

## Riflessioni pedagogiche sul *tutoring* a partire dal vertice delle professioni della cura

### Pedagogical reflections on tutoring from the caring professions' perspective

LUCIA ZANNINI, KATIA DANIELE, LUISA SAIANI<sup>1</sup>

*This paper is aimed at proposing some models and methodological approaches developed within undergraduate nursing education, in order to contribute to the pedagogical debate on traineeship. Learning in the field has always been considered crucial by nurses, and, since the Forties, they have investigated how to effectively supervise clinical training. Literature points out different roles, involved in students' supervision, as the clinical preceptor/advisor, and the clinical teacher. Even if they operate in simulated and/or real contexts, all of those roles should be able to set up a 'tutorial setting', that is a student-centered 'set', characterized by a reduced relational asymmetry, closeness, and by a welcoming and facilitating environment, where the student can feel free to learn also from his/her errors. Although some techniques aimed at supporting students in their traineeship are explored (i.e. role modeling, questioning, thinking aloud, briefing/debriefing) and promising instruments are analyzed (learning contracts, portfolios), we conclude, in line with socio-material approaches, that setting up a caring 'dispositif' is the core competence of supervisors.*

**KEYWORDS:** CARING PROFESSIONS, CLINICAL TRAINING, SUPERVISION, TRAINEESHIP, UNDERGRADUATE EDUCATION.

Da molti anni le professioni della cura, e nello specifico quelle infermieristiche, hanno individuato nei tirocini – tanto nella formazione di base che in quella post-base – una tappa non solo irrinunciabile, ma anche cruciale del percorso educativo dell'infermiere, il quale, fin dalle sue origini, ha rifiutato il divorzio “tra la testa e la mano”, tra la teoria e la pratica, che da sempre caratterizza invece la cultura occidentale e quella italiana in particolare<sup>2</sup>. Come segnala anche Sandrone<sup>3</sup>, il tirocinio curricolare è pratica prevista da lungo tempo nelle professioni sanitarie, fin dagli anni '40, ed è indispensabile per accedere all'esame di stato di abilitazione all'esercizio della professione. Questa pratica formativa è considerata comunque, anche nelle professioni della cura, come un dispositivo di grande attualità” e la numerosità e varietà di *paper* reperibili nella letteratura internazionale, cui accenneremo successivamente, lo dimostra ampiamente<sup>4</sup>.

Il tirocinio dei professionisti della cura si svolge tipicamente in ambienti ospedalieri, ma anche, più recentemente, in contesti di lungodegenza, di assistenza territoriale, a casa dei pazienti, e, sempre più, in situazioni di simulazione, soprattutto quando è a rischio la sicurezza del paziente. L'attività formativa sul campo è comunque

irrinunciabile per sviluppare le competenze necessarie per assistere adeguatamente i pazienti/utenti, garantendone al contempo la sicurezza, e consente di avvicinare gli studenti al mondo del lavoro durante il periodo di studio universitario, creando sinergie e circolarità tra teoria e pratica. Il tirocinio professionale è un momento di integrazione dei contenuti disciplinari, del sapere teorico e delle competenze pratiche<sup>5</sup>, che promuove nello studente le sue capacità di ragionamento diagnostico e pensiero critico, le quali lo aiutano a comprendere il senso implicito dell'esperienza vissuta<sup>6</sup>.

Anche in questi tirocini, come in altri, lo scopo è duplice: da un lato acquisire le competenze necessarie per svolgere una determinata attività lavorativa; dall'altro, sviluppare l'identità del formando<sup>7</sup>. Entrambi questi scopi rappresentano

[...] la cifra che caratterizza qualsiasi vera azione orientativa, quella che vede un giovane [...] alla ricerca di una strada che gli 'corrisponda', in cui possa mettere in gioco le sue capacità i suoi desideri, i suoi limiti, ciò che sa o non sa fare, in una parola il suo 'essere'<sup>8</sup>.

Grazie all'esperienza sul campo, lo studente ha, infatti, l'opportunità di superare le immagini inadeguate, e talvolta idealizzate, circa la sua futura professione e di decidere se confermare o no la propria scelta. Inoltre, attraverso il tirocinio il formando entra in contatto con i contesti organizzativi, iniziando, così, ad 'appropriarsi' sia del sapere esplicito sia del cosiddetto sapere 'tacito', ossia di una conoscenza non verbalizzata e consapevole, ma non per questo meno importante di quella esplicita<sup>9,10,11</sup>.

Per raggiungere questi scopi, lo studente non può agire in solitaria, ha bisogno di compiere un 'viaggio guidato'<sup>12</sup>, ossia un'esperienza che accolga le capacità, gli interessi e le curiosità del formando, ma che, al contempo, sia programmata, in modo tale da consentire al singolo di prendere delle iniziative, naturalmente adeguate al suo livello di preparazione e alle esigenze/vincoli del contesto che attraversa. Chi scrive ha ribadito da sempre il ruolo cruciale del tutor nell'apprendimento sul campo, che non può essere estemporaneo e lasciato al caso, ma deve essere guidato e progettato attentamente anche se non in modo rigido e standardizzato<sup>13</sup>.

Nel guidare gli studenti ad attraversare la complessità della cura, imparando da questa complessità, un ruolo centrale è giocato dalla capacità di attivare una riflessione sulle esperienze effettuate<sup>14</sup>, tanto è vero che il *tutoring* è stato definito come una 'funzione a elevata riflessività'<sup>15</sup>. Grazie alla riflessione guidata, il tirocinio diventa una «[...] ri-assunzione personale, in qualche modo sempre nuova e originale di quanto visto, realizzato e già esistente»<sup>16</sup>.

In questo intervento analizzeremo, a partire soprattutto dalla letteratura infermieristica (che vanta una lunga tradizione di riflessione sul tirocinio)<sup>17</sup>, quali siano le condizioni relazionali, organizzative e metodologico-didattiche grazie alle quali il *tutoring* si rivela la strategia più efficace per connettere conoscenze esplicite e tacite, sviluppando competenze autentiche negli itinerari formativi<sup>18</sup>. Spiegheremo perché, anche e soprattutto nei contesti formativi infermieristici, il *tutoring* non può essere sostituito da altre forme e modalità di insegnamento/apprendimento, illustrando il valore aggiunto che il tutor dà all'esperienza sul campo.

Crediamo che le nostre riflessioni, anche se da un vertice infermieristico, possano contribuire al dibattito sul

*tutoring* nelle professioni educative, considerate da molti 'professioni di cura'<sup>19,20</sup>. Al contempo, 'aver cura' è uno dei significati del verbo *tueor*, dal quale deriva il deponente *tutor*<sup>21</sup>: Mottana aveva infatti segnalato che la *tutorship* «[...] è da intendersi fundamentalmente come un 'prendersi cura di' secondo la traiettoria di un significante originariamente latino e poi inglesizzato, ma che conserva nel suo etimo tutta la pregnanza della cura 'tutoriale'»<sup>22</sup>. Naturalmente, questa cura tutoriale, di natura pedagogica, va intesa come 'επιμελεια'<sup>23</sup>, che è una cura ben diversa da quella medica del *to cure*, finalizzata a diagnosticare e guarire. È in questi intrecci di significato, tra *caring*, educazione e aver cura che il presente contributo si colloca.

### Diverse declinazioni della *tutorship* nei contesti di cura

Nel suo recente contributo, Biasin, mediante un'interessante analisi storica sull'evoluzione dei processi di tutorato, segnala come il passaggio dall'attività di *tutoring* all'esercizio di una *tutorship* sia legato alla perdita dell'azione 'riparativa' che caratterizzava in passato la tipologia d'intervento, il quale, in quanto appunto *tutorship*, nei contesti scolastici è intesa oggi come «[...] una didattica individualizzata e di gruppo [...] che si basa sull'azione dei pari e coordinata da docenti-tutor»<sup>24</sup>.

La *tutorship*, secondo molti, non è un ruolo, ma una funzione (che può assumere, per esempio, chi ricopre il ruolo di docente, inteso come facilitatore dell'apprendimento). La parola *tutorship* è composta dal termine *tutor*, la cui etimologia è stata ampiamente indagata (*tutor* come difensore, sostegno, facilitatore dell'apprendimento)<sup>25</sup>, e il suffisso inglese *ship*. Quest'ultimo sottolinea che la *tutorship* è «[...] sia un'abilità o capacità, sia una relazione»<sup>26</sup>. L'esercizio della *tutorship* sembra quindi legato tanto a competenze specifiche, anche e soprattutto di tipo metodologico, sulle quale torneremo nei prossimi paragrafi, che di tipo comunicativo-relazionale. Attraverso entrambe queste competenze si vanno a produrre cambiamenti, ossia apprendimenti, negli individui coinvolti nella relazione che si configura, per definizione, come relazione educativa<sup>27</sup>.

La *tutorship*, in quanto relazione educativa, è una relazione asimmetrica, nella quale, tuttavia, modalità comunicative e stili relazionali e, più in generale, le caratteristiche del *setting* (che riguardano anche l'organizzazione dello spazio, del tempo, la strutturazione della comunicazione, delle regole e il presidio degli aspetti simbolici), si combinano in un'interazione con ridotta asimmetria, imperniata su uno stile dialogico e centrata sul/i soggetto/i che in essa occupa/no la posizione prevalente di 'discente/i'<sup>28</sup>. Il *setting* è quindi qualcosa che rimanda all'operatività dell'agire formativo, alla sua 'materialità', come diceva Massa<sup>29</sup>, che, a nostro avviso, ha un ruolo cruciale in ciò che accade nei processi educativi. Grazie alla costituzione di questo tipo di *setting* e all'attivazione di una continua riflessione, la *tutorship* è in grado di innescare apprendimenti, anche trasformativi, producendo, ad esempio, nuovi schemi di significato (per esempio, in seguito a un tirocinio in *hospice*, rivedere radicalmente il significato di 'buona morte').

*Tutorship*, dunque, come 'autentica' relazione educativa, basata sull'apprendere dall'esperienza e sulla riflessione su di essa, dove diversi aspetti – cognitivi, emotivi, simbolici, culturali – si compenetrano e influenzano. *Tutorship*, ancora, come relazione formativa che accoglie e fa propria l'irriducibile complessità degli eventi educativi, senza la pretesa di ridurli ad alcune loro componenti (ad esempio cognitive)<sup>30</sup>. Intesa in questo modo, la *tutorship* è una funzione che si può attivare anche nei processi a matrice più marcatamente istruttiva (pur tuttavia non trovando in essi la sua declinazione più naturale), come quelli ad esempio finalizzati all'acquisizione di *skill* tecniche (per esempio, in ambito infermieristico, effettuare un prelievo endovenoso), a patto che si allestisca un campo di esperienza e si stimoli una successiva riflessione su di essa, a trecentosessanta gradi, col fine di produrre dei (nuovi) significati.

La *tutorship*, infatti, dal nostro punto di vista<sup>31</sup>, agisce come funzione educativa che presidia un campo di esperienza, al fine di trasformare le dimensioni che derivano da tale esperienza in apprendimenti significativi, ossia in apprendimenti non mnemonici e decontestualizzati, ma profondi, i quali comportano, in ultima istanza, un processo non solo di conoscenza del mondo, ma anche di conoscenza di sé e quindi di

individuazione, di costruzione della propria identità professionale e dunque personale.

Il tutor in ambito sanitario – infatti – accompagna lo studente in un percorso che non è solo di apprendimento di una professione, ma di acquisizione di una maturità interiore e di una identità sociale contestualizzata che potrà definire e condizionare il benessere soggettivo del professionista, la qualità della sua performance e quindi anche la qualità di vita o la speranza di vita di un soggetto fragile, il paziente<sup>32</sup>.

Secondo Magnoler e Pacquola<sup>33</sup>, lo sviluppo di un'identità professionale/personale permette infatti di affrontare più agevolmente situazioni dense di complessità, tipiche peraltro dei contesti sanitari, aiutando quindi, per esempio in questi contesti, a gestire più efficacemente i problemi dei pazienti/utenti.

Affinché sia agita una *tutorship*, è a nostro avviso necessario istituire un '*setting* tutoriale', ossia una «scena educativa»<sup>34</sup> caratterizzata da centralità del discente, ridotta asimmetria relazionale tra formatore e formando, vicinanza, clima accogliente e facilitante, dove ci sia libertà di esprimersi e di sbagliare, flessibilità, attenzione agli aspetti simbolici. Tale 'scena' in genere si colloca in spazi fuori dall'aula tradizionale<sup>35</sup> o comunque, anche se ha luogo, per esempio, nelle aule accademiche, comporta una riorganizzazione degli spazi (per esempio, chiedendo agli studenti di sedersi in modo che si guardino tra loro), dei tempi, della relazione/comunicazione, degli oggetti, delle dimensioni simboliche, che permette di instaurare una nuova modalità di fare formazione.

Nel caso del tirocinio in contesto lavorativo, la scena formativa è collocata – non separata nel mondo della vita stesso (un reparto ospedaliero, un consultorio, un laboratorio di analisi). Questa esperienza sul campo – questo stare nel mondo della vita – potrebbe di per sé essere apprenditiva anche senza la *tutorship*, come accade nelle situazioni di apprendimento informale. Ma per fare del tirocinio un luogo dell'apprendimento intenzionale ed efficace, sulla scena del mondo della vita occorre sovrapporne un'altra, quella della relazione tutoriale: un "luogo" diverso e riconoscibile, istituito ad hoc con riti e strumenti diversi da quelli della scena primaria (la vita reale)<sup>36</sup>.

In questo scritto ci concentreremo appunto sull'esercizio della *tutorship* nei tirocini universitari, focalizzandoci sulle professioni della cura (dove i tirocini vengono definiti come: *clinical practice education*, *clinical training*, *clinical teaching*)<sup>37</sup>. In questo ambito, la funzione tutoriale ha diverse declinazioni, che vanno dal *coaching*, al *counseling* e al *mentoring*<sup>38</sup>. Molto è stato detto e scritto sulle differenze e sulle sovrapposizioni tra queste attività di facilitazione/supporto<sup>39</sup>. Recentemente Biasin<sup>40</sup>, riprendendo Paul<sup>41</sup>, ha ribadito che l'azione di *coaching* è più legata a una logica di performance, mentre quella di *mentoring* è focalizzata sul miglioramento personale (Daloz<sup>42</sup>, infatti, aveva già sostenuto che questa funzione ha soprattutto a che fare con un processo di crescita e con lo sviluppo di un'identità autonoma); le attività imperniate su un approccio di *counseling*, infine, sarebbero portatrici di spinte al cambiamento e alla trasformazione personale.

Infatti, nei contesti delle professioni di cura, riferendosi all'apprendimento di *skill* nei contesti clinici, si parla di *coaching* come un'attività imperniata sull'abilità di «[...] trasmettere allo studente la motivazione a implementare la performance e a raggiungere l'eccellenza»<sup>43</sup>. Tuttavia, è abbastanza raro, nei suddetti contesti, che si parli di *coach*: più frequentemente si parla di *clinical preceptor/advisor*, di *clinical supervisor*, di *clinical teacher*. Il termine '*mentor*', invece, si riferisce a un infermiere esperto che guida un collega in apprendimento ed è più utilizzato nella formazione post-base e quando la relazione educativa è di lunga durata<sup>44</sup>. Raramente, infine, si parla di *counseling* nell'accompagnamento all'apprendimento in ambito clinico. Questo termine è più utilizzato quando si fa riferimento ad attività di orientamento o di supporto allo studente/formando con difficoltà di apprendimento o con crisi motivazionali.

Questo non significa che, nei tirocini dei professionisti della cura, sia presente un'unica figura tutoriale, valida 'per tutte le stagioni ed evenienze'. La letteratura infermieristica, per esempio, fa riferimento a diverse figure, che hanno competenze diverse, anche se tutte caratterizzate da elevate capacità comunicative e relazionali. «Tutti i tutor hanno in comune l'essere attori della relazione tutoriale. Ma i tutor, alla prova dei fatti, si differenziano per destinazione d'uso: i soggetti beneficiari, le *mission*, i contesti in cui operano»<sup>45</sup>.

In più occasioni si è ribadito che, anche e soprattutto nel contesto italiano, le numerose figure che intervengono nella formazione sul campo dell'infermiere sono spesso nominate diversamente, sottolineando come ciò non faciliti il confronto<sup>46</sup>. Tuttavia, in sovrapposizione con la letteratura pedagogica sui tirocini, vi è un accordo diffuso in questo ambito sulla distinzione tra 'tutor universitario', cioè «[...] l'infermiere esperto assegnato al corso di laurea a tempo pieno o parziale e dedicato all'insegnamento sia teorico che clinico»<sup>47</sup>, con un compito di progettazione dei percorsi individuali di tirocinio degli studenti, e 'tutor clinico', cioè «[...] l'infermiere che lavora nella sede di tirocinio e guida e supervisiona lo studente, ma è sostanzialmente dedicato all'assistenza»<sup>48</sup>. In ambito educativo, queste due figure sono nominate, rispettivamente 'tutor di tirocinio' e 'tutor dell'ente ospitante'<sup>49</sup>. Sandrone<sup>50</sup> inserisce nel sistema di tutorato una terza figura, quella del docente strutturato, che, nelle professioni di cura spesso coincide col tutor universitario o col coordinatore delle attività di tirocinio, il quale frequentemente svolge anche attività di docenza (di infermieristica), pur non essendo di norma strutturato in università (si predispongono docenze a contratto o in convenzione col Sistema Sanitario Nazionale).

Comprendere la differenza tra le suddette figure tutoriali, nonché le loro relazioni, è importante, non solo per avviare il confronto e il dibattito internamente o esternamente alle professioni di cura, ma anche per capire i diversi possibili modelli di tirocinio, che si basano molto sui diversi ruoli e le differenti attività che possono svolgere questi facilitatori dell'apprendimento.

Una recente revisione della letteratura internazionale<sup>51</sup> sui modelli di insegnamento clinico, in ambito infermieristico, ha individuato cinque modalità di organizzazione del tutorato: a) lo studente viene supervisionato dal tutor universitario, che si reca nel contesto clinico, o in quello comunitario, per tutto il tempo del tirocinio; b) lo studente viene supervisionato dal tutor clinico (tutor di sede), che ha un doppio ruolo, quello di assistere e di insegnare; c) lo studente è responsabile del suo percorso e viene supervisionato non da un singolo tutore, ma dal team della sede di tirocinio; d) un gruppo di studenti è supervisionato da un tutor clinico (di sede) che, per tutta la durata del tirocinio, è esonerato dall'attività assistenziale; e) lo studente non

viene assegnato a una sede di tirocinio, ma, di volta in volta, il tutor universitario seleziona esperienze (in situazioni reali o di simulazione) adatte ai bisogni formativi dello studente.

Nel contesto italiano, l'orientamento più diffuso e condiviso è l'assegnazione agli studenti di assistenza di singoli pazienti e non di attività singole per tutti i malati (es. registrazione dei parametri vitali), in modo che essi possano apprendere la responsabilità della presa in carico globale del paziente, naturalmente con la supervisione dell'infermiere-tutor clinico e con responsabilità commisurata all'anno di corso e al livello di competenza dello studente. La durata dei tirocini è in media di sei settimane.

I modelli di tutorato reperibili nella letteratura internazionale sono, come si è visto, molto diversi tra loro, e presentano vantaggi e svantaggi, sia per i formandi che per le organizzazioni, oltre che differenti livelli di fattibilità. Benché nei contesti educativi alcuni di questi modelli non siano attuabili (perché, per lo meno nel contesto italiano, il tutor "universitario" infermiere è, nella gran parte dei casi, un dipendente dell'azienda ospedaliera/sanitaria e quindi non ha problemi a entrare, con finalità formativa, nei contesti clinici/comunitari nei quali opera come dipendente), crediamo che il modello in cui si affida allo studente la responsabilità del suo percorso, coinvolgendo tutto il team degli operatori nella supervisione, e quello della creazione ad hoc di situazioni concrete di apprendimento da parte del tutor universitario siano quelli che offrano i più interessanti spunti di riflessione, anche se il problema delle risorse per i tirocini è sempre più stringente, soprattutto nei contesti educativi.

### **Diventare tutor: tra tecnica e arte**

Richiamando il suffisso *ship*, nella parola *tutorship*, ossia la necessità, per esercitare tale funzione, di competenze comunicativo-relazionali elevate, concordiamo con Biasin, che sostiene che il reclutamento del tutor deve «[...] da un lato fare leva su qualità individuali indiscutibili e dall'altro appoggiarsi su solide conoscenze e competenze»<sup>52</sup>. Magnoler e Pacquola entrano nel dettaglio di queste qualità, che chiamano 'disposizioni', che consistono nel saper: ascoltare, monitorare il proprio comportamento (relazione, linguaggio, comunicazione),

favorire lo sviluppo di capacità osservative e spirito critico, offrire sostegno emotivo, comunicare la passione per il lavoro, interpretare la valutazione quale processo formativo<sup>53</sup>. Biasin parla di «[...] *socio e transversal skills* (tolleranza degli errori, capacità di ascolto, apertura, flessibilità, sapersi mettere in discussione)»<sup>54</sup>. Scandella<sup>55</sup> ha recentemente aggiunto, a queste competenze, la capacità che deve avere il tutor di aiutare il formando a integrare la dimensione simbolico-affettiva con quella cognitiva, l'attitudine ad assumere la responsabilità affettiva delle relazioni (tramite codici materni di accettazione e paterni di contenimento), sottolineando che il tutor deve sapersi dare come esempio di curiosità e speranza.

Saiani aveva precedentemente proposto di considerare le sopra elencate *skill* come 'competenze trasversali'<sup>56</sup>, alle quali aveva affiancato le 'competenze professionali specifiche' (saper assistere un paziente, saper stendere un progetto educativo), che non riguardano solo il profilo professionale di appartenenza, ma devono concernere un contesto professionale specifico (assistere un paziente 'in terapia intensiva'; stendere un progetto educativo 'per un minore con problemi di salute mentale', appena entrato in comunità). Questa posizione è stata confermata dai risultati di una *survey* recente condotta sul territorio nazionale<sup>57</sup>, che ha interpellato 26 Direttori della Didattica dei 26 su 28 Corsi di Laurea in Infermieristica chiedendo d'indicare i requisiti necessari e preferenziali che il tutor universitario e il tutor clinico devono avere per esercitare la *tutorship* nei contesti sanitari.

Secondo questo studio<sup>58</sup> le caratteristiche 'necessarie' del tutor universitario delle professioni di cura, sono, in ordine: l'appartenenza al profilo professionale; l'anzianità di servizio, che varia, nei diversi corsi di laurea interpellati, da 3 a 10 anni; il possesso della laurea magistrale o un master in coordinamento<sup>59</sup>. Tra i requisiti 'preferenziali' emergono, invece, i seguenti, in ordine di priorità: laurea magistrale o formazione post-base; master in coordinamento/corsi di perfezionamento nella didattica tutoriale; esperienza nella didattica, clinica, formazione avanzata e pubblicazioni; preparazione teorica e motivazione valutata in sede di colloquio. Anche per esercitare il ruolo di tutor clinico (tutor nei servizi) è ovviamente necessario appartenere al profilo professionale e avere un'anzianità di servizio, che in

questo caso varia da 3 a 5 anni. Risulta fondamentale, inoltre, lavorare a tempo pieno e a tempo indeterminato, non avere procedimenti disciplinari ed essersi sottoposti a una valutazione aziendale. Nel caso del tutor clinico, non figura tra i requisiti necessari il possesso di una laurea magistrale o master, che, però, figurano tra i titoli preferenziali (corso di formazione specifico, master in coordinamento, master in tutorato, laurea magistrale) insieme, ovviamente, ad altrettanti requisiti ben apprezzati, soprattutto considerando il profondo significato della *tutorship*, quali disponibilità, motivazione e attitudini da parte del tutor clinico.

L'esigenza di acquisire le competenze sopra descritte, per rivestire i suddetti ruoli, nonché la necessità di istituire dei percorsi di formazione ad hoc per queste figure, espressa dal documento della *Conferenza permanente delle professioni sanitarie*<sup>60</sup>, ha fatto sì che, con gli anni, diverse università italiane e/o aziende ospedaliere istituissero dei corsi post-base, tra cui master non universitari, corsi di perfezionamento e vari corsi di formazione aziendale.

Nel territorio italiano, tra le proposte di master universitari degli ultimi anni emergono: "Formatori di tutor clinici" dell'Università degli Studi di Parma, "Tutor per le professioni sanitarie" dell'Università degli Studi di Genova, "Tutoring infermieristico ed ostetrico per le funzioni di coordinamento" dell'Università degli Studi di Pavia, "Tutoring per le Professioni Sanitarie Infermieristiche, Ostetrica e della Riabilitazione" dell'Università del Piemonte Orientale, "Modelli e metodi della Tutorship nella formazione infermieristica ed ostetrica" dell'Università di Torino, "Metodologie tutoriali e di coordinamento dell'insegnamento clinico nelle professioni sanitarie e sociali" e "Modelli e Metodi del Tutorato nei tirocini delle professioni sanitarie e sociali" dell'Università di Verona (sede di Trento).

Altri esempi di formazione alla *tutorship* sono i Corsi di Perfezionamento: "Tutor clinico nell'area sanitaria assistenziale" dell'Università degli Studi "G. d'Annunzio", Chieti-Pescara, "Il tutor clinico nell'organizzazione sanitaria" dell'Università di Bologna e i Corsi di Formazione "Guide di tirocinio clinico nel corso di laurea in Infermieristica" della ULSS 3 – Bassano del Grappa, "La *tutorship* nell'apprendimento delle competenze cliniche" della ULSS 21 – Legnano,

"Percorso formativo per Guide di Tirocinio: corso base" della ASL 2 Savonese, "Corso di formazione per assistenti di tirocinio o tutor clinici" della ASL Barletta-Andria-Trani.

Come già segnalato, alcune università e aziende ospedaliere hanno in questi anni promosso, per i propri dipendenti, dei corsi di formazione e/o perfezionamento, con l'obiettivo di conferire progettazione, strutturazione e intenzionalità alla formazione degli studenti/tirocinanti (e quindi ai professionisti del domani) nelle sedi di tirocinio. È questo il caso dell'Università di Torino che ha presentato il "Piano di Formazione Formatori 2018" in cui vengono descritti i diversi corsi (obbligatori e facoltativi) per i tutor didattici (tutor universitari) e per le guide di tirocinio (tutor clinici) delle diverse sedi dei corsi di laurea delle professioni sanitarie.

Nei contesti sanitari, tuttavia, sembra che ci sia ancora molto da fare per l'incentivazione della *tutorship*. Dall'indagine sulla valorizzazione del tutorato in ambito infermieristico, precedentemente citata<sup>61</sup>, emerge che solo il 9% dei tutor dei servizi ha la possibilità di partecipare a corsi di formazione al 'tutorato', oltre al fatto che più del 20% non percepisce alcun tipo di incentivo per esercitare questi ruoli<sup>62</sup>. Sembra, dunque, esserci un divario tra le esigenze scaturite dalla riorganizzazione dei corsi universitari delle professioni di cura e l'offerta formativa effettivamente esistente e promossa. La necessità di promuovere percorsi di formazione per l'esercizio della *tutorship* nell'ambito delle professioni della cura, in risposta a un sistema accademico e sanitario in continua evoluzione, risulta pertanto evidente.

Le competenze che i sopra citati percorsi formativi, universitari e aziendali, cercano di promuovere nei tutor (universitari e delle sedi) riguardano: competenze di progettazione, coordinamento e conduzione di processi formativi in ambito esperienziale – tirocinio e formazione sul campo – dell'area sanitaria e sociale; competenze tutoriali e di facilitazione all'apprendimento in ambito formativo e in ambito clinico-assistenziale attraverso l'attivazione e la sperimentazione di modelli e metodi di tutoring; competenze di pianificazione di specifici percorsi di tirocinio utilizzando metodiche di *tutorship*; competenze d'insegnamento nell'ambito delle attività di tutoraggio e di coordinamento del tirocinio; competenze nell'utilizzo di metodi tutoriali di guida allo studio, di

ricerca, di ragionamento clinico, applicabili durante i tirocini nei contesti organizzativi professionalizzanti; competenze nell'utilizzo di metodologie di didattica tutoriale al fine di sviluppare capacità autoriflessive e di elaborazione delle motivazioni professionali e dei bisogni formativi del discente; competenze nell'individuazione e creazione di opportunità formative e coerenti con gli obiettivi di tirocinio dello studente nel proprio contesto clinico; competenze nell'utilizzo di metodi di valutazione efficaci nell'apprendimento clinico; competenze nella progettazione, gestione e valutazione della pratica clinica-professionale.

Altre competenze che i suddetti percorsi hanno come obiettivo di sviluppare sono: supervisionare e motivare l'apprendimento di competenze professionali; riflettere sugli aspetti più latenti, impliciti (cognitivi e affettivi), più relazionali, comunicativi, emotivi e decisionali che sottendono e guidano la propria azione formativa nella relazione interpersonale di *tutorship*; competenze pedagogiche di base, per migliorare la relazione educativa tra supervisore e studente, la qualità delle esperienze di apprendimento dei tirocinanti. Sembra dunque che l'esercizio della *tutorship* non si basi solo su tecniche, ma anche sull'arte della 'comprensione' dell'esperienza formativa, intesa come una produzione intersoggettiva del suo 'significato' co-costruito da tutor e tutee. Riprendendo Gadamer<sup>63</sup>, ricordiamo che la 'spiegazione' si lega all'attività scientifica del professionista della cura, caratterizzata sempre più nell'epoca contemporanea da una medicina basata su evidenze (che vengono auspiccate anche nell'ambito della *medical education*), mentre la 'comprensione' riguarda la vera e propria arte medica, basata su un approccio interpretativo del singolo caso nella sua 'diversità' e unicità, considerato nella sua globalità. Questa comprensione si realizza per Gadamer soprattutto attraverso il 'dialogo', indicato anche recentemente da Biasin come la caratteristica fondamentale della relazione tutoriale<sup>64</sup>.

Certamente, affinché questi percorsi di formazione alla *tutorship* possano sortire l'effetto desiderato, sarebbe molto importante, come per qualsiasi altro sistema che tende al miglioramento continuo, avviare dei processi per la valutazione della loro efficacia<sup>65</sup>. Ciò nell'ottica di riprogettare e migliorare un percorso formativo anche sulla base dei risultati raggiunti<sup>66,67</sup>. Molto interessante

sarebbe, per esempio, cercare di valutare questi percorsi anche in base all'effetto, ai cambiamenti 'sulla pratica' e quindi sull'esercizio della *tutorship* da parte dei tutor universitari e dei tutor clinici, in seguito alla loro partecipazione a tali percorsi.

Uno strumento italiano recentemente sviluppato e validato per la valutazione degli ambienti di apprendimento tutoriale in ambito infermieristico è il CLEQEI (*Clinical LEarning Quality Evaluation Index*)<sup>68</sup>; strumento molto utile, non solo per effettuare un confronto tra le varie sedi cliniche di uno stesso corso di studio e tra corsi di studio, ma anche per aiutare a valutare gli effetti «[...] delle strategie di miglioramento attivate»<sup>69</sup>. Questo strumento è già stato riadattato da altre figure professionali (fisioterapisti) ed è in fase di attuazione la raccolta dei dati. È auspicabile, in futuro, che tutte le professioni che investono sui tirocini si dotino di strumenti di valutazione validati per monitorarne la qualità, comparare diverse sedi di tirocinio e implementare, anche sulla base della valutazione, questa cruciale attività formativa.

### **Esercitare la *tutorship*: tra istituzione di *setting* tutoriali e metodi di tutorato**

Nelle professioni di cura, per lo meno a livello nazionale, il processo di apprendimento clinico è caratterizzato da alcune 'fasi' (che vanno dall'acquisizione delle basi teoriche, alla pratica sul campo, fino alla valutazione) e da diversi 'metodi' formativi.

Per quanto riguarda le 'fasi' dell'apprendimento clinico, un modello ancora molto diffuso in ambito infermieristico è quello di White ed Ewan<sup>70</sup>, il quale prevede: a) l'acquisizione di 'elementi teorici' (per esempio: come effettuare la preparazione di un paziente a un intervento chirurgico, garantendo sicurezza e comfort); b) una 'fase di laboratorio', nel quale gli studenti possono esercitarsi, in situazione di simulazione (tra pari o con manichini), sulle *skill*/abilità da apprendere, interagendo tra loro e col tutor; c) un momento di '*briefing*', cioè – come vedremo meglio in seguito – di riflessione strutturata prima di andare sul campo (questa fase può essere gestita sia dal tutor universitario che dalla guida di tirocinio, a seconda dei modelli di organizzazione del tutorato); d) l'attività sul campo vera e propria; e) un incontro di '*debriefing*', cioè di riflessione articolata sull'esperienza effettuata; f)

uno o più incontri di ‘valutazione’ (che può essere sia formativa che certificativa).

Come abbiamo già detto, l’apprendimento clinico in contesto reale è una strategia cruciale per l’acquisizione e lo sviluppo di competenze professionali nei corsi di laurea delle professioni di cura. Tuttavia, le università sono sempre più in difficoltà a trovare reparti e servizi disponibili ad accogliere un numero ‘elevato’ di studenti e a garantire loro opportunità di apprendimento significativo<sup>71</sup>. Se circa dieci anni fa, in Italia, si potevano inserire in una unità operativa di medicina circa 10 studenti sulle 24 ore, oggi è raro che siano accettati più di 4-5 studenti. Le riorganizzazioni del sistema sanitario, la razionalizzazione delle risorse e il contenimento dei costi in sanità hanno messo in crisi la sostenibilità della vecchia organizzazione dei tirocini degli studenti di infermieristica, in diversi Paesi. Ciò ha stimolato la sperimentazione di modelli di tirocinio e tutorato estremamente diversificati: dalla creazione di *Dedicated Education Unit* (DEU), in cui il team di un reparto completamente dedicato alla didattica, in collaborazione con i docenti universitari, accoglie un numero elevato di studenti, integrando l’attività clinica e assistenziale con l’insegnamento, a sedi di tirocinio in cui gli studenti sono affidati a tutto il team, ad altre in cui sono demandate responsabilità di supervisione dello studente a specifici professionisti con funzioni tutoriali diverse e coinvolgimento differenziato<sup>72,73</sup>.

Inoltre, come abbiamo sottolineato altrove<sup>74</sup>, l’apprendimento in situazione di simulazione sta ricevendo grande attenzione dalla comunità internazionale dei formatori che operano in contesti sanitari. Il tema delle simulazioni è infatti molto presente in letteratura ed è destinato, in futuro, a essere prioritario nell’agenda di questi, soprattutto in relazione all’enorme potenziale di sviluppo che hanno ancora le tecnologie, nonché per l’aumento del turnover dei pazienti, nei contesti clinici (dettato dall’esigenza di delegare sempre più le cure a domicilio, contenendo i costi), e per l’enfasi crescente sulla loro sicurezza. In questi contesti, si parla ormai di simulazioni a basso, medio ed elevato livello di realistica; in quest’ultimo caso, si tende a riprodurre l’ambiente reale, con i suoi diversi attori e con le loro reciproche interazioni/interferenze (per esempio, si simula un’attività assistenziale al letto del paziente, dove

l’infermiere viene chiamato in un’altra stanza, deve al contempo interagire col medico ecc.). Si stanno facendo strada approcci socio-materialistici alle simulazioni, secondo i quali l’apprendimento (nella simulazione) emerge da una rete di relazioni che si formano tra gli aspetti materiali e sociali, ossia i corpi, gli strumenti, i protocolli, il *setting*, le politiche educative e anche i desideri degli attori in gioco<sup>75</sup>.

A seconda della fase in cui si trova lo studente, il tutor, nei diversi contesti in cui opera (non solo clinici), svolge poi differenti ‘attività’ con il formando, quali: predisporre apposite situazioni di accoglienza, rilevare conoscenze/competenze dello studente e quindi i suoi bisogni formativi, stabilire un piano di lavoro, allestire un ‘ambiente di apprendimento’ (cioè una situazione per cui lo studente «[...] ‘faccia pratica’ del lavoro attraverso azioni ricorsive di osservazione – definizione dell’azione – sperimentazione – analisi critica – riprogettazione dell’azione»<sup>76</sup>), e in cui lo studente – possibilmente – venga esposto a una molteplicità di esperienze<sup>77</sup>. Il tutor deve inoltre accompagnare il formando nello svolgimento delle attività (mantenendo il focus sugli obiettivi, rispettando i tempi del discente, ponendo domande e offrendo risposte). In aggiunta, il tutor di tirocinio interagisce col sistema formativo, in quanto deve gestire rapporti con l’università, mediando gli obiettivi del sistema formativo con quelli del sistema di cura, favorisce la partecipazione del tutorato all’interno del posto di lavoro, «[...] modificando, se necessario [e possibile], tempi, spazi, tipologie di attività consuete nell’organizzazione»<sup>78</sup>. Infine, il tutor di tirocinio è spesso chiamato a partecipare al processo di valutazione, mediante griglie predisposte e/o report finali, nei quali si esprime non solo rispetto alle competenze acquisite dallo studente, ma anche sul suo livello di partecipazione/integrazione nel contesto in cui ha avuto luogo l’esperienza sul campo.

Ma, ci chiediamo, queste attività educative (accogliere, stabilire un piano di lavoro, supportare lo studente nella sua implementazione, valutare) come si declinano, a livello metodologico, quando siamo in una situazione di apprendimento tutoriale? Esistono dei metodi specifici per l’esercizio della *tutorship* e, in particolare, nell’esercizio di questa funzione nella formazione dei professionisti della cura?



Una recente revisione della letteratura internazionale sui ‘metodi’ dell’insegnamento clinico in ambito infermieristico<sup>79</sup> ha segnalato che essi sono raggruppabili in tre grandi tipologie: a) metodi volti a creare un clima relazionale e accogliente; b) metodi ‘trasversali’ (come fornire un feedback, porre domande), che possono cioè essere utilizzati in più situazioni di apprendimento: sia in contesti di simulazione sia negli incontri prima e dopo l’esperienza sul campo che durante l’attività clinica; c) metodi al letto del malato, ossia da utilizzare quando il tutore è sul campo, a contatto col paziente/utente (questi ultimi metodi sono ovviamente poco utilizzabili nei tirocini osservativi).

Da un punto di vista pedagogico, ci è difficile considerare il processo di accoglienza come ‘metodo’. Rifacendoci alla proposta presentata molti anni fa<sup>80</sup>, secondo la quale l’esercizio della *tutorship* – come sopra ricordato – è a nostro avviso legato soprattutto alla capacità di istituire un ‘*setting* tutoriale’, riteniamo che il tutore, prima ancora di focalizzare dei metodi, debba imparare a presidiare le tre funzioni costitutive della *tutorship*<sup>81</sup>, ossia:

- ‘funzione di confine o funzione quadro’: intesa «[...] come contributo per perimetrare lo spazio entro il quale agire le relazioni di insegnamento e apprendimento»<sup>82</sup>. Si tratta della fondamentale funzione di allestimento (e successivo scioglimento) del *setting* pedagogico, che è costitutiva sia nella didattica laboratoriale, in preparazione ai tirocini, sia quando i formandi entrano nei contesti reali (assistenziali, educativi ecc.). È questa una funzione cruciale, che si gioca sia nell’allestimento dello spazio fisico che in quello mentale della formazione, e che permette di istituire un’‘area potenziale’ entro la quale sia possibile l’apprendimento e il cambiamento. Nell’esercizio di questa funzione, il presidio delle dimensioni simboliche (gesti del formatore, attività, cerimoniali) è particolarmente importante.
- ‘funzione di processo’: consiste in una serie di interventi facilitanti la comprensione dei contenuti e dei vissuti, la loro elaborazione e connessione, sia rispetto ai vari segmenti e ambiti della formazione/professione (aula, laboratori, tirocini, pratica professionale), sia rispetto i

soggetti che li hanno proposti (diverse figure di formatori). È evidente che questa funzione è esercitata tanto dal tutor universitario, nelle attività di orientamento e di supporto ai tirocini/*stage* (connessione tra teoria ed esperienza), che dal tutor che opera, spesso con il piccolo gruppo, in attività ‘laboratoriali’ (connessione tra le conoscenze passate e presenti e integrazione tra le conoscenze dei vari membri del gruppo) e anche dal tutor nei servizi, che è chiamato ad aiutare lo studente a integrare la teoria con la pratica. È soprattutto nell’esercizio di questa funzione – a nostro avviso – che le diverse figure tutoriali si avvalgono di differenti strategie metodologiche, come vedremo tra poco.

- ‘funzione di supporto/tutela’: è «[...] funzionale all’esplorazione della natura di eventuali problemi connessi all’apprendimento»<sup>83</sup> e al ruolo lavorativo, nonché allo sviluppo del potenziale e della resilienza di un individuo. È una funzione che, per esempio, viene giocata dal tutor che segue lo studente o un professionista in un inserimento lavorativo. Va qui sottolineata l’importanza di distinguere questa funzione da quella di *maternage*, che vede il tutor sostituirsi al formando, per la risoluzione dei problemi incontrati. Nell’esercizio di questa funzione, contano molto le capacità ‘diagnostiche’ del tutor (ossia capire chi è il formando, quali sono i suoi bisogni educativi) e la capacità di non sostituirsi all’altro, nella ricerca di soluzioni. Anche per questo motivo, un approccio di *counselling*<sup>84</sup>, nella gestione del supporto al formando, è cruciale.

Analogamente, Biasin, riprendendo De Ketele<sup>85</sup>, insiste sulle attività tutoriali cruciali: «[...] dell’accoglimento e dell’osservazione del novizio, su quella della mobilitazione delle risorse offerte dalle differenti opportunità di apprendimento lavorativo attraverso forme di supporto co-costruite con lo stesso tutore»<sup>86</sup>.

Va tuttavia osservato che le tre suddette funzioni tutoriali non si esercitano solo nella fase di attività sul campo, ma anche nell’ambito delle attività laboratoriali (dove è altrettanto importante esercitare la funzione di confine,

per esempio), nelle attività prima di andare sul campo (che White ed Ewan<sup>87</sup> chiamano ‘*briefing*’, e Sandrone<sup>88</sup> ‘fase pre-attiva’), nonché in quelle che hanno luogo dopo l’esperienza, per riflettere su di essa (*debriefing*, attività post-attiva).

Alla luce delle sopraelencate funzioni, il tutor sarà in grado, anche a seconda delle fasi di apprendimento in cui si trova, per esempio, lo studente infermiere, di costruire un *setting* di accoglienza, un *setting* di comprensione, integrazione, interrogazione sull’esperienza e un *setting* di supporto/tutela, che è cruciale soprattutto quando i formandi rischiano/sono stati esposti a incidenti critici.

Va poi considerata anche la dimensione diacronica del *setting*, ossia il suo sviluppo nel tempo, che prevede un’‘istituzione’, con la stipulazione del contratto formativo (più o meno formale), la ‘modulazione’ dell’esperienza formativa (con i suoi orari, i suoi spazi, le sue regole, i suoi ‘metodi’), lo ‘scioglimento’ del *setting* (l’abbandono degli spazi, l’esaurimento dei tempi, l’interruzione delle comunicazioni, l’estinzione delle norme, il ritorno allo spazio reale e la restituzione dell’esperienza vissuta)<sup>89</sup>. Palmieri<sup>90</sup> sostiene che queste attività (istituzione, modulazione e scioglimento del *setting*) costituiscono il *core* della competenza di progettazione educativa.

Per poter parlare di ‘esercizio della *tutorship*’ (sia nei contesti di tutorato universitario che di tutorato sul campo) è quindi necessario, prima ancora di utilizzare questo o quel metodo, allestire un *setting* caratterizzato, come abbiamo detto sopra, da uno spazio in cui sia possibile una ‘vicinanza’ e nel quale il discente possa ‘vivere’ concretamente l’apprendimento; il tempo deve essere un tempo progettato e presidiato, ma al contempo flessibile, per permettere la personalizzazione dell’apprendimento; per lo stesso motivo, è necessaria una periodicità e una continuità temporale nella relazione tutoriale; la comunicazione deve poi essere leggibile, in un *setting* tutoriale, come bi-direzionale e lasciar presagire la centralità del discente e la ridotta asimmetria relazionale. Biasin ribadisce che il tutorato è una relazione educativa che rivela «[...] un atteggiamento di attenzione verso l’altro [che] si richiama a uno stato di vicinanza non solo fisica e materiale, ma pure di prossimità spirituale o umana»<sup>91</sup>.

Al contempo, la relazione tutoriale non deve essere impostata nel segno della confusione dei ruoli e della collusività, collocandosi sempre il tutor in uno sfondo istituzionale, che richiede un chiaro presidio delle regole; all’interno di questa dimensione normativa deve trovar spazio, in una relazione tutoriale, la definizione del contratto formativo (nel quale sia specificato il ruolo che il tutore avrà nella valutazione), nonché la chiara formalizzazione dell’inizio e della fine del processo educativo.

La *tutorship*, poi, non è a nostro avviso una modalità di allestire la formazione che si esaurisce all’interno di un *setting* di tipo tutoriale, ma, per essere tale, essa necessita d’inserirsi in un ‘dispositivo’ (il reparto, il servizio per minori) che la accoglie al suo interno, che esprime una ‘filosofia tutoriale’ e che quindi operativamente rende pensabile e possibile una relazione educativa basata su ridotta asimmetria relazionale, circolarità della comunicazione, riflessività<sup>92</sup>. In caso contrario, il portato della *tutorship* viene enormemente depotenziato, poiché in contraddizione con il dispositivo educativo in cui essa si esplica. In un sistema educativo (o di cura) in cui la riflessività, ad esempio, non solo non è un valore, ma addirittura è considerata un’attività *time consuming*, la *tutorship* è destinata a fallire, perché portatrice di un messaggio contraddittorio con tale sistema; non è infatti possibile sviluppare apprendimenti dall’esperienza in una situazione in cui, ad esempio, continuamente si dice al soggetto ‘non perdere tempo a pensare’<sup>93</sup> e, al contempo ‘pensa a quello che fai’. Questa è una classica ingiunzione contraddittoria (cioè un doppio vincolo) i cui effetti schizogenetici sono stati ben segnalati da Gregory Bateson<sup>94</sup>.

Poste queste premesse, è interessante riflettere su alcune opzioni metodologiche, nell’esercizio della funzione di *tutorship*, che ci provengono dal mondo infermieristico. Se, da un lato, infatti, il ‘metodo’, come ha sostenuto Palmieri, è «un modo di pensare e di agire che si costruisce nella pratica e grazie alla pratica»<sup>95</sup>, dall’altro, nella formazione a carattere fortemente professionalizzante, come è quella infermieristica, è importante padroneggiare alcune opzioni metodologiche che le pratiche tutoriali, la riflessione su di esse e la ricerca hanno segnalato come auspicabili. Certo, tali opzioni possono essere messe in atto in modo più o meno

consapevole e in modo più o meno intensivo. Per esempio, la letteratura in ambito sanitario è abbastanza concorde sull'attività di modellamento che ciascun tutor clinico compie sul formando, attività che deve sempre cercare di focalizzarsi su modelli positivi di comportamento: anche per questo, i tutor dovrebbero essere sempre consapevoli del forte impatto della loro attività di *role modeling*.

Tra i 'metodi' più utilizzati, sia in *setting* laboratoriali, che nelle attività pre e post esperienza diretta, quanto nelle attività sul campo, vi è sicuramente il *questioning*, ossia il fare/farsi domande. Si tratta forse, da un punto di vista educativo, del 'metodo' per eccellenza: questo, infatti, per Palmieri, «ha a che fare con la *possibilità di porre alcune domande* relative alla pratica professionale»<sup>96</sup>. Questa tecnica è considerata particolarmente utile in ambito infermieristico, perché aiuta a sviluppare competenze di ragionamento clinico. Inizialmente, questa tecnica è stata studiata utilizzando la tassonomia di Bloom (obiettivi di area cognitiva), evidenziando come «[...] molte delle domande poste dagli insegnanti clinici fossero di basso livello cognitivo (domande di conoscenza, informazioni mnemoniche)»<sup>97</sup>. Successivamente, l'approccio costruttivista ha messo in discussione la stretta connessione tra domanda del tutor e specifici obiettivi di area cognitiva, proponendo l'ipotesi che il *questioning* sia un'attività dinamica, co-costruita da tutor e studente e che quest'ultimo debba essere in una posizione attiva, ossia di soggetto che, più che rispondere a domande, è continuamente stimolato a porsi dei quesiti. Naturalmente, il tutor può porre domande per richiamare concetti/informazioni alla memoria e chiedere chiarimenti, ma deve anche proporre quesiti che consentano di ampliare un tema (per es.: "Conosci altri fattori che solitamente incidono su questo problema?"), domande che sondino le assunzioni che stanno alla base delle affermazioni dello studente ("Quali sono le motivazioni che sostengono la tua affermazione?"), domande che esplorino scenari ipotetici ("Cosa succederebbe secondo te se..."), domande sulle domande ("Perché hai chiesto questo?") e domande per riflettere su cosa il formando ha appreso e in che modo ("Cosa ti sembra di aver imparato?", "Come hai imparato oggi?"). Collegata a questo metodo del *questioning* è la promozione del *self-directed learning*, che si può attivare

sia a partire da attività laboratoriali, che nelle attività riflessive in preparazione/di elaborazione dell'esperienza sul campo e anche nella valutazione formativa.

Il pensare ad alta voce (*think aloud*) è un altro metodo presente nella letteratura infermieristica sui tirocini e consiste nel verbalizzare le informazioni che si stanno utilizzando per generare la soluzione a un determinato problema; questo metodo può essere utilizzato tanto dallo studente quanto dal tutor, che, in situazione di laboratorio o al letto del paziente, verbalizza ciò che osserva e le decisioni che sta prendendo. Va osservato che questa metodica deve essere utilizzata con molta cautela in presenza di pazienti/utenti, in quanto le informazioni che vengono esplicitate/elaborate dagli operatori potrebbero creare disagio/sofferenza nel paziente/utente.

Sempre all'interno di *setting* laboratoriali, ma anche in contesti clinici, è molto diffusa la tecnica del feedback, che deve essere centrato su un compito specifico (*task-oriented*) e deve essere dato frequentemente, nonché il più presto possibile dopo la performance, in modo che il formando metta in atto i necessari aggiustamenti<sup>98</sup>.

Un aspetto fondamentale del feedback di qualità è il suo carattere 'costruttivo'. Ciò lo distingue nettamente da forme negative di feedback (caratterizzate da umiliazione del formando, commenti sulla sua personalità, comunicazione unidirezionale – dal formatore al formando –, assenza d'interesse nei confronti del discente, genericità dei commenti, brevità); è l'ascolto attivo da parte del formatore e del formando, il mutuo rispetto, il fare critiche molto specifiche, il genuino desiderio di essere d'aiuto, lo svolgersi in un tempo adeguato. Cadei e Bonometti<sup>99</sup> collocano il feedback all'interno del processo di *briefing* e *debriefing*, ossia le riflessioni strutturate che hanno luogo, rispettivamente, prima e dopo l'esperienza sul campo, sia col singolo studente che col piccolo gruppo. Tuttavia, il feedback può essere dato anche durante l'esperienza (clinica), ma, pure in questo caso, va utilizzato con molta cautela, perché ciò che viene detto potrebbe creare disagio/sofferenza non solo nel paziente/utente, ma anche nello stesso formando.

Il *briefing* è dunque una sorta di «[...] riflessione anticipatrice»<sup>100</sup> che precede l'esperienza al fine di implementarne gli apprendimenti. Certamente nel *briefing*, il tutor non dovrà dimenticarsi di presentare gli aspetti pratici dell'esperienza sul campo, ad esempio

fornendo indicazioni sul contesto organizzativo, sui ruoli, su quello che potrebbe succedere; egli indicherà, inoltre, le finalità di apprendimento prioritarie e metterà a conoscenza il formando delle possibili risorse per l'apprendimento che questi troverà nel contesto assegnato. Nel *briefing* il tutor deve allestire un *setting* educativo, che, mediante l'esercizio della *tutorship*, e quindi attraverso l'azione di *holding* delle emozioni negative e la loro restituzione bonificata ai formandi, renda possibile dapprima il contemplare l'idea di fare l'esperienza e, successivamente, l'apprendimento che da essa potrà scaturire.

Così in ambito formativo, come il *briefing* è un colloquio teso a orientare in modo intenzionale un'esperienza, il *debriefing* è una riflessione intenzionata sull'esperienza, ossia, come dice Schön<sup>101</sup>, *on action*, vale a dire una rivisitazione di quanto è accaduto nell'esperienza sul campo. Il potenziale di attività riflessiva che si può sviluppare nel *debriefing* è legato alle caratteristiche del soggetto e alla sua capacità di 'pensare l'esperienza', alla qualità dell'esperienza, alle competenze del formatore, nonché al *briefing* precedente, nel quale si sono focalizzati con chiarezza alcuni aspetti oggetto di successiva analisi. Il *debriefing* consente di fare un passo indietro e di tornare sull'esperienza con un atteggiamento riflessivo e critico, portando a consapevolezza, insieme alle nuove conoscenze, i sentimenti che hanno accompagnato l'esperienza e i possibili diversi punti di vista sulle situazioni che si sono verificate. In questo senso, «[...] la *tutorship* attiva un processo di apprendimento in grado di decodificare modelli, individuare stili cognitivi, riconoscere schemi di azione e immaginare emozioni in gioco»<sup>102</sup>.

Attraverso il *debriefing*, il tutor dovrebbe aiutare il formando a ripercorrere l'esperienza, a integrare le nuove conoscenze con quelle già consolidate, a valutare complessivamente l'esperienza fatta e a ipotizzare nuovi apprendimenti. Naturalmente, nel *debriefing* (come pure nel *briefing*) possono essere utilizzate le tecniche che abbiamo illustrato precedentemente, come il *questioning*, il *thinking aloud*, il *feedback*<sup>103</sup> e la sollecitazione di *self directed learning*.

Magnoler e Paquola<sup>104</sup> hanno accompagnato a queste attività riflessive strutturate l'uso di videoregistrazioni del novizio/lavoratore svolte sul posto di lavoro. Il pensare ad

alta voce, osservando se stessi nel video, permette di far emergere i saperi taciti sottesi all'azione (nel caso specifico all'interno di un'azienda calzaturiera). Naturalmente, questa tecnica non è facilmente traslabile nei contesti clinici o educativi, dove le videoregistrazioni pongono importanti problemi etici e vanno autorizzate non solo dai pazienti/utenti, ma anche dal comitato etico dell'azienda in cui si svolgono le attività formative.

Sia nei momenti che precedono l'esperienza sul campo che all'inizio di essa, è possibile stipulare con il formando un 'contratto di apprendimento'<sup>105</sup>. In esso il tutor dovrà saper favorire, co-progettandole col formando, esperienze di apprendimento a partire dalle possibilità offerte da un determinato contesto (in relazione comunque a una serie di vincoli costituiti dalle finalità 'core' del percorso formativo più ampio in cui s'inserisce la stesura del contratto), individuando assieme a lui le metodologie e le risorse sul campo potenzialmente più adatte agli apprendimenti che si vogliono sviluppare. Il formatore, nella concreta stesura del '*learning contract*', accompagnerà il formando nella 'riflessione' sul perché desidera sviluppare certi apprendimenti e su come li collega alle finalità del percorso più istituzionale nel quale è coinvolto. Una volta contrattate le finalità da raggiungere, è necessario esplorare le 'modalità di apprendimento'. Questo terzo passo della contrattazione vuole, in una logica di apprendimento individualizzato, rendere conto della probabile eventualità che i singoli individui, portatori di stili di apprendimento diversi, possano decidere, anche di fronte a una identica finalità apprenditiva, di pianificare strategie differenti e utilizzare risorse disponibili sul campo in modo diversificato. Infine, sarà necessario prevedere una sorta di *evidence of accomplishment*, ovvero la specifica di come si valuteranno conoscenze, abilità, attitudini acquisite e sviluppate sul campo.

I *portfolio*, definiti come una collezione di documenti che attestano lo sviluppo di competenza del formando, sono collegati ai contratti di apprendimento<sup>106</sup>. I portfolio, infatti, «[...] spesso includono auto-valutazioni, piani di apprendimento e scritture riflessive»<sup>107</sup>. Più specificamente, possiamo dire che il portfolio di apprendimento contiene, nei contesti sanitari, tre tipologie di dati: 'dati osservativi' (griglie di osservazione/valutazione compilate dai formatori o dai

pari); dati relativi a ‘casi’, situazioni gestite dal formando (che sono state osservate e supervisionate dal tutor), dati derivanti dall’‘auto-descrizione’ da parte dello studente/formando (griglie di autovalutazione, diari e/o giornali di bordo)<sup>108</sup>. La specificità del *portfolio* è proprio quella di essere uno strumento già pensato e utilizzato con lo scopo di raccogliere informazioni sulle conoscenze teoriche e pratiche che sono frutto dell’essere stati sul campo e, al contempo, la riflessione che da questa esperienza è scaturita. Proprio per questo, nella sua strutturazione e implementazione, la funzione della *tutorship* è cruciale.

I diari/giornali di bordo, come si è detto, possono essere inseriti, perlomeno in parte, nei *portfolio*. Apprendere significa non solo muoversi nella direzione di determinate finalità formative (esplicitate in un *briefing* o formalizzate in un *learning contract* o in un *portfolio*) nell’ottica dello sviluppo di cambiamenti predefiniti (le competenze attese), ma è anche un’esperienza che comporta per il soggetto in formazione l’entrare in contatto con situazioni non previste e, soprattutto con le proprie reazioni a tali situazioni. In questo senso, apprendere sul campo è anche un’occasione per entrare in contatto con parti profonde del sé. L’esperienza sul campo è densa di vissuti (mette in gioco dinamiche relazionali, stereotipi, attese, paure, ...) che hanno una parte importante nello sviluppo della competenza. Il mettere nero su bianco l’esperienza aiuta ad amplificarne il potenziale formativo.

La scrittura ha una dimensione riflessiva e dà avvio all’analisi, ma ha prolungamento attraverso la possibilità dello studente di valutare l’esperienza, valutare le condizioni che hanno contribuito ad accrescere le competenze ed a superare gli ostacoli e le difficoltà. Inoltre, l’impiego del metodo narrativo nella formazione persegue un obiettivo di sviluppo professionale [...]. La scrittura permette un passaggio dal vissuto al concepito, di riflettere su ciò che viene posto in atto e da soggetto e attore lo studente diventa *autore* della sua pratica e della sua esperienza<sup>109</sup>

Il tutor-lettore dalle esperienze riportate nel diario cercherà di far emergere non solo le conoscenze teoriche acquisite in aula, ma anche i saperi impliciti nelle pratiche del quotidiano agire professionale (ciò che viene chiamato *hidden curriculum*<sup>110</sup>), che vanno ben oltre le conoscenze

formalizzate. Ciò diventa particolarmente rilevante in alcune professioni, come ad esempio quelle degli infermieri e degli educatori, in cui buona parte della conoscenza è di tipo ‘frenetico’<sup>111</sup> ossia ‘costruita’ e sviluppata sul campo, risolvendo problemi legati alle ‘specifiche’ situazioni assistenziali o educative.

Dunque, contratti di apprendimento, portfolio, diari sono strumenti che vengono condivisi – nella loro finalità e struttura – prima di andare sul campo; durante l’esperienza i formandi raccolgono elementi che confluiscono nei suddetti strumenti (casi, osservazioni, valutazioni, scritture ecc.), i quali, una volta che assumono la loro forma – grazie ai contenuti inseriti dal singolo formando – vanno poi condivisi e discussi con il tutor e, spesso, con i pari. Si tratta quindi di strumenti che vengono utilizzati in parte sul campo e in parte in situazioni di riflessione sull’esperienza, al di fuori del perimetro in cui essa ha avuto luogo.

Ai metodi sopracitati se ne aggiungono altri, molto efficientisti, da utilizzare solo sul campo, come il *One Minute Preceptor* e lo *SNAPPS* (*Summarize, Narrow, Analyze, Probe, Plan, Select*)<sup>112</sup> ossia una serie di step che i tutor possono seguire per supervisionare velocemente le attività dei formandi, ottimizzando molto sui tempi. Non ci soffermiamo molto su di essi perché, soprattutto nel primo caso, lo studente ha un ruolo abbastanza passivo e la dimensione della riflessività, che abbiamo indicato come caratteristica fondativa della *tutorship*, non è più di tanto enfatizzata.

Ci sembra, infine, che anche e soprattutto quando si è sul campo, più che questo o quel metodo tutoriale conti la capacità del tutore di ‘mediare’, attività che consente ai formandi «[...] di fare esperienza della vita [professionale] come se fosse la vita reale, quotidiana, ma in una situazione di protezione e al tempo stesso di messa alla prova, in cui ci si possa fidare e si possa quindi rischiare e sbagliare»<sup>113</sup>.

## Conclusioni

La letteratura relativa alla *tutorship* nelle professioni di cura conferma ampiamente che le diverse attività tutoriali (nei laboratori, sul campo, nei processi di rielaborazione delle esperienze) sono la strategia più efficace per

connettere le conoscenze esplicite e quelle tacite, sviluppando competenze autentiche.

Il mondo delle professioni di cura, anche nei contesti italiani, sta investendo molto nella formazione dei tutor (tanto universitari che clinici), che devono acquisire competenze di progettazione, coordinamento e facilitazione all'apprendimento in ambito formativo e in ambito clinico-assistenziale, mediante l'utilizzo di metodi tutoriali, volti a sviluppare capacità autoriflessive e di elaborazione delle motivazioni professionali e dei bisogni formativi del discente. I tutor devono inoltre sviluppare competenze nell'individuazione e creazione di opportunità formative e coerenti con gli obiettivi di tirocinio dello studente nel proprio contesto clinico, nonché competenze nell'utilizzo di metodi di valutazione efficaci nell'apprendimento clinico.

Benché in questi contesti il lavoro sul campo, a diretto contatto col paziente/utente, sia considerato insostituibile, nel mondo e in Italia si sta prestando sempre più attenzione all'apprendimento in situazione di simulazione, sia per questioni di sicurezza sia per il sempre più elevato grado di veridicità che le simulazioni sono in grado di garantire. Tuttavia, anche nei contesti in cui si sono sviluppate realtà simulative molto avanzate, il tutorato nei contesti reali è considerato irrinunciabile. L'esposizione al contesto clinico reale è percepita come essenziale per permettere agli studenti di identificare una immagine completa dell'attività di cura. La sfida, oggi, è quella di sostenere nel tempo la *partnership* e l'integrazione tra il mondo accademico e le organizzazioni sanitarie nella programmazione e gestione dei percorsi di tirocinio degli studenti iscritti ai corsi di laurea delle professioni sanitarie.

Anche sul piano della didattica formale, le tecnologie stanno aprendo scenari impensabili, fino a pochi anni fa: molte università e agenzie di formazione permanente propongono attività di *e-learning*, che necessitano attività di *e-tutoring*, che in questo scritto, per motivi di spazio,

non abbiamo esplorato, anche se la formazione a distanza riceve sempre più attenzione nei contesti sanitari.

Crediamo tuttavia, in ultima istanza, che il tutorato in presenza non potrà mai essere sostituito, non solo nei contesti di cura, ma anche in quelli educativi. La *tutorship*, infatti, allestisce e gestisce un 'campo d'esperienza' (sia nel tutorato nei laboratori che nella formazione sul campo) che è costituito non solo da parole e scambio di conoscenze, ma anche da relazioni e gesti simbolici in cui sono fortemente implicati i corpi di chi è presente sulla scena formativa, nella sua materialità<sup>14</sup>. Tutto ciò non solo è difficilmente riproducibile nella formazione a distanza, ma è anche un'esperienza irrinunciabile per chi si occuperà di cura: è, infatti, a partire dalla cura degli spazi, dei tempi, delle parole, delle relazioni, degli oggetti e dei gesti simbolici che i formandi possono fare esperienza di una cura educativa che è fondamentale per interiorizzare la capacità di aver cura degli altri.

LUCIA ZANNINI

*University of Milan*

KATIA DANIELE

*University of Milan*

LUCIA SAIANI

*University of Verona*

<sup>1</sup> Il presente lavoro è frutto di una stretta collaborazione tra le autrici, che ne hanno discusso collegialmente ogni sua parte. Dovendo individuare, a fini concorsuali, il contributo delle singole autrici, si segnala che l'Introduzione, il primo e il terzo paragrafo sono stati scritti da L. Zannini, il secondo paragrafo da K. Daniele, le Conclusioni da L. Saiani.

<sup>2</sup> G. Bertagna, *Pensiero manuale. La scommessa di un sistema educativo di istruzione e formazione di pari dignità*, Rubbettino, Soveria Mannelli 2006.

<sup>3</sup> R.D 30 settembre 1938, n. 1652, modificata dal D.P.R. 23 ottobre 1969, n. 987.

- <sup>4</sup> G. Sandrone, *Tirocinio curriculare. Un modello in costruzione*, in «Formazione, lavoro, persona», vol. V, 15, 2015, pp. 12-24.
- <sup>5</sup> S. Scalorbi, F. Burrari, *La qualità del tirocinio nel Corso di Laurea in Infermieristica. Indagine sulla soddisfazione degli studenti della Sezione Formativa Bologna I – Croce Rossa Italiana, Università degli Studi di Bologna*, «Professioni Infermieristiche», vol. LXI, 2, 2008, pp. 67-73.
- <sup>6</sup> Si veda il documento *Principi e standard del tirocinio professionale nei corsi di laurea delle professioni sanitarie* (2010) della “[Conferenza permanente delle classi di laurea delle professioni sanitarie](http://cplps.altervista.org/blog/wp-content/uploads/2009/11/Cons-Conf-Tirocinio-10-settembre.pdf)” reperibile al link <http://cplps.altervista.org/blog/wp-content/uploads/2009/11/Cons-Conf-Tirocinio-10-settembre.pdf> (ultimo accesso il 15/9/18).
- <sup>7</sup> N. Bobbo, *Il tutoring per la formazione in ambito sanitario: competenze e strategie per la formazione delle identità professionali*, in «Studium Educationis», vol. XIX, 1, 2018, pp. 143-152.
- <sup>8</sup> G. Sandrone, *Tirocinio curriculare. Un modello in costruzione*, cit., p. 15.
- <sup>9</sup> Si veda il documento *Principi e standard del tirocinio professionale nei corsi di laurea delle professioni sanitarie*, cit.
- <sup>10</sup> L. Zannini, *Fare formazione nei contesti di prevenzione e cura*, Pensa Multimedia, Lecce 2015, p. 14.
- <sup>11</sup> A. Destrebecq, *La formazione infermieristica professionalizzante italiana e la sua silente rivoluzione*, in «Assistenza Infermieristica e Ricerca», vol. XXXVI, 2017, pp. 2-4.
- <sup>12</sup> F. Olivetti Manoukian, *Tirocinio professionale e apprendimento dall'esperienza*, in E. Neve, M. Niero (Eds.), *Il tirocinio. Modelli e strumenti dall'esperienza delle scuole di servizio sociale italiane*, Franco Angeli, Milano 1990.
- <sup>13</sup> L. Saiani, *Il tirocinio nelle professioni socio-sanitarie ed educative*, in A. Castellucci, L. Saiani, G. Sarchielli, L. Marletta (Eds.), *Viaggi guidati. Il tirocinio e il processo tutoriale nelle professioni sociali e sanitarie*, Franco Angeli, Milano 1997, pp. 61-82.
- <sup>14</sup> D. A. Schön, *The Reflective Practitioner*, Basic Books, New York 1983.
- <sup>15</sup> O. Scandella, *Pensare alla tutorship. Riflessioni su una funzione emergente*, in «Adulità», 20, 2004, pp. 110-122.
- <sup>16</sup> G. Bertagna, *Lavoro e formazione dei giovani*, La Scuola, Brescia, 2011, pp. 78-79.
- <sup>17</sup> R. White, C. Ewan, *Il tirocinio: l'insegnamento clinico del nursing*, Sorbona, Milano 1994.
- <sup>18</sup> L. Mortari, *Apprendere dall'esperienza*, Carrocci, Roma 2003.
- <sup>19</sup> L. Mortari, *La pratica dell'aver cura*, Mondadori, Milano 2006.
- <sup>20</sup> V. Iori, M. Rampazi, *Nuove fragilità e lavoro di cura*, Unicopli, Milano 2008.
- <sup>21</sup> C. Biasin, *Tutoring: significati, modelli e funzioni del tutorato*, in «Studium Educationis», vol. XIX, 1, 2018, pp. 13-32.
- <sup>22</sup> P. Mottana, *Formazione e affetti. Il contributo della psicoanalisi allo studio e alla elaborazione dei processi di apprendimento*, Armando, Roma 1993, p. 190, nota 14.
- <sup>23</sup> L. Formenti (Ed.), *Attraversare la cura*, Erickson, Trento 2009.
- <sup>24</sup> C. Biasin, *Tutoring: significati, modelli e funzioni del tutorato*, cit., p. 27.
- <sup>25</sup> Si veda il recente contributo di C. Biasin, *Tutoring: significati, modelli e funzioni del tutorato*, cit., pp. 15-18.
- <sup>26</sup> C. Piccardo, A. Benozzo (Eds.), *Tutor all'opera*, Guerini e Associati, Milano 2002, p. 186.
- <sup>27</sup> L. Pati (Ed.), *Tutorship e attività di tirocinio: tra pensieri, vissuti, azioni*, EDUCatt, Milano 2012.
- <sup>28</sup> L. Zannini, *La tutorship nella formazione degli adulti. Uno sguardo pedagogico*, Guerini scientifica, Milano 2005.
- <sup>29</sup> R. Massa, *Educare o istruire? La fine della pedagogia nella cultura contemporanea*, Unicopli, Milano 1987.
- <sup>30</sup> L. Formenti, *Esperti di incertezza: il tutor come connettore sistemico*, in «Studium Educationis», 29, 1, 2018, pp. 81-90.
- <sup>31</sup> L. Zannini, *La tutorship nella formazione degli adulti. Uno sguardo pedagogico*, cit.
- <sup>32</sup> N. Bobbo, *Il tutoring per la formazione in ambito sanitario: competenze e strategie per la formazione delle identità professionali*, cit.
- <sup>33</sup> P. Magnoler, M. Pacquola, *Curare la professionalizzazione nelle organizzazioni: nuove pratiche e saperi del tutor*, in «Studium Educationis», vol. XIX, 1, 2018, pp. 115-131.
- <sup>34</sup> R. Massa, *Educare o istruire? La fine della pedagogia nella cultura contemporanea*, cit.
- <sup>35</sup> L. Zanini, L. Saiani, G. Renga, *Figure e metodi della tutorship nel diploma universitario per infermiere*, in «Rivista dell'Infermiere», vol. XVII, 1998, pp. 129-63.
- <sup>36</sup> O. Scandella, *Attraversare la letteratura, le metafore, le pratiche*, in R. Di Rienzo, O. Scandella (Eds.), *Pratiche in viaggio, La tutorship nella sanità in Italia e in Europa*, pp. 39-55, AUSL di Bologna, Bologna 2011, p. 48.
- <sup>37</sup> F. Canzan, O. Marognoli, A. Bevilacqua, F. Defanti, E. Ambrosi, L. Cavada, L. Saiani, *Una panoramica sui modelli di insegnamento e tutorato clinico degli studenti infermieri in tirocinio: revisione della letteratura*, in «Assistenza Infermieristica e Ricerca», vol. XXXVI, 2017, pp. 7-13.
- <sup>38</sup> L. Zannini, *La tutorship nella formazione degli adulti. Uno sguardo pedagogico*, cit.
- <sup>39</sup> Si veda O. Scandella, *Pensare alla tutorship. Riflessioni su una funzione emergente*, cit. e anche C. Piccardo, A. Benozzo, *Tutor all'opera*, cit.
- <sup>40</sup> C. Biasin, *Tutoring: significati, modelli e funzioni del tutorato*, cit.
- <sup>41</sup> M. Paul, *L'accompagnement. Une posture professionnelle spécifique*, L'Harmattan, Paris 2004.

- <sup>42</sup> L.A. Daloz, *Mentor. Guiding the Journey of Adult learners*, John Wiley & Sons, San Francisco 1999.
- <sup>43</sup> L. Grealish (2000), *The skills of coach are an essential element in clinical learning*, in «Journal of Nursing Education», vol. XXXIX, 5, pp. 231-233, p. 231.
- <sup>44</sup> F. Canzan et al., *Una panoramica sui modelli di insegnamento e tutorato clinico degli studenti infermieri in tirocinio: revisione della letteratura*, cit., p. 8.
- <sup>45</sup> O. Scandella, *Attraversare la letteratura, le metafore, le pratiche*, cit.
- <sup>46</sup> Si veda, per esempio, L. Zannini et al., *Figure e metodi della tutorship nel diploma universitario per infermiere*, cit. e anche F. Canzan et al., *Una panoramica sui modelli di insegnamento e tutorato clinico degli studenti infermieri in tirocinio: revisione della letteratura*, op. cit.
- <sup>47</sup> F. Canzan et al., *Una panoramica sui modelli di insegnamento e tutorato clinico degli studenti infermieri in tirocinio: revisione della letteratura*, op. cit., p. 8.
- <sup>48</sup> *Ibidem*.
- <sup>49</sup> Si veda, per esempio, G. Sandrone, *Tirocinio curriculare. Un modello in costruzione*, cit., p. 18.
- <sup>50</sup> *Ibidem*.
- <sup>51</sup> F. Canzan et al., 2017 *Una panoramica sui modelli di insegnamento e tutorato clinico degli studenti infermieri in tirocinio: revisione della letteratura*, op. cit.
- <sup>52</sup> C. Biasin, *Tutoring: significati, modelli e funzioni del tutorato*, cit., p. 20.
- <sup>53</sup> P. Magnoler, M. Pacquola, *Curare la professionalizzazione nelle organizzazioni: nuove pratiche e saperi del tutor*, cit.
- <sup>54</sup> C. Biasin, *Tutoring: significati, modelli e funzioni del tutorato*, cit., p. 29.
- <sup>55</sup> O. Scandella, *Attraversare la letteratura, le metafore, le pratiche*, cit.
- <sup>56</sup> L. Saiani, *Il tirocinio nelle professioni socio-sanitarie ed educative*, cit., p. 73.
- <sup>57</sup> Si veda il documento del Gruppo di lavoro della “Commissione Nazionale dei corsi di laurea in infermieristica” sulla *Valorizzazione del tutorato*, reperibile al link su <http://cplps.altervista.org/blog/wp-content/uploads/2016/06/03-Valorizzazione-del-tutorato.pdf> (ultimo accesso 15/9/18).
- <sup>58</sup> *Ibidem*.
- <sup>59</sup> I primi due requisiti sono in linea con quelli emersi nella ricerca di M. Pacquola e B. Pacquola, relativa al tutorato nell’ingresso nel mondo del lavoro calzaturiero. Si veda, di questi autori, *Le rapport travail et formation dans l’industrie de la chaussure: le cas du Politecnico calzaturiero*, «Hors-serie AFPA les synergies travail-formation, Education permanente», 2014, pp. 103-111.
- <sup>60</sup> Si veda il documento del Gruppo di lavoro della “Commissione Nazionale dei corsi di laurea in infermieristica” sulla *Valorizzazione del tutorato*, cit.
- <sup>61</sup> *Ibidem*.
- <sup>62</sup> Tra le forme di incentivo più frequenti si segnala: partecipazione a Progetti Obiettivo/RAR; indennità di coordinamento mensile; agevolazioni per la partecipazione a corsi di formazione; erogazione di crediti ECM per il tutorato svolto.
- <sup>63</sup> H.G. Gadamer, *Dove si nasconde la salute*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 1994.
- <sup>64</sup> C. Biasin, *Tutoring: significati, modelli e funzioni del tutorato*, cit.
- <sup>65</sup> S. Scalorbi, F. Burrai, *La qualità del tirocinio nel Corso di Laurea in Infermieristica. Indagine sulla soddisfazione degli studenti della Sezione Formativa Bologna 1 – Croce Rossa Italiana, Università degli Studi di Bologna*, cit.
- <sup>66</sup> *Ibidem*.
- <sup>67</sup> L. Zannini, *Fare formazione nei contesti di prevenzione e cura*, cit.
- <sup>68</sup> A. Palese, L. Grassetto, I. Mansutti, A. Destrebecq, S. Terzoni, P. Altini, A. Bevilacqua, A. Brugnolli, C. Benaglio, A. Dal Ponte, L. De Biasio, V. Dimonte, B. Gambacorti, A. Fasci, S. Grosso, F. Mantovan, O. Marognolli, S. Montalti, R. Nicotera, G. Randon, B. Stampfl, M. Tollini, F. Canzan, L. Saiani, L. Zannini, *Lo strumento italiano di misurazione della qualità dell’apprendimento clinico degli studenti infermieri*, in «Assistenza Infermieristica e Ricerca», vol. XXXVI, 1, 2017, pp. 41-50.
- <sup>69</sup> *Ivi*, p. 49.
- <sup>70</sup> R. White, C. Ewan, *Il tirocinio: l’insegnamento clinico del nursing*, cit.
- <sup>71</sup> M. Claeys, M. Deplaecie, T. Vanderplancke, I. Delbaere, D. Myny, D. Beeckman, S. Verhaeghe, *The difference in learning culture and learning performance between a traditional clinical placement, a dedicated education unit and work-based learning*, in «Nurse Education Today», vol. XXXV, 9, 2015, pp. e70-77
- <sup>72</sup> T. Freund, C. Everett, P. Griffiths, C. Hudon, L. Naccarella, M. Laurant, *Skill mix, roles and remuneration in the primary care workforce: Who are the healthcare professionals in the primary care teams across the world?*, in «International Journal of Nursing Studies», vol. LII, 3, 2015, pp. 727-743.
- <sup>73</sup> M.K. Rhodes, M.S. Schutt, G.W. Langham, D.E. Bilotta, *The journey to nursing professionalism: a learner-centered approach*, in «Nurse Education Perspectives», vol. XXXIII, 1, pp. 27-29.
- <sup>74</sup> L. Zannini, *Fare formazione nei contesti di prevenzione e cura*, cit.



- <sup>75</sup> T. Ferwick, M.A. Dahlgren, *Towards socio-material approaches in simulation-based education: lessons from complexity theory*, in «Medical Education», vol. XLIX, pp. 359-67.
- <sup>76</sup> P. Magnoler, M. Pacquola, *Curare la professionalizzazione nelle organizzazioni: nuove pratiche e saperi del tutor*, cit. p. 120.
- <sup>77</sup> A. Brugnolli, C. Benaglio, *Metodi di insegnamento clinico: una revisione della letteratura*, in «Assistenza Infermieristica e Ricerca», vol. XXXVI, 2017, pp. 14-23.
- <sup>78</sup> P. Magnoler, M. Pacquola, *Curare la professionalizzazione nelle organizzazioni: nuove pratiche e saperi del tutor*, cit., p. 120.
- <sup>79</sup> A. Brugnolli, C. Benaglio, *Metodi di insegnamento clinico: una revisione della letteratura*, cit.
- <sup>80</sup> L. Zannini, *La tutorship nella formazione degli adulti. Uno sguardo pedagogico*, cit.
- <sup>81</sup> O. Scandella, *Pensare alla tutorship. Riflessioni su una funzione emergente*, cit.
- <sup>82</sup> Ivi, p. 118.
- <sup>83</sup> Ibidem.
- <sup>84</sup> R. Mucchielli, *Apprendere il counseling. Manuale di autoformazione al colloquio di aiuto*, Erickson, Trento 2016.
- <sup>85</sup> J.M. De Ketele, *L'apprentissage accompagné: une diversité d'acteurs et de lieux*, in A. Jorro, J.M De Ketele, F. Merhan (eds.), *Les apprentissages professionnels accompagnés*, De Boeck, Bruxelles, 2017, pp. 221-226.
- <sup>86</sup> C. Biasin, *Tutoring: significati, modelli e funzioni del tutorato*, cit., p. 19.
- <sup>87</sup> R. White, C. Ewan, *Il tirocinio: l'insegnamento clinico del nursing*, cit.
- <sup>88</sup> G. Sandrone, *Tirocinio curriculare. Un modello in costruzione*, cit.
- <sup>89</sup> P. Mottana, *Formazione e affetti. Il contributo della psicoanalisi allo studio e alla elaborazione dei processi di apprendimento*, cit.
- <sup>90</sup> C. Palmieri, *Dentro il lavoro educativo. Pensare il metodo, tra scenario professionale e cura dell'esperienza educativa*, Franco Angeli, Milano, 2018.
- <sup>91</sup> C. Biasin, *Tutoring: significati, modelli e funzioni del tutorato*, cit., p. 16.
- <sup>92</sup> R. Massa (*Educare o istruire? La fine della pedagogia nella cultura contemporanea*, cit.), si riferiva al dispositivo, come a una strutturazione di spazi, tempi, attività, comportamenti che producono effetti sui soggetti che lo abitano. In altre parole, Massa parlava di «congegni» che agiscono senza esplicite intenzioni formative nel 'mondo della vita' (professionale e non).
- <sup>93</sup> Questa è una classica situazione in cui si manifesta l'*hidden curriculum* di un contesto formativo. Si veda L. Zannini, G. Randon, L. Saiani, *Il contributo della "Clinica della formazione" nell'esplorazione dell'hidden curriculum: una ricerca-intervento con un gruppo di infermieri- formatori italiani*, in «Medic Metodologia Didattica e Innovazione Clinica», vol. XXIV, 1, 2016, pp. 55-67.
- <sup>94</sup> G. Bateson, *Verso un'ecologia della mente*, Adelphi, Milano: 1976.
- <sup>95</sup> C. Palmieri, *Dentro il lavoro educativo. Pensare il metodo, tra scenario professionale e cura dell'esperienza educativa*, cit.
- <sup>96</sup> Ivi, p. 61.
- <sup>97</sup> A. Brugnolli, C. Benaglio, *Metodi di insegnamento clinico: una revisione della letteratura*, cit., p. 16.
- <sup>98</sup> S.K. Krackov, Giving feedback. In J.A. Dent, R.M. Harden (Eds.), *A practical guide for medical teachers* (pp. 357-367). London: Churchill Livingston – Elsevier, 2009.
- <sup>99</sup> S. Bonometti, L. Cadei, *Tutors e Tutee: traiettorie di costruzione dell'identità professionale nei contesti educativi*, in «Studium Education», 29, 1, 2018, pp. 103-114.
- <sup>100</sup> L. Mortari, *Apprendere dall'esperienza*, cit., p. 32.
- <sup>101</sup> D.A. Schön, *The Reflective Practitioner*, cit.
- <sup>102</sup> S. Bonometti, L. Cadei, *Tutors e Tutee: traiettorie di costruzione dell'identità professionale nei contesti educativi*, cit., p.105.
- <sup>103</sup> Si veda Ivi, p. 110.
- <sup>104</sup> P. Magnoler, M. Pacquola, *Curare la professionalizzazione nelle organizzazioni: nuove pratiche e saperi del tutor*, cit.
- <sup>105</sup> Si veda M. Knowles, *Using Learning Contract*, Jossey-Bass Publishers, San Francisco-London, 1986.
- <sup>106</sup> M. Mollahadi, S.M. Khademolhoseini, J. Mokhtari-Nouri, M. Khaghanizadeh, *The portfolio as a tool for mentoring in nursing students: a scoping review*, in «Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research», vol. XXIII, 4, 2018, pp.241-247.
- <sup>107</sup> R.M. Epstein, *Assessment in medical education*, in «New England Journal of Medicine», vol. 356, 4, pp. 387-96, p. 393.
- <sup>108</sup> L. Zannini, *Fare formazione nei contesti di prevenzione e cura*, cit.
- <sup>109</sup> S. Bonometti, L. Cadei, *Tutors e Tutee: traiettorie di costruzione dell'identità professionale nei contesti educativi*, cit., p. 110.
- <sup>110</sup> Rimandiamo a L. Zannini, G. Randon, L. Saiani, *Il contributo della "Clinica della formazione" nell'esplorazione dell'hidden curriculum: una ricerca-intervento con un gruppo di infermieri- formatori italiani*, cit.
- <sup>111</sup> L. Mortari, *Apprendere dall'esperienza*, cit.
- <sup>112</sup> A. Brugnolli, C. Benaglio, *Metodi di insegnamento clinico: una revisione della letteratura*, cit.
- <sup>113</sup> C. Palmieri, *Dentro il lavoro educativo. Pensare il metodo, tra scenario professionale e cura dell'esperienza educativa*, cit., p. 172.
- <sup>114</sup> R. Massa, *Educare o istruire? La fine della pedagogia nella cultura contemporanea*, cit.