttivo (modello di educazione).¹³

COUNSELLING FORMATIVO

Luogo: una seduta di counselling si deve svolgere in uno spazio riservato ad accogliere.

Tempi: dipendono dalle caratteristiche del problema presentato dallo studente e dalle caratteristiche delle soluzioni individuate è per questo che la seduta può variare da un incontro di un'ora a più sedute.

Ruoli: lo studente a seconda delle diverse realtà formative, può rivolgere la richiesta di aiuto o consulenza personale sia al tutore personale che a tutori clinici di riferimento.

Il tutore aiuta lo studente a comprendere la sua situazione percepita in quel momento

¹³ Rogers C., *Freedom to learn*, Merrill, Columbus, Ohio, 1969 (traduzione italiana: *Libertà nell'apprendimento*, Giunti e Barbera, Firenze, 1973).

come problematica.

Tra i suoi obiettivi principali quello di offrire una chiarificazione cognitiva, implementando nello studente i modelli di lettura della realtà.

3.5.7. Learning contract

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

Knowles, che ha indicato nei piani di apprendimento una delle metodologie da privilegiare nella formazione degli adulti, sostiene che essi devono generalmente contenere: gli obiettivi (cognitivi, gestuali, attitudinali) che il discente si impegna a raggiungere; le strategie e le risorse che verranno utilizzate al fine di raggiungere gli obiettivi specificati nel contratto; i tempi; in che modo verrà dimostrato che gli obiettivi sono stati raggiunti; chi valuterà l’effettivo raggiungimento degli obiettivi.

I contratti di apprendimento sono stati applicati con successo anche nel campo della formazione infermieristica sia all’estero che in Italia.

Si è creduto di poter far rientrare a pieno titolo i piani di apprendimento tra le possibili forme di tutorship nella formazione dell’infermiere in quanto la loro realizzazione richiede una competenza tutoriale specifica.

Il tutor infatti aiuta lo studente a redigere il contratto. E’ un costante punto di riferimento durante il periodo della sua realizzazione e spesso valuta l’avvenuto raggiungimento degli obiettivi da parte dello studente.

Il nodo cruciale per la realizzazione di percorsi formativi basati su piani di

apprendimento è quello relativo ad una corretta individuazione degli obiettivi da raggiungere.

In questo processo di definizione degli obiettivi, da un lato lo studente deve sviluppare abilità di autovalutazione, individuazione dei propri gap conoscitivi e delle priorità di apprendimento, dall'altro il tutore deve possedere competenze pedagogiche specifiche, nonché informazioni dettagliate sui contenuti e i tempi di realizzazione del processo formativo non solo nella fase specifica di cui è responsabile, ma anche nel suo complesso. I contratti di apprendimento rappresentano secondo Knowles la risposta più adeguata ai bisogni che l'adulto esplica nei processi formativi che attraversa:

gli adulti infatti hanno netta sensazione di ciò che sanno e di ciò che necessitano di sapere (feeling of knowing), desiderano potersi esprimere liberamente e desiderano che le differenze individuali vengano rispettate in tutti gli scambi relazionali, compresi quelli educativi. Sentono inoltre il bisogno, nei processi di apprendimento, di utilizzare e valorizzare quanto più possibile le proprie pregresse esperienze e di partecipare in prima persona alla realizzazione di tale processo.¹⁴

SITUAZIONE STIMOLO

I learning contracts, benché risultino la metodologia più destrutturata di apprendimento, che lascia il più ampio margine di libertà e al contempo con il più elevato grado di responsabilizzazione per lo studente, necessitano, nella loro fase istitutiva, di un contratto chiaro e definito, preceduto da una adeguata informazione agli studenti sul significato di questa metodologia di apprendimento. In molti casi,

¹⁴ Knowles M.S., *Using learning contracts*, Jossey-Bass, San Francisco, 1989.

nelle Facoltà in cui i learning contracts vengono regolarmente usati, soprattutto durante il tirocinio, i discenti sanno con largo anticipo in quali fasi della formazione verrà utilizzata questa metodologia specifica. La fase istitutiva vera e propria del learning contract è quella in cui lo studente e il tutore si incontrano e decidono insieme i contenuti, i tempi e le modalità di valutazione del contratto.

MODELLI PEDAGOGICI DI RIFERIMENTO

Knowles individua esplicitamente le radici teoriche dei learning contracts nel pensiero di Dewey. I piani di apprendimento si inseriscono infatti nel filone teorico dell'attivismo che ha enfatizzato il potenziale di apprendimento indipendente del soggetto, basato sui suoi ritmi personali e l'efficacia della ricerca attiva delle informazioni. La filosofia dell'attivismo sostiene infatti che l'apprendimento "per essere efficace, deve essere ritagliato sui bisogni, le capacità e la storia individuale del soggetto" (Siegel citato da Knowles).

La grande attenzione ai bisogni individuali del soggetto e l'atteggiamento ottimistico e, in certo qual modo, di "accettazione incondizionata" che sembrano caratterizzare intrinsecamente i learning contracts, lasciano intravedere una filosofia di fondo di tipo umanistico, che collocano dunque questa metodologia soprattutto all'interno del modello di educazione.

LEARNING CONTRACTS

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

studente per chiarire e ridefinire alcuni punti del contratto.

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

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

3.6. LA VALUTAZIONE

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

Il momento della valutazione in generale ricopre grande importanza nel processo educativo, creando aspettative e atteggiamenti differenziati da parte degli studenti nei confronti del processo stesso. La valutazione al termine di un processo formativo professionalizzante, quale è quello dell'infermiere, se da un lato offre una garanzia di certificazione all'utente ed all'intera società sul possesso da parte dell'operatore delle competenze necessarie per poter svolgere i compiti che gli sono propri, dall'altro costituisce una forte spinta motivazionale all'intero processo formativo.

Il tutore che presidia i processi formativi non può non tener conto sia della valenza

certificativa della valutazione, sia dell'enorme potenziale educativo e motivazionale insito nel momento della verifica.

Il nuovo Ordinamento attribuisce precise responsabilità di valutazione certificativa ai docenti, i quali sono chiamati a svolgere gli esami di fine semestre e ad accertare la preparazione raggiunta dallo studente rispetto agli obiettivi del singolo corso integrato. Questa organizzazione separa di fatto nell'insegnamento teorico la fase dell'apprendimento da quella certificativa, anche in senso temporale. Anche per il tirocinio esso prevede una valutazione formativa in itinere, alla quale concorrono i tutor, e una valutazione certificativa annuale, il cui giudizio di positività rappresenta requisito indispensabile per iscriversi all'anno di corso successivo.

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

Il vantaggio di questo indirizzo può essere esaltato se si toglie ai tutor clinici il mandato di formulare per ogni esperienza di tirocinio dello studente, che di solito si ripete tre o quattro volte all'anno e per periodi intesi e brevi di circa 100-150 ore, una valutazione a carattere certificativo.

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

1. considera il percorso annuale di tirocinio dello studente un processo in evoluzione, che necessita di tempi adeguati per rendere evidenti significativi apprendimenti di competenze;
2. si basa sulla constatazione del fatto che la relazione formativa tra tutor e studente è una relazione in cui la distanza tra le parti in gioco è ridotta al massimo, c'è

insomma un “avvicinamento” tra i soggetti, senza tuttavia negare l’asimmetria che caratterizza intrinsecamente la relazione educativa.

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

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

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

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

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

3.7. LA FORMAZIONE DEI TUTORI

L’importanza della formazione alla tutorship è di fondamentale rilevanza non solo per gli aspetti metodologici e di valutazione formativa che caratterizzano questa

funzione, ma anche e soprattutto per l'implementazione di una serie di atteggiamenti che sembrano indispensabili a questa figura.

In primo luogo il tutore deve possedere un solido bagaglio di informazioni, che sembra possibile raggruppare nelle seguenti aree di conoscenza:¹⁵

- conoscenze relative ai servizi, alla loro organizzazione e alle attività peculiari;
- conoscenze sui nuclei centrali della disciplina infermieristica e della professione;
- conoscenze sui curricula universitari di riferimento;
- conoscenza delle diverse normative che regolano i tirocini;
- conoscenze sui processi di apprendimento degli adulti;
- conoscenze sulle metodologie didattiche e in particolari quelle tutoriali;
- conoscenze sulle caratteristiche della relazione educativa;
- conoscenze sul ruolo della ricerca per la didattica e lo sviluppo disciplinare

Ma il tutore dovrebbe essere capace di esprimere anche e soprattutto le seguenti competenze:

1. di tipo cognitivo:

- riconoscere e valutare le potenzialità del tirocinante
- valutare la fattibilità dei progetti
- valutare l'andamento delle attività
- effettuare un bilancio e una autovalutazione delle attività svolte
- analizzare fatti e situazioni con un approccio sistemico
- assumere decisioni

2. di tipo relazionale/comunicativo:

- interagire in modo significativo

¹⁵ Zannini L., Saiani L., Renga G., *Figure e metodi della Tutorship nel diploma universitario per l'infermiere*. Rivista dell'infermiere, 17 (3): 139-163, 1998.

- distanziarsi dal ruolo
- ascoltare problemi e richieste didattiche del tirocinante
- instaurare una relazione educativa “tutoriale” e verificarne l’efficacia
- utilizzare tecniche di counselling
- sviluppare un approccio metacognitivo
- modificare gli stili di relazione e conduzione
- sostenere i tirocinanti in difficoltà
- stimolare i tirocinanti a gestire le loro dinamiche interpersonali e di gruppo

3. di tipo organizzativo:

- progettare e coordinare i modi e i tempi delle attività
- assumersi responsabilità nei processi decisionali
- interagire con l’organizzazione
- negoziare progetti e risultati
- predisporre le condizioni attuative del tirocinio
- promuovere e gestire il dialogo tra istituzioni

4. di tipo psicopedagogico:

- progettare percorsi formativi per obiettivi e integrati
- stimolare l’integrazione dei saperi, dei linguaggi, dei modelli teorici e pratici
- stimolare quesiti e riflessioni
- valutare gli apprendimenti
- utilizzare i metodi della tutorship sia individuali che di gruppo
- riconoscere e sostenere i diversi stili di apprendimento¹⁶

¹⁶ Hanno partecipato al lavoro sopra esposto i seguenti docenti: Becchio A., Generi M., Marmo G., Sampietro P., Binetti P., Tartaglini D., Convento C.M., Brugnoli A., Deallai M., Marzari M., Piffer R., Copelli P., Cunico L., Davi F., D’Addio L., Gamberoni L., Gandini T., Grilli G., La quintana D., Nucchi M., Sacco N.

CAPITOLO IV

FORMARE PER L'AREA CRITICA

4.1. LA NORMATIVA

In questi ultimi anni, sia nei dibattiti che sulla carta stampata, ampio spazio è stato dedicato all'incremento delle responsabilità dell'infermiere dopo l'abolizione del mansionario (legge n. 42/1999) ed all'aumento della complessità degli interventi assistenziali che vengono richiesti a questo professionista.

Nella realtà operativa, contestualmente alla attribuzione di maggiori responsabilità, si sta assistendo alla richiesta, da parte dell'infermiere, di una sempre maggiore competenza da possedere e da agire. Di conseguenza, il professionista è in grado di intervenire in modo tempestivo e globale rispetto ai bisogni di salute manifestati in ambito di emergenza/urgenza.

La competenza professionale specifica, acquisita attraverso i Master, la Laurea Specialistica e corsi di formazione/aggiornamento, ECM garantisce un valido riscontro ai bisogni formativi già individuati nel Profilo professionale (DPR 14/09/1994 n. 739), che ha indirizzato la formazione post base verso cinque precise aree (area critica, sanità pubblica, area materno infantile, area geriatria e area psichiatrica).¹⁷

Ciò nonostante, in ambito di area critica, già a partire dai primi anni '90, con il

¹⁷ Menghini A., Macelli P., Relazione al primo Congresso regionale SIMEU Lazio 6/7 giugno 2002, "Competenze e responsabilità dell'infermiere del 118 e del Pronto Soccorso".

D.P.R. 27/03/1992, e con le linee guida della Conferenza Stato-Regioni n. 1/96 in applicazione del citato D.P.R., era stato avviato un processo di innovazione del tradizionale ambito di azione dell'infermiere rispetto alla classica logica mansionariale, processo che si sta oggi completando attraverso le innovazioni apportate dalla legislazione sanitaria. Anche se le funzioni e le responsabilità dell'infermiere che opera in emergenza restano ben identificate, in alcuni casi diventa difficile distinguere le competenze professionali dei singoli professionisti, e si creano dubbi ed incertezze che è necessario risolvere in tempi ristretti. Nonostante questo, all'interno della équipe multidisciplinare di regola si instaurano rapporti collaborativi tali da far abbattere qualunque gerarchia professionale, seppure nel pieno rispetto delle diverse professionalità.

Per quanto riguarda l'assistenza in ambito di emergenza/urgenza, l'infermiere ha un duplice compito: inizialmente, codificare la criticità del paziente con la maggiore precisione possibile e, successivamente, applicare con proprietà strumenti come procedure, protocolli o linee guida, impegnandosi ad integrarli con il sapere che deriva dalla conoscenza ma soprattutto, con la necessità di agire rapidamente e in modo rigoroso, determinando così il buon esito dell'intervento.

Emerge così in modo piuttosto chiaro la finalità comune che perseguono tutti gli infermieri operanti nell'area critica: erogare cure rapide, efficaci e continuative, che abbiano come risultato la sopravvivenza del paziente in condizioni di emergenza/urgenza e, contestualmente, il suo recupero fisico e psichico.

Oggi, libero dai vincoli del mansionario grazie alla legge n. 42 del febbraio 1999, l'infermiere italiano si muove nel complesso panorama legislativo forse ancora con qualche titubanza. Allo stato attuale, esistono tre "paletti" che delimitano i campi

dell'agire professionale: il Profilo Professionale, Il contenuto degli ordinamenti didattici universitari (formazione di base e formazione specialistica) ed infine il Codice Deontologico, così come stabilito dalla legge di cui sopra.

Nello stesso tempo, all'agire professionale infermieristico viene posto un unico limite, costituito dalle competenze attribuite agli altri professionisti sanitari laureati.

Purtroppo, tale limite mal si caratterizza, poiché per motivi storici nell'ordinamento legislativo italiano vi è da sempre una sorta di equivalenza tra "atto sanitario" e "atto medico" e, di conseguenza, non risulta facile individuare gli atti di non esclusiva competenza medica.

Per quanto sopra esposto, il problema dei confini dell'atto medico è da considerarsi duplice: da un canto, i medici stessi devono fare i conti con "il rispetto reciproco delle rispettive competenze professionali", dall'altro, è certamente prefigurabile uno spostamento verso l'alto dell'ambito della competenza infermieristica, atteso che il nuovo sistema di attribuzione di attività per competenze e non per elencazioni normative rende il generico limite della "diagnosi e cura" poco più che una battuta.

Dunque, dallo stato attuale, l'esercizio professionale si presenta non più unicamente vincolato dal possesso del titolo e dalla abilitazione all'esercizio, ma in realtà, sono diventati determinanti la perizia, la capacità e l'abilità del singolo professionista e, di fatto, i ruoli e le funzioni di ciascuna figura professionale, lasciando ampio spazio all'evoluzione delle conoscenze scientifiche e tecniche necessarie a compiere un determinato atto.

Il professionista infermiere può agire in un campo completamente autonomo, caratterizzato dalla responsabilità dell'assistenza generale infermieristica (art. n. 1 Profilo Professionale) e in un campo collaborativo (terzo comma, punto d dello

stesso articolo: l'infermiere garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostiche terapeutiche poste in essere dal medico), facendo così salvi gli ambiti di competenza medica, costituiti dalla diagnosi e dalla cura.

Alla luce di quanto detto, il professionista infermiere non deve farsi cogliere impreparato, ma deve rispondere in modo soddisfacente ai bisogni degli utenti con prestazioni e assistenza erogate insieme ad altri professionisti in multidisciplinarietà.

A tal fine, la sola formazione di base non è assolutamente sufficiente, ma diviene indispensabile l'orientamento verso l'aggiornamento professionale e la formazione permanente: "...(*omissis*)...l'aggiornamento professionale è l'attività successiva al corso di diploma, laurea, specializzazione, formazione complementare, formazione specifica in medicina generale, diretta ad adeguare per tutto l'arco della vita professionale le conoscenze professionali. La formazione permanente comprende le attività finalizzate a migliorare le competenze e le abilità cliniche, tecniche e manageriali ed i comportamenti degli operatori sanitari al progresso scientifico e tecnologico con l'obiettivo di garantire efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza all'assistenza prestata dal Servizio sanitario nazionale"...(D.L. 229/99 art.16 bis comma 1 e 2).

La crescita della competenza professionale deve spaziare a 360°, dovendo (*progredire*) andare dall'acquisizione di tecniche e di procedure assistenziali necessarie in emergenza/urgenza, alla conoscenza dei principi basilari della psicologia e della comunicazione, sia nei confronti dell'assistito che dei suoi familiari (ad esempio, gestione del lutto ed assistenza dei parenti in Pronto Soccorso o, soprattutto a domicilio).

4.2. PREPARAZIONE SPECIFICA PER L'AREA CRITICA

La distinzione fra i professionisti non è data semplicemente dal titolo acquisito, ma tale distinzione viene determinata da una serie ulteriore di caratteristiche che sono fondamentali per l'infermiere di area critica.

Queste caratteristiche sono individuate in:

- preparazione specifica
- esperienza
- professionalità
- elasticità mentale

PREPARAZIONE SPECIFICA

Il professionista deve acquisire, attraverso corsi specifici, tecniche e metodiche comportamentali che permettano la padronanza in regime d'urgenza, dove per tecniche si intendono:

- BLS (Basic Life Support) cioè sostegno delle funzioni vitali di base, mediante rianimazione cardiopolmonare e cerebrale nelle persone adulte
- PBLIS (Pediatric Basic Life Support) per l'acquisizione di tecniche di rianimazione di base come il BLS nei bambini che vanno da 0 a 8 anni
- ALS (Advanced Life Support) per l'acquisizione di tecniche di assistenza avanzata al paziente in arresto cardiaco
- PHTLS dove si acquisiscono le tecniche per la gestione, immobilizzazione e assistenza al paziente traumatizzato
- Conoscenze approfondite sulla metodica del triage extra e intraospedaliero
- Profonda conoscenza e abilità nella gestione e impiego delle tecnologie,

strumentazioni e presidi assistenziali

Per metodiche comportamentali si intendono:

- gestione dell'emotività
- comunicabilità
- prevenzione della Sindrome del Soccorritore e della sindrome da Burnout

Ciò dimostra che anche nell'area critica l'aspetto relazionale ed educativo è fondamentale come indicato dal profilo professionale dell'infermiere.¹⁸

ESPERIENZA

Questa caratteristica è intesa come acquisizione diretta, teorico/pratica di nozioni che permettono all'infermiere che opera nel settore emergenza sia la veloce valutazione dello stato di gravità del paziente, sia l'assistenza mirata al problema.

L'esperienza chiaramente si acquisisce sul campo, ma la vera esperienza non è tanto l'assistenza meccanica a un numero infinito di pazienti, caratteristica anche questa importante; ma soprattutto è la pianificazione dell'assistenza tanto mirata quanto soggettiva, nonché la ricerca.

PROFESSIONALITA'

La professionalità, qualità che non si acquisisce solo tramite un titolo come altre qualità dell'individuo, è una caratteristica personale che nasce con il professionista, insieme alla consapevolezza e al suo convinto verso valori e principi che rendono la professione così importante nella società.

Particolare riguardo quindi, all'infermiere che opera nell'ambito dell'area critica in quanto deve avere la capacità di analizzare ed intraprendere in modo sistemico la

¹⁸ Menghini A., Vacca D., *L'infermiere nell'emergenza extra e intraospedaliera*. Atti IV Congresso Nazionale FIMUPS – Assisi 1998.

situazione assistenziale anche in condizioni di stress. Infatti spesso si trova a dover prendere decisioni, a organizzare, ed agire in regime di urgenza con limitate risorse.

ELASTICITA' MENTALE

E' una delle caratteristiche necessarie al personale che opera nell'emergenza, soprattutto quella extraterritoriale, perché ogni intervento, per quanto simile che sia, non sarà mai corrispondente all'altro anche se a parità di codice e patologia.

Infatti il fattore che entra in gioco è la situazione in cui si è venuto a creare l'evento stesso. Determinanti sono le Linee Guida o Protocolli interni alla Centrale operativa/Pronto Soccorso/Terapia intensiva, dove il personale sanitario deve fare riferimento e da questo pianificare l'assistenza migliore da applicare alla realtà in cui si trova.

Alla luce di queste considerazioni si deduce che l'infermiere oggi è un professionista sicuramente più qualificato, ma anche soggetto a livelli di stress altissimo perché più esposto dal punto di vista emozionale.

Come tutti coloro che svolgono "HELPING – PROFESSIONS" anche gli infermieri sono investiti da pressione emotiva continua che sommandosi a carichi di lavoro eccessivi si traducono in fattori di stress continuo.

Nonostante l'alto livello di preparazione degli operatori, i risultati, nel settore dell'emergenza non sono sempre quelli sperati, basti pensare che nelle Rianimazioni Cardio Polmonari (RCP) la sopravvivenza è tra il 3% e il 20% ciò significa che anche nella migliore delle realtà e condizione, 4 volte su 5 falliscono nel loro intento.

Un tentativo di RCP è una manovra molto faticosa che lascia ai soccorritori un senso profondo di stanchezza e a maggior ragione, se questa non riesce può dare origine a turbe psicologiche persistenti. Alcuni interventi sono particolarmente stressanti e

tendono a causare disturbi anche protratti nel tempo, soprattutto nei casi in cui rimangono coinvolte persone giovani o in caso di incidenti con gravi traumi.

Da ciò si evince che per gli infermieri operanti in area critica lo stress è correlato allo sforzo fisico, alla difficoltà, alla gravità delle scelte richieste e alla valutazione della realtà concomitante ad elevato rischio per il paziente. Devono essere fatte scelte rapide da cui dipende la sopravvivenza del paziente, le responsabilità e i rischi sono elevati e data la difficoltà degli interventi, spesso gli insuccessi sono proporzionali alle frustrazioni, mentre le gratificazioni sono di gran lunga inferiori.

Concludendo, è utile conoscere profondamente se stessi, saper gestire le proprie reazioni, saper creare la giusta distanza tra sé e l'altro, saper dare l'ordine giusto alle cose anche in situazioni di confusione estrema.

4.3. PROGETTO DI FORMAZIONE PER L'AREA CRITICA

Da quanto è stato affermato fino adesso, possiamo tranquillamente riassumere che l'infermiere che svolge la sua attività nei servizi dell'emergenza, maturi una specifica competenza nel settore¹⁹, e tale competenza non solo poggia su solide basi culturali (il sapere) e su un'esperienza pratica (il saper fare), ma sia anche espressione di un "saper essere" che rappresenta un traguardo successivo, ma imprescindibile.

Lo strumento d'eccellenza con cui raggiungere una qualificazione specialistica e

¹⁹ Rivista "Tendenze Nuove", gennaio/febbraio 2001, Bertazzoni G.: *La Formazione infermieristica in area critica*.

soprattutto universitaria è il Master di primo livello.

La soluzione del Master, che rappresenta l'evoluzione di un corso di perfezionamento, appare quella più consona alla normativa attuale e consente l'attestazione accreditata di una competenza specialistica mediante certificazione Universitaria che può essere spesa a livello europeo.

Vediamo ora nel dettaglio il programma didattico istituito per l'anno accademico 2004/2005 presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Genova.

Il corso, annuale, è stato predisposto in modo da coinvolgere tutte le strutture didattiche e assistenziali dell'Ospedale San Martino, sede di un DEA di secondo livello, onde fornire possibilità di esperienza in tutti i settori dell'emergenza/urgenza.²⁰

Obiettivi

- Fornire agli infermieri una specifica preparazione nel settore dell'emergenza
- Preparare gli infermieri all'assistenza intensiva e continuata del paziente adulto e al controllo globale della situazione critica

Profili funzionali

Il profilo funzionale si riferisce all'espressione di competenze che rendono l'infermiere in grado di operare in aree sanitarie dedicate alla cura di pazienti critici, le cui funzioni vitali sono sostenute da farmaci e da apparecchiature complesse e sofisticate.

Il corso è strutturato in moduli, con l'obiettivo di fornire metodi di approccio, di

²⁰ Bando di ammissione Master primo livello in "Infermieristica di area critica" Università degli Studi di Genova.

valutazione clinica, e rivalutazione critica, piani assistenziali in vari ambiti e situazioni di emergenza/urgenza.

L'attività è così suddivisa:

1° modulo: Emergenza/Urgenza

- Triage e codici colore
- Emergenza territoriale e sistema C.O. 118, arresto cardiaco e rianimazione cardiopolmonare di base
- Primo soccorso nelle emergenze mediche, chirurgiche, traumatiche
- Estricazione ed immobilizzazione del paziente politraumatizzato
- Scienze infermieristiche generali e cliniche

2° modulo: Terapia Intensiva

- Fisiopatologia cardiovascolare e monitoraggio emodinamico
- Fisiopatologia respiratoria e ventilazione assistita
- Fisiopatologia dell'insufficienza renale e tecniche dialitiche
- Nozioni di farmacologia
- Il supporto vitale avanzato
- Scienze infermieristiche generali e cliniche

3° modulo: Cure intensive e sub-intensive polivalenti specifiche

- Fisiopatologia del sistema nervoso centrale
- Accidenti vascolari cerebrali acuti
- Traumi cranici e spinali
- La circolazione extracorporea
- Il pace-maker
- L'unità coronarica l'emodinamica

- La terapia intensiva post-operatoria
- Scienze infermieristiche generali e cliniche

4° modulo: Cardiologia e cardiochirurgia

- Il trapianto di cuore
- La circolazione extracorporea
- Il pace-maker
- L'unità coronaria
- L'emodinamica
- La terapia intensiva postoperatoria
- Scienze infermieristiche generali e cliniche

5° modulo: Chirurgia e chirurgia dei trapianti

- La cura pre-operatoria del paziente
- L'intervento chirurgico
- L'assistenza post-operatoria
- Scienze infermieristiche generali e cliniche

6° modulo: Tossicologia

- Intossicazioni da alcool, droghe, farmaci
- I veleni
- Il centro antiveneni
- Scienze infermieristiche generali e cliniche

Tesi finale.

CONCLUSIONI

In conclusione possiamo affermare che siamo in un periodo di transizione per la formazione infermieristica e che la stagione della responsabilità è in piena evoluzione.

Esistono però tre precisi limiti all'interno dei quali lo sviluppo deve obbligatoriamente transitare:

- il mutamento del panorama giuridico,
- l'incremento dei bisogni dell'utenza,
- le nuove regole dell'organizzazione sanitaria.

Il passaggio deve avvenire anche nell'esercizio quotidiano: occorre fondare l'operatività abituale sui processi, piuttosto che sugli atti, e sulla ricerca e sperimentazione di strategie assistenziali che consentono all'infermiere di offrire prestazioni efficaci e appropriate.

In un contesto in evoluzione come quello attuale, il professionista che opera nell'area critica non deve farsi cogliere impreparato, ma deve formarsi e aggiornarsi continuamente.

A conclusione di questo lavoro, che pone l'accento sul tema della formazione attuale specialistica dell'infermiere, e quindi, sull'esigenza di avere risorse umane competenti, legando tale tema ai problemi ed ai vincoli che si incontrano nel quotidiano, all'interno del contesto lavorativo, nel tentativo di superare i limiti che si frappongono alla esplicitazione di una attività che deve, per la natura stessa del concetto di formazione, essere di prospettiva, rivolta al futuro.

E il futuro della formazione specialistica dell'infermiere altro non è che nei Master,

in questo caso di “AREA CRITICA”.

Con questo elaborato, che non è altro che la raccolta e l’unione di lavori di esperti dei processi formativi, ho cercato di dare, per quanto mi sia stato possibile, un’idea di quella che è la nostra formazione attuale.

Scoprire tutto il lavoro che sta dietro ai nostri percorsi formativi, (lavori lunghi negli anni come si può vedere dalle fonti bibliografiche), ha fatto nascere in me un amore ancora più profondo verso la nostra professione, che spesso, purtroppo, non viene considerata dalla gente come si dovrebbe.

Il desiderio, al termine di questo processo formativo, sarebbe poter contribuire, nel mio piccolo, alla formazione dei futuri infermieri, mettendo a disposizione della professione la mia esperienza e professionalità acquisita sia a livello pratico che teorico.