

## **INDICE**

<b>INTRODUZIONE.....</b>	<b>pag.1</b>
<b>Capitolo 1 - Le professioni sanitarie: aspetti normativi e caratterizzanti</b>	
<b>1.1 Evoluzione storico-normativa delle professioni sanitarie.....</b>	<b>pag.3</b>
<b>1.1.1 Riforme degli anni 90.....</b>	<b>pag.4</b>
<b>1.1.2 Le riforme dal 2000 ad oggi.....</b>	<b>pag.6</b>
<b>1.2 Definizione delle professioni sanitarie.....</b>	<b>pag.9</b>
<b>1.3 Riferimenti normativi per la didattica degli atenei         (D.M. 270/04 e D.M. 19 febbraio del 2009).....</b>	<b>pag.15</b>
<b>Capitolo 2 –Le competenze delle professioni sanitarie</b>	
<b>2.1 Le Competenze per la formazione sanitaria.....</b>	<b>pag.18</b>
<b>2.2 Il Processo di Bologna.....</b>	<b>pag.20</b>
<b>2.3 Tuning Educational Structures in Europe.....</b>	<b>pag.22</b>
<b>2.4 I Descrittori di Dublino.....</b>	<b>pag.23</b>
<b>2.5 Core competence e Core curriculum.....</b>	<b>pag.25</b>
<b>Capitolo 3 – Il Tirocinio</b>	
<b>3.1 Il tirocinio professionalizzante nei CdL triennali.....</b>	<b>pag.28</b>
<b>3.2 Il Tirocinio professionale–definizione, finalità e principi pedagogici....</b>	<b>pag.29</b>
<b>3.3 Programmazione dei Tirocini.....</b>	<b>pag.31</b>
<b>3.4 Criteri di scelta delle sedi di tirocinio e Convenzioni.....</b>	<b>pag.33</b>
<b>3.5 Rapporti con le sedi di Tirocinio.....</b>	<b>pag.34</b>
<b>3.6 Coordinamento delle attività di tirocinio: il Direttore della Didattica         Professionale.....</b>	<b>pag.35</b>
<b>3.7 Sistemi di Tutorato Professionale.....</b>	<b>pag.36</b>
<b>3.8 Documentazione del tirocinio professionale.....</b>	<b>pag.39</b>
<b>3.9 Strumenti dell'apprendimento riflessivo (metaconoscenza).....</b>	<b>pag.39</b>

## **Capitolo 4 - La valutazione delle competenze professionali dello studente nel tirocinio**

<b>4.1 Il processo di valutazione.....</b>	<b>pag.40</b>
<b>4.2 La valutazione formativa durante l'esperienza di tirocinio.....</b>	<b>pag.42</b>
<b>4.3 La valutazione sommativa.....</b>	<b>pag.43</b>
<b>4.4 Progressione dello studente all'anno successivo.....</b>	<b>pag.44</b>
<b>4.5 I "Core Values".....</b>	<b>pag.45</b>
<b>4.6 Responsabilità del processo di valutazione delle competenze professionali acquisite in tirocinio.....</b>	<b>pag.46</b>
<b>4.7 Metodi di valutazione dell'apprendimento in tirocinio.....</b>	<b>pag.48</b>
<b>4.8 Strumenti di valutazione.....</b>	<b>pag.49</b>
<b>4.9 La Scheda di valutazione del tirocinio nell'UNIVPM.....</b>	<b>pag.50</b>
<b>4.10 Corsi di formazione per le guide di tirocinio.....</b>	<b>pag.54</b>

## **Capitolo 5 - Il progetto: questionario sulla valutazione degli studenti da parte delle guide di tirocinio rivolto ai Direttori della Didattica Professionale dei CdL triennali delle professioni sanitarie**

<b>5.1 Premesse e finalità.....</b>	<b>pag.56</b>
<b>5.2 Materiali e metodi.....</b>	<b>pag.56</b>
<b>5.3 Analisi dei dati.....</b>	<b>pag.58</b>
<b>5.4 Discussione.....</b>	<b>pag.87</b>

<b>CONCLUSIONI.....</b>	<b>pag.88</b>
-------------------------	---------------

<b>Allegato 1.....</b>	<b>pag.91</b>
------------------------	---------------

<b>Bibliografia.....</b>	<b>pag.98</b>
--------------------------	---------------

## **INTRODUZIONE**

La complessità dei contesti organizzativi odierni, nel mondo della sanità, richiede un professionista sanitario, non solo con solide competenze tecnico-specialistiche, ma anche con competenze organizzative, progettuali, pensiero critico e capacità di giudizio nell'operare scelte discrezionali e responsabili. Per rispondere con adeguata efficacia alle necessità emergenti, il tirocinio curricolare riveste un ruolo fondamentale nella formazione universitaria degli studenti dei Corsi di Laurea triennali delle Professioni Sanitarie, quale leva strategica per formare professionisti con competenze professionali spendibili nel mondo del lavoro e adeguate all'attuale panorama sanitario. Queste esperienze prevedono l'affiancamento dello studente a professionisti esperti che assumono una funzione tutoriale e di guida, promuovono e sostengono l'apprendimento integrando teoria e pratica. Il processo di insegnamento clinico inizia con la condivisione tutor-studente degli obiettivi e dei bisogni di apprendimento, con la scelta delle attività cliniche su cui esercitarsi, e con una valutazione formativa sulle performance cliniche raggiunte. La valutazione è un processo centrale per i referenti istituzionali del corso di studi, attraverso la quale si certifica se sono stati raggiunti gli obiettivi formativi e le competenze attese, e inoltre identifica ulteriori bisogni di apprendimento che richiedono supporto formativo da parte dei tutor. La valutazione risulta essere un momento complesso e delicato nel quale intervengono una moltitudine di variabili e criticità che possono inficiare la trasparenza del progetto di tirocinio. La mia stessa esperienza pluriennale come professionista sanitario, l'affiancamento agli studenti e la mia recente partecipazione al corso delle guide di tirocinio, organizzato dall'UNIVPM, mi ha portato a riflettere, sia sulle responsabilità e sul ruolo delle guide, che sull'importanza di operare una valutazione etica ed efficace che si elevi al di sopra delle credenze e dei pregiudizi personali per ambire a un giudizio formativo basato su criteri oggettivi e condivisi. Da qui nasce l'esigenza di fare chiarezza sul sistema di valutazione attraverso un questionario rivolto ai Direttori della Didattica Professionale dei Corsi di Laurea triennali delle Professioni Sanitarie, che sono responsabili e garanti dell'intero processo formativo e valutativo del tirocinio. Rappresentano un requisito indispensabile per l'attivazione dei Corsi di Laurea, svolgono una funzione di coordinamento, ovvero governano e supervisionano il sistema, potendo così disporre di una visione globale e completa del percorso formativo e delle eventuali criticità. Pertanto, il presente lavoro si pone

l'obiettivo di indagare e analizzare, attraverso le opinioni e i pareri dei Direttori della Didattica Professionale, alla luce della loro esperienza professionale, i diversi aspetti che caratterizzano il processo di valutazione, al fine di rilevare la situazione attuale, evidenziando possibili criticità e individuando eventuali proposte future e spunti di miglioramento.

## **Capitolo 1- Le professioni sanitarie: aspetti normativi e caratterizzanti**

### **1.1 Evoluzione storico-normativa delle professioni sanitarie**

Negli ultimi venti anni è stata avviata e realizzata una profonda riforma delle professioni sanitarie infermieristiche, ostetriche, tecniche, della riabilitazione, e della prevenzione, sia nell'aspetto ordinamentale che in quello formativo, quale esigenza di adeguamento all'evoluzione scientifica e tecnologica della sanità, ai nuovi bisogni di salute per una diversa organizzazione del lavoro e all'integrazione del nostro SSN nell'U.E.

La complessità dei contesti organizzativi odierni richiede un professionista in grado di aiutare, accettare e promuovere l'innovazione, in grado di offrire una professionalità agita, dinamica in permanente formazione. La rapidità dei progressi tecnologici e scientifici, l'acquisizione di una nuova consapevolezza di cittadini circa i loro diritti alla salute, esigono competenze adeguate alla complessità emergente e la formazione professionale è determinante per affrontare con successo i problemi e le opportunità che emergono.

Gli enormi cambiamenti nello scenario normativo sanitario hanno generato trasformazioni importanti nel contesto formativo e professionale, e hanno fortemente condizionato le relazioni tra il SSN e il sistema universitario.

È noto che spetta all'università il mandato di coniugare l'apprendimento teorico con quello clinico, definito tradizionalmente tirocinio, con l'obiettivo di formare professionisti con competenze adeguate all'attuale panorama sanitario. L'apprendimento clinico riveste un ruolo fondamentale, in quanto permette allo studente di confermare nella pratica ciò che ha appreso nella teoria, attraverso un processo attivo e responsabile, orientato secondo mandati normativi specifici italiani ed europei. Perfino i decreti che regolano l'organizzazione dei Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie riconoscono questo protagonismo del tirocinio.

È importante considerare le varie tappe dell'evoluzione legislativa in materia di professioni sanitarie, frutto di un lungo percorso di trasformazione, i cui principi teorici si sono fondati su ipotesi di risposta al mutato contesto socio-politico-economico ed all'evoluzione della domanda di salute che avrebbero cambiato lo scenario delle competenze e quindi dell'autonomia e delle responsabilità professionali.

Di seguito si espongono le tappe normative più significative, che rendono l'idea del percorso formativo universitario e professionale sviluppato.

### **1.1.1 Riforme degli anni '90**

Le riforme che definiscono le professioni sanitarie e ne delineano il percorso formativo iniziano negli anni '90, ma già agli inizi dagli anni '80 si prende coscienza della necessità di riformare l'ordinamento e la formazione di quell'insieme di profili sanitari definiti, sia professioni sanitarie ausiliarie e alcune arti sanitarie; quell'insieme che comunemente venivano definiti per negazione (non medici) o per approssimazione (paramedici) quasi mai con il proprio nome. Il T.U. delle leggi sanitarie (R.D. n. 1265/1934), in particolare distingueva coloro che operavano nel campo della sanità in tre categorie: professioni sanitarie principali (medico chirurgo, veterinario, farmacista e, dal 1985, l'odontoiatra); professioni sanitarie ausiliarie (levatrice, assistente sanitaria visitatrice e infermiera diplomata); arti ausiliarie delle professioni sanitarie (odontotecnico, ottico, meccanico ortopedico ed ernista, tecnico sanitario di radiologia medica e infermiere abilitato o autorizzato).

La **Legge n. 341 del 1990**, "*Riforma degli ordinamenti didattici universitari*", ha introdotto il grande percorso di cambiamenti, modificando il vecchio sistema accademico italiano e istituendo i Diplomi Universitari (DU). Essi rappresentano il primo livello degli studi universitari e la loro finalità è quella di "fornire agli studenti adeguata conoscenza di metodi e contenuti culturali e scientifici orientata al conseguimento del livello formativo richiesto da specifiche aree professionali". Si apre così il canale formativo universitario, con la soppressione delle scuole dirette a fini speciali, sebbene per alcuni anni viaggerà parallelo a quello tradizionale. Tale normativa ha avuto anche il merito di introdurre i protocolli di intesa tra le Università e le strutture del SSN.

Le tappe successive di cambiamento sono rappresentate dal **Decreto legislativo n. 502 del 1992** "*Riordino della disciplina in materia sanitaria a norma dell'art. 1 della l.23 ottobre 1992, n. 421*" che, avvia il processo di "professionalizzazione" e nell'adeguare l'impianto del SSN nato dalla legge n. 833/78, stabilì che "spetta al Ministro della sanità di individuare con proprio decreto le figure professionali da formare ed i relativi profili,

relativamente alle aree del personale sanitario infermieristico, tecnico e della riabilitazione” e trasferì la formazione all’Università facendola svolgere all’interno del SSN con docenti di norma da questo dipendente. Questa legge sancisce dunque l’unificazione dei due percorsi formativi, universitario e sanitario, in un unico profilo, definito in specifico con il **Decreto Ministeriale n. 42 del 24.7.1996** “*Approvazione della tabella XVIII-ter recante gli ordinamenti didattici universitari dei corsi di diploma universitario dell’area sanitaria, in adeguamento dell’articolo 9 della legge 19.11.90 n. 341*”, modifica la precedente tabella XXXIX-ter. A tal fine, le regioni e le università attivano appositi protocolli d’intesa per l’espletamento dei corsi a partire dal 1996, anno in cui sono soppressi tutti i corsi dei precedenti ordinamenti (universitari e professionali). Viene così definito un solo canale formativo, individuando nell’università l’unica strada percorribile per le professioni sanitarie.

L’impianto normativo sopra descritto fu perfezionato con la **Legge n. 42 del 1999** “*Disposizioni in materia di professioni sanitarie pubblicata nella gazzetta ufficiale n. 50 del 2 marzo 1999*” che all’art. 1 comma 2, recita: “Il campo proprio di attività e di responsabilità delle professioni sanitarie di cui all’articolo 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e sm.i., è determinato dai contenuti dei decreti ministeriali istitutivi dei relativi profili professionali e degli ordinamenti didattici dei rispettivi corsi di diploma universitario e di formazione post-base nonché degli specifici codici deontologici, fatte salve le competenze previste per le professioni mediche e per le altre professioni del ruolo sanitario per l’accesso alle quali è richiesto il possesso del diploma di laurea, nel rispetto reciproco delle specifiche competenze professionali”. Segna un passo fondamentale verso il processo di identificazione professionale, ovvero di valorizzazione delle responsabilità, delle autonomie e delle competenze professionali, attraverso l’abolizione dei mansionari e attraverso la sostituzione della definizione di “professione sanitaria ausiliaria” prevista dal Regio Decreto n° 1265/34, con quella di “professione sanitaria”.

Gli anni ‘90 si chiudono con il **Decreto 3 novembre 1999 n. 509**, “*Regolamento recante norme concernenti l’autonomia didattica degli atenei*”. La riforma universitaria, avviata in Italia con tale decreto, ha trasformato profondamente l’organizzazione della didattica

dei nostri atenei. La riforma si prefigge di allineare il sistema di istruzione superiore italiano a quello europeo; di abbreviare i tempi di conseguimento del titolo di studio e ridurre gli abbandoni; di unire, ad una preparazione metodologico-culturale, una formazione fortemente professionalizzante e la possibilità di un aggiornamento costante; di facilitare la mobilità degli studenti a livello nazionale e internazionale.

### **1.1.2 Le riforme dal 2000 ad oggi**

Con la **Legge n. 251 del 2000**, *“Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica”*, il progetto di valorizzazione professionale designato da anni si dirige verso la piena realizzazione. Disciplina le professioni sanitarie allocandole nelle seguenti aree: “Professioni sanitarie infermieristiche e professione sanitaria ostetrica”, “Professioni sanitarie riabilitative”, “Professioni tecnico-sanitarie”, “Professioni tecniche della prevenzione” e istituisce così la nuova qualifica unica di dirigente del ruolo sanitario e la laurea specialistica.

Il **D.M. 29 marzo 2001**, *“Definizione delle figure professionali di cui all'art. 6, comma 3, del d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, da includere nelle fattispecie previste dagli articoli 1, 2, 3 e 4, della l. 10 agosto 2000, n. 251 (art. 6, comma 1, l. n. 251/2000)”*, classifica le professioni sanitarie nelle aree definite dalla L.n.251/2000:

1. Nell'area «professioni sanitarie infermieristiche e professione sanitaria ostetrica» sono incluse le seguenti figure professionali: infermiere; ostetrica/o; infermiere pediatrico.
2. Nell'area «professioni sanitarie riabilitative» sono incluse le seguenti figure professionali: podologo; fisioterapista; logopedista; ortottista - assistente di oftalmologia; terapeuta della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva; tecnico della riabilitazione psichiatrica; terapeuta occupazionale; educatore professionale.
3. Nell'area «Professioni tecnico-sanitarie», articolata in area tecnico-diagnostica e area tecnico-assistenziale, sono incluse le seguenti figure professionali: tecnico audiometrista; tecnico sanitario di laboratorio biomedica; tecnico sanitario di radiologia medica; tecnico



di neurofisiopatologia; tecnico ortopedico; tecnico audioprotesista; tecnico della fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare; igienista dentale; dietista.

4. Nell'area «professioni tecniche della prevenzione» sono incluse le seguenti figure professionali: tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro; assistente sanitario.

Con il **Decreto ministeriale del 2.4.2001**, "*Determinazione delle classi delle lauree specialistiche universitarie delle professioni sanitarie*", sono stati ridefiniti i percorsi formativi universitari necessari all'acquisizione dei titoli abilitanti. Determina e definisce le classi dei Corsi di Laurea triennale e magistrale per le professioni sanitarie, esplicitandone le attività formative indispensabili e gli obiettivi formativi qualificanti. È indubbio che il nuovo ordinamento, si inserisce in un contesto normativo e culturale che vuole valorizzare le professioni sanitarie, in uno scenario dove la vera sfida è quella di fornire servizi appropriati, efficaci, di qualità.

Il **Decreto n. 270 del 22.10.2004**, "*Modifiche al regolamento recante norme concernenti l'autonomia didattica degli atenei, approvato con decreto del ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica 3 novembre 1999, n. 509*", ha modificato l'ordinamento universitario designato con il D.M. 509/99, che aveva introdotto il sistema dei 2 cicli accademici (3+2) e dei crediti formativi universitari (CFU), prevedendo una riorganizzazione dei corsi di laurea e laurea magistrale entrata a regime nell'anno accademico 2010-2011. Le principali modifiche introdotte sono: l'incremento dell'autonomia delle università nella definizione della propria offerta formativa; il cambiamento di denominazione dei percorsi del secondo ciclo accademico, da lauree specialistiche a lauree magistrali; la definizione delle classi di laurea triennali e magistrali; l'obbligo di una formazione iniziale di base e caratterizzante comune per un minimo di 60 CFU prima della differenziazione dei percorsi formativi. Con il D.M. 270 si evidenzia la necessità di un collegamento fra lo sviluppo di specifiche conoscenze professionali e le richieste del mondo del lavoro: la formazione nell'ambito di determinate professionalità, quindi, deve mirare all'inserimento lavorativo del laureato. Inoltre, l'ordinamento si attiene alle indicazioni dell'Unione Europea e il titolo conseguito

consente lo svolgimento dell'attività nei paesi aderenti alla stessa, nei quali la formazione di base è sostanzialmente simile, anche se le istituzioni formative differiscono.

Il DM 270 rappresenta quindi la riforma universitaria di riferimento attuale per quanto concerne l'ordinamento didattico. Sul piano dell'**organizzazione** interna degli atenei e il sistema di **reclutamento del personale** accademico, invece, la riforma universitaria attualmente vigente è quella stabilita con la **legge n. 240 del 30 dicembre 2010**.

Per completare il quadro normativo e l'evoluzione delle professioni sanitarie manca l'ultimo tassello, ovvero la trasformazione da collegi ad ordini e l'istituzione di albi e ordini per le professioni sprovviste. Per questo fu varata la **legge n. 43 del 1 febbraio 2006** *“Disposizioni in materia di professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione e delega al governo per l'istituzione dei relativi ordini professionali”*.

**La legge n. 3 dell' 11 gennaio 2018**, *“Delega al governo in materia di sperimentazione clinica di medicinali nonché disposizioni per il riordino delle professioni sanitarie e per la dirigenza sanitaria del ministero della salute”*, risolve la questione ordinistica per tutte le professioni sanitarie, nello stesso provvedimento, modificando in positivo tutto l'impianto dell'ordinamento professionale in sanità. Infatti, per la prima volta si sono regolamentate tutte le professioni sanitarie storiche, medico, odontoiatra, veterinario e farmacista ma anche le professioni sanitarie infermieristiche, tecniche-sanitarie, della riabilitazione, della prevenzione e della professione di ostetrica. Siamo, quindi, in presenza di un provvedimento con il quale il Ministero della Salute e con esso l'intero SSN estendono la loro diretta competenza sull'insieme delle professioni volte a tutelare e garantire il diritto alla salute. Finalmente grazie a questa legge si conclude la riforma delle professioni sanitarie infermieristiche, di ostetrica, tecniche, della riabilitazione e della prevenzione, riguardante l'elevazione dei collegi in ordini e l'istituzione di albi ed ordini per tutte le professioni sanitarie.

Il lungo percorso di cambiamento nella formazione, definizione e affermazione delle professioni sanitarie fin qui descritto, non è avvenuto solo ed esclusivamente per rispondere alle esigenze espresse dalle specifiche professioni sanitarie, ma anche perché i bisogni sanitari, la cultura dell'organizzazione sanitaria sono progressivamente

cambiate. Le professioni sanitarie stanno evolvendo rapidamente e richiedono elevate capacità progettuali e di scelta, piuttosto che l'applicazione di regole e procedure di saperi già consolidati ed utilizzati rigidamente. L'agire professionale sarà determinato dall'evoluzione scientifica, tecnologica e dell'organizzazione del lavoro e richiede una crescita dinamica di competenze e responsabilità professionali che si intrecciano con le scelte di programmazione aziendale, regionale e nazionale in reciproca evoluzione in base al mutare delle necessità. Gli stessi piani di studio, degli attuali corsi di laurea, che includono molti ambiti disciplinari, il cui contributo formativo è l'acquisizione di un sapere pratico fatto di competenze e conoscenze che costituiscono il patrimonio specifico dei diversi profili professionali, sono in fortissima dinamicità, se si pensa che i contenuti della formazione di base e post-base sono tutti in continuo aggiornamento.

## **1.2. Definizione delle professioni sanitarie**

Alla luce di questa panoramica storico-normativa, si vuole ora definire e descrivere le professioni sanitarie attualmente riconosciute dal Ministero della Salute. La definizione, fornita dall'art.1 della legge n. 43/2006 è: “Sono professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione, quelle previste ai sensi della legge 10 agosto 2000, n. 251, e del decreto del Ministro della sanità 29 marzo 2001, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 118 del 23 maggio 2001, i cui operatori svolgono, in forza di un titolo abilitante, attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione”.

Si elencano di seguito le professioni sanitarie riconosciute dallo Stato italiano con i principali riferimenti normativi (profili professionali):

### **Professioni sanitarie infermieristiche:**

**-Infermiere** (D.M. 14.09.1994, n. 739 e L. 18.12.1980, n. 905)

L'infermiere è l'operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante e dell'iscrizione all'albo professionale è responsabile dell'assistenza generale infermieristica.

**-Infermiere Pediatrico** (D.M. 17.01.1997, n. 70)

L'infermiere pediatrico è l'operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante e dell'iscrizione all'albo professionale, è responsabile dell'assistenza infermieristica pediatrica.

#### **Professione sanitaria ostetrica:**

**-Ostetrica /o** (D.M. 14.09.1994, n. 740 e L. 13.06.1985, n. 296)

L'ostetrica/o è l'operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante e dell'iscrizione all'albo professionale, assiste e consiglia la donna nel periodo della gravidanza, durante il parto e nel puerperio, conduce e porta a termine parti eutocici con propria responsabilità e presta assistenza al neonato.

#### **Professioni tecnico sanitarie:**

*Area Tecnico – diagnostica:*

**-Tecnico Sanitario di Radiologia Medica** (D.M. 14.09.1994, n. 746)

Il tecnico sanitario di radiologia è l'operatore sanitario che in possesso del diploma è universitario abilitante e dell'iscrizione all'albo professionale, responsabile degli atti di sua competenza ed è autorizzato ad espletare indagini e prestazioni radiologiche.

**-Tecnico Audiometrista** (D.M. 14.09.1994, n. 667)

Il tecnico audiometrista è l'operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante, svolge la propria attività nella prevenzione, valutazione e riabilitazione delle patologie del sistema uditivo e vestibolare, nel rispetto delle attribuzioni e delle competenze diagnostico-terapeutiche del medico.

**-Tecnico Sanitario di Laboratorio Biomedico** (D.M. 14.09.1994, n. 745)

Il tecnico sanitario di laboratorio biomedico è l'operatore sanitario, in possesso del diploma universitario abilitante, responsabile degli atti di sua competenza, che svolge attività di laboratorio di analisi e di ricerca relative ad analisi biomediche e biotecnologiche ed in particolare di biochimica, di microbiologia e virologia, di farmacotossicologia, di immunologia, di patologia clinica, di ematologia, di citologia e di istopatologia.

**-Tecnico di Neurofisiopatologia** (D.M. 15.03.1995, n. 183)

Il tecnico di neurofisiopatologia è l'operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante, svolge la propria attività nell'ambito della diagnosi delle patologie

del sistema nervoso, applicando direttamente, su prescrizione medica, le metodiche diagnostiche specifiche in campo neurologico e neurochirurgico (elettroencefalografia, elettroencefalografia, poligrafia, potenziali evocati, ultrasuoni).

*Area Tecnico – assistenziale:*

**-Tecnico Ortopedico** (D.M. 14.09.1994, n. 665)

Il tecnico ortopedico è l'operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante, su prescrizione medica e successivo collaudo, opera la costruzione e/o adattamento, applicazione e fornitura di protesi, ortesi e di ausili sostitutivi, correttivi e di sostegno dell'apparato locomotore, di natura funzionale ed estetica, di tipo meccanico o che utilizzano l'energia esterna o energia mista corporea ed esterna, mediante rilevamento diretto sul paziente di misure e modelli.

**-Tecnico Audioprotesista** (D.M. 14.09.1994, n. 668)

Il tecnico audioprotesista è l'operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante, svolge la propria attività nella fornitura, adattamento e controllo dei presidi protesici per la prevenzione e correzione dei deficit uditivi.

**-Tecnico della Fisiopatologia Cardiocircolatoria e Perfusioni Cardiovascolari** (D.M. 27.07.1998, n. 316)

Il tecnico di fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare è l'operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante e dell'iscrizione all'albo professionale, provvede alla conduzione e alla manutenzione delle apparecchiature relative alle tecniche di circolazione extracorporea ed alle tecniche di emodinamica.

**-Igienista dentale** (D.M. 15.03.1999, n. 137 )

L'igienista dentale è l'operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante, svolge compiti relativi alla prevenzione delle affezioni orodentali su indicazione degli odontoiatri e dei medici chirurghi legittimati all'esercizio della odontoiatria.

**-Dietista** (D.M. 14.09.1994, n. 744)

Il dietista è l'operatore sanitario, in possesso del diploma universitario abilitante, competente per tutte le attività finalizzate alla corretta applicazione dell'alimentazione e della nutrizione ivi compresi gli aspetti educativi e di collaborazione all'attuazione delle politiche alimentari, nel rispetto della normativa vigente.

### **Professioni sanitarie della riabilitazione:**

#### **-Podologo** (D.M. 14.09.1994, n. 666)

Il podologo è l'operatore sanitario che in possesso del diploma universitario abilitante, tratta direttamente, nel rispetto della normativa vigente, dopo esame obiettivo del piede, con metodi incruenti, ortesici ed idromassoterapici, le callosità, le unghie ipertrofiche, deformi e incarnite, nonché il piede doloroso.

#### **-Fisioterapista** (D.M. 14.09.1994, n. 741)

Il fisioterapista è l'operatore sanitario, in possesso del diploma universitario abilitante, che svolge in via autonoma, o in collaborazione con altre figure sanitarie, gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione nelle aree della motricità, delle funzioni corticali superiori, e di quelle viscerali conseguenti a eventi patologici, a varia eziologia, congenita od acquisita.

#### **-Logopedista** (D.M. 14.09.1994, n. 742)

Il logopedista è l'operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante, svolge la propria attività nella prevenzione e nel trattamento riabilitativo delle patologie del linguaggio e della comunicazione in età evolutiva, adulta e geriatrica.

#### **-Ortottista - Assistente di Oftalmologia** (D.M. 14.09.1994, n. 743)

L'ortottista-assistente di oftalmologia è l'operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante e su prescrizione del medico, tratta i disturbi motori e sensoriali della visione ed effettua le tecniche di semeiologia strumentale-oftalmologica.

#### **-Terapista della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva** (D.M. 17.01.1997, n. 56)

Il terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva è l'operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante, svolge, in collaborazione con l'equipe multiprofessionale di neuropsichiatria infantile e in collaborazione con le altre discipline dell'area pediatrica, gli interventi di prevenzione, terapia e riabilitazione delle malattie neuropsichiatriche infantili, nelle aree della neuro-psicomotricità, della neuropsicologia e della psicopatologia dello sviluppo.

#### **-Tecnico Riabilitazione Psichiatrica** (D.M. 29.03.2001, n.182)

Il tecnico della riabilitazione psichiatrica è l'operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante, svolge, nell'ambito di un progetto terapeutico elaborato

da un'equipe multidisciplinare, interventi riabilitativi ed educativi sui soggetti con disabilità psichica.

**-Terapista Occupazionale** (D.M. 17.01.1997, n. 136)

Il terapista occupazionale è l'operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante, opera nell'ambito della prevenzione, cura e riabilitazione dei soggetti affetti da malattie e disordini fisici, psichici sia con disabilità temporanee che permanenti, utilizzando attività espressive, manuali - rappresentative, ludiche, della vita quotidiana.

**-Educatore Professionale** (D.M. 08.10.1998, n.520)

L'educatore professionale è l'operatore sociale e sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante, attua specifici progetti educativi e riabilitativi, nell'ambito di un progetto terapeutico elaborato da un'equipe multidisciplinare, volti a uno sviluppo equilibrato della personalità con obiettivi educativo/relazionali in un contesto di partecipazione e recupero alla vita quotidiana; cura il positivo inserimento o reinserimento psicosociale dei soggetti in difficoltà.

**Professioni sanitarie della prevenzione:**

**-Tecnico della Prevenzione nell'Ambiente e nei luoghi di lavoro** (D.M. 17.01.1997, n. 58)

Il tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro è l'operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante, è responsabile, nell'ambito delle proprie competenze, di tutte le attività di prevenzione, verifica e controllo in materia di igiene e sicurezza ambientale nei luoghi di vita e di lavoro, di igiene degli alimenti e delle bevande, di igiene di sanità pubblica e veterinaria.

**-Assistente Sanitario** (D.M. 17.01.1997, n. 69)

L'assistente sanitario è l'operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante e dell'iscrizione all'albo professionale, è addetto alla prevenzione, alla promozione ed alla educazione per la salute.

I tre pilastri su cui poggiano le professioni sanitarie sono (rif. legge 42/1999):

- a) i profili professionali;
- b) la codificazione deontologica;
- c) i percorsi formativi.

Ognuno dei tre trova il suo compimento nelle competenze agite dai singoli professionisti.

**Il Profilo professionale** è un atto normativo di natura regolamentare che definisce il contenuto peculiare del tipo di prestazione, i titoli professionali richiesti e le specifiche abilitazioni stabilite dalla legge per l'esercizio della professione e che, concretamente, prevede un'ampia attribuzione di autonomie e responsabilità. Il profilo professionale è la pietra miliare nel processo di professionalizzazione. **Il codice deontologico** è un codice di comportamento, generalmente avente efficacia normativa, a cui il professionista deve attenersi per l'esercizio della sua professione. Non a caso il termine “deontologia”, che deriva dal greco δέον -οντος (deon) e -λογία (loghìa), significa letteralmente “studio del dovere”, cioè la trattazione filosofico-pratica delle azioni doverose e la loro codificazione. La deontologia professionale consiste nell'insieme delle regole comportamentali, il cosiddetto “codice etico”, che si riferisce in questo caso a una determinata categoria professionale. Le professioni della salute, a causa delle loro peculiari caratteristiche sociali devono rispettare un determinato codice comportamentale, il cui scopo è impedire di ledere la dignità o la salute di chi sia oggetto del loro operato. Ecco perché gli ordini professionali hanno elaborato codici di deontologia di cui sarebbero tutori mediante l'esercizio dei poteri disciplinari.

Per quanto concerne invece **il percorso formativo**, è necessaria la laurea di primo livello in Professioni Sanitarie, che afferiscono a quattro classi:

L/SNT1 – Professioni sanitarie infermieristiche e Professione sanitaria ostetrica;

L/SNT2 – Professioni sanitarie della riabilitazione;

L/SNT3 – Professioni sanitarie tecniche;

L/SNT4 – Professioni sanitarie della prevenzione.

I percorsi magistrali, invece, appartengono alle classi di:

LM/SNT1 – Scienze infermieristiche e ostetriche;

LM/SNT2 – Scienze riabilitative delle professioni sanitarie;

LM/SNT3 – Scienze delle professioni sanitarie tecniche;

LM/SNT4 – Scienze delle professioni sanitarie della prevenzione.

Tutti i percorsi di queste classi (sia quelli triennali, sia quelli magistrali) sono a numero programmato a livello nazionale. Per potersi immatricolare, quindi, occorre superare il test d'ammissione che si svolge ogni anno in un'unica data in tutte le sedi.



Per l'esercizio della professione è obbligatoria l'iscrizione ai rispettivi **Ordini professionali**. (Legge n. 3/2018). Il Ministero della salute esercita la vigilanza sugli Ordini provinciali e regionali e sulle relative Federazioni nazionali delle professioni sanitarie. Gli Ordini territoriali sono riuniti in Federazioni nazionali con sede in Roma. Alle Federazioni nazionali sono attribuiti compiti di indirizzo e coordinamento e di supporto amministrativo, agli Ordini nell'espletamento dei compiti e delle funzioni istituzionali. Gli Ordini e le relative Federazioni nazionali sono enti pubblici, non economici e agiscono quali organi sussidiari dello Stato, al fine di tutelare gli interessi pubblici, garantiti dall'ordinamento, connessi all'esercizio professionale. Sono dotati di autonomia patrimoniale, finanziaria, regolamentare e disciplinare e sottoposti alla vigilanza del ministero della Salute. Sono finanziati esclusivamente con i contributi degli iscritti, senza oneri per la finanza pubblica. Promuovono e assicurano l'indipendenza, l'autonomia e la responsabilità delle professioni e dell'esercizio professionale, la qualità tecnico-professionale, la valorizzazione della funzione sociale, la salvaguardia dei diritti umani e dei principi etici dell'esercizio professionale indicati nei rispettivi codici deontologici, al fine di garantire la tutela della salute individuale e collettiva; non svolgono ruoli di rappresentanza sindacale. Verificano il possesso dei titoli abilitanti all'esercizio professionale e curano la tenuta, anche informatizzata, e la pubblicità, anche telematica, degli albi dei professionisti, tenuti dagli Ordini stessi. Vigilano sugli iscritti agli albi, in qualsiasi forma giuridica svolgano la loro attività professionale, compresa quella societaria, irrogando sanzioni disciplinari secondo una graduazione correlata alla volontarietà della condotta, alla gravità e alla reiterazione dell'illecito, tenendo conto degli obblighi a carico degli iscritti, derivanti dalla normativa nazionale e regionale vigente e dalle disposizioni contenute nei contratti e nelle convenzioni nazionali di lavoro. Tutti i soggetti che operano nel sistema sanitario devono continuare a formarsi durante tutta la loro vita lavorativa attraverso il sistema di formazione continua in medicina ECM.

### **1.3 Riferimenti normativi per la didattica degli Atenei**

**(D.M. 270/04 e D.M. 19 febbraio del 2009)**

I principali riferimenti normativi per l'attuale ordinamento didattico universitario e l'organizzazione dei tirocini professionalizzanti dei Corsi di Laurea delle Professioni

Sanitarie sono Il DM n. 270/04, come già esposto, e il D.M. 19 febbraio del 2009. Si riportano alcuni aspetti normativi significativi per comprendere l'organizzazione delle strutture didattiche degli atenei e l'ordinamento universitario dei Corsi di Studio delle Professioni Sanitarie. **Il D.M. 270/04** emana disposizioni concernenti i criteri generali per l'ordinamento degli studi universitari e determina la tipologia dei titoli di studio rilasciati dalle università, ovvero: laurea (L), laurea magistrale (L.M.), il diploma di specializzazione (DS) e il dottorato di ricerca (DR). Il corso di laurea ha l'obiettivo di assicurare allo studente l'inserimento nel mondo del lavoro e l'esercizio delle attività professionali regolamentate, nell'osservanza delle disposizioni di legge e dell'Unione Europea. Vengono definite le classi di appartenenza dei corsi di studio aventi gli stessi obiettivi formativi qualificanti e le conseguenti attività formative. Si definisce il credito formativo universitario (CFU), al quale corrispondono 25 ore di impegno complessivo per studente. Per conseguire la laurea lo studente deve aver acquisito 180 crediti, per la laurea magistrale 120 crediti. Gli obiettivi formativi qualificanti e le attività formative indispensabili per ogni classe di laurea, sono individuati dai decreti ministeriali e sono raggruppati in due tipologie: attività formative relative alla formazione di base e attività formative caratterizzanti la classe. Inoltre i corsi di studio dovranno prevedere anche altre attività formative, come attività formative scelte autonomamente dallo studente, relative alla preparazione della prova finale per il conseguimento del titolo di studio, volte ad acquisire altre abilità utili per l'inserimento nel mondo del lavoro, relative ai tirocini formativi presso enti pubblici o privati, sulla base di apposite convenzioni.

Il D.M. 270/04 sancisce l'autonomia degli atenei attraverso **i regolamenti didattici di ateneo**, che emanati con decreto rettorale, disciplinano gli ordinamenti didattici dei propri corsi di studio in particolare determinando le denominazioni e gli obiettivi formativi dei corsi di studio, il quadro generale delle attività formative e i crediti assegnati a ciascuna attività formativa e a ciascun ambito e le caratteristiche della prova finale per il conseguimento del titolo di studio. Inoltre disciplinano anche gli aspetti di organizzazione dell'attività didattica comuni ai corsi di studio, come:

- i criteri di accesso ai corsi di laurea per i quali, gli iscritti ai corsi di laurea, afferenti alla medesima classe, condividono le stesse attività formative di base e caratterizzanti comuni per un minimo di 60 crediti prima della differenziazione dei percorsi formativi;

- gli obiettivi, i tempi e i modi con cui le strutture didattiche provvedono collegialmente alla programmazione, al coordinamento e alla verifica dei risultati delle attività formative;
- le procedure per lo svolgimento degli esami e delle altre verifiche di profitto, nonché della prova finale per il conseguimento del titolo di studio;
- le modalità con cui si perviene alla valutazione del profitto individuale dello studente, che deve essere espressa con una votazione in trentesimi per gli esami e in centodecimi per la prova finale, con eventuale lode.

Il **regolamento didattico di un corso di studio**, invece, deliberato dalla competente struttura didattica in conformità con l'ordinamento didattico, specifica gli aspetti organizzativi del corso di studio e determina in particolare l'elenco degli insegnamenti, gli obiettivi formativi specifici, i crediti, i curricula offerti agli studenti e le regole di presentazione, dei piani di studio individuali e le disposizioni sugli eventuali obblighi di frequenza. Le università assicurano la periodica revisione dei regolamenti didattici dei corsi di studio, in particolare per quanto riguarda il numero dei crediti assegnati ad ogni insegnamento o altra attività formativa.

Il **D.M 19 febbraio 2009**, che rivede i Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie alla luce della L. 270/04, recepisce l'importanza di una formazione professionale che miri all'inserimento lavorativo del laureato. In particolare sottolinea che la formazione dei predetti corsi, avviene nelle università, nelle Aziende ospedaliere, nelle Aziende ospedaliero-universitarie, negli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico ovvero presso altre strutture del Servizio sanitario nazionale e istituzioni private accreditate, stipulando appositi protocolli di intesa tra le regioni e le università; al termine dei percorsi formativi i laureati devono acquisire le competenze professionali previste, per ciascuna figura professionale secondo i decreti ministeriali. Gli ordinamenti didattici dei Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie devono assicurare agli studenti una solida preparazione sia nelle discipline di base che in quelle caratterizzanti, garantendo loro la possibilità di svolgere tutte le attività formative e relative all'ambito delle attività didattiche tecnico-pratiche indispensabili ai fini dell'esercizio della professione. L'attività formativa pratica e di tirocinio clinico deve essere svolta con la supervisione e la guida di tutori professionali appositamente formati e assegnati. Nel definire gli ordinamenti didattici dei Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie le università specificano gli obiettivi formativi con riferimento alle professioni regolamentate dal Ministero della Sanità e in termini di

risultati di apprendimento attesi, con riferimento al sistema di Descrittori adottato in sede europea.

## **CAPITOLO 2- Le competenze delle professioni sanitarie**

### **2.1 Le competenze per la formazione sanitaria**

Negli ultimi anni si è cercato di rendere espliciti obiettivi e contenuti della formazione universitaria delle professioni sanitarie rapportandoli alle competenze professionali core. Nel panorama internazionale ed europeo elementi di rilievo quali il Bologna Process (1999) hanno facilitato il processo di armonizzazione dei percorsi formativi ai fini di facilitare in Europa la libera circolazione di studenti e professionisti fornendo indicazioni metodologiche molto utili. Il linguaggio e il riferimento comune, è un sistema basato sulle Competenze.

La direttiva emanata dal Dipartimento della Funzione Pubblica il 13 dicembre 2001 sostiene che “tutte le organizzazioni, per gestire il cambiamento e garantire un’elevata qualità dei servizi, devono fondarsi sulla conoscenza e sulle competenze. Devono, pertanto, assicurare il diritto alla formazione permanente, attraverso una pianificazione e una programmazione delle attività formative che tengano conto anche delle esigenze e delle inclinazioni degli individui”. Secondo queste indicazioni le *Job Description*<sup>1</sup> dei profili sono descritte sulla base delle competenze.

**La competenza** intesa in termini di conoscenze, capacità/abilità e comportamenti è il valore aggiunto del professionista, che viene messa in atto in un determinato contesto per raggiungere un determinato scopo.

Le Boterf<sup>2</sup> sostiene che la competenza è la capacità di orientarsi in determinate situazioni. “La competenza non risiede nelle risorse da mobilitare ma nella mobilitazione stessa dei saperi che si sono saputi selezionare, integrare e combinare in un contesto e per un obiettivo specifico”.

---

<sup>1</sup> I requisiti, le competenze necessarie e le responsabilità affidate alla nuova risorsa che l’azienda sta cercando.

<sup>2</sup> Guy Le Boterf, consulente e direttore de “Le Boterf Conseil” è esperto di gestione e sviluppo delle risorse umane

Secondo Le Boterf, "...la competenza esprime una relazione tra un soggetto e una specifica situazione lavorativa; essa scaturisce dall'analisi del "soggetto in azione", dalla considerazione del tipo di risorse che mette in campo e dalla modalità con cui le combina per raggiungere i risultati di volta in volta richiesti."

Nel creare dispositivi formativi che vogliano essere al passo con le attuali esigenze occorre tenere d'occhio tre linee guida precise, avere ben chiaro cosa ci viene richiesto per "formare alle competenze".

Nei vari ambiti della Formazione Professionale si evidenziano tre modelli di definizione e classificazione:

- **Capacità:** Insieme delle conoscenze, dei comportamenti, e degli atteggiamenti, acquisiti sia in processi d'apprendimento mirati, sia nell'esperienza pratica. Le capacità rappresentano il potenziale di una persona.
- **Competenze:** Combinazione, interazione delle capacità che vengono mobilitate per soddisfare determinate esigenze o per effettuare determinate attività.
- **Qualifiche:** Gruppi di competenze che vengono riconosciute da una autorità esterna.

**La competenza** risulta fondamentalmente dalla sintesi di tre componenti:

- la conoscenza**, cioè l'ambito del sapere concettuale;
- l'abilità/capacità (o skill)**, cioè l'aspetto operativo della competenza, il mettere in atto i principi che appartengono alla conoscenza;
- il comportamento (o modo d'agire)**, cioè la parte relativa al modo di eseguire le attività che incide sui rapporti con gli altri e sull'efficacia della mobilitazione dell'intera competenza stessa.

Queste tre componenti sono strettamente legate tra loro e vanno a costituire gli ambiti complessi del saper agire.

Si deve passare quindi dall'insegnamento, inteso come trasferimento di conoscenze dove la figura centrale è il docente, all'apprendimento inteso come un processo che comporta un cambiamento relativamente stabile nel modo di pensare, sentire e agire, che modifica l'organizzazione di conoscenze ed esperienze e che porta all'esercizio di nuove capacità modificando l'immagine di sé e del proprio ruolo. Tutto ciò ha come obiettivo principale la garanzia della qualità dei servizi sanitari centrati sulla professionalità delle risorse umane. Le Aziende Sanitarie che devono dare una risposta immediata ai bisogni dei cittadini in termini di miglioramento della qualità dei servizi potranno contare su

innovativi piani di formazione continua basati sulla programmazione per competenze. L'università avrà l'occasione di aggiornare i propri curricula basandoli sulle competenze richieste dal mercato del lavoro.

**Il modello ISFOL<sup>3</sup>** (Istituto per lo Sviluppo della Formazione professionale dei Lavoratori) opera in collaborazione con il ministero del Lavoro, con altre Amministrazioni dello Stato e con le Regioni per lo sviluppo della formazione professionale. Secondo il modello ISFOL vengono identificati quattro cluster di competenze:

**-Competenze di base:** sono le capacità che tutti i professionisti devono possedere all'ingresso nel mondo del lavoro e comprendono l'inglese, l'informatica, l'organizzazione aziendale e il diritto del lavoro.

**-Competenze trasversali:** sono le capacità comunicative e relazionali che ogni professionista dovrebbe possedere in qualunque settore professionale e che acquisisce durante l'arco della vita in contesti di educazione formale, non formale e informale. Queste riguardano l'area gestionale, innovativa e relazionale.

**-Competenze tecnico professionali:** sono le capacità distintive della figura professionale.

**-Competenze tecnico professionali trasversali al settore sanitario:** sono la contestualizzazione del modello nell'ambito sanitario e identificano le funzioni che descrivono le competenze comuni ad ogni professionista dell'ambito sanitario e comprendono la gestione, la formazione, la ricerca e la consulenza.

Il professionista in sanità risulta quindi essere la "composizione" di questi quattro ambiti descritti.

## 2.2 Il Processo di Bologna

Il Processo di Bologna nasce nel 1999 come accordo intergovernativo di collaborazione nel settore dell'Istruzione superiore. L'iniziativa era stata lanciata con la Conferenza di Bologna alla conferenza dei Ministri dell'istruzione superiore europei, sottoscritta a Bologna nel giugno 1999 ed ispirata dall'antecedente incontro dei Ministri di Francia, Germania, Italia e Regno Unito del 1998 (Dichiarazione della Sorbona 1998). L'obiettivo

---

<sup>3</sup> Ente pubblico di ricerca con il compito di promuovere attività di studio, sperimentazione, valutazione, consulenza e assistenza tecnica per lo sviluppo della formazione professionale, delle politiche sociali e del lavoro.

ultimo del Processo di Bologna è la creazione di uno Spazio Europeo dell'Istruzione Superiore (EHEA - European Higher Education Area) che si basasse su principi e criteri condivisi tra i Paesi firmatari, ovvero:

- libertà accademica, autonomia istituzionale e partecipazione di docenti e studenti al governo dell'istruzione superiore;
- qualità accademica, sviluppo economico e coesione sociale;
- incoraggiamento alla libera circolazione di studenti e docenti;
- sviluppo della dimensione sociale dell'istruzione superiore;
- massima occupabilità e apprendimento permanente dei laureati;
- considerazione di studenti e docenti quali membri della medesima comunità accademica;
- apertura all'esterno e collaborazione con sistemi di istruzione superiore di altre parti del mondo.

Partecipano attualmente al Processo di Bologna 46 Paesi, tutti firmatari della Convenzione Culturale Europea e tutti impegnati a raggiungere gli obiettivi dello Spazio Europeo dell'Istruzione Superiore. Il Processo di Bologna ha innescato in tutta Europa una serie di riforme radicali nel settore dell'Istruzione Superiore, a livello sistemico e istituzionale. Il Processo di Bologna è noto soprattutto per aver strutturato l'Istruzione Superiore in tre cicli (primo, secondo e terzo ciclo), così da far convergere formalmente strutture europee di Istruzione Superiore molto differenziate, e allinearle a standard internazionali.

Nel 2005, i Ministri dell'Istruzione dei Paesi partecipanti al Processo di Bologna hanno adottato un Quadro generale dei Titoli dello Spazio Europeo dell'Istruzione Superiore articolato in tre cicli, e hanno trovato un accordo circa l'opportunità di sviluppare quadri nazionali dei titoli compatibili con tale Quadro generale.

I diversi Paesi europei stanno attualmente definendo i risultati di apprendimento correlati ai titoli dei tre cicli dell'Istruzione Superiore, avvalendosi come punto di riferimento comune del Quadro generale dei Titoli dello Spazio Europeo dell'Istruzione Superiore. Anche il lavoro di definizione dei risultati di apprendimento rientra nell'ampio movimento che tende a incentrare sullo studente i processi di apprendimento e di insegnamento.

Obiettivo del riconoscimento è rendere possibile la spendibilità dei titoli in un sistema di istruzione o Paese diverso da quello di origine, senza perdere il pieno valore di tali titoli.

Gli strumenti che facilitano il riconoscimento dei titoli sono l'ECTS – European Credit Transfer System (Sistema Europeo per l'accumulazione ed il trasferimento dei Crediti) e il Diploma Supplement. L'ECTS descrive il carico di lavoro necessario per ottenere i risultati di apprendimento attesi da un percorso formativo. Il Diploma Supplement descrive il titolo in modo comprensibile, correlandolo al sistema di Istruzione Superiore nell'ambito del quale è stato rilasciato e al Quadro generale dei Titoli dello Spazio Europeo dell'Istruzione Superiore.

### 2.3 Tuning Educational Structures in Europe

Tuning Educational Structures in Europe è un progetto creato dalle Università, che si propone di offrire un approccio concreto per realizzare il Processo di Bologna a livello di istituzioni per l'Istruzione Superiore e di aree disciplinari. L'approccio Tuning consiste in una metodologia per progettare, rivedere, sviluppare, attivare e valutare i corsi di studio per ciascuno dei cicli di Bologna. La metodologia Tuning è stata sperimentata e stimata utile in diversi continenti, può quindi essere considerata valida in un contesto mondiale. Tuning serve inoltre da piattaforma nello sviluppo di punti di riferimento per varie aree disciplinari. Questi punti di riferimento sono essenziali per rendere i corsi di studio *comparabili, compatibili e trasparenti*.

I punti di riferimento sono espressi in termini di **risultati di apprendimento (learning outcomes)** e **competenze (competences)**.

**I risultati di apprendimento** consistono in dichiarazioni di ciò che ci si aspetta che lo studente debba conoscere, comprendere ed essere in grado di dimostrare alla fine di un processo di apprendimento e sono espressi in termini di livelli di competenza che lo studente dovrebbe raggiungere. I risultati di apprendimento vengono in genere formulati dallo staff accademico. Possono essere relativi a ad una singola unità didattica o modulo, o a un determinato periodo di studio.

**Le competenze** rappresentano una combinazione dinamica di attributi cognitivi e metacognitivi, relativi alla conoscenza e alle sue applicazioni, alle attitudini e alle responsabilità, e il loro sviluppo costituisce l'obiettivo di ogni corso di studio. Tali competenze si sviluppano in ogni unità didattica elementare (UDE) e vengono accertate a vari stadi del corso di studi. Si possono individuare competenze relative a una singola area disciplinare, e competenze generali/trasferibili e pertanto comuni ad ogni corso di



studio. Normalmente il loro sviluppo procede in una maniera integrata e ciclica durante tutto il corso di studio. Nonostante Tuning riconosca l'importanza della costruzione e dello sviluppo di competenze e abilità relative a specifiche aree disciplinare come elemento base nei corsi di laurea, è stata anche sottolineata la necessità di dedicare tempo e attenzione allo sviluppo di competenze generali o trasferibili. Quest'ultimo obiettivo sta diventando sempre più importante per preparare adeguatamente gli studenti al loro ruolo futuro nella società come lavoratori e cittadini. Tuning distingue tre tipi di **competenze generali e trasferibili**:

- Competenze strumentali**: capacità cognitive, metodologiche, tecnologiche e linguistiche;
- Competenze interpersonali**: abilità individuali, quali sono le capacità di interazione sociale e collaborazione;
- Competenze sistemiche**: abilità e competenze concernenti sistemi integrati (una combinazione di comprensione, sensibilità e conoscenza; è richiesta una precedente acquisizione di competenze strumentali e interpersonali).

Tuning si è occupato dell'uso a livello europeo del **Sistema Europeo di Trasferimento e Accumulo Crediti (ECTS)** basato sul carico di lavoro dello studente. Per Tuning l'ECTS è un sistema che può facilitare, tramite l'accumulo di crediti, la mobilità degli studenti in tutta Europa, e permette di pianificare l'utilizzo ottimale del tempo degli studenti al fine di conseguire gli obiettivi del processo didattico. Secondo l'approccio Tuning, si possono attribuire dei crediti solo quando i risultati di apprendimento sono stati raggiunti. Il credito è un'unità di misura del carico di lavoro di uno studente, calcolato in base al tempo necessario per completare un determinato corso e che comprende sia le ore di lezione sia lo studio individuale. In riferimento al sistema di crediti ECTS: 60 crediti ECTS misurano il carico di lavoro di uno studente medio durante un anno accademico. Un credito corrisponde a 25/30 ore di lavoro.

## **2.4 I Descrittori di Dublino**

Come è già stato descritto, nel sistema di Istruzione Superiore, il processo di Bologna (1999) rappresenta sicuramente un momento determinante per la definizione dei percorsi di studio con i due cicli di laurea e con il successivo dottorato. In una logica di armonizzazione dei percorsi formativi, particolare attenzione è stata posta ad una corretta

definizione e declinazione degli obiettivi – formativi - riferiti a ciascun livello dell'istruzione superiore.

Un elemento fondamentale del Framework for the Qualifications of the European Higher Education Area (EHEA) è costituito dai Descrittori di Dublino (a Dublino avviene l'atto conclusivo della loro elaborazione); i Descrittori, definiti per i tre livelli della formazione superiore, identificano la natura del titolo di studio attraverso cinque tipologie di apprendimenti che gli studenti devono dimostrare di aver acquisito per poter conseguire il titolo stesso. L'attenzione è posta pertanto su ciò che lo studente deve apprendere e sullo sviluppo delle proprie competenze. Dunque gli obiettivi formativi dei corsi di laurea e laurea magistrale italiani sono impostati secondo i Descrittori di Dublino, che sono enunciazioni generali dei tipici risultati conseguiti dagli studenti che hanno ottenuto un titolo dopo aver completato con successo un ciclo di studio. Esprimono dunque i risultati di apprendimento che ci si attende siano conseguiti da tutti coloro che concludono positivamente un percorso formativo e sono espressi attraverso un parametro europeo. I risultati dell'apprendimento devono essere espressi non solo in termini di conoscenze attese ma anche in termini di competenze e di abilità/capacità devono essere poi riempiti con gli specifici contenuti relativi agli obiettivi dei diversi corsi di studio.

Per il I, II e III ciclo di studi sono stati costruiti in base ai seguenti elementi:

•**Conoscenza e capacità di comprensione (knowledgeand understanding):** si fa riferimento alla capacità del discente di rielaborare quanto studiato in modo da trasformare le conoscenze apprese in una riflessione che presenti dei tratti di originalità.

•**Conoscenza e capacità di comprensione applicate (applyingknowledgeand understanding):** si fa riferimento alla capacità dello studente di fare applicazione pratica del sapere acquisito: ciò anche, e soprattutto, in ambiti diversi da quelli nei quali le conoscenze apprese vengono tradizionalmente utilizzate.

•**Autonomia di giudizio (makingjudgements):** lo studente dev'essere in grado di approfondire autonomamente quanto imparato, onde utilizzare le conoscenze di base come una "piattaforma" di partenza che gli consenta di pervenire a risultati ulteriori contraddistinti da una maturità sempre maggiore e da una autonomia di giudizio sempre più ampia.

•**Abilità comunicative (communicationskills):** chi ha superato con profitto uno specifico insegnamento deve acquisire la capacità di veicolare ai propri interlocutori, in modo chiaro e compiuto, le conoscenze acquisite.

•**Capacità di apprendere (learningskills):** fermo restando che la frequenza delle lezioni costituisce un sussidio didattico rilevante, lo studente deve progressivamente rendersi autonomo dal docente, acquisendo la capacità di affinare ed approfondire le proprie conoscenze attraverso un percorso di formazione senz'altro condivisibile con gli altri discenti, ma non privo di autonomia ed originalità.

Nello specifico, i titoli finali di Istruzione Superiore di **primo ciclo**, ovvero ai Corsi di Laurea triennali delle Professioni Sanitarie, possono essere conferiti agli studenti che:

- siano in grado di dimostrare conoscenze e capacità di comprensione in un campo di studi di livello post secondario e siano a un livello che, caratterizzato dall'uso di libri di testo avanzati, include anche la conoscenza di alcuni temi d'avanguardia nel proprio campo di studi (Conoscenza e capacità di comprensione);

- siano capaci di applicare le loro conoscenze e capacità di comprensione in maniera da dimostrare un approccio professionale al lavoro, e possesso di competenze adeguate sia per ideare e sostenere argomentazioni che per risolvere problemi nel proprio campo di studi (Conoscenza e capacità di comprensione applicate);

- siano capaci di raccogliere e interpretare i dati (normalmente nel proprio campo di studio) ritenuti utili a determinare giudizi autonomi, inclusa la riflessione su temi sociali, scientifici o etici ad essi connessi (Autonomia di giudizio);

- sappiano comunicare informazioni, idee, problemi e soluzioni a interlocutori specialisti e non specialisti (Abilità comunicative);

- abbiano sviluppato quelle capacità di apprendimento che sono necessarie per intraprendere studi successivi con un alto grado di autonomia (Capacità di apprendere).

## **2.5 Core competence e Core curriculum**

Nella formazione dei professionisti sanitari è sfumata la distinzione tra teoria e pratica, gli studenti hanno la necessità di apprendere capacità progettuali, di problem solving e non più solo la semplice capacità di applicare procedure e regole standardizzate. L'ambito

sanitario necessita di professionisti con competenze organizzative e progettuali oltre che di solide competenze tecnico-specialistiche, ed è richiesta una capacità “metacognitiva” nel comprendere e rapportarsi ai bisogni degli assistiti, nell’apprendere a lavorare collaborando con altre professioni, nell’operare scelte discrezionali e responsabili in base ai bisogni emergenti. In questi anni, per rispondere con adeguata efficacia ai problemi di salute della comunità, vari e sostanziali sono stati i processi di trasformazione degli iter formativi dei relativi piani di studio delle professioni sanitarie; ciò ha portato a un progressivo aggiornamento e adeguamento della didattica tale da favorire una corretta realizzazione dei bisogni formativi del professionista sanitario. Una difficoltà emersa da una prima analisi, è stata quella di trovare la giusta correlazione tra gli obiettivi formativi definiti del profilo professionale e la realizzazione dei vari progetti didattici nelle singole sedi dei corsi: dalla realtà osservata si evidenzia una disomogeneità formativa e poco confrontabile nei vari corsi di studi. Questo fatto genera quindi l’esigenza di una condivisione di strumenti, come il Core Curriculum, che nella definizione del Core Competence trova le conoscenze e quindi gli obiettivi formativi considerati indispensabili per la formazione di ogni professionista sanitario. Il Core Competence definisce l’essenza delle attività professionali, in stretta correlazione con il Core Curriculum, che esprime gli obiettivi didattici della formazione di base.

Per **Core Competence**, infatti si intende l’insieme di tre componenti importanti: conoscenze o sapere concettuale; abilità o aspetto operativo della competenza, e quindi la messa in atto dei principi che appartengono alle conoscenze; abilità o comportamenti, cioè le modalità di esercizio delle competenze, dell’agire professionale che include anche i valori propri della professione.

Lo studente deve acquisire queste conoscenze in modo completo e permanente per svolgere con efficacia, appropriatezza e in maniera eticamente irreprensibile la propria professione.

La formazione deve essere guidata da alcuni principi di riferimento raccomandati dall’Organizzazione Mondiale Sanità (OMS):

- **pertinenza:** da intendersi come grado di adeguatezza/sintonia tra i programmi di formazione basati sui bisogni sanitari rilevati nella popolazione e le competenze acquisite per poter agire;

- **posizione attiva dello studente:** in quanto protagonista dell'apprendimento, è necessario agire con l'intenzione di favorire un approccio pedagogico che attivi le sue capacità/potenzialità nei vari contesti sanitari, costruendo programmi educativi pertinenti, pianificati e realizzati per il raggiungimento degli obiettivi derivati dagli atti professionali impliciti nel profilo;
- **apprendimento per problemi:** questo è un processo in cui lo studente acquisisce le conoscenze necessarie per risolvere un problema appartenente al suo ambito professionale; il problema è uno stimolo per attivarsi a raccogliere informazioni che poi utilizzerà per comprendere le varie situazioni che gli si presentano (problem based learning);
- **valutazione valida:** tappa fondamentale, è un processo sistematico che permette di misurare il grado di raggiungimento degli obiettivi educativi attraverso uno strumento di misura che deve rispondere a criteri di qualità, validità, affidabilità oggettiva e comodità. Nella valutazione lo studente trova spunti per la motivazione all'apprendimento, diversamente dal processo di autovalutazione in cui può scoprire lacune e carenze culturali e tecnico-professionali trovando le soluzioni formative per colmarle (Guilbert, 1994).

Nell'ambito delle varie professioni sanitarie sono stati costruiti due documenti il Core curriculum e il Core competence del tirocinio.

Il **Core Curriculum**, definisce gli obiettivi educativi specifici per raggiungere le conoscenze, abilità e competenze richieste dal neo professionista; è organizzato in ambito culturale, tema generale, unità didattica elementare, livelli di conoscenza (superficiale, generale, particolareggiata), livelli di competenza (mnemonica, interpretativa, decisionale), livelli di abilità (teorica, pratica, autonoma).

Il **Core Competence del tirocinio**, descrive e motiva le competenze fondamentali (distintive e trasversali), essenziali ed irrinunciabili, che lo studente deve acquisire durante il tirocinio dei tre anni di corso; il documento è strutturato in ambiti di competenza, aree, obiettivi di apprendimento, abilità ed atteggiamenti.

Due documenti, quindi, entrambi riguardanti gli elementi essenziali della formazione di base del laureato nelle professioni sanitarie. Adottare le core competences come traguardi finali di un corso di studio rappresenta un elemento rivoluzionario che obbliga la pianificazione mirata all'acquisizione di competenze e non più di sole conoscenze.

## Capitolo 3 – Il tirocinio

### 3.1 Il tirocinio professionalizzante nei CdL triennali

Il tirocinio professionale rappresenta il cuore della preparazione professionale degli studenti dei Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie e la modalità formativa fondamentale per sviluppare competenze professionali, ragionamento diagnostico e pensiero critico.

Del tirocinio professionale si occupa la normativa che regolava, nel periodo anteriormente all'istituzione dei Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie, i requisiti di idoneità delle strutture per i Diplomi universitari nell'area medica; nel **D.M. 229/97** si legge: “le attività di tirocinio sono finalizzate a far acquisire allo studente abilità specifiche d'interesse professionale [...], funge da garante di tale processo l'intervento diretto di un operatore dello stesso profilo e di un coordinatore teorico-pratico”.

Successivamente, la **legge n. 251/2000** che definisce le modalità atte a predisporre ordinamenti didattici per corsi universitari finalizzati alla formazione degli operatori delle professioni sanitarie, ampio spazio viene mantenuto al tirocinio professionale, ritenuto modalità formativa fondamentale, nel corso dell'intero triennio, per sviluppare le abilità tecniche che permettano il massimo di efficienza professionale possibile.

La **legge n. 270/2004**, ha rappresentato l'occasione per riprogettare le esperienze maturate e ricomprenderle in una logica professionale che enfatizza il tirocinio come luogo in cui si favorisce lo sviluppo di una competenza professionale da spendere nel successivo percorso professionale sanitario. Il **D.M 19 febbraio 2009**, che rivede i Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie alla luce della L. 270/2004, recepisce per intero questa prospettiva e, dopo aver dato le linee generali di organizzazione del tirocinio, precisa: “Il raggiungimento delle competenze professionali si attua attraverso una formazione teorica e pratica che includa anche l'acquisizione di competenze comportamentali e che venga conseguita nel contesto lavorativo specifico di ogni profilo, così da garantire, al termine del percorso formativo, la piena padronanza di tutte le necessarie competenze e la loro immediata spendibilità nell'ambiente di lavoro. Particolare rilievo, come parte integrante e qualificante della formazione professionale, riveste l'attività formativa pratica e di tirocinio clinico, svolta con almeno 60 CFU con la supervisione e la guida di tutori professionali appositamente assegnati, coordinata da un docente appartenente al più

elevato livello formativo previsto per ciascun specifico profilo professionale e corrispondente alle norme definite a livello europeo ove esistenti”. La prospettiva decisamente funzionalista del tirocinio professionale è ben segnalata, anche a partire dal linguaggio utilizzato da questa norma: l’apprendimento che deriva dal tirocinio si esprime in competenze comportamentali, il risultato atteso al termine del percorso è la padronanza delle diverse competenze, che garantisce spendibilità lavorativa nei diversi profili sanitari.

Nei Corsi di Laurea in questi anni sono state sperimentate molte strategie formative nella formazione pratica degli studenti e Coordinatori e Tutor hanno investito notevoli sforzi per migliorare la loro preparazione pedagogica e per diffondere nei servizi-sedi di tirocinio competenze tutoriali. Tuttavia sono ancora poche le pubblicazioni e le ricerche sulla qualità e l’efficacia dei diversi modelli di tirocinio, pur in presenza di un ricco sapere tacito, non scritto o raccolto in documenti, di norma patrimonio interno dei singoli corsi di laurea. Sulla base di queste premesse si è iniziato, nell’ambito della Conferenza Permanente<sup>4</sup>, un lavoro di rete con Coordinatori e Tutor di molti Corsi di Laurea: fisioterapisti, terapisti della neuro psicomotricità dell’età evolutiva, logopedisti, tecnici della riabilitazione psichiatrica, infermieri, ostetriche, infermieri pediatrici, educatori professionali, tecnici sanitari di laboratorio biomedico, tecnici sanitari di radiologia medica, tecnici di neurofisiopatologia. Si è costituito un gruppo di lavoro per confrontare e condividere scelte e modelli di tirocinio al fine di elaborare orientamenti comuni da utilizzare anche in occasione della definizione dei nuovi regolamenti didattici. Si è prodotto un documento di riferimento condiviso a livello nazionale: “Principi e standard del tirocinio professionale nei Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie”.

### **3.2 Il Tirocinio professionale – definizione, finalità e principi pedagogici**

Il tirocinio professionale è una strategia formativa che prevede l’affiancamento dello studente ad un professionista esperto e in contesti sanitari specifici al fine di apprendere le competenze previste dal ruolo professionale. L’apprendimento in tirocinio avviene

---

<sup>4</sup> La Conferenza Permanente delle Classi di Laurea delle Professioni Sanitarie, si istituisce nel 2001 e riunisce i Presidenti di Consigli di Corso di Laurea e di Laurea specialistica, i Coordinatori degli insegnamenti professionalizzanti della singola sede universitaria e i rappresentanti delle singole professionalità alle quali i Corsi di Laurea sono rivolti.

attraverso la sperimentazione pratica, l'integrazione dei saperi teorico-disciplinari con la prassi operativa professionale ed organizzativa, il contatto con i membri di uno specifico gruppo professionale.

Le **Finalità** del tirocinio sono:

- Sviluppare competenze professionali, facilitando i processi di elaborazione e integrazione delle informazioni e la loro trasformazione in competenze;
- Sviluppare identità e appartenenza professionale offrendo l'opportunità allo studente di un progressivo superamento di immagini idealizzate della professione e successivamente lo aiuta a confermare la scelta;
- Sviluppare una pre-socializzazione al mondo del lavoro, facendo sperimentare ed apprezzare direttamente il contatto con contesti organizzativi, le relazioni lavorative che lo caratterizzano, i rapporti interprofessionali, i valori, i comportamenti lavorativi, che vi si possono manifestare. Tuttavia il tirocinio è soprattutto una strategia formativa e non sostituisce la necessità di un piano di inserimento lavorativo del neolaureato al momento dell'assunzione per sviluppare le competenze specifiche di quel contesto.

Le strategie per l'insegnamento e l'apprendimento in tirocinio devono considerare i seguenti **principi e valori pedagogici**:

- passaggio da un'enfasi storica sull'addestramento ad un modello di apprendimento dall'esperienza
- responsabilizzazione dello studente utilizzando metodi di apprendimento auto diretto applicando i principi dell'apprendimento degli adulti
- tutorialità per garantire supervisione e facilitazione dei processi di apprendimento
- trasparenza del processo di valutazione, ovvero gli studenti sono informati fin dall'inizio sugli standard che saranno usati per valutare le loro performance e sugli elementi che contribuiranno alla votazione finale di tirocinio.
- personalizzazione delle esperienze di tirocinio e flessibilità del percorso
- rispetto del diritto di privacy dello studente, ovvero i tutor e i supervisori gestiscono con riservatezza le informazioni connesse allo sviluppo delle performance dello studente e le utilizzano solamente a scopi formativi.

L'esperienza nei servizi permette allo studente di affrontare situazioni uniche e complesse che sono insolubili attraverso i soli approcci teorici; mediante la riflessione lo studente



può fare emergere tacite comprensioni sorte attorno alle esperienze e può trovare un senso nelle situazioni caratterizzate da incertezza o unicità che può sperimentare. Il tirocinio offre pertanto anche la possibilità di pensare sul fare, di approssimarsi ai problemi, di interrogarsi sui significati possibili di ciò che incontra nell'esperienza.

L'apprendimento per esperienza presuppone l'immersione in un contesto lavorativo di "apprendimento" contraddistinto da unicità di situazioni, variabilità, incertezza in modo da sviluppare la capacità di affrontare le reali problematiche professionali; l'osservazione e la riflessione sulle attività svolte da professionisti esperti; la possibilità di sperimentarsi nelle attività e quindi in competenze professionali core con progressiva assunzione di responsabilità; supervisione tutoriale dell'esperto che si assume la responsabilità di facilitare, attraverso i feedback, il processo di apprendimento.

Il tirocinio è inserito nell'iter formativo in modo integrato e su un piano dialettico tra teoria e pratica perché i saperi formali teorici integrandosi con i saperi pratici degli esperti si trasformano in competenza.

Il processo di apprendimento in tirocinio si articola di norma secondo le seguenti fasi:

- prerequisiti teorici;
- sessioni tutoriali che preparano lo studente all'esperienza, da esercitazioni, simulazioni in cui si sviluppano le abilità tecniche, relazionali e metodologiche in situazione protetta prima o durante la sperimentazione nei contesti reali;
- esperienza diretta sul campo con supervisione e accompagnata con sessioni di riflessione e rielaborazione dell'esperienza e feedback costanti.

A supporto di questi processi di apprendimento dall'esperienza possono essere assegnati allo studente compiti didattici (elaborati e approfondimenti scritti specifici ) e mandati di studio guidato.

### **3.3 Programmazione dei Tirocini**

L'impegno che lo studente deve dedicare al tirocinio è di minimo 60 CFU di cui non meno di 1200 ore (1400 ore per la prima classe) di esperienza sul campo a contatto con i professionisti presso servizi, strutture, aziende, comunità. La frequenza è obbligatoria per tutto il monte ore minimo e le eventuali assenze devono essere recuperate.

1 CFU di tirocinio corrisponde a 25 ore impegno studente (30 ore per la prima Classe). I crediti riservati al tirocinio sono da intendersi come impegno complessivo necessario allo

studente per raggiungere le competenze professionali core previste dal rispettivo profilo professionale.

Le esperienze di tirocinio orientate all'apprendimento di competenze professionali dovrebbero durare di norma dalle 4 alle 6 settimane e avere il carattere di continuità per consolidare le abilità apprese, favorire un senso di appartenenza alla sede, ridurre lo stress dello studente, aumentare il sentimento di auto-efficacia. Tirocini di breve durata e discontinui con numerose rotazioni in vari contesti non permettono l'apprendimento di abilità professionali, possono essere utili per raggiungere obiettivi specifici e limitati come per esempio osservare una tecnica o un contesto organizzativo particolare. Si concorda sulla necessità di prevedere almeno 5/6 esperienze di tirocinio in contesti diversi nel triennio. Nella programmazione triennale le esperienze di tirocinio sono inserite con gradualità, per durata e complessità crescente dal 1° al 3° anno. Premesso che è necessario garantire i prerequisiti teorici indispensabili ad affrontare sul campo la sperimentazione di abilità specifiche, nel corso del triennio le singole esperienze di tirocinio non devono necessariamente essere inserite in ciascun semestre e nemmeno sempre alla fine delle attività teoriche; nella distribuzione nel triennio possono essere successive alla teoria (per esempio al 1° anno), altre volte precederla (per esempio al 2° e 3° anno) o ancora integrarla (per esempio tirocinio al mattino e attività teorica al pomeriggio). Tali scelte devono essere motivate dagli obiettivi formativi, dalle opportunità formative e dalla disponibilità di sedi e risorse. Le ultime esperienze di tirocinio collocate al 3° anno offrono allo studente l'opportunità di provarsi in un'assunzione progressiva di autonomia professionale e operativa. Per garantire un utilizzo ottimale delle opportunità formative offerte dalle sedi di tirocinio e del tutorato, qualora necessario e possibile, si propone di non fare sempre coincidere i tirocini degli studenti dei 3 anni di corso, bensì alternare in contemporanea 1° e 3° anno o 1° e 2° anno; nel corso del triennio può essere utile per gli studenti provarsi in un'esperienza di affiancamento a studenti più giovani per apprendere e sviluppare competenze di guida e responsabilità di supervisione. È necessario trovare un giusto equilibrio tra quantità e qualità del tirocinio, considerando anche che non è sufficiente che lo studente abbia assolto il monte ore previsto, ma è il raggiungimento degli obiettivi formativi a sancire la conclusione del tirocinio.

### **3.4 Criteri di scelta delle sedi di tirocinio e Convenzioni**

Con sede di tirocinio si intende il Servizio che accoglie lo studente per un periodo di tempo definito. Le sedi di tirocinio devono essere selezionate accuratamente per la qualità dell'ambiente di apprendimento e delle prestazioni e cure erogate. I **criteri prioritari** con cui selezionare le sedi sono:

- l'offerta di opportunità di apprendimento rilevanti e coerenti con le esigenze dello studente e con gli obiettivi o standard formativi (es. numero e tipologia di utenti, varietà e complessità delle situazioni cliniche e organizzative e delle procedure assistenziali, diagnostiche e terapeutiche, preventive e riabilitative);
- la presenza di professionisti motivati all'insegnamento e alla supervisione dei tirocinanti, disponibili ad aderire a progetti di formazione al tutorato sul campo;
- rapporti intra-equipe ed equipe-studenti basati sul confronto e collaborazione;
- la garanzia delle condizioni di sicurezza dello studente.

Altri aspetti da considerare per la scelta delle sedi sono:

- presenza di modelli professionali e/o organizzativi innovativi
- orientamento ad adottare pratiche basate sulle evidenze scientifiche
- presenza di spazi per incontri con gli studenti riservati all'elaborazione, alla discussione di casi, alla consultazione di testi e/o materiale scientifico
- possibilità di partecipare a progetti di ricerca.

E' necessario garantire un monitoraggio continuativo della qualità delle sedi di tirocinio anche raccogliendo feedback dagli studenti.

Per l'individuazione e selezione delle sedi di tirocinio è responsabile il Direttore della Didattica Professionale che, in collaborazione con i Tutor, dopo un confronto con i Responsabili dei Servizi, propone al Consiglio di Corso l'accreditamento formale e l'avvio dell'iter di convenzione per la sede individuata. Inoltre è anche responsabile, insieme ai tutor, dell'assegnazione allo studente della sede di tirocinio, che deve essere progettata e personalizzata e guidata da: i bisogni e le necessità di apprendimento dello studente in relazione agli obiettivi di anno di corso e al livello raggiunto (criterio principale); la coerenza tra le opportunità offerte dalla sede e gli obiettivi; il clima organizzativo e stili di leadership della sede; la presenza di funzioni tutoriali più o meno intensive a seconda dei bisogni dello studente e le necessità personali dello studente (es. percorsi, distanza sede, ..) nei limiti del possibile.

Le sedi per il tirocinio professionale possono essere individuate nell'ambito delle strutture sanitarie e sociali delle Aziende convenzionate con l'Università attraverso i protocolli di intesa regionali o locali oppure strutture esterne nazionali o estere per le quali si deve procedere all'accreditamento e a specifiche convenzioni, secondo precise norme.

- **DIM Università-Salute 19 febbraio 2009** (Lauree triennali riforma 270), stabilisce che i corsi di laurea sono istituiti e attivati dalle facoltà di Medicina e Chirurgia e che la formazione avviene nelle Università, nelle Aziende ospedaliere, nelle Aziende ospedaliero-universitarie, negli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico o presso altre strutture del Servizio sanitario nazionale e istituzioni private accreditate. A tal fine sono stipulati appositi protocolli di intesa tra le Regioni e le Università.

- **Il D.M. 25 marzo 1998, n° 142** afferma che lo studente in tirocinio non sostituisce il personale e suggerisce un iter formale nei rapporti con le sedi che sono l'accreditamento e l'approvazione della qualità della sede da parte del Consiglio di Corso di Laurea, la stipula di una convenzione tra i due rappresentanti legali (Università e Ente), la stesura di un progetto formativo contenente obiettivi e referenti sia universitari che di sede per gli studenti.

- **Il Decreto 24 settembre 1997 n° 229** stabilisce che le attività di tirocinio sono finalizzate a far acquisire allo studente abilità specifiche d'interesse professionale e che a tal fine si possono attivare convenzioni con strutture, sia in Italia che all'estero, che rispondano ai requisiti di idoneità per attività, dotazione di servizi e strutture.

- **La Scheda MIUR Potenziale Formativo** riporta i requisiti minimi che il Ministero dell'Università chiede ogni anno alle Università per ognuno dei Corsi di Laurea e sono: le strutture didattiche, scientifiche e di supporto per attività pratiche e di tirocinio, le strutture dedicate per tipologia formativa, il rapporto numero studenti per ogni operatore dello stesso profilo: tra uno a uno e due a uno, e un coordinatore tecnico-pratico dello stesso profilo professionale per ogni corso.

### **3.5 Rapporti con le sedi di Tirocinio**

Il Direttore della Didattica Professionale attiva una stretta integrazione con le sedi di tirocinio attraverso le seguenti iniziative:

- all'inizio di ogni anno accademico presenta la programmazione triennale, i criteri di alternanza teoria-tirocinio e la durata delle esperienze di tirocinio;

- individua i criteri per scegliere i professionisti a cui saranno affiancati gli studenti nelle sedi di tirocinio e concorda le relative modalità di applicazione con i responsabili delle sedi di tirocinio;
- concorda le modalità di comunicazione tra coordinatori, tutor e sedi di tirocinio;
- raccoglie costantemente feedback sulla programmazione e suggerimenti per il miglioramento continuo della qualità dei tirocini anche coinvolgendo i professionisti dei servizi che hanno accompagnato gli studenti.

Nelle Strutture Sanitarie di grandi dimensioni si è dimostrata efficace l'individuazione, nell'ambito della Direzione delle professioni sanitarie, di un referente organizzativo dei tirocini unico per tutti i Corsi di Laurea, con la funzione di coordinare e integrare le richieste provenienti da diversi corsi di laurea e le esigenze dei servizi.

### **3.6 Coordinamento delle attività di tirocinio: il Direttore della Didattica Professionale**

La normativa che regola i Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie prevede un coordinamento delle attività di tirocinio regolamentata da alcune norme di seguito riportate.

**Il DIM 19 febbraio 2009** – Applicazione della L.270/04 ai Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie stabilisce che: “l'attività formativa e di tirocinio clinico deve essere svolta con la supervisione e la guida di tutori professionali appositamente formati e assegnati ed è coordinata, con incarico triennale, da un docente appartenente allo specifico profilo professionale, in possesso della Laurea Specialistica o Magistrale della rispettiva classe. E' compito del coordinatore garantire che gli insegnamenti tecnico-pratici siano conformi allo specifico profilo professionale, in adeguamento alle normative europee previste per gli specifici profili professionali, di concerto con il Consiglio di Corso di Laurea”. Requisito indispensabile per l'attivazione del Corso di Laurea è quindi l'individuazione di un “Direttore della Didattica Professionale” (ex Coordinatore delle attività pratiche di tirocinio) individuato secondo la normativa sopra riportata per assicurare l'integrazione tra gli insegnamenti teorici e il tirocinio, favorire la conformità degli insegnamenti professionali agli standard di competenza definiti e dirigere i tutor professionali. E' in genere un dipendente dall'Azienda sanitaria di riferimento (ma può esserlo anche dell'Università), appartiene al ruolo sanitario ed è nominato dal Consiglio

di Corso e dedicato alla funzione a tempo pieno. Le responsabilità e competenze del Direttore della Didattica Professionale sono:

- realizzare la programmazione e gestione delle attività di tirocinio considerando criteri formativi, organizzativi e clinici dei servizi, nonché le linee di indirizzo degli organi universitari e professionali;
- progettare, gestire e valutare le attività didattiche professionalizzanti avvalendosi per il tirocinio e i laboratori di tutori dedicati e/o dei servizi;
- promuovere il coordinamento degli insegnamenti disciplinari specifici facilitando l'integrazione degli insegnamenti teorici con quelli professionali assicurando la pertinenza formativa agli specifici profili professionali;
- gestire l'inserimento e lo sviluppo formativo dei tutor assegnati;
- fornire consulenza pedagogica e attività di orientamento agli studenti, attraverso colloqui ed incontri programmati;
- gestire le risorse in allineamento alle risorse di budget della struttura sanitaria in cui ha sede il Corso di laurea;
- promuovere strategie di integrazione con i referenti dei servizi sanitari per facilitare e migliorare la qualità dei percorsi formativi;
- garantire la sicurezza e gli adempimenti della normativa specifica;
- produrre report e audit rispetto all'attività formativa professionale realizzata;
- promuovere sperimentazioni e ricerca pedagogica nell'ambito delle attività professionalizzanti;
- certificare le competenze professionali in conformità agli standard professionali definiti.

### **3.7 Sistemi di Tutorato Professionale**

Con il Direttore della Didattica Professionale, in tutti i Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie, opera un sistema di tutori professionali che si organizza, in maniera diversa a seconda delle scelte locali. Dalle esperienze di tutorato dei tirocini attivate nei Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie infatti emerge una gran varietà di modelli, nei quali si rintracciano mediamente 2 o 3 livelli di tutorato assunti da professionisti dello stesso profilo degli studenti. La denominazione dei diversi livelli di tutorato, la loro organizzazione, la presenza più o meno intensiva nella sede formativa o nella sede di tirocinio risentono di condizioni organizzative e risorse locali.

Il termine tutor, di origine latina, deriva dal sostantivo tutor e dal verbo tueri : è colui che cura, che sostiene, che protegge, che dà sicurezza. Esistono anche termini vicini come mentore (in inglese mentor) che deriva dall'amico di Ulisse divenuto poi maestro e guida di Telemaco in sostituzione del padre, o come counselor (utilizzato negli Stati Uniti) dal latino consulo (prendersi cura, provvedere a ...). Il tutor è quindi una figura ben conosciuta nel panorama pedagogico presente sin dall'antichità, che si è rafforzata dal Medioevo in poi, in particolare presso gli ordini religiosi detentori di cultura e di mezzi di trasmissione del sapere come la lettura e la scrittura. Carl Rogers (1973) ritiene che non si può insegnare, ma solo facilitare l'apprendimento; si può apprendere solo ciò che si sente utile per il mantenimento e la crescita del Sé; l'autore definisce quindi il tutor come un facilitatore dell'apprendimento. Aggiunge anche che nell'ambiente di apprendimento si deve evitare qualsiasi forma di minaccia che possa rischiare di irrigidire le difese e, infine, che l'apprendimento si accompagna alla conquista dell'autonomia e alla realizzazione della personalità. Il tutor è un professionista che ha la funzione principale di facilitare gli apprendimenti sul campo dello studente e/o neoassunto, visto che è noto che l'apprendimento dall'esperienza sul campo comporta processi complessi. Diversi studi sostengono l'importanza dell'affiancamento di un tutor per sostenere e garantire il raggiungimento di risultati coerenti con il progetto formativo e per migliorare la qualità della pratica professionale.

Il tutor è stato istituito con la Legge n. 341 del 19 novembre 1990 "Riforma degli ordinamenti didattici universitari". Ogni Corso di Laurea attiva un sistema di tutori professionali e possiamo distinguere 3 livelli di tutorato e si è concordato sulla loro denominazione come segue.

- **Tutor della didattica professionale**, professionista assegnato alla sede formativa con competenze avanzate sia in ambito pedagogico che nello specifico ambito professionale. Collaborano con il Direttore della Didattica Professionale all'organizzazione e gestione dei tirocini, nella progettazione e conduzione di laboratori di formazione professionale e creano le condizioni per la realizzazione di tirocini di qualità. Sono responsabili dell'apprendimento dall'esperienza e facilitano i processi di apprendimento attraverso sessioni tutoriali. Selezionano le opportunità formative, integrano l'esperienza pratica con la teoria appresa, presidiano in particolare le prime fasi di apprendimento di un intervento

o di una competenza. Si occupano dell'apprendimento degli studenti in difficoltà, facilitano i processi di valutazione in tirocinio e tengono i rapporti con i tutori dei servizi.

- **Guida di tirocinio o supervisore clinico:** a livello del servizio sede di tirocinio lo studente è affiancato ad un professionista, di norma dello stesso profilo professionale, mentre svolge le sue normali attività lavorative. Rappresenta per lo studente un “modello di ruolo”, facilita l'apprendimento delle competenze professionali, favorendo le connessioni tra apprendimenti teorici e apprendimenti esperienziali, è garante della sicurezza dello studente. Vigila affinché gli utenti ricevano una prestazione di qualità anche quando delegata con supervisione agli studenti; si assicura che siano informati e diano il loro consenso ad essere assistiti da uno studente. Egli dipende dalla struttura presso la quale si svolge la formazione clinica.

- **Tutor clinico:** in alcuni Corsi di Laurea, all'interno del servizio della sede di tirocinio, è individuato, tra le guide, un collega che assume un ruolo di maggior coordinamento dei tirocinanti in quel servizio, si interfaccia con la sede formativa, cura gli accordi, aiuta i colleghi a selezionare le opportunità di apprendimento in coerenza con gli obiettivi e il piano di tirocinio condiviso con lo studente. Offre supporto ai Colleghi che affiancano gli studenti sia durante il percorso che nella fase della valutazione.

L'azione di tutoring più diretta nei confronti dello studente è, dunque, realizzata dal professionista che, presso la sede di tirocinio, ha il compito di guida di tirocinio e, in una dimensione formativa straordinariamente vicina all'apprendistato, accompagna lo studente sia all'osservazione e alla riflessione sui processi di lavoro tipici della professione, sia a qualche semplice intervento diretto, ancorché in situazione protetta. Non a caso, negli ultimi anni, nei Corsi di Laurea per le Professioni Sanitarie si è attivato un grande interesse per il ruolo del tutor, del professionista sanitario che accoglie lo studente e lo accompagna nel suo percorso di tirocinio. La tutorship, in questa nuova concezione, non si limita a funzioni organizzative e strumentali, ma diventa un vero e proprio strumento pedagogico di supporto ai processi di apprendimento attraverso i quali è possibile raccordare soggetti e risorse eterogenee tra di loro, trovare risposte pertinenti a bisogni formativi diversi e complessi, fornire supporto nei momenti di difficoltà, valorizzare le differenze e personalizzare i percorsi; insomma, un vero e proprio mezzo per l'apprendimento e per la connessione tra momenti teorici e momenti di pratica



professionale. Nessun determinismo, dunque, tra l'azione del tutor e quella del tirocinante, ma una relazione interpersonale fatta di responsabilità, di intenzionalità e di testimonianza, un rapporto educativo caratterizzato da una costitutiva reciprocità, pur nell'asimmetricità.

### **3.8 Documentazione del tirocinio professionale**

Il progetto formativo previsto per il tirocinio del Corso di Laurea deve essere documentato e presentato all'inizio di ogni anno accademico ai soggetti coinvolti. Deve contenere informazioni riguardo all'alternanza della teoria con il tirocinio, gli obiettivi educativi, standard attesi, modalità di valutazione, principi, modello pedagogico e di tutorato cui si ispira il progetto di tirocinio.

Ogni Corso di Laurea adotta propri strumenti di documentazione del percorso di tirocinio. Si ritengono tuttavia fondamentali i seguenti:

- Documento contenente il progetto di tirocinio, modello pedagogico proposto, obiettivi formativi, indicatori e strumenti di valutazione delle performance, funzioni dei Tutor;
- Contratti formativi, dossier, portfolio;
- Indirizzi per l'attività di laboratorio professionale e report scritti;
- Libretto triennale dove lo studente documenta la frequenza e le sedi di tirocinio;
- Documentazione del percorso di tirocinio;
- Monitoraggio della qualità del tirocinio: deve essere garantita una valutazione continua della qualità dell'offerta formativa professionalizzante;

### **3.9 Strumenti dell'apprendimento riflessivo (metacoscienza)**

Esistono almeno tre tecniche per lo stimolo della riflessione durante l'attività clinica tutoriale:

**-Il contratto di apprendimento o learning contract** è uno strumento di formazione che mira alla personalizzazione del percorso educativo, alla promozione dell'indipendenza del discente e allo sviluppo di un'attitudine alla formazione continua, fondata su di un impegno attivo nella propria autoeducazione. Il contratto è un piano di apprendimento concordato tra tutore e studente, che presuppone un consenso previo su obiettivi da raggiungere, tempo da impiegare, strategie e risorse predefinite, modalità con cui valutare

il raggiungimento degli obiettivi, momenti della valutazione, entità dell'impegno autonomo dello studente per conseguire gli obiettivi previsti nei tempi concordati.

**-Il briefing e debriefing** indicano i due momenti, prima e dopo un'esperienza di apprendimento sul campo, in cui il tutore incontra lo studente per costruirne il significato in una pratica riflessiva progettata. Il briefing ha soprattutto il fine di preparare il discente all'osservazione, di incuriosirlo, ma anche di preparargli intorno una rete protettiva. E' una riflessione finalizzata ad affrontare l'esperienza che include istruzioni e regole che permettano di raggiungere gli obiettivi prefissati. Il debriefing è una riflessione dopo l'esperienza per ottimizzare l'apprendimento analizzando l'esperienza sul campo e valutando quanti obiettivi sono stati pienamente raggiunti.

**-Il diario di bordo** è per i soggetti in apprendimento un formidabile strumento di scrittura riflessiva e continuativa nel tempo. Consiste nel resoconto giornaliero, o almeno settimanale, di esperienze assistenziali dalle quali sono scaturiti pensieri, sentimenti e reazioni: si tratta per lo più di episodi significativi o di "incidenti critici". Concorre a sviluppare diverse abilità: osservazione, documentazione, riflessione, e consente inoltre di tenere memoria dell'esperienza per poterla riesaminare e rivalutare a distanza di tempo. Il diario è un documento privato dello studente, eventualmente condivisibile a sua esclusiva discrezione con il tutore. Infatti non ha mai finalità valutative: è uno strumento di auto-valutazione esclusivamente formativa.

## **Capitolo 4 - La valutazione delle competenze professionali dello studente nel tirocinio**

### **4.1 Il processo di valutazione**

La valutazione ha sempre un significato pedagogico, ed indica la descrizione qualitativa e quantitativa dei comportamenti degli allievi, su cui si esprimono dei giudizi di valore che tengano conto delle condizioni ambientali in cui il processo educativo si esplica. Il termine valutazione deriva dal latino "valitus", e significa attribuire un valore. La valutazione ha una finalità educativa, che non si limita a controllare, misurazione, verificare, classificare gli alunni, ma ad aiutarli nel loro processo di maturazione.

La valutazione è una componente essenziale dell'insegnamento clinico/professionale. Attraverso il processo di valutazione si conferma che sono stati sviluppati le competenze definite dal Corso di Laurea secondo i descrittori di Dublino e il profilo professionale, e che lo studente può progredire verso altri risultati di apprendimento. Esso identifica inoltre ulteriori bisogni di apprendimento che richiedono supporto formativo da parte dei tutor, oppure più tirocinio da parte dello studente. La valutazione è quindi un processo attraverso il quale viene elaborato un giudizio sulla performance degli studenti che apprendono nei contesti di pratica professionale, performance relative a specifiche competenze che il neolaureato deve raggiungere. Tale valutazione deve privilegiare l'osservazione degli studenti nei contesti reali, viene fatta in laboratorio ed ha soprattutto un valore di accertamento propedeutico alla frequenza nelle sedi di tirocinio. Inoltre l'osservazione di specifiche performance simulate può essere utile come parte dell'esame annuale di tirocinio, che va ad integrare le valutazioni dei tirocini effettuati dallo studente sul campo. Attraverso la valutazione e in particolare attraverso "il che cosa è accertato" e "il come l'accertamento è condotto" si esprimono i valori e la filosofia formativa del Corso di Laurea. Nello stesso tempo la valutazione concorre a sviluppare una condivisione dei valori educativi all'interno della comunità di formatori. La valutazione è importante per garantire il raggiungimento delle seguenti finalità:

-**per gli Studenti**, acquisire con gradualità le competenze professionali con il conseguente passaggio all'anno successivo; comprendere le proprie potenzialità e debolezze (o aree di miglioramento) per orientare l'apprendimento successivo; incoraggiare le abitudini di autoriflessione e autovalutazione; rinforzare i valori professionali (identità e appartenenza dello studente).

-**per i Formatori** certificare il raggiungimento degli obiettivi secondo gli standard di competenze attese ai diversi livelli; classificare i livelli di preparazione dei singoli studenti per decidere la promozione o per riprogettare un ulteriore percorso formativo; revisionare gli standard di competenze per gli studenti ai diversi livelli di formazione; fornire dati sull'insegnamento clinico e teorico per promuovere cambiamenti e coerenza all'interno del curriculum tra le diverse attività formative; fornire dati per rivedere il sistema di valutazione; fornire dati per la ricerca formativa.

- **per i Cittadini** garantire laureati con competenze professionali certificate.

La valutazione è un momento delicato che talvolta può generare ansia sia per il valutatore che per lo studente valutato, divenendo possibile causa di conflitti cognitivi e sociali. Deve invece essere uno strumento educativo di crescita, finalizzato ad offrire l'opportunità a studenti e tutor per riflettere sulle singole abilità e competenze che erano oggetto di attenzione, in un'ottica metariflessiva che consentisse ad entrambi gli agenti della relazione di raggiungere una migliore consapevolezza rispetto al processo di ricerca di coerenza, insito in ogni percorso formativo, tra identità professionale desiderata ed agita. Un'opportunità quindi per comprendere la distanza, il gap tra, da un lato ciò che il corso di studi richiede in termini di apprendimenti conseguiti in base all'anno di frequenza e, dall'altro, le abilità già acquisite o ancora da acquisire o da rinforzare da parte dello studente: la scheda di valutazione dovrebbe essere non solo strumento di selezione (spesso come tale oggetto di ostilità da parte degli studenti e compito ingrato per i tutor), ma stimolo al miglioramento, spingendo lo studente a cercare di colmare le lacune identificate, e il tutor a trovare nuove modalità formative e relazionali, laddove le precedenti fossero risultate inadeguate (Baartman, 2007; Birenbaum, 2006; Knight, 2000). L'approccio valutativo dovrebbe essere non di tipo monologico e unidirezionale, ma di tipo dialogico, partecipato, co-costruito e multisorce, nel quale cioè entrambe le voci degli agenti possono essere udite e avere valore, e quindi tale da porre i presupposti per il superamento di alcuni tra i bias comunemente inficianti ogni valutazione non condivisa.

Il processo di valutazione si realizza durante il percorso di apprendimento in tirocinio dello studente con modalità tipiche della valutazione "formativa" e alla fine di ciascun anno di corso e del triennio con modalità invece più a carattere certificativo o sommativo.

## **4.2 La valutazione formativa durante l'esperienza di tirocinio**

La valutazione formativa serve per seguire lo studente in tutte le fasi dell'apprendimento e per predisporre interventi di rinforzo adeguati in caso di mancato conseguimento dell'obiettivo, consentendo quindi di controllare il processo di apprendimento clinico/professionale. La valutazione formativa durante le esperienze di tirocinio fornisce il feedback agli studenti per incoraggiarli a progredire nello sviluppo delle competenze.

Gli scopi della valutazione formativa sono:

- informare, proporre strategie e incoraggiare gli studenti verso lo sviluppo delle conoscenze e delle abilità professionali;
- identificare le aree rispetto alle quali sono necessari ulteriori apprendimenti e quindi fornire dati per una diagnosi formativa, che è la fase necessaria per progettare piani personalizzati di apprendimento.

La valutazione formativa deve essere garantita dal sistema tutoriale durante le esperienze di tirocinio, in particolare dal Tutor/guida che affianca lo studente e ne osserva le performance durante l'esperienza di tirocinio. Il momento della valutazione deve perciò costituire un momento di crescita e di consapevolezza tanto dello studente quanto del tutor, un'occasione per poter riflettere sui livelli di apprendimento raggiunti e quindi approfondire e stimolare la metariflessione sull'identità professionale, verificare le abilità ma anche le aree di miglioramento possibili e necessarie. In tal senso il tirocinio diventa quindi l'anello di congiunzione tra il sistema accademico e il mondo del lavoro e può costituire un valido dispositivo per formare/sviluppare nello studente quelle capacità che rappresentano una delle principali qualità del professionista "riflessivo" e "polivalente" nella società postmoderna (specialmente per quanti operano in ambito educativo) (Renda, Salemi, Malerba, 2016)

La valutazione formativa si attua su aspetti di competenza (core) importanti per permettere allo studente di avere ancora tempo e opportunità per migliorare le competenze non raggiunte, attraverso feedback e colloqui tutoriali progettati e formali. Per proteggere la finalità formativa è opportuno richiedere ai Tutor/guida di documentare per le competenze più importanti il livello raggiunto dallo studente, evitando di misurarlo con un voto. Questa fase di sintesi viene arricchita, se gestita in collaborazione tra il Tutor/guida della sede di tirocinio e il Tutor Professionale del corso di laurea, e condivisa con lo studente in un colloquio. La valutazione formativa assieme ad altri elementi contribuisce alla valutazione sommativa.

### **4.3 La valutazione sommativa**

La valutazione sommativa, talvolta chiamata anche certificativa, documenta il livello di competenza raggiunta dallo studente, lo sintetizza in un voto e consente di adottare le necessarie decisioni pedagogiche a seguito del successo/insuccesso dello studente.

La valutazione sommativa del tirocinio viene effettuata alla fine di ogni anno di corso per decidere se lo studente può accedere all'anno successivo o ai tirocini dell'anno successivo a seconda di quanto prevede il Regolamento didattico.

E' necessario dare tempo allo studente per apprendere, garantire frequenti feedback formativi prima di procedere ad una valutazione certificativa della performance. I sistemi di valutazione delle competenze attese devono essere espliciti e condivisi tra referenti del Corso e quelli dei servizi. I metodi di valutazione devono essere sottoposti a costante verifica per affidabilità e validità.

La valutazione sommativa delle competenze raggiunte dallo studente richiede la maggior obiettività possibile che è garantita da:

- collegialità di una Commissione
- criteri chiari e trasparenti ai quali corrispondono punteggi/voti graduati e condivisi.

L'esame di tirocinio annuale, un esame formale con approccio multimetodo, è la sintesi di informazioni e di dati sullo studente derivanti da più fonti :

- evoluzione nelle competenze documentata nelle schede di tirocinio
- qualità report, di progetti, di elaborati individuali
- prove standardizzate di fine anno.

Ogni Commissione decide quanto far pesare nella formulazione del voto di tirocinio annuale le tre diverse componenti e lo dichiara agli studenti. L'esame è gestito da una Commissione presieduta dal Direttore della Didattica professionale con una rappresentanza dei Tutor professionali, in alcuni casi si ritiene utile anche la presenza di altri docenti.

#### **4.4 Progressione dello studente all'anno successivo**

Il livello raggiunto nelle singole competenze attese dallo studente permette di prendere decisioni pedagogiche sulla sua progressione all'anno successivo di corso.

Questo richiede di definire la qualità e la quantità delle performance necessarie per considerare ciascuna competenza raggiunta, ma anche di definire il peso complessivo delle competenze per decidere se lo studente può passare all'anno successivo o ad obiettivi più avanzati solo quando ha raggiunto un livello soddisfacente in tutte le competenze o in quelle ritenute core.

Questa scelta può essere guidata dall'approccio definito compensatorio che prevede una valutazione globale delle competenze raggiunte dallo studente anche se raggiunte con livelli diversi. Solitamente gli elementi considerati in questo approccio sono la costante evoluzione dello studente e il suo impegno, il grado di complessità della competenza e il grado di "prerequisito" per il raggiungimento delle competenze previste per l'anno successivo. Il sistema compensatorio media gli aspetti di performance di uno studente usando i vari parametri per formulare un giudizio finale, ad esempio buone performance di una competenza compensano basse performance di un'altra competenza.

L'approccio non compensatorio ritiene che lo studente per progredire verso livelli successivi debba raggiungere un livello soddisfacente in tutte le competenze previste. Dopo ampia discussione emerge la proposta di considerare durante il triennio un approccio parzialmente compensatorio, che consideri alcune competenze core da raggiungere nell'anno di corso, soprattutto quelle che sono prerequisito per le successive o che rischiano di compromettere aspetti di sicurezza, per gli utenti, i servizi e per lo studente; mentre per altre competenze si può dare tempo allo studente di progredire per raggiungerle nel triennio.

Si concorda inoltre di focalizzare l'esame annuale di tirocinio soprattutto sulle competenze ritenute irrinunciabili per il passaggio all'anno successivo.

#### **4.5 I "Core Values"**

Nelle professioni di aiuto è importante poter misurare oltre alle conoscenze ed alle competenze anche i comportamenti degli studenti futuri professionisti nei diversi settori delle professioni sanitarie. Trasmettere conoscenze scientifiche ed applicarle sviluppandole attraverso comportamenti professionali è sempre stata una delle principali preoccupazioni dei corsi di formazione delle professioni sanitarie, ancora prima dell'accesso nelle università. Le discipline umanistiche (humanities) contribuiscono a forgiare il professionista soprattutto per gli aspetti relazionali ed empatici, che contribuiscono a sviluppare quella sensibilità creativa ed artistica tipica della specificità della relazione di aiuto di una professione. È solo attraverso la valutazione continua che gli educatori possono misurare il progresso che gli studenti stanno facendo nell'acquisizione di comportamenti professionali ed è sempre attraverso la valutazione che è possibile accertare il successo dei programmi utilizzati per la trasmissione dei valori

legati ad una professione (Arnold, 2002). I nuovi corsi mirano a trasmettere agli studenti anche valori come la dedizione, l'empatia, il rispetto ed altre qualità indispensabili per mettere in atto comportamenti ed affinare abilità che li portino ad essere un professionista in grado di risolvere problemi etici, morali e sociali, oltre a quelli clinici: un professionista che utilizza il pensiero critico come parte integrante del suo essere professionista (Sullivan, 1999). Gli educatori devono quindi dotarsi di un efficace strumento di valutazione, che possa cogliere i diversi aspetti del delicato e complesso percorso della formazione dove gli studenti possano anche autovalutarsi ed autoregolamentarsi (Robins, 2002). Un modello utilizzato durante la valutazione dei tirocini, che ha l'obiettivo di monitorare l'apprendimento comportamentale e valutare la coerenza e l'appropriatezza con i valori specifici della professione, è costituito da 2 sezioni: una contenente i comportamenti espressione dei valori professionali e l'altra i comportamenti ritenuti non professionali. Il modello dei "Core Values"<sup>5</sup> è un modello di valutazione adatto per misurare i comportamenti degli studenti relativi ai valori ritenuti fondamentali per tutte le professioni sanitarie: responsabilità, dedizione, empatia, eccellenza, senso del dovere ed integrità. La "Responsabilità" è la consapevolezza del proprio ruolo, delle proprie funzioni e delle conseguenze del proprio operato. La "Dedizione" è l'interesse verso i bisogni del paziente che viene posto prima del proprio. L'"Empatia" è la capacità di comprendere e mettersi in relazione con il mondo di un'altra persona come se fosse il proprio, senza mai perdere quella qualità del "come se" (Rogers, 1997). L'"Eccellenza" è l'uso delle conoscenze attuali, la capacità critica, l'accoglienza di ciò che porta al progresso, il lavoro per lo sviluppo delle nuove conoscenze. "Senso del dovere ed integrità" rappresentano infine l'adesione ai principi etici della professione per fornire servizi effettivi ai pazienti, alla professione e influenzare positivamente la salute della società.

#### **4.6 Responsabilità del processo di valutazione delle competenze professionali acquisite in tirocinio**

La valutazione è parte integrante del processo di apprendimento e svolge il ruolo fondamentale di informare se gli obiettivi previsti dai percorsi formativi sono stati

---

<sup>5</sup> Il modello dei "Core Values" sopra menzionato ha visto la sua prima sperimentazione presso il Corso di Laurea in Fisioterapia dell'Università di Bologna (Pillastrini, 2005).



raggiunti efficacemente. È quindi uno dei compiti più importanti e più complessi affidati alla guida di tirocinio e ai docenti.

La principale responsabilità dei **Tutor/guida** è quella di effettuare la valutazione formativa durante le esperienze di tirocinio oltre che quella di creare un ambiente di apprendimento facilitante lo sviluppo di competenze professionali. La relazione tutoriale con lo studente contempla anche la dimensione valutativa costruttiva e non punitiva, che favorisce la selezione di opportunità formative attraverso cui lo studente può imparare senza sentire una eccessiva pressione valutativa. I Tutor/guida compilano le schede da soli o in collaborazione con il Tutor professionale a seconda del modello di tutorato attivato nel corso di laurea. Le valutazioni, condivise con lo studente, e riportate sulle apposite schede contribuiscono anche alla valutazione sommativa annuale.

Il non chiedere al Tutor/Guida di trasformare la valutazione in voto deriva dal fatto che l'uso di un punteggio sintetico dovrebbe essere collegiale e condiviso, per favorire una maggiore equità nei confronti degli studenti.

**I Tutor professionali**, sulla base della valutazione di ciascun tirocinio, prendono decisioni sul percorso successivo dello studente, identificano opportunità adatte a far evolvere il suo apprendimento, organizzano piani personalizzati in caso di difficoltà o di insuccesso.

**Il Direttore della didattica professionale** governa il sistema e si interfaccia con lo studente per comunicare la decisione. È responsabile di:

- dichiarare in un documento formale gli obiettivi di competenza da raggiungere attraverso le attività di tirocinio e formalizzare le modalità di valutazione sia formative sia sommative;
- verificare che i tutor effettuino e documentino colloqui di valutazione formativa con gli studenti durante le esperienze di tirocinio;
- identificare precocemente, con la collaborazione dei Tutor, gli studenti con difficoltà di apprendimento in tirocinio ed essere garante dei successivi colloqui di supporto;
- garantire che la valutazione formativa e sommativa abbiano le caratteristiche di obiettività e trasparenza;
- supervisionare e collaborare con i Tutor Professionali per sintetizzare in un profilo il percorso annuale di tirocinio dello studente, per condividerlo con lui;
- garantire formazione, supervisione e orientamento ai tutor/guide sulla valutazione.

È fondamentale **garantire l'imparzialità** nella valutazione degli studenti. Considerando che la valutazione professionale utilizza anche molti dati soggettivi, è necessario definire un sistema di valutazione il più possibile trasparente e imparziale.

Ai "valutatori" è richiesto di essere consapevoli dei propri valori, credenze, pregiudizi personali che possono influenzare la valutazione delle performance degli studenti. Il confronto tra pari e con un tutor senior può essere una buona strategia per sviluppare autoconsapevolezza di come i propri valori e pregiudizi influenzino il processo di valutazione dello studente. Il processo di valutazione si deve basare sulle competenze: le osservazioni e le annotazioni dei Tutor e la successiva valutazione devono essere focalizzate sui comportamenti e le competenze attese e non per esempio, su tratti di personalità. I Tutor si preoccupano innanzitutto di creare opportunità formative per lo studente, per facilitare l'apprendimento professionale; la valutazione è conseguente e può essere rigorosa solo quando si è garantito l'insegnamento.

Si devono formulare giudizi formativi utilizzando le scale di valutazione in tutta la loro estensione per evidenziare le reali differenze tra chi ha raggiunto le competenze ad un livello eccellente e chi invece è ancora a livelli intermedi o insufficienti e valorizzando l'evoluzione dello studente e considerando i molti aspetti connessi al processo di apprendimento.

#### **4.7 Metodi di valutazione dell'apprendimento in tirocinio**

La scelta dei metodi di valutazione delle competenze professionali deve considerare alcuni criteri come la coerenza con le strategie di insegnamento utilizzate dal CdL sia in tirocinio sia nei laboratori, il realismo con le risorse disponibili, il numero di studenti, la disponibilità di tutor e loro grado di expertise, la disponibilità di spazi e di attrezzature per realizzare simulazioni in forte analogia con la realtà.

Le "performance" professionali possono essere accertate sia sul campo, nelle sedi di tirocinio dove gli studenti sperimentano attività professionali con la supervisione di un tutor o nei laboratori di simulazione di abilità.

I metodi di valutazione clinica si possono differenziare dentro e fuori il tirocinio e in metodi di valutazione globale.

I metodi di valutazione adatti per il contesto di tirocinio si avvalgono di un approccio multimetodo che si può basare sull'osservazione diretta più o meno strutturata delle

performance dello studente; su domande, quesiti o protocolli verbali (pensare ad alta voce); sulla discussione di casi, situazioni professionali e compiti scritti come report, progetti, ecc..

I metodi di valutazione fuori della sede di tirocinio consistono nelle simulazioni di competenze/abilità specifiche del profilo professionale. Una modalità organizzativa di valutazione simulata molto utilizzata in ambito sanitario per la valutazione di competenze cliniche è l'esame clinico strutturato e obiettivo (Objective Structured Clinical Examination –OSCE). L'esame clinico strutturato obiettivo è uno strumento di valutazione multiuso versatile che può essere utilizzato per valutare gli operatori sanitari in un contesto clinico. Valuta la competenza, sulla base di test oggettivi attraverso l'osservazione diretta. È preciso, oggettivo e riproducibile e consente test uniformi agli studenti per un'ampia gamma di competenze cliniche.

I metodi di valutazione globale o trasversali sono il portfolio, l'auto-valutazione e la valutazione tra pari. Il portfolio è uno strumento dinamico che si arricchisce di contenuti durante il percorso di studi, ovvero una raccolta finalizzata del lavoro dello studente, che ha l'obiettivo di sviluppare una motivazione intrinseca, la riflessione sulle esperienze e stimola la pratica dell'autovalutazione. L'autovalutazione è finalizzata a sviluppare la "capacità di apprendere in autonomia" attraverso la capacità di osservazione, analisi e verifica del proprio agire.

## **4.8 Strumenti di valutazione**

La scelta degli strumenti dovrebbe essere guidata dall'intento di utilizzare strumenti di valutazione per l'apprendimento e non solo per esprimere la valutazione dello stesso. Al termine di un'esperienza di tirocinio si sintetizza un giudizio sulle performance professionali dello studente derivanti dalle osservazioni più o meno strutturate sulla scheda di valutazione che è di norma costituita da due parti: la prima contiene la lista di competenze, comportamenti, risultati attesi mentre la seconda documenta il livello raggiunto per ogni competenza attraverso una scala di misurazione quantitativa (numerica, in lettere A,B,C,D,E, o descrittori verbali) o una descrizione qualitativa con parole o entrambe. Le schede di valutazione sono basate sugli obiettivi educativi stabiliti a priori e possono essere molto dettagliate e strutturate oppure semi strutturate se prevedono oltre alle scale di misurazione anche dati di tipo qualitativo. Le schede

qualitative hanno il vantaggio di descrivere l'evoluzione dello studente nella sua globalità e di fornire un quadro ricco e completo dell'apprendimento raggiunto.

Esistono vari tipi di scale, la cui finalità è quella di localizzare il comportamento osservato all'interno di un continuum per poter valutare prestazioni da un punto di vista sia quantitativo sia qualitativo. Nelle molte scale in uso, i differenti livelli di giudizio sono espressi tramite numeri (scale a valori numerici), aggettivi o definizioni che fanno un sintetico riferimento al criterio (scale descrittive). I sistemi di misurazione utilizzati nelle schede di valutazione per il tirocinio possono essere bidimensionali, come ad esempio: adeguato/non adeguato, soddisfacente/non soddisfacente, raggiunto/non raggiunto rispetto agli obiettivi di competenza attesi. Altri sistemi di grading sono multidimensionali e utilizzano lettere, numeri, frasi per graduare il livello raggiunto nelle performance. All'etichetta è associata la qualità della performance (attenzione verso il paziente e le risorse, applicazione e uso di valide conoscenze teoriche, dalla precisione e accuratezza, responsabilità e desiderio di apprendere) e la quantità di guida e direzione richieste (grado di accompagnamento e guida necessario nella realizzazione della performance).

#### **4.9 La Scheda di valutazione del tirocinio nell'UNIVPM**

Come già esposto, il progetto formativo previsto per il tirocinio deve essere documentato e presentato all'inizio di ogni anno accademico agli studenti. Ogni ateneo adotta una propria documentazione nella quale, oltre agli obiettivi formativi, deve contenere la scheda di valutazione. A titolo esemplificativo si riporta la scheda di valutazione, adottata dal CdL di Logopedia dell'UNIVPM per ogni anno di corso, che deve essere compilata dalle guide di tirocinio nelle loro sedi lavorative. È contenuta nel Libretto di Formazione (Contratto Formativo di Tirocinio), in cui sono dettagliati gli obiettivi della formazione pratica ed i relativi CFU. La scheda di valutazione, nella quale viene documentata anche la frequenza e le sedi di tirocinio, è suddivisa in 3 parti:

-una tabella che riporta i contenuti della formazione pratica professionalizzante, ovvero gli obiettivi formativi specifici del core competence (competenze pratiche) da raggiungere per ogni anno accademico con i relativi CFU e gli specifici ambiti del Core Competence Integrato (fig.1);

- una tabella nella quale la guida di tirocinio deve certificare se ciascun obiettivo dichiarato nella tabella precedente, è stato raggiunto in accordo con lo studente. Si utilizza una scala quantitativa con descrittori verbali (raggiunto, parzialmente o non raggiunti) (fig.2);
- una tabella che riporta gli obiettivi del core values (competenze comportamentali e capacità relazionali) che deve essere compilata dalla guida e controfirmata dallo studente. E' prevista anche la possibilità per il tutor di completare la valutazione con un giudizio discorsivo (fig.3).

La valutazione, viene quindi attribuita, sia basandosi sulle competenze tecnico-pratiche professionali (core competence), che sulle competenze comportamentali e relazionali (core values), utilizzando delle scale quantitative descrittive e con la possibilità di dare un giudizio narrativo.

**CONTENUTO DELLA FORMAZIONE PRATICA PROFESSIONALIZZANTE - I ANNO**

	SKILLS (ABILITA' PRATICHE) - OBIETTIVI I ANNO	SIGNIFICATO E PREREQUISITI	CFU 16	Ambito Core Competence Integrato							
				P	Cur	ET	FA	RP	GM	Cor	
1	<b>Favorire l'intervento precoce per evitare l'instaurarsi di condizioni che possano avere conseguenze negative o peggiorative dei disturbi di interesse logopedico.</b> <b>Adeguate applicazione di principi di igiene delle mani e uso di dispositivi atti a prevenire l'insorgenza di infezioni durante le operazioni di assistenza al paziente.</b> <b>Adeguate sanificazione del materiale e della strumentazione utilizzati nel setting logopedico.</b>	Conoscenza ed applicazione dei principi di igiene e sicurezza nella gestione del setting riabilitativo (operatore, pazienti e strumenti) Acquisizione informazioni cliniche per la valutazione dei rischi.	2	X					X		
2	<b>Adattare la comunicazione a seconda del contesto e nel rispetto di differenze culturali, etniche e valoriali delle persone assistite. Saper utilizzare un linguaggio comprensibile al paziente e tarato sulle sue difficoltà comunicative.</b> Saper interagire con un soggetto nelle diverse fasi di vita, affetto da disabilità fisica, cognitiva e/o emotiva, con alterazioni del linguaggio verbale. <b>Riconoscere le principali reazioni della persona alla malattia, alla sofferenza e all'ospedalizzazione, rispettando le differenze comportamentali che emergono.</b> Dimostrare la capacità di stabilire e mantenere relazioni di aiuto con la persona assistita, la famiglia e il contesto sociale applicando i fondamenti delle dinamiche relazionali. <b>Riconoscere e rispettare il ruolo e le competenze proprie e degli altri operatori dell'equipe, stabilendo relazioni collaborative.</b>	Capacità di interpretazione ed utilizzo degli strumenti concettuali in riferimento alle "teorie" fondamentali della semantica e della pragmatica comunicativa Capacità di osservazione ed approccio al paziente.	3			X					X
3	<b>Conoscere la cartella logopedica in conformità alla normativa vigente. Saper raccogliere, nel corso dell'anamnesi, le informazioni pertinenti ed essenziali alla valutazione e alla pianificazione del progetto riabilitativo nel rispetto della dignità del paziente. Capacità di descrizione del Servizio ospitante, le figure professionali presenti, il tipo di prestazioni erogate e l'organizzazione del Servizio. Gestire la privacy in ambito sanitario, analizzando il trattamento dei dati e orientando il proprio comportamento al rispetto del segreto professionale.</b>	Gestione della documentazione clinica Visione di uno accurato anamnesi presente in una cartella clinica.	2							X	
4	<b>Clinimetria : osservazione clinica ed interpretazione funzionale delle sequenti scale e questionari di valutazione.</b> <b>In età adulta-geriatrica:</b> - aspetti cognitivi:MMSE (Mini Mental State Examination), LCF (Level of Cognitive Functioning Scale) -abilità deqlutitoria: EAT 10 (Validity and reliability of the Eating Assessment Tool). -autonomia della persona: ADL (Activities of Daily Living), IADL (Instrumental Activities Daily Living) <b>In età evolutiva:</b> -primo sviluppo del linguaggio-- ASCB (Abilità Socio-Conversazionali del Bambino) - PVB (Primo Vocabolario del Bambino)	Utilizzare le conoscenze cliniche e le teorie della linguistica per osservare e rilevare le alterazioni del linguaggio nei vari quadri patologici. Raccogliere e interpretare in modo accurato i dati anamnestici e integrarli con informazioni sulla storia del paziente. Osservare ed identificare le tipologie di disturbi cognitivo-comportamentali nel paziente neurologico e neurodegenerativo e/o con trauma cranico, per definire il profilo di funzionamento globale. Saper raccogliere dati ed interpretare informazioni utili mediante la trascrizione fonetica dell'eloquio spontaneo e con la somministrazione di questionari in età evolutiva durante il brocinio nei nidi di infanzia. Saper raccogliere dati ed interpretare informazioni utili mediante la somministrazione di scale e questionari in età adulta-geriatrica durante il brocinio in case di riposo e/o residenze per anziani.	3		X						
5	<b>Sviluppare abilità di studio indipendente</b> Sviluppare competenze per l'elaborazione di progetti di tirocinio. Orientare l'osservazione clinica logopedica alle evidenze scientifiche e alle linee guida Identificare specifici ambiti di ricerca in base a criteri epidemiologici, raccogliendo dati relativi al proprio ambito di competenza e implementandoli nella propria attività clinica Reprire le evidenze disponibili in letteratura (banche dati). Effettuare ricerche/revisioni bibliografiche pertinenti a questi clinici di interesse Evidenziare situazioni di difficoltà nel percorso formativo	Utilizzare le conoscenze necessarie per la comprensione dei fenomeni biologici, dei principali meccanismi di funzionamento degli organi ed apparati con particolare riguardo a quelli coinvolti nella comunicazione e nel linguaggio Conoscere le basi fisiologiche della comunicazione, del linguaggio, dell'apprendimento, dello sviluppo psicologico, psicomotorio, cognitivo Comprendere i fondamenti della fisiopatologia applicabili alle diverse situazioni cliniche che comportino disturbi della comunicazione, con riferimento anche a parametri diagnostici	2				X				
6	<b>Dimostrare la consapevolezza dell'influenza dei propri sentimenti, valori e pregiudizi sulla relazione con il paziente e la presa di decisioni</b> Apprendere i principi culturali, etici e professionali che regolano l'agire del Logopedista nei confronti delle persone assistite e della collettività, iniziando ad applicare questi principi in esperienze presso strutture sanitarie e assistenziali	Rilevare effetti indesiderati o collaterali durante le attività terapeutiche	2							X	
7	<b>Corrette posture dell'operatore nella movimentazione del pz.</b>	D. LGS. n. 81 / 2008. Corretto uso di ausili maggiori e minori Applicazione di norme per la sicurezza dell'operatore	2	X							X

Fig.1-Tabella degli obiettivi Core Competence da raggiungere il 1°anno

1° ANNO – STUDENTE \_\_\_\_\_ Matr. \_\_\_\_\_ Sede \_\_\_\_\_

**CONTRATTO FORMATIVO DI TIROCINIO A CURA DELLA GUIDA DI TIROCINIO ( UN FOGLIO PER OGNI SEDE FREQUENTATA )**

LA GUIDA DI TIROCINIO E LO STUDENTE SI IMPEGNANO A COLLABORARE NEL RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI PREDEFINITI

AL TERMINE DEL PERIODO DI TIROCINIO, LA GUIDA/ LE GUIDE GIUDICA/NO L'AVVENUTO RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI, APPONENDO UNA FIRMA (LEGGIBILE) ALL'INTERNO DELLA COLONNA CORRISPONDENTE AL GIUDIZIO.

LO STUDENTE CONTROFIRMA PER PRESA VISIONE E ACCETTAZIONE DEL GIUDIZIO

OBIETTIVO	PERIODO	RAGGIUNTO	PARZIALMENTE RAGGIUNTO	NON RAGGIUNTO
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				

FIRMA DELLO STUDENTE

.....

Fig.2- Tabella per certificare gli obiettivi raggiunti

1° ANNO – STUDENTE \_\_\_\_\_ Matr. \_\_\_\_\_

Sede \_\_\_\_\_

**A CURA DELLA GUIDA/GUIDE DI TIROCINIO ( UN FOGLIO PER OGNI SEDE FREQUENTATA )**  
(un unico giudizio concordato tra le Guide)

LO STUDENTE CONTROFIRMA PER PRESA VISIONE E ACCETTAZIONE DEL GIUDIZIO

### CORE VALUES

ATTITUDINI COMPORTAMENTALI	0	1	2	3
1. SI PONE IN MODO COOPERATIVO				
2. E' ORDINATO NELLA PERSONA E NELLA DIVISA				
3. GIUSTIFICA LE SUE ASSENZE E I SUOI RITARDI				
4. REAGISCE POSITIVAMENTE ALLE OSSERVAZIONI DELL' EQUIPE E DEL PAZIENTE				
5. RISPETTA IL SEGRETO PROFESSIONALE SU CIO' CHE HA VISTO, ASCOLTATO, CONSTATATO E COMPRESO				
6. RISPETTA LA DIGNITA' E L' INTIMITA' DEL PAZIENTE				
7. RISPETTA LE REGOLE IGIENICHE NELLA PRESTAZIONE DELL' ASSISTENZA, NELL' IMPIEGO DEI MATERIALI E NELLA TENUTA DEI LOCALI				
SUBTOTALE				

COMPETENZE RELAZIONALI	0	1	2	3
8. SA ASCOLTARE GLI ALTRI				
9. COMUNICA EFFICACEMENTE				
10. RISPETTA LA PRIVACY DEL PAZIENTE				
SUBTOTALE				
TOTALE (attitudini comportamentali + competenze relazionali)				

#### LEGENDA

0 = completa inadempienza del requisito  
1= inadempiente in 2 o più occasioni  
2= inadempiente in 1 occasione  
3= sempre corretto

FIRMA DELLA GUIDA DI TIROCINIO

FIRMA DELLO STUDENTE

-----

-----

Fig.3- Tabella dei core values

## 4.10 Corsi di formazione per le guide di tirocinio

Come ampiamente descritto, la figura del tutor clinico riveste un ruolo fondamentale per la formazione professionale dello studente e per la conseguente valutazione. Numerosi studi (Sasso, Lotti, 2003) hanno dimostrato come sia necessario offrire al tutor, preliminarmente, una formazione e un apprendimento continuo, in grado di sostenerne lo sviluppo professionale e delle competenze: solo in questo modo è possibile infatti



migliorare la capacità dello stesso ad agire un atto valutativo di per sé complesso nei confronti di uno studente che gli venga affidato e, allo stesso tempo, aumentare per lo studente le opportunità di apprendimento professionale e di cura del paziente. Al professionista sanitario coinvolto in una funzione di tutor viene infatti richiesta la trasferibilità di due ordini di competenze: le tecnico-professionali specifiche che compongono il core della professione e che siano flessibili e correlate al contesto in cui ci si trova ad operare; le professionali trasversali che comprendono la gamma dei fattori esperienziali, relazionali e attitudinali e che trasformano a mano a mano i saperi e le tecniche in attività lavorative efficaci.

Risulta pertanto una necessità dei tutor e dei docenti professionali, di disporre di specifiche metodologie formative di tirocinio riferite alla didattica, alla valutazione dell'apprendimento, alla gestione consapevole ed efficace della relazione fra tutor, discente, paziente, contesto, equipe di lavoro, affinché l'esperienza didattico-formativa clinica generale possa risultare omogenea, positiva e congruente allo sviluppo delle competenze dei tirocinanti e la guida possa esprimere al meglio il proprio mandato di coach e facilitatore dell'apprendimento in sede clinica. Diverse università in Italia hanno attivato in maniera eterogenea questi corsi di formazione. L'Università Politecnica delle Marche dall'anno accademico 2015/2016 organizza ogni anno, in due edizioni, il corso di formazione residenziale per diventare guide di tirocinio per i Corsi di Laurea di Fisioterapia e Logopedia. I corsi di formazione rivolti alle guide di tirocinio sono finalizzati a sviluppare competenze pedagogiche di base nei professionisti che svolgono questa funzione. I corsi nascono per far acquisire le conoscenze e le competenze che facilitano il processo di apprendimento dello studente in tirocinio, con particolare attenzione ai modelli, strumenti e metodologie per facilitare l'apprendimento e per valutare il livello di competenza raggiunto.

## **Capitolo 5 - Il progetto: questionario sulla valutazione degli studenti da parte delle guide di tirocinio rivolto ai Direttori della Didattica Professionale dei CdL triennali delle professioni sanitarie**

### **5.1 Premessa e finalità**

Come ampiamente descritto l'apprendimento clinico riveste un ruolo fondamentale, nella formazione dei futuri professionisti sanitari. L'esigenza di operare una valutazione delle competenze acquisite da parte degli studenti dei CdL delle professioni sanitarie a seguito dell'esperienza di tirocinio formativo, svolto all'interno delle aziende e dei servizi ospitanti, appare da anni centrale per i referenti istituzionali del corso di studi. In particolare spetta al tutor/guida di tirocinio il compito di promuovere e sostenere l'apprendimento esperienziale, ma ha anche il compito di valutare lo studente al termine del percorso di tirocinio formativo. La valutazione risulta essere un momento complesso e delicato nel quale intervengono una moltitudine di variabili e criticità che possono inficiare la trasparenza del progetto di tirocinio. Responsabile e garante dell'intero processo formativo e valutativo del tirocinio è il Direttore della Didattica Professionale che governa e supervisiona il sistema, avendo una visione globale e completa del percorso e delle eventuali criticità.

Il presente studio ha dunque l'obiettivo di indagare e analizzare, attraverso un questionario on-line rivolto ai Direttori della Didattica Professionale dei Corsi di Laurea triennali delle Professioni Sanitarie, i diversi aspetti che caratterizzano il processo di valutazione, in particolare anche quelli riguardanti il ruolo del tutor/guida di tirocinio. Avvalendosi quindi dell'esperienza professionale dei Direttori, si vuole rilevare ed evidenziare qual è la situazione attuale del sistema di valutazione nelle varie università, mettendo in luce le possibili criticità insite nel processo di valutazione e individuando eventuali proposte future e spunti di miglioramento.

### **5.2 Materiali e metodi**

Per poter raccogliere i pareri dei Direttori della Didattica Professionale in merito alla valutazione dell'apprendimento in tirocinio, è stato realizzato un **questionario anonimo**

**on-line** (allegato 1) attraverso l'applicazione di "Google Moduli", che risulta essere uno strumento semplice da realizzare e permette un'indagine veloce. Si è scelto di realizzare un questionario non strutturato (costituito da domande miste sia a risposta chiusa che a risposta aperta), in quanto le domande aperte presentano il vantaggio di consentire flessibilità nelle risposte, e danno la possibilità di riportare la propria esperienza, ma al contrario possono risultare non facili nell'elaborazione delle informazioni.

Il questionario composto da 27 domande prevede i seguenti formati di risposta:

- risposta chiusa si/no
  - risposta multipla con diverse opzioni
  - risposta multipla con possibilità di aggiungere "altro"
  - risposta in base ad una scala di Likert da 1 a 4 (decisamente si; più si che no; più no che si; decisamente no)
  - risposte aperte per dare la possibilità di esprimere il proprio parere e suggerimenti.
- Tutte le domande prevedono l'obbligo di risposta, tranne una che è subordinata alla risposta precedente.

Le domande si sono proposte di rilevare, dapprima le caratteristiche professionali e lavorative dei Direttori della Didattica Professionale, per poter avere un inquadramento generale sullo svolgimento della loro attività (anno di laurea, regione e ateneo in cui lavorano, professione sanitaria della quale sono responsabili), per poi passare alle domande specifiche relative al processo di valutazione, come la soddisfazione del sistema di valutazione utilizzato nel proprio ateneo, la modulistica in uso, il metodo, la modalità di compilazione delle schede di valutazione, gli strumenti di valutazione, il corso di formazione delle guide e i suggerimenti.

Il **Link del questionario** è stato inviato tramite mail ai Direttori della Didattica Professionale dei CdL delle Professioni Sanitarie di alcune università di Italia. La ricerca è iniziata attraverso una consultazione sul Web delle università pubbliche in Italia della facoltà di Medicina e Chirurgia, da cui è emersa la classifica Censis delle migliori Università di Medicina completa e aggiornata al 2023. I contatti mail sono stati ricercati on-line nei siti di alcune di queste Università di Medicina e Chirurgia che presentavano un'ampia offerta formativa relativa ai Corsi di Laurea triennali delle Professioni Sanitarie. Sono stati trovati i contatti mail dei Direttori dell'UNIVPM e delle seguenti Università: Pavia, Bologna, Milano Bicocca, Perugia, Roma la Sapienza, Roma Tor Vergata, Parma,

Ferrara, Napoli Federico II, Palermo, tutte con sito fruibile e accessibile. È stato così possibile raggiungere un campione di 181 Direttori. Il questionario è stato inviato e reso accessibile per un mese, a partire dal 10/08/2023 fino al 10/09/2023. La ricerca ha presentato dei limiti, subordinati alla possibilità di accedere ai siti web delle università. In particolare:

- non tutte le università riportavano i contatti dei Direttori della Didattica,
- alcuni siti web non erano facilmente fruibili e di semplice navigazione,
- non sempre i contatti erano aggiornati,
- anche all'interno di uno stesso Ateneo non tutti i contatti erano presenti e aggiornati per tutti i Corsi triennali delle Professioni Sanitarie.

Inoltre, un altro limite è stato determinato dal periodo estivo, ovvero alcuni Direttori erano in ferie e dunque non disponibili a rispondere alle mail. Complessivamente sono state inviate le mail a 181 contatti; il numero finale di questionari raccolti è stato di 58 pari al 33,4% sul totale.

### **5.3 Analisi dei dati**

Di seguito vengono riportati i risultati delle 27 domande del questionario.

Nella prima domanda è riportato l'anno di conseguimento della laurea triennale professionalizzante. Raggruppando gli anni riportati nel questionario si evince che il 21,42% dei Direttori ha conseguito il titolo tra il 1982 e il 1990; il 16,07% tra il 1992 e il 2000; il 46,42% tra il 2001 e il 2010; il 16,07% tra il 2010 e 2020. Alcuni hanno specificato anche il conseguimento della laurea magistrale e due risposte non sono state conteggiate perché hanno riportato solo l'anno di conseguimento della laurea magistrale (fig.4).



Fig.4- Domanda 1: In quale anno si è laureato/a?

Alla domanda 2, che riguarda la professione sanitaria della quale sono responsabili, hanno risposto al questionario tutti i Direttori delle professioni sanitarie, tranne 4 (Tecnico Audiometrista, Tecnico Audioprotesista, Ortottista, TNPEE). La maggioranza dei Direttori che hanno risposto sono responsabili del CdL in Fisioterapia (19,0%). A seguire il 15,5% Infermieri, il 12,1% Tecnici di radiologia per immagini e radioterapia, 10,3% Tecnico sanitario di laboratorio biomedico, l'8,6% Ostetrica, il 5,2% Tecnici della prevenzione nei luoghi di lavoro e Igienista dentale, il 3,4% Logopedista e Tecnico della Fisiopatologia Cardiocircolatoria e Perfusionazione Cardiovascolare, le restanti rappresentano ciascuna l'1,7%. Questo risultato si può ricondurre al fatto che l'offerta formativa dei CdL soprattutto degli infermieri e anche dei fisioterapisti è maggiore in numero rispetto ad altre professioni sanitarie, pertanto la stessa disponibilità di contatti dei Direttori era superiore (fig.5).

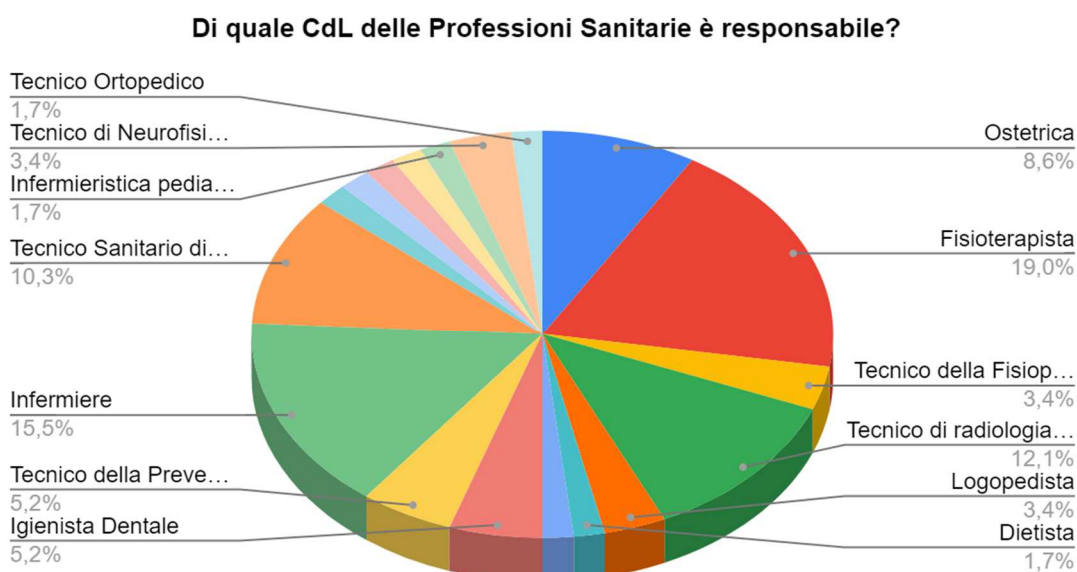


Fig. 5- Domanda 2: Di quale CdL delle professioni sanitarie è responsabile?

Per quanto riguarda la regione d'Italia di provenienza, la maggior parte dei Direttori provengono dal Lazio (39,7%), a seguire l'Emilia Romagna (24,1%), Marche (17,2%), Lombardia (10,3%), Umbria (3,4%), Campania, Trentino Alto Adige e Veneto (1,7%). Questi valori risultano essere in linea con il numero di contatti disponibili per Regione (fig.6).

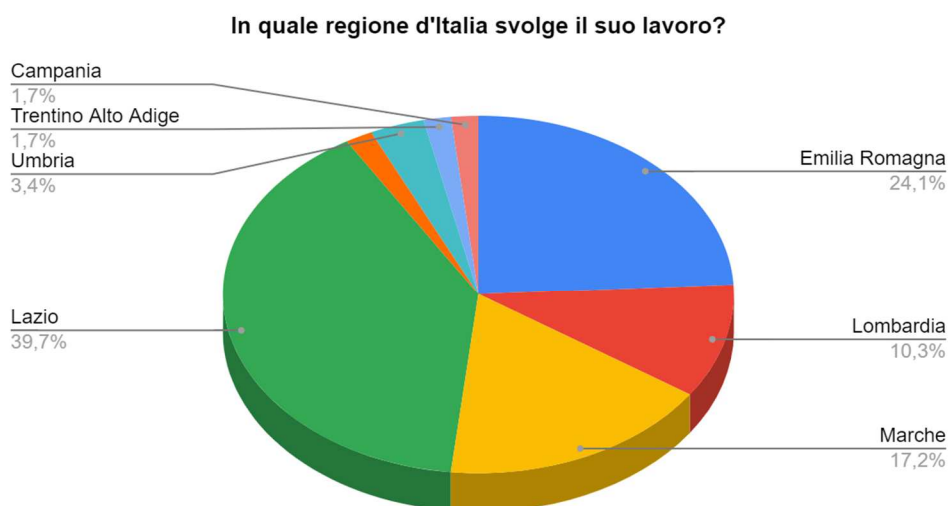


Fig.6- Domanda 3: In quale regione d'Italia svolge il suo lavoro?

Relativamente invece all'Ateneo (fig.7), la maggior parte dei Direttori svolge il proprio ruolo alla Sapienza di Roma (24,1%), a seguire UNIVPM (17,2%), Tor Vergata di Roma e Bologna 15,5%, Ferrara 10,3%, Pavia 8,6%, Perugia (3,4%), Parma, Milano Bicocca, Federico II Napoli (1,7%). Questa distribuzione delle risposte si allinea sia alla disponibilità dei contatti dei Direttori trovati, che all'offerta formativa dei diversi Atenei (per esempio grandi Università come la Sapienza di Roma dispongono di un gran numero di CdL delle Professioni Sanitarie).

#### In quale ateneo svolge il suo ruolo di Direttore della Didattica Professionale?

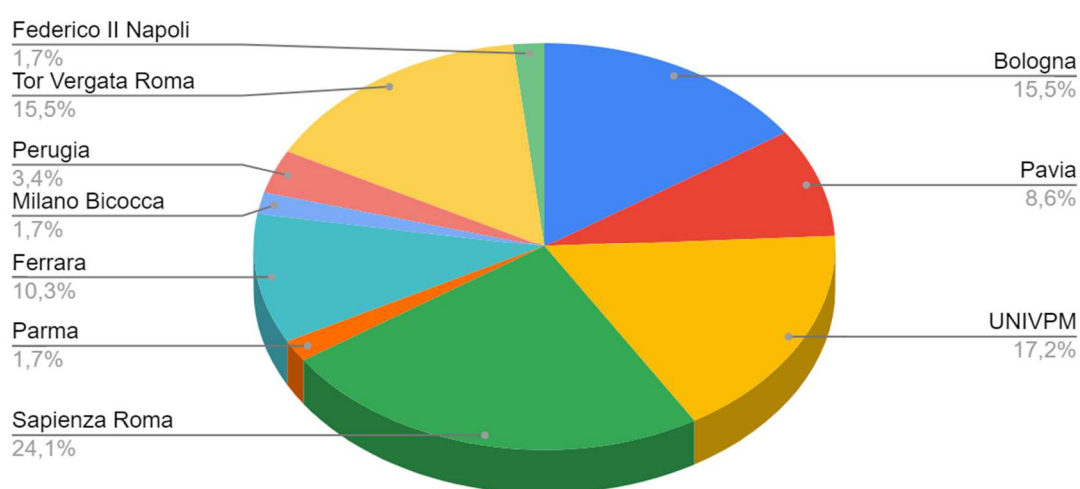


Fig.7- Domanda 4: In quale Ateneo svolge il suo ruolo di Direttore della Didattica Professionale?

Se invece, consideriamo in specifico la percentuale di adesione dei Direttori al questionario in relazione al numero di contatti disponibili per ogni Ateneo, risulta maggiore per l'UNIVPM (58%), Bologna e Ferrara (50%), come riportato nella Tabella di seguito (Fig.8).

<b>Ateneo</b>	<b>n° contattati dei Direttori</b>	<b>n° Direttori che hanno risposto</b>	<b>% adesione</b>
UNIVPM	17	10	58%
PAVIA	18	5	27,7%
BOLOGNA	18	9	50%
MILANO BICOCCA	5	1	20%
PERUGIA	5	2	40%
LA SAPIENZA ROMA	53	14	26,4%
PARMA	6	1	16%
FERRARA	12	6	50%
NAPOLI FEDERICO II	14	1	7,1%
TOR VERGATA ROMA	31	9	29%
PALERMO	2	0	0
TOT	181	58	

Fig.8 -Adesione dei Direttori degli Atenei al questionario

Per quanto riguarda invece la domanda 5, relativa agli anni di lavoro svolti con l'incarico di Direttori, il 32,8% ricopre questo ruolo da oltre 10 anni e da 1 a 5 anni, mentre il 22,4% da 5 a 10 anni. Solo il 12% da meno di un anno, questo ad indicare che la maggioranza ha alle spalle un'esperienza pluriennale nello svolgere questo ruolo (fig.9).



### Da quanti anni svolge il ruolo di Direttore della Didattica Professionale?

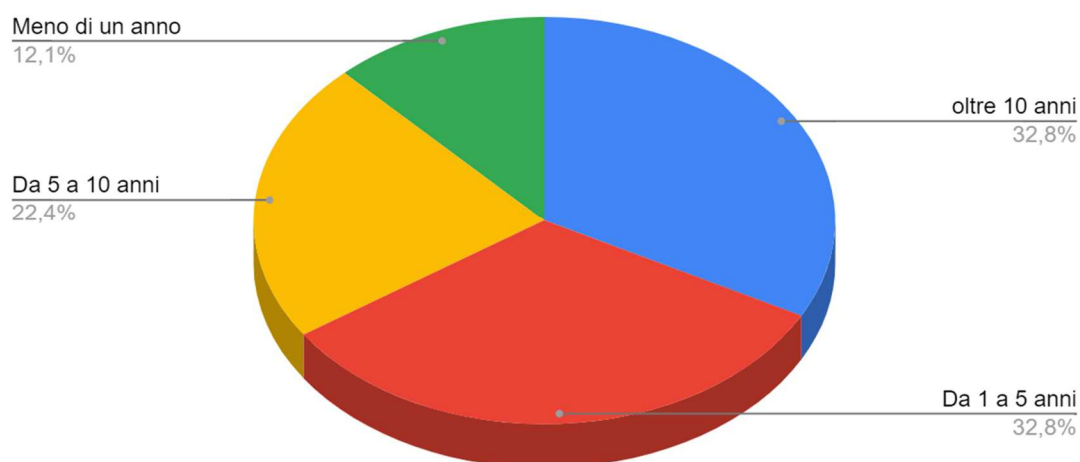


Fig.9- Domanda 5: Da quanti anni svolge il ruolo di Direttore della Didattica Professionale?

In relazione alla domanda 6, se sono stati guida di tirocinio prima di diventare Direttori, la stragrande maggioranza ha risposto di sì, (86,2%) (fig.10). L'aver vissuto dapprima l'esperienza di guida di tirocinio, può rappresentare un valore aggiunto in quanto consente ai Direttori di avere ancora più consapevolezza delle dinamiche e delle criticità relative alla valutazione da parte della guida.

**Prima di svolgere il suo ruolo di Direttore della Didattica Professionale è stato/a anche tutor/guida di tirocinio ?**

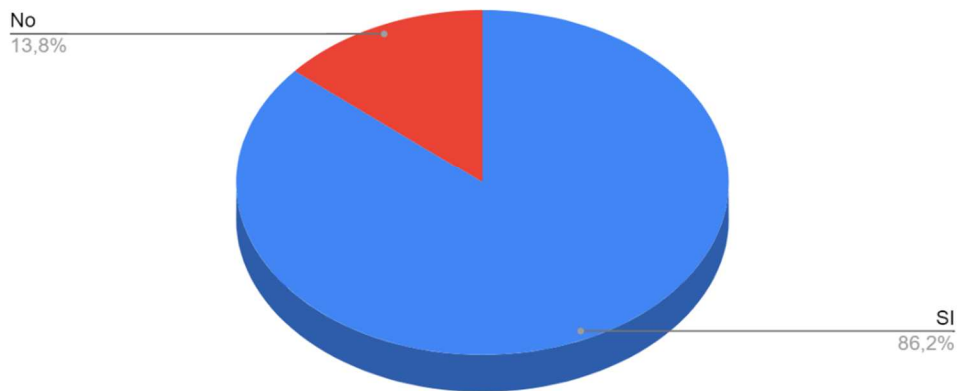


Fig.10- Domanda 6: Prima di svolgere il suo ruolo di Direttore della Didattica Professionale è stato/a anche tutor/guida di tirocinio?

Per quanto riguarda la domanda 7, il numero di studenti di cui sono responsabili, si hanno risposte per lo più omogenee: meno di 50 studenti (24,1%), più di 50 studenti (22,4%), meno di 100 studenti (25,9%), più di 100 studenti (27,6%), come illustrato nel grafico sottostante (Fig.11).

**Di quanti studenti è responsabile in media annualmente nel suo CdL?**

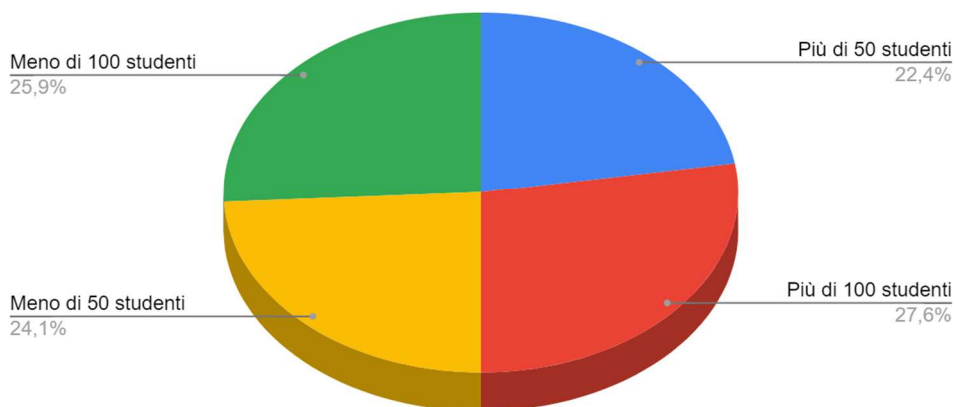


Fig.11- Domanda 7: Di quanti studenti è responsabile in media annualmente nel suo CdL?

In relazione alla domanda 8, invece, il tirocinio, nei CdL dei quali sono responsabili, viene svolto con un rapporto guida/studente 1 a 1 nella maggioranza (44,8%) delle risposte, una guida per 2 studenti per il 24,1%, 1 a 3 per il 20,7% e solo il 10,3 % una guida per un gruppo numeroso di studenti. Nel dettaglio una guida per gruppo numeroso si riscontra in 6 risposte: 3 Direttori responsabili del CdL in Infermieristica, 1 Direttore del CdL in Infermieristica pediatrica, 2 Direttori del CdL in Igienista dentale. (fig.12).

**Con quale rapporto guida/studente si svolge il tirocinio presso il CdL per il quale è responsabile?**

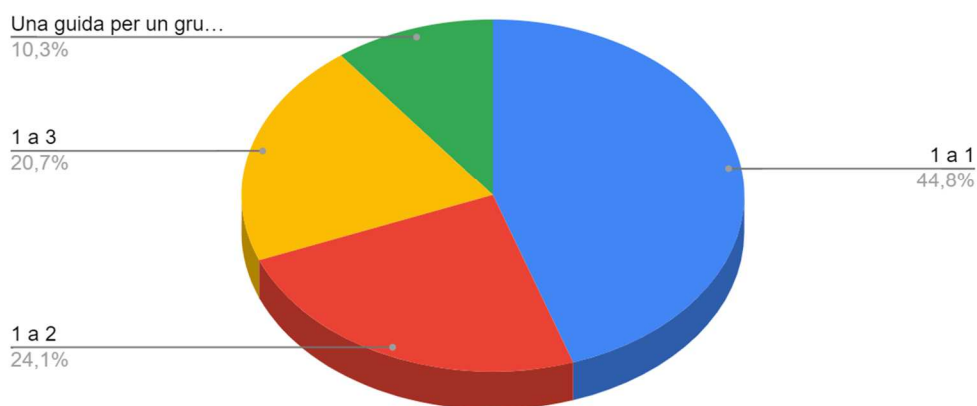


Fig.12- Domanda 8: Con quale rapporto guida/studente si svolge il tirocinio presso il CdL per il quale è responsabile?

Relativamente alle sedi di tirocinio, la stragrande maggioranza dei Direttori ha risposto che il tirocinio nei propri CdL, si svolge nell'ambito di strutture pubbliche (94,8%) a cui segue il privato convenzionato (56,9%), il privato (24,1%), scuola (3,4%), sociale, casa di riposo e disabilità (1,7%) in netta minoranza (fig.13).

In quali sedi si svolge il tirocinio nel CdL nel quale è responsabile?

58 risposte

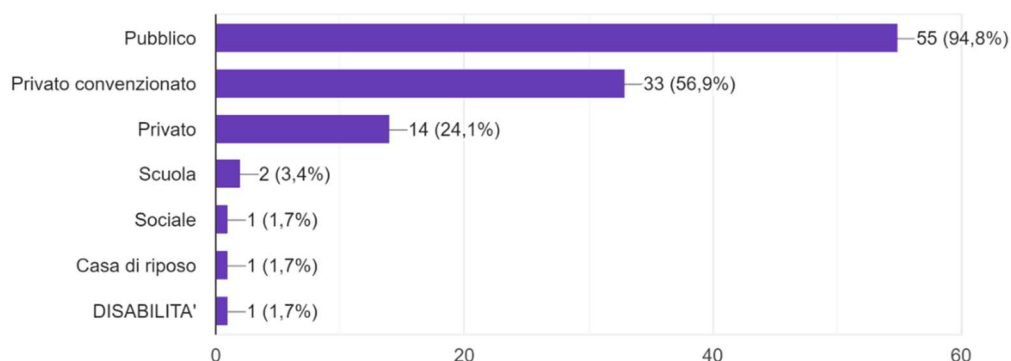


Fig.13. Domanda 9: In quali sedi si svolge il tirocinio nel CdL nel quale è responsabile?

Affrontando nello specifico, l'argomento della valutazione, alla domanda 10 è emerso che i Direttori sono soddisfatti del sistema di valutazione delle competenze professionali nel tirocinio utilizzato nel loro CdL, in dettaglio: il 34,5% decisamente sì, il 62,1% più sì che no, l'1,7% più no che sì, l'1,7% decisamente no. (fig.14).

**Ritiene di essere soddisfatto del sistema di valutazione delle competenze professionali o dell'apprendimento nel tirocinio, utilizzato nel suo CdL?**

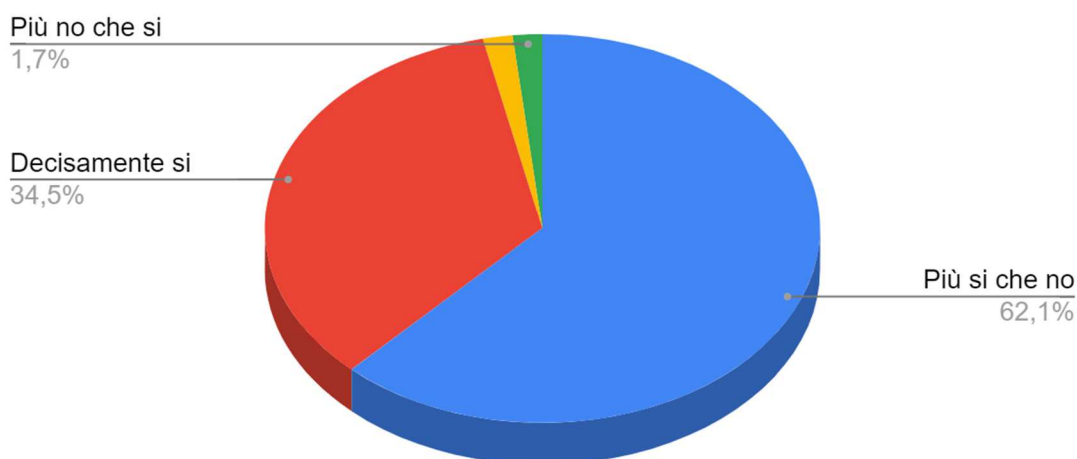


Fig.14- Domanda 10: Ritiene di essere soddisfatto del sistema di valutazione delle competenze professionali o dell'apprendimento nel tirocinio, utilizzato nel suo CdL?

La domanda 11 riguarda la modulistica utilizzata per la valutazione degli studenti nei vari CdL in cui i Direttori sono responsabili. Tutti i Direttori convergono nel ritenere che la modulistica da loro utilizzata sia semplice e di facile comprensione per le guide e lo studente: decisamente sì (51,7%); più sì che no (48,3%), come illustrato nel grafico sottostante (fig.15).

**Nella sua pratica quotidiana, le sembra che la modulistica attualmente in uso, per la valutazione dei tirocinanti nel suo CdL, risulti chiara e di facile comprensione per il tutor/guida e lo studente?**

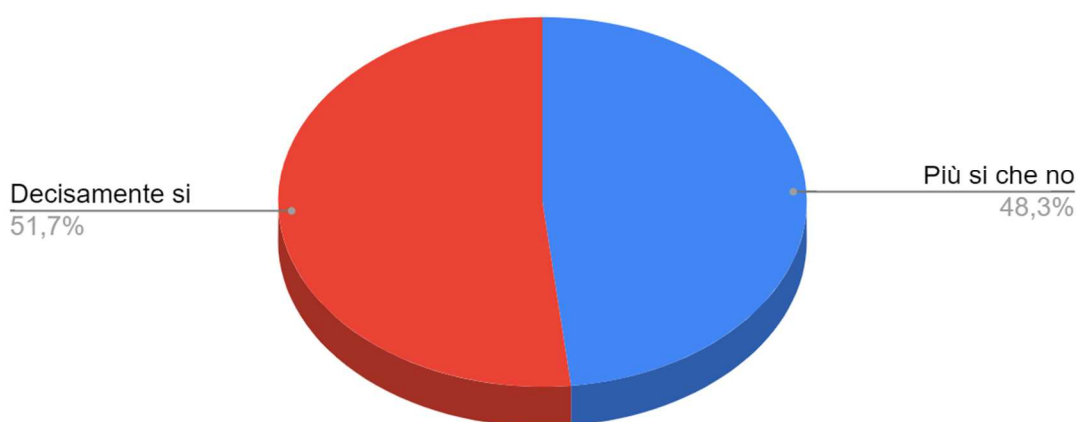


Fig.15- Domanda 11: Nella sua pratica quotidiana, le sembra che la modulistica attualmente in uso, per la valutazione dei tirocinanti nel suo CdL, risulti chiara e di facile comprensione per il tutor/guida e lo studente?

Nella domanda 12, emerge che la modulistica per la valutazione in uso, non risulta troppo lunga per i Direttori, secondo le percentuali di risposta: decisamente no (43,1%), Più no che sì (44,8%), Più siche no (8,6%), decisamente sì (3,4%) (fig.16).

**Le sembra che la modulistica per la valutazione attualmente in uso risulti troppo lunga e richieda da parte della guida di tirocinio troppo impegno in termini di tempo per compilarla?**

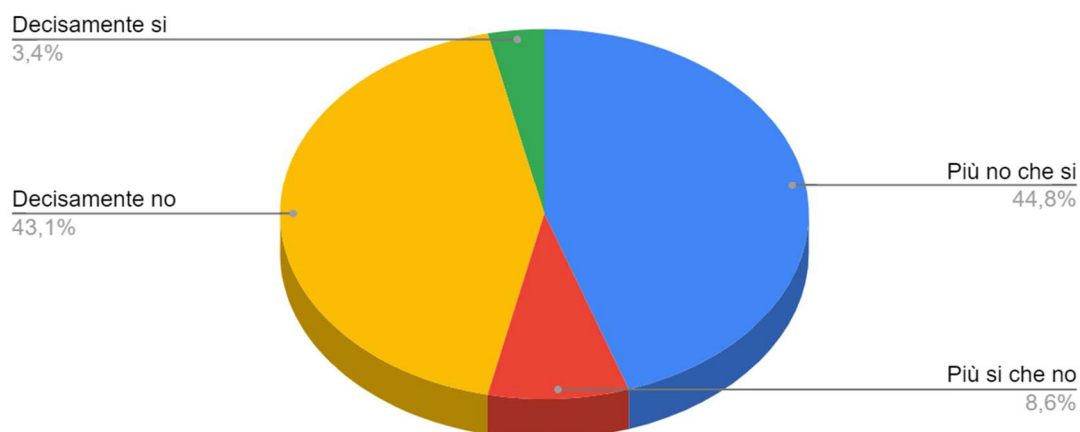


Fig. 16- Domanda 12: Le sembra che la modulistica per la valutazione attualmente in uso risulti troppo lunga e richieda da parte della guida di tirocinio troppo impegno in termini di tempo per compilarla?

Per quanto riguarda il metodo di valutazione (domanda 13), la maggioranza utilizza l'osservazione diretta dello studente (43,1%) come unica modalità di valutazione. Altri utilizzano: compiti scritti, report progetti (8,6%); domande, quesiti o protocolli verbali (6,9%); discussione di casi (8,6%). Queste prime 4 modalità descritte sono le 4 opzioni messe a disposizione nel questionario. La possibilità data ai partecipanti di rispondere "altro", ha condotto ai seguenti risultati: il 19% utilizza tutte e 4 le modalità descritte finora; l'osservazione diretta in combinazione con altre modalità e altre modalità di valutazioni combinate come riportato in dettaglio nel grafico sottostante ( Fig. 17).

**Presso il suo CdL quale metodo di valutazione delle competenze professionali viene utilizzato?**

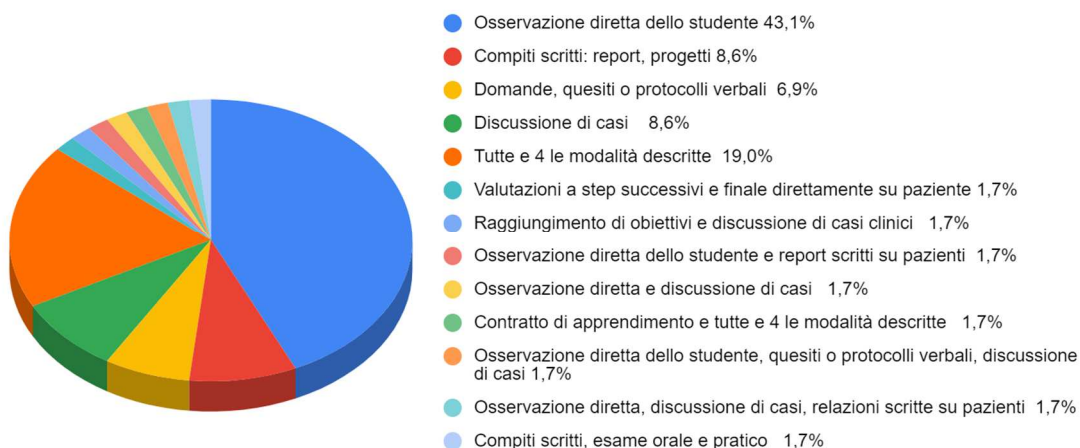


Fig. 17. Domanda 13: Presso il suo CdL quale metodo di valutazione delle competenze professionali viene utilizzato?

Sempre in relazione al metodo di valutazione, dalla domanda 14, risulta che i Direttori considerano adeguato il metodo di valutazione utilizzato: decisamente sì (29,3%); più sì che no (69,0%); solo l'1,7% ha risposto decisamente no (fig.18).

**Ritiene che il metodo di valutazione attualmente in uso presso il suo CdL sia adeguato per verificare il processo di apprendimento dello studente?**

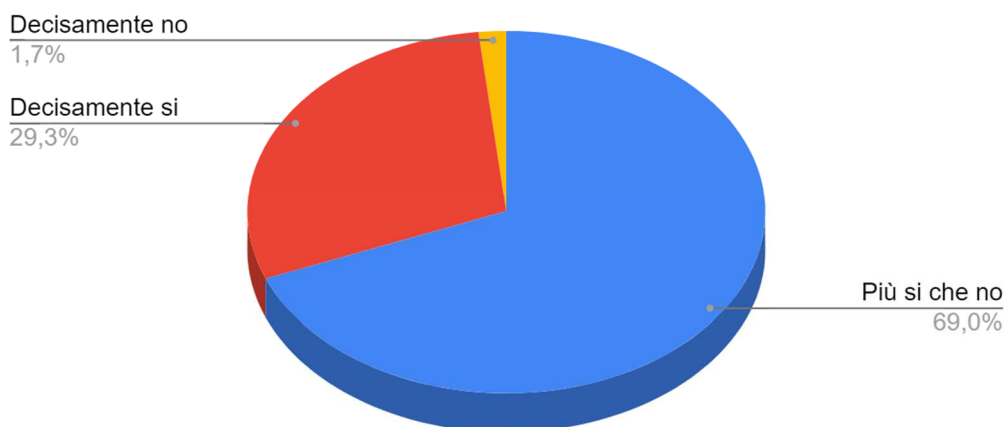


Fig. 18- Domanda 14: Ritiene che il metodo di valutazione attualmente in uso presso il suo CdL sia adeguato per verificare il processo di apprendimento dello studente?

La domanda 15 prevede l'obbligo di risposte aperte in riferimento alla domanda precedente. Di seguito sono riportate le risposte relative alla domanda 14.

**Decisamente si:**

- L'osservazione diretta delle skills in tirocinio consente di apprezzare i punti di forza e correggere tempestivamente i punti di debolezza sul campo, è tempestiva, di chiaro impatto per lo studente e gratificante per il suo percorso formativo.
- Gli studenti partecipano attivamente alla valutazione.
- Le competenze valutate sono teoriche , pratiche e relazionali.
- Perché lo studente è continuamente monitorato dai tutor e valutato in itinere da una commissione di 3 membri esperti.
- Il rapporto a diretto contatto tra guida e studente è essenziale.
- Scheda valutazione articolata per la valutazione di competenze, abilità, comportamento
- L'osservazione diretta durante le attività pratica ci permette di valutare l'apprendimento totale dello studente, sia a livello teorico che a livello pratico, dal momento che le due cose sono imprescindibili. L'osservazione diretta permette di constatarne l'apprendimento, la padronanza della materia e la manualità, tutte fondamentali.
- Il raggiungimento di obiettivi correlati ai descrittori di Dublino permette di agire sulla persona e non di procedere per compiti, la discussione di casi correlati alla realtà clinica permette allo studente di colmare le lacune esistenti in ambito teorico e di agire in modo più riflessivo.
- Viene valutata la performance, ossia le competenze pratiche, sia la capacità di ragionamento clinico.
- Io stessa ho preparato tutti i metodi di valutazione.
- Attraverso il sistema di valutazione riusciamo a comprendere il livello di apprendimento e preparazione dello studente.
- Lo studente può apprendere le metodiche diagnostiche del profilo professionale.
- Contratti di apprendimento strutturati.
- Il metodo di valutazione è ormai collaudato e viene condiviso con tutti i tutor coinvolti
- Perchè la valutazione è fatta su più settori.
- E' una valutazione presa in accordo con i Tutor.
- Metodi sempre aggiornati.



**Più si che no:**

- Il sistema di valutazione degli studenti è periodicamente sottoposto a verifica da parte dei tutor degli studenti. La scheda è frutto di ricerche e sperimentazioni messe in atto nel corso degli anni e prodotto in collaborazione con laureande Magistrali SIO.
- Modificato da qualche anno ottenendo sempre feedback positivi dai tutor/assistenti di tirocinio riguardo la valutazione dello studente nei vari ambiti core.
- La valutazione è basata su apprendimento pratico dello studente.
- Gli studenti partecipano anche ad esercitazioni in laboratorio a piccoli gruppi su casi clinici o competenze cliniche. L'offerta di laboratori è supportata da colleghi che hanno una robusta formazione e anni di esperienza clinica. La valutazione degli studenti è quindi condivisa dalle Guide di Tirocinio, dalle Guide di Laboratorio, dai Tutor Didattici e dalla Direttrice che partecipa attivamente alle attività. Non si basa solo sulla modulistica utilizzata.
- La griglia di valutazione sul campo da parte delle guide di tirocinio va rivista dal punto di vista psicometrico mentre l'orale su relazione e discussione di casi clinici va snellita e reso più oggettivo.
- Perché lo ritengo esaustivo.
- Perché è stata predisposta una scheda di sintesi atta a valutare il grado di apprendimento dello studente senza tralasciare nessun aspetto tecnico e metodologico.
- La valutazione viene effettuata considerando molteplici parametri.
- È un metodo semplice.
- È possibile verificare l'apprendimento del processo di ragionamento clinico e di problem solving.
- L'osservazione diretta permette di valutare le competenze acquisite e le eventuali lacune ma il tappato tutor tirocinante dovrebbe essere migliorato in termini di numero.
- Complessivamente è funzionale.
- Siamo continuamente in aggiornamento.
- Ogni periodo di tirocinio si prolunga per almeno 2 mesi dando il tempo al tutor per una valutazione completa ed obiettiva.
- Non sempre le guide di tirocinio sono oggettive nella valutazione.
- I tutor di tirocinio hanno tre mesi di tempo per valutare conoscere lo studente, forniscono indicazioni e hanno modo di verificare che lo studente abbia acquisito e abbia le capacità

di mettere in pratica i loro insegnamenti ed indicazioni. La scheda di valutazione è di facile interpretazione (anche se non applicabile in tutte le sedi di tirocinio allo stesso modo) e fornisce al direttore della didattica un pratico e utile strumento per attribuire la votazione finale.

- Oltre all'osservazione ci sono la discussione di casi e la produzione di elaborati.

- Si tratta di una scheda di valutazione molto completa, ma probabilmente andrebbe semplificata.

-L'osservazione diretta del/della student\* permette di valutare la competenza in contesto reale. In tirocinio occorre valutare cosa la/lo student\* sa fare e come mette in pratica le conoscenze teoriche.

-Si può migliorare con strutture messe a disposizione dell'università.

-Viene valutata sia la capacità tecnico pratica, che la capacità di ragionamento e problem solving.

-Consente di avere un orientamento di base prima del confronto verbale con tutor e studente.

-Strutturato in modo da valutare le competenze acquisite in base alle conoscenze teoriche. Le competenze riferite alle abilità manuali sono valutate con prove pratiche, le competenze inerenti le capacità critiche e di autonomia decisionale sono valutate attraverso discussione di casi clinici e revisione della letteratura.

-Giusto compromesso a causa di troppi studenti e poco personale dedicato alla didattica.

-Permette una valutazione delle capacità complessive dello studente, tenendo conto del percorso accademico.

-Con la collaborazione diretta delle guide di tirocinio il metodo di valutazione risulta adeguato.

-La numerosità degli studenti e delle sedi di tirocinio non permettono una osservazione quotidiana diretta.

-Perché tiene conto della valutazione della guida di tirocinio ma anche dell'andamento dell'esame finale di tirocinio. Inoltre perché vengono utilizzati più metodi osservazione, discussione di casi clinici e domande verbali.

- Il contratto di tirocinio prevede la valutazione di tutti gli ambiti previsti dal profilo professionale.

-Penso che la valutazione avvenga in maniera adeguata, seppure con alcune cose che andrebbero sicuramente migliorate ma che non dipendono solo da tutor e assistenti di tirocinio.

-La presenza di numerose aziende esterne rende difficoltoso l'uniformità di programmi e quindi di valutazione.

-Si potrebbe integrare con una valutazione oggettiva.

- Penso che si potrebbero valutare gli studenti in maniera più approfondita.

- Non sempre sono presenti gli strumenti necessari per la valutazione adeguata delle competenze acquisite.

- A livello nazionale dovrebbe esserci una guida univoca sulla valutazione.

-Tiene adeguatamente in considerazione lo studente ma può essere migliorato.

-La discussione dei casi con la commissione di esame si svolge sulla base del programma di tirocinio annuale dello studente e segue una sorta di griglia di valutazione opportunamente stilata.

### **Decisamente no**

- Non è possibile comparare il livello di preparazione con altri corsi di studio

La domanda 16 riguarda la modalità di compilazione delle schede di valutazione che prevede tre risposte a scelta (Il tutor/guida di tirocinio compila le schede di valutazione da solo; Il tutor/guida di tirocinio compila le schede di valutazione in collaborazione con il tutor professionale; Il tutor/guida di tirocinio compila le schede insieme allo studente) e la possibilità di riportare una risposta aperta "altro". Le risposte sono risultate variabili, ma nella maggioranza la valutazione viene condivisa. Le risposte sono state ricondotte e accumulate tra loro per poter avere una maggiore chiarezza, con i seguenti risultati: Il tutor/guida di tirocinio compila le schede insieme allo studente (34,5%); in collaborazione con il tutor professionale (31,0%); la compilazione è condivisa con lo studente e in collaborazione con il tutor professionale (5,2%), compila da solo e condivide con lo studente (3,4%) come riportato in dettaglio nel grafico sottostante (fig.19). Nel 17,2% invece, il tutor/guida compila le schede da solo. Si riporta un commento: "La valutazione dovrebbe essere condivisa, non tutte le Guide hanno una visione pedagogica che le supporta. Per questo motivo nei corsi per le Guide di Tirocinio si lavora sulla opportunità di facilitare il potenziale di ogni studente e sull'ascolto attivo".

**Quale modalità di compilazione delle schede di valutazione dello studente da parte del Tutor/guida di tirocinio ritiene più adeguata?**



Fig. 19- Domanda 16: Quale modalità di compilazione delle schede di valutazione dello studente da parte del Tutor/guida di tirocinio ritiene più adeguata?

Nella domanda 17, la maggior parte dei Direttori ha risposto che le valutazioni parziali date dal tutor/guida risultano coerenti con la valutazione finale del tirocinio (65,5%); “a volte” il 29,3%, “no” solo il 5,2% (fig.20).

**Ritiene che la valutazione del tirocinio finale sia coerente con le valutazioni parziali date dal tutor/guida di tirocinio?**

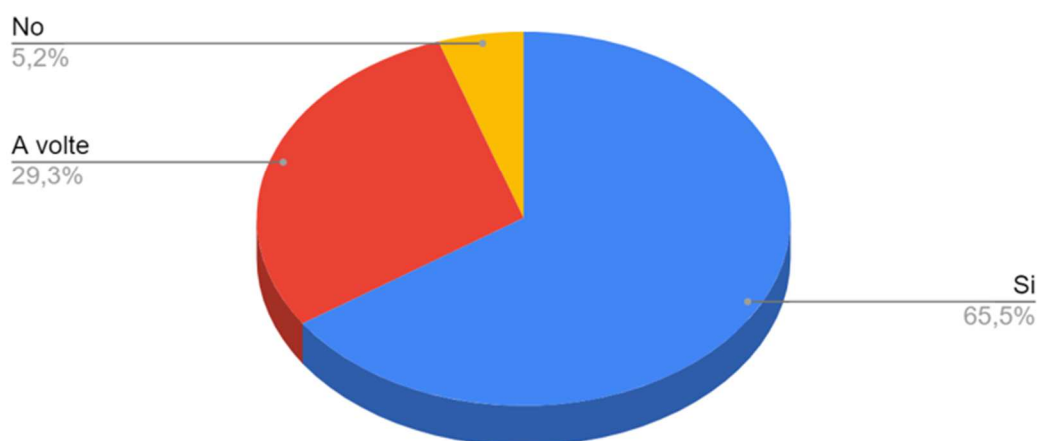


Fig. 20. Domanda 17: Ritiene che la valutazione del tirocinio finale sia coerente con le valutazioni parziali date dal tutor/guida di tirocinio?

La domanda 18 è rivolta solo a chi ha risposto “No” nella domanda precedente, e si chiede di spiegare la motivazione della non coerenza tra le valutazioni parziali delle guide e la

valutazione finale del tirocinio. I Direttori che hanno risposto “No” sono in totale 9. Sono previste 6 risposte chiuse (La pratica è diversa dalla teoria; La guida non ha mezzi sufficienti per poter valutare le conoscenze teoriche e le competenze dello studente; Lo studente sta poco tempo nella sede di tirocinio per poter essere adeguatamente valutato; Durante l’affiancamento guida/studente potrebbe prevalere l’aspetto empatico al momento della valutazione con rischio di sottostimare o sovrastimare lo studente; Le valutazioni formative formulate dalle guide non rispettano sempre criteri oggettivi; La valutazione è influenzata dagli aspetti relazionali tra guida e studente) e la possibilità di apportare altre motivazioni. Il 55,6% ritiene che l’aspetto empatico potrebbe interferire nella valutazione (fig.21).

**Se ha risposto No, specifichi quale potrebbe essere la motivazione?**

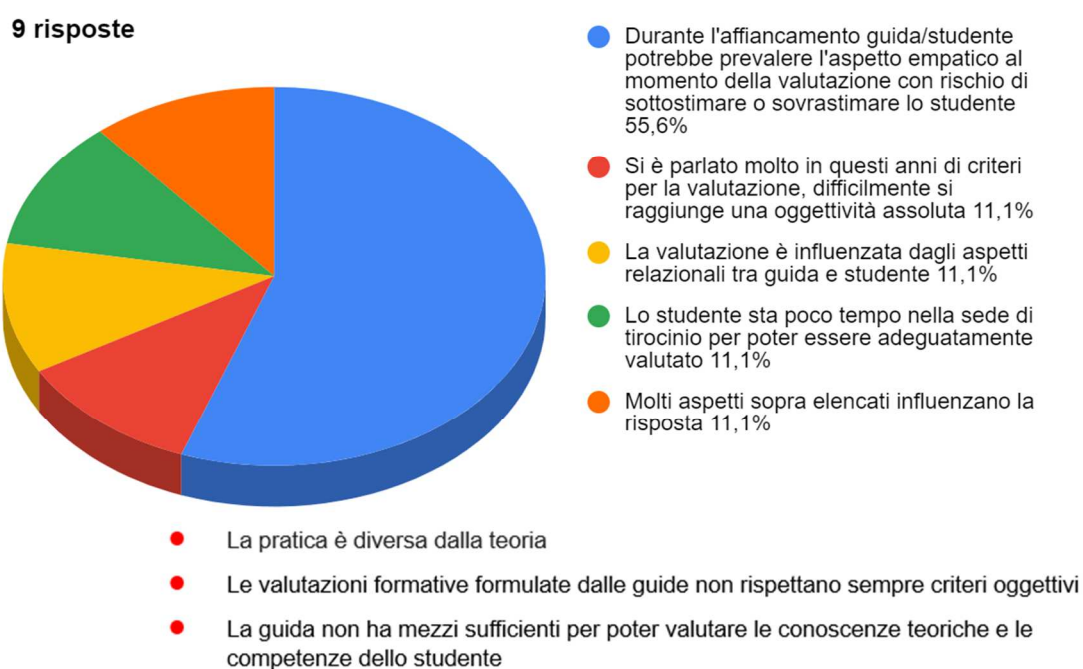


Fig.21- Domanda 18: Se ha risposto No, specifichi quale potrebbe essere la motivazione?

Nella domanda 19 si chiede come si possa migliorare la valutazione. Il 44,8% ritiene che si possa migliorare con la formazione delle guide; il 37,9% creando opportunità formative; l’8,6% basando la valutazione sulle competenze, come riportato nel grafico sottostante (fig.22).

### Come si potrebbe migliorare la valutazione del tirocinio?



Fig.22- Domanda 19: Come si potrebbe migliorare la valutazione del tirocinio?

La domanda 20 è relativa al corso di formazione delle guide di tirocinio, che è previsto nel 43,1% degli Atenei; alcune volte nel 10,3%; non è previsto nel 46,6%, ovvero la maggioranza. (fig.23)

### Nel suo ateneo è previsto il corso di formazione per le guide di tirocinio?

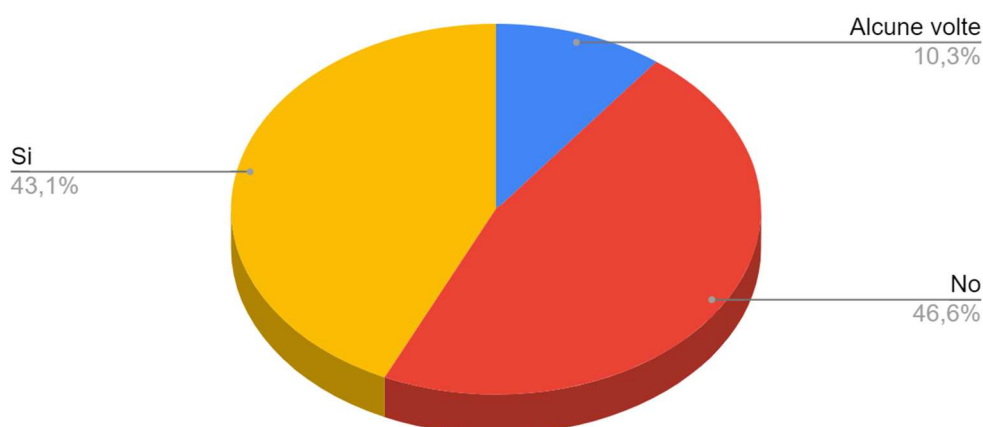


Fig.23. Domanda 20: Nel suo ateneo è previsto il corso di formazione per le guide di tirocinio?

La domanda 21, in relazione alla domanda precedente, rileva che i corsi per le guide non vengono fatti (37,9%); non sono previsti periodicamente (6,9%); vengono fatti una volta all'anno nel 32,8%, 2 volte all'anno nel 8,6% dei casi. (fig. 24).

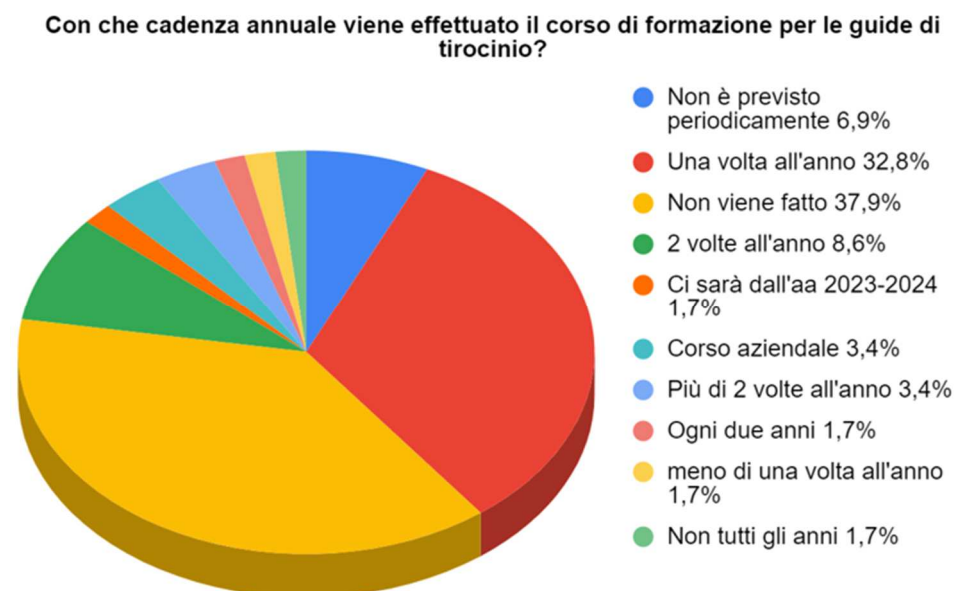


Fig.24- Domanda 21: Con che cadenza annuale viene effettuato il corso di formazione per le guide di tirocinio?

La domanda 22 è sempre relativa al corso per le guide di tirocinio. La maggioranza ritiene che sia decisamente utile per fornire supporto e orientamento alle guide (79,3%); che sia utile il 15,5%, solo il 5,2% non lo ritiene utile. (fig. 25).

**Ritiene che il corso per le guide di tirocinio sia utile per fornire supporto, orientamento e formazione ai tutor/guide di tirocinio?**

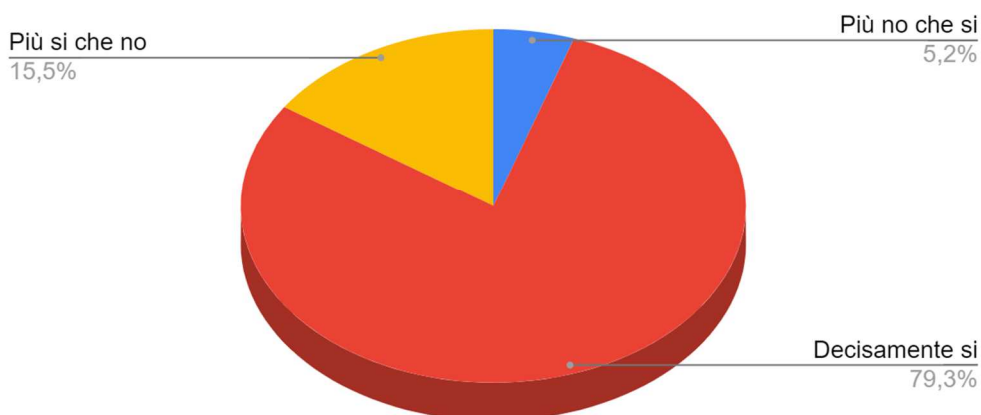


Fig. 25. Domanda 22: Ritiene che il corso per le guide di tirocinio sia utile per fornire supporto, orientamento e formazione ai tutor/guide di tirocinio?

La domanda 23, che riguarda lo strumento di valutazione ritenuto più esaustivo per documentare il livello di competenza raggiunto, ha evidenziato che la maggioranza dei Direttori preferisce le scale quantitative (36,2%) e la valutazione in 30esimi (29,3%), rispetto il giudizio narrativo (8,6%) o la descrizione qualitativa (12,1%), mentre in minoranza hanno optato per misurazioni combinate o altro (fig.26)

**Quale ritiene essere lo strumento di valutazione più esaustivo per documentare il livello raggiunto per ogni competenza?**

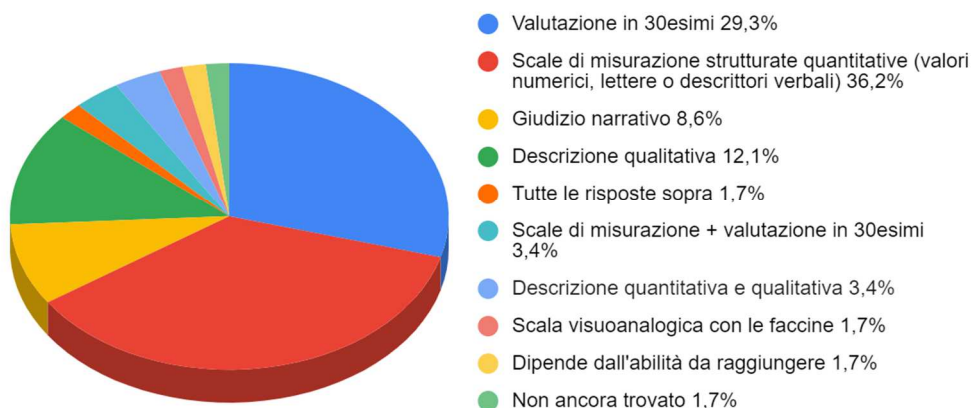


Fig. 26 domanda 23: Quale ritiene essere lo strumento di valutazione più esaustivo per documentare il livello raggiunto per ogni competenza?



La domanda 24 è aperta: “spieghi le motivazioni della risposta precedente”. Si riportano di seguito i commenti relativi alla risposta precedente.

**-Scale di misurazione strutturate quantitative (valori numerici, lettere o descrittori verbali):**

-Maggiore obiettività.

-Guidano meglio la guida di tirocinio nel dare il voto, possono essere integrate suddividendo le diverse competenze su più scale per poi arrivare meglio al voto in trentesimi che poi è richiesto effettivamente. Tutto però con anche una parte qualitativa e un colloquio con lo studente.

-Perché la ritengo più completa.

-In letteratura il primo strumento è quello validato per l'osservazione diretta

-Occorre uno standard minimo di livello di acquisizione competenze teorico/pratiche.

-Maggiormente esaustiva/oggettiva.

-La valutazione è idoneo o non idoneo; assolutamente contraria alla valutazione in trentesimi.

-E' più oggettiva.

-Per le valutazioni in itinere studente riceve una valutazione percentuale rispetto agli obiettivi da raggiungere mentre nella finale certificativa in trentesimi.

-È coerente con il livello gruppo classe.

-La descrizione qualitativa o un giudizio narrativo per me sono troppo dispersivi .

-È più oggettivo.

-Permette di oggettivare il giudizio dato dal tutor di tirocinio.

-Qualità e coerenza.

-Non esiste un metodo totalmente oggettivo di valutare lo studente quindi sono necessarie diverse metodologie.

-Possono dare una valutazione più completa.

-Fino a quando il tirocinio sarà valutato in 30esimi è utile avere dei descrittori il più possibili quantitativi.

-Le scale quantitative, corredate di griglia di corrispondenza esplicativa, hanno l'intento di rendere la valutazione più oggettiva.

-Oggettività ed equità del risultato.

-Laddove ci sono linee guida strutturate è più facile responsabilizzare lo studente.

-Metodo oggettivo.

**-Votazione in 30esimi:**

-Valutazione su base pratica - discussione caso clinico - valutazione log book.

-Per essere in linea con la votazione del tirocinio finale.

-Può essere più flessibile.

-La valutazione finale della Commissione di esame deve essere in trentesimi come per tutti gli esami.

-La valutazione in trentesimi se formulata attraverso un sistema oggettivo e riproducibile, e messa in atto differenziando laddove necessario, conferisce autorevolezza alla valutazione stessa.

-E' più diretta.

-Gli esami di tirocinio vengono valutati in 30esimi.

-Più precisa.

-E' una valutazione di facile comprensione.

-Dato il raggiungimento o meno dell'obiettivo prefissato di tirocinio, si valuta la competenza esprimendo una votazione.

-Maggiore oggettivazione e gradazione.

-Offre maggiori possibilità di diversificazione di giudizio.

-Il voto in 30esimi è più diretto e comprensibile.

-Rappresenta uno strumento schematico che nella descrizione dei criteri può tener conto di tutti gli aspetti precedenti.

-Perché i tutor già effettuano una valutazione qualitativa dello studente con la scheda di valutazione.

**-Giudizio narrativo**

-Il giudizio narrativo è utile a conoscere meglio le particolarità di ogni studente.

-Mi sembra il più intuitivo.

-Permette di considerare tutti gli elementi cognitivi e relazionali relativi alle acquisizioni raggiunte dagli studenti.

-Noi utilizziamo la valutazione in 30esimi, ma non viene vista in chiave costruttiva, come invece dovrebbe avvenire in una valutazione formativa.

-Ritengo che una valutazione non possa essere data esclusivamente con valori numerici, ma vadano anche motivati.

### **-Descrizione qualitativa**

-La valutazione di una persona, in questo caso la studentessa o lo studente, è composta da indicatori che vanno dalla valutazione delle competenze (declinate a seconda dell'anno di corso, intese come capacità di ragionamento clinico, scelta terapeutica e capacità di concordanza con il paziente) e dalla valutazione della capacità relazionale.

-Promuove una migliore comprensione della valutazione effettuata dal tutor e del livello raggiunto dallo studente.

-Permette una definizione delle competenze esaustiva rispetto a quelle previste.

-La scheda di valutazione parte dai Descrittori di Dublino, ogni descrittore ha uno o più item con obiettivi intermedi. Esiste una percentuale di obiettivi da raggiungere per ottenere una idoneità.

-La valutazione numerica e in 30esimi ha molti limiti, documentati dalla letteratura. La valutazione qualitativa permette di valutare il grado di autonomia che la/lo student\* ha nello svolgimento di una determinata pratica/saper essere. E generalmente è meno soggetta al rischio di una valutazione viziata alle sensazioni di simpatia/antipatia personali.

-Conoscenza dello studente ed attitudine.

-La valutazione di tecniche e competenze relative al profilo professionale specifico non possono essere solo ridotte ad un voto ma necessitano di una descrizione di vari aspetti in relazione allo studente specifico e possono, così, essere di maggior aiuto, allo studente stesso per crescere e migliorare, e ai Tutor per avere un quadro chiaro delle competenze da migliorare e/o correggere.

### **-Tutte le risposte sopra**

Da Direttore della Didattica ho bisogno sia di una descrizione quantitativa che votazione in trentesimi accompagnata da giudizio narrativo. Eliminerei solo la scala visuoanalogica.

### **-Descrizione quantitativa e qualitativa**

-La ritengo più completa.

-Per la valutazione formativa è indicata la descrizione qualitativa della performance, per la valutazione certificativa invece, strumenti quantitativi.

-La possibilità di non chiudersi dentro una sola valutazione.

### **-Scale di misurazione più valutazione in 30esimi**

-La possibilità di non chiudersi dentro una sola valutazione.

-Promuove una migliore comprensione della valutazione effettuata dal tutor e del livello raggiunto dallo studente.

**-Scala visuoanalogica con le faccine**

-Togliere il carico del voto rende libera la guida di esprimersi.

**-Dipende dall'abilità da raggiungere**

**-Lo sto ancora cercando...** Si potrebbe dare un valore numerico alla prestazione singola ma non è sufficiente alla valutazione globale che comprende attitudine alla professione empatia e altre capacità personali di difficile valutazione.

Alla domanda 25, se ogni performance da raggiungere deve avere una scala di valutazione diversa, hanno risposto sì il 22,4%; solo alcune il 39,7%; no il 37,9% (fig.27).

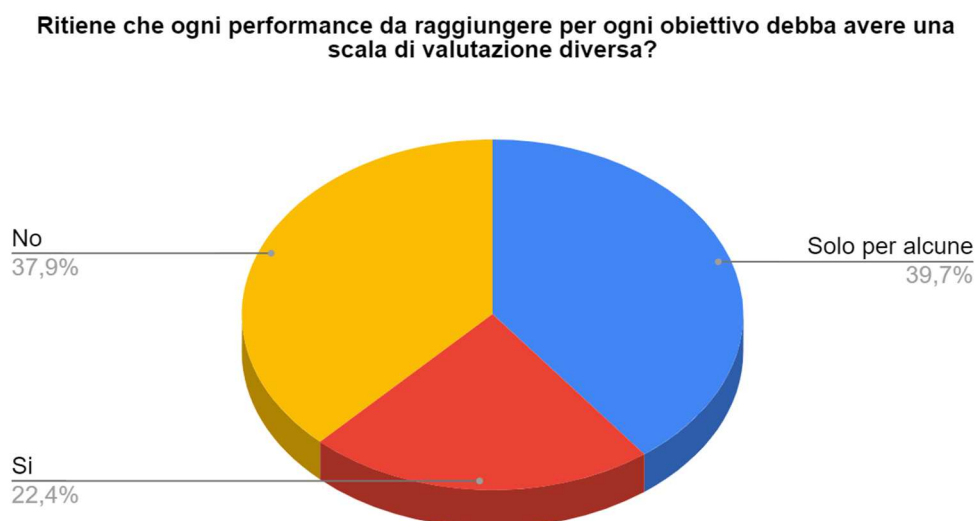


Fig. 27- Domanda 25: Ritiene che ogni performance da raggiungere per ogni obiettivo debba avere una scala di valutazione diversa?

In relazione alla domanda 26, la maggioranza dei Direttori ha risposto che ritengono che possa essere utile una differenziazione valutativa del comportamento, conoscenze e competenze del professionista sanitario (50% decisamente sì 29,3% più sì che no), mentre solo il 12,1% hanno risposto più no che sì, l'8,6% decisamente no. (fig.28)

**Ritiene che possa essere utile una differenziazione valutativa rispettivamente al comportamento, alle conoscenze e quindi alle competenze generali dell'essere professionista sanitario?**

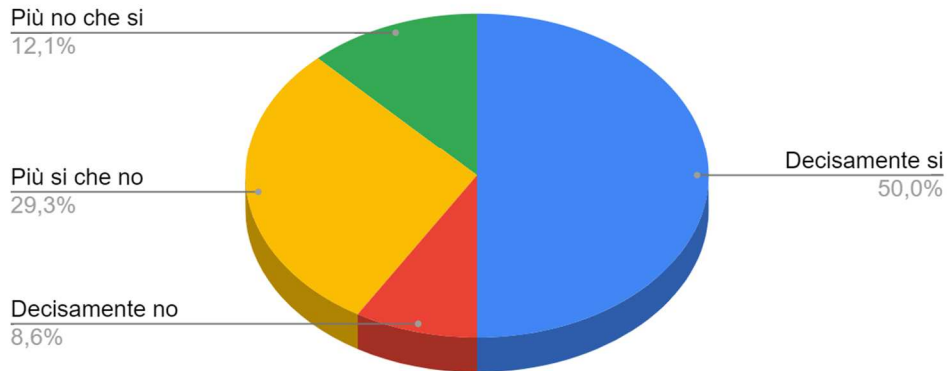


Fig. 28- Domanda 26: Ritiene che possa essere utile una differenziazione valutativa rispettivamente al comportamento, alle conoscenze e quindi alle competenze generali dell'essere professionista sanitario?

La domanda 27, infine, è una domanda aperta: “Quali suggerimenti darebbe per migliorare il sistema di valutazione del tirocinio nei CdL, essendo dei corsi triennali abilitanti alla Professione?”. Le risposte sono elencate di seguito.

- Sperimentare più sistemi e pubblicare i risultati.
- Maggiori corsi di formazione nazionali per guide di tirocinio, maggiori conoscenze delle informazioni della conferenza permanente delle professioni sanitarie, esami di tirocinio che possano valutare più le competenze e meno le conoscenze.
- Dipende dalla professione/valutazione su base pratica.
- Formazione costante rivolto alle guide che possono acquisire consapevolezza della responsabilità del ruolo del tutor.
- Perseverare nella formazione dei professionisti, nella loro consapevolezza, nella capacità di eliminare bias valutativi che dipendono spesso da pregiudizi o visioni rigide. Preparare, come facciamo, gli studenti al tirocinio con briefing iniziali e attraverso la rielaborazione dell'esperienza di tirocinio con i debriefing. Anche un'esperienza negativa può essere stimolo alla riflessione.
- Differenziare i momenti e le modalità di valutazione per i vari macrobiettivi. Casi clinici per il ragionamento clinico, scala per le soft skills, compiti con check list per le skills

tecniche. Prevedere diversi livelli di valutazione, integrare bene i tempi del tirocinio con il momento delle lezioni frontali e formare tantissimo le guide di tirocinio sull'organizzazione specifica di quel particolare corso di laurea di quella università. Noi stiamo proponendo brevi video lezioni che possono vedere anche le guide al tirocinio nuove arrivate, sulla burocrazia e gli aspetti organizzativi e poi un corso ECM sul campo con una professoressa esperta di andragogia per gli aspetti più relazionali e di valutazione dello studente.

-Maggiore ingaggio dei tutor con gratificazione.

-Credo sia fondamentale condividere inizialmente con lo studente gli obiettivi da raggiungere prevedendo successivamente una o più valutazioni in itinere in modo da intervenire in caso di particolari problematiche.

-Promuoverei l'utilizzo del badge elettronico.

-Dovrebbe essere condotta con uno scopo formativo, e quindi intensivamente in più momenti, in modo da evidenziare la curva di apprendimento dello studente.

-Non saprei.

-Per rispondere a questa domanda si dovrebbe prima disporre di una modalità standardizzata di valutazione e condivisa a livello dei vari CdL, che al momento non esiste

-Riscrittura del DM 270/04.

-La valutazione deve essere svolta nei laboratori dove gli studenti devono applicare ciò che i tutor hanno insegnato loro.

- Bisogna avere più tutor professionali.

-Implementare valutazione su motivazione ed etica professionale.

-Revisione periodica e aggiornamento degli strumenti di valutazione.

-Valutare lo studente attivamente e in presenza della performance con il paziente.

-Nessuno.

-Creare i presupposti per una formazione adeguata dei tutor di tirocinio.

-Le valutazioni dei tirocini devono essere più rigorose, ci dovrebbe essere un rapporto più stretto tra le guide di tirocinio e l'università, incentivare la formazione degli studenti è indispensabile per mantenere alti gli standard del personale.

-La valutazione della guida di tirocinio andrebbe implementata con altri elementi.

-Ogni Professione Sanitaria deve utilizzare quanto di più specifico. Non possono essere utilizzati criteri generici per tutte le professioni sanitarie.

- A mio parere la soluzione migliore è: questionario a risposta chiusa (diverso per anno di corso) con item relativi agli obiettivi formativi riportati dal core curriculum e core competence di ogni CdS. Possibilmente stesso questionario per ogni università. Sezione per dare il voto in 30simi che fa media con l'esame di tirocinio e spazio per commento narrativo.
- Formazione formazione formazione.
- L'esame finale dovrebbe prevedere sempre la presenza dei tutor nelle commissioni.
- Smettere di basare la valutazione solo su aspetti teorici e dare rilievo alla valutazione degli aspetti pratici.
- L'ideale sarebbe costruire delle schede di valutazione (descrittori ed obiettivi) specifici per ogni area.
- Valutare anche le competenze relazionali, fondamentali per le professioni sanitarie e spesso poco considerate.
- Una formazione a tappeto e specifica per le/i tutor sul significato della valutazione, su come essere il più obiettivi possibili, esercitazioni e "casi clinici" per tutor, nonché un rapporto diretto e stretto tra tutor e RADP.
- Valutazione oggettiva.
- Prevedere una valutazione annuale da parte dell'ordine/commissione d'albo sulle competenze che al momento avviene solo per l'esame di stato.
- Coerenza negli step aumentando la complessità di apprendimento.
- Un sistema valutativo uniforme a livello nazionale.
- Diminuire il numero degli studenti nei singoli corsi di laurea.
- Aumentare la presenza di professionisti nel pubblico.
- Bisognerebbe motivare ed incentivare il ruolo dei tutor professionalizzanti.
- Dovrebbe essere una valutazione pratica ma a causa dell'aumento del numero degli studenti e delle poche risorse dedicate alla didattica il compromesso è una prova pratica scritta.
- Valutare sempre i core values.
- Creando un percorso di formazione per i tutor clinici e facendo sì che tale ruolo sia retribuito dall'università.
- Tenere sempre elevata la competenza delle guide che effettuano la valutazione, per renderla il più oggettiva possibile.

- Cogliere lo specifico clinico.
- Il Corso di Laurea in Infermieristica è un corso complesso organizzato su diverse sedi, diminuire il gap tra teoria e pratica e coinvolgere di più i professionisti che lavorano in ambito clinico nel percorso formativo dello studente.
- Le guide di tirocinio nella regione Marche non sono in alcun modo retribuite, il loro operato viene riconosciuto solo tramite l'acquisizione di crediti ecm. Una maggior valorizzazione del loro lavoro potrebbe portare ad ottimizzare il percorso formativo, anche migliorando il sistema valutativo.
- Maggiore aderenza delle guide di tirocinio ai programmi e conoscenze teoriche date in sede accademica.
- Sarebbe utile avere un sistema di valutazione comune per tutti i CdL della stessa professione in modo da avere anche uniformità di competenze e giudizi.
- Forte coinvolgimento degli ordini professionali e delle aziende sul territorio.
- Standardizzare gli insegnamenti pratici con le relative valutazioni.
- Ogni professione ha un proprio percorso di tirocinio con specificità diverse, quindi potrebbe essere utile un confronto del sistema valutativo tra CdL della stessa professione. Questo in particolare per i CdL presenti in numero molto limitato (come il nostro, unico CdL della regione - 13 sul territorio nazionale) (tecnico di neurofisiopatologia).
- Verificare l'effettivo apprendimento di ogni studente in maniera più specifica e motivare di più i tutor.
- Corsi professionalizzanti per i tutor/guide per il tirocinio.
- Formare continuamente con inquadramento giuridico del TUTOR: riconoscenza significativa dell'attività tutoriale da parte della ASL/Università. Non lasciare nulla alla buona volontà del tutor.
- Fare particolarmente attenzione alla parte pratica.
- Definirei una modalità che ricorra all'utilizzo di più strumenti di valutazione.
- La necessità di prevedere e programmare, nelle sedi competenti, un corso di più di 3 anni per formare al meglio e secondo le necessità assistenziali rilevate dal Ministero della Salute, dei professionisti competenti e pronti per essere inseriti nel mondo del lavoro.
- La durata triennale non è sufficiente a mio avviso, per apprendere tutte le conoscenze da parte degli studenti. I tutor inoltre dovrebbero essere riconosciuti giuridicamente ed



economicamente, il che comporterebbe una dedizione da parte loro più efficace per il CdL.

-Motivare i tutor.

## **5.4 Discussione**

Dall'analisi del questionario è stato possibile operare un confronto tra le esperienze dei CdL di quasi tutte le professioni sanitarie seppur per alcune in misura minore. Si è potuto disporre delle opinioni dei Direttori partecipanti allo studio, che dichiarano in maggioranza, di avere anni di esperienza nel loro ruolo di Direttore e che sono anche stati tutor/guida di tirocinio, tutto ciò a sostegno/favore di una maggior consapevolezza e completezza nella visione globale del sistema di valutazione.

Nel complesso è emersa soddisfazione riguardo il sistema e il metodo di valutazione attualmente adottato nei loro atenei per valutare le competenze professionali acquisite in tirocinio; anche la modulistica che la guida deve compilare, attualmente in uso risulta chiara, semplice e di facile compilazione. I Direttori riportano come punti di forza del metodo di valutazione in uso, i seguenti: l'osservazione diretta durante l'attività pratica; la valutazione nei vari ambiti core, dalle competenze teoriche, pratiche alle competenze comportamentali e relazionali; la valutazione del problem solving e del ragionamento clinico; l'utilizzo anche della discussione di casi e di altri metodi di valutazione; l'uso di una scheda di valutazione semplice, pratica e utile ormai collaudata e sempre revisionata e aggiornata; la condivisione e collaborazione con le guide di tirocinio.

Il metodo di valutazione prevalentemente utilizzato è l'osservazione diretta dello studente, probabilmente perché semplice e immediata e consente di apprezzare limiti e punti di forza, verificando l'apprendimento di competenze pratiche professionali. L'osservazione diretta, talvolta, viene anche combinata con altre modalità di valutazione come la discussione dei casi, i report scritti, quesiti o protocolli verbali. Gli strumenti invece considerati più esaustivi per certificare gli obiettivi raggiunti, sono le scale di misurazione strutturate quantitative, in quanto apporterebbero maggior oggettività e obiettività e guiderebbero meglio la valutazione finale che avviene in trentesimi. Quest'ultima è molto annoverata dai Direttori in quanto la valutazione in trentesimi è ritenuta diretta, precisa e flessibile ed in linea con la valutazione finale dell'esame di

tirocinio, che consente il passaggio all'anno successivo. Tuttavia non escludono il possibile utilizzo degli strumenti combinati per poter cogliere meglio i diversi aspetti peculiari di ogni studente nei vari ambiti core. Tutto ciò fa emergere come non vi sia in uso uno strumento di misura omogeneo, ma al contrario tanta eterogeneità nei metodi di valutazione, confermata anche dal risultato alla domanda numero 25, in cui non vi è concordanza se vi debbano essere scale diverse per ogni performance da raggiungere.

Un aspetto rilevante è che la modalità di compilazione delle schede di valutazione avviene in condivisione con lo studente e anche in collaborazione con il tutor professionale, ciò ad indicare un coinvolgimento attivo dello studente nella valutazione del suo apprendimento, ma anche emerge collaborazione tra guide di tirocinio e staff universitario.

Quest'ultimo punto denota una discordanza nel fatto che in molti atenei non è attualmente attivo o previsto nessun corso di formazione per guide di tirocinio ritenuto, invece, fondamentale per fornire conoscenze, supporto e orientamento adeguato alle guide per consolidare le competenze.

## **CONCLUSIONI**

Dall'indagine svolta emerge che nel complesso vi è soddisfazione nel sistema di valutazione attualmente in uso dai Direttori della Didattica nei vari atenei. Questo risultato però, se sottoposto ad analisi critica, genera dubbi e criticità, infatti si rileva che non vi è sempre concordanza con le altre risposte fornite dai Direttori. Inoltre i Direttori che hanno dichiarato di non essere soddisfatti e che nel sistema di valutazione vi siano criticità, come per esempio la mancanza di coerenza tra le valutazioni parziali delle guide, vanno comunque tenute in considerazione seppur in piccola percentuale, perché sottolineano che a monte non vi è omogeneità nel sistema di valutazione. In particolare emerge che nel rapporto guida/studente potrebbe prevalere l'aspetto empatico e relazionale con il rischio di perdere l'oggettività che è difficilmente raggiungibile viste le tante variabili che entrano in gioco nel processo valutativo.

Inoltre, questa "soddisfazione" dichiarata, presuppone che si disponga di un sistema di valutazione di eccellenza, ma che non trova riscontro reale dal momento che il 46,6% ha risposto che non sono previsti corsi di formazione per le guide di tirocinio. Questa

manca è rilevante in quanto i corsi di formazione costituiscono uno strumento indispensabile per poter formare, sostenere e orientare le guide di tirocinio nel processo di valutazione, per uniformare e rendere omogenea l'esperienza del tirocinio, ma anche per poter costruire e mantenere un rapporto costante e sicuro di collaborazione, verifica e aggiornamento tra le università e le sedi di tirocinio di territorio regionale.

Inoltre, dall'analisi dei dati emerge che gli strumenti e le scale di valutazione utilizzate sono eterogenee, a conferma che allo stato attuale non esiste un sistema valutativo omogeneo nei vari atenei. La discordanza rilevata nei metodi di valutazione è un elemento sostanziale nella programmazione formativa dei CdL delle Professioni Sanitarie, poiché la valutazione è uno strumento non solo per lo studente, finalizzato ad attribuire un voto, ma anche per il valutatore, per poter definire cosa si vuole valutare, ovvero quali competenze devono essere acquisite in un corso di laurea secondo standard di competenze attese. Le competenze professionali richieste devono essere il quanto più possibile oggettive e in linea con gli standard formativi nazionali ed europei definiti nel Processo di Bologna. Solo un processo di valutazione omogeneo e standardizzato tra i vari atenei può garantire la formazione di professionisti sanitari con le stesse competenze professionali spendibili in qualunque contesto lavorativo.

Dalle contraddizioni emerse finora, entra anche in gioco la soggettività dei Direttori, ovvero le risposte sono dettate dalla propria esperienza professionale secondo una propria prospettiva personale di giudizio relativa alla valutazione. Per definire lo stato dell'arte attuale del sistema di valutazione, non basta dunque solo la prospettiva dei Direttori, ma andrebbe integrata con quella delle guide di tirocinio. A tal proposito è già stata svolta un'indagine conoscitiva sul ruolo della guida di tirocinio all'UNIVPM, proprio per dare voce ai principali attori del tirocinio professionale che sono coinvolti direttamente. Dunque il presente lavoro rappresenta il completamento di un percorso già iniziato. Dallo studio di E. Radi 2023, emerge che le maggiori criticità per le guide si riscontrano proprio sulla valutazione. Il tempo a disposizione per parlare con lo studente e per compilare le schede di valutazione è spesso insufficiente e le schede risultano troppo lunghe. Inoltre i metodi di valutazione sono eterogenei e quindi è espressa la necessità di schede di valutazione più semplici e omogenee, suddivise in valutazione delle competenze pratiche, del comportamento e giudizio narrativo. È necessario più tempo per il confronto con gli studenti, turni di tirocinio più lunghi per consentire una valutazione più completa. È

importante quindi tenere conto delle esigenze espresse dalle guide per poter definire che un sistema di valutazione sia soddisfacente ed efficace.

In conclusione, ad integrazione e completamento del lavoro già iniziato, sono emersi elementi rilevanti e largamente condivisi sia dalle guide che dai Direttori, che possono essere presi in considerazione come riferimenti migliorativi nell'organizzazione e pianificazione del sistema di valutazione delle competenze acquisite in tirocinio nei CdL delle professioni sanitarie. Di seguito si riportano i punti salienti:

-Corsi di formazione per le guide di tirocinio per fornire e consolidare le competenze relazionali e per aumentare la consapevolezza ed eliminare i bias valutativi. Si potrebbero organizzare anche brevi videolezioni per mantenere sempre aggiornate le guide e creare anche corsi specifici con esperti di andragogia. Inoltre mantenere stretti rapporti di collaborazione e condivisione tra guide e università per seguire ed incentivare la formazione degli studenti.

- Riconoscimento giuridico ed economico dell'attività tutoriale delle guide così da incentivare e motivare il loro ruolo

-Optare per un sistema di valutazione uniforme e standardizzato a livello nazionale condiviso tra i vari CdL.

-Revisione e aggiornamento periodico degli strumenti e delle modalità di valutazione per mantenere sempre alti gli standard di formazione.

-Prevedere sempre il coinvolgimento attivo dello studente e la condivisione nelle scelte formative disponendo di un tempo adeguato.

-Valutare tutti gli ambiti "core": le competenze pratiche, relazionali e i "core values" fondamentali per le professioni sanitarie.

È importante sottolineare come nell'ambito delle professioni sanitarie sia particolarmente sentito e risulti fondamentale investire nella formazione e nell'aggiornamento, sia per poter essere sempre in linea con i modelli formativi attuali, che per creare una rete informativa condivisa tra i vari atenei, al fine di uniformare e aggiornare i percorsi didattici per forgiare professionisti competenti e adeguati alle richieste del mondo del lavoro.

## **Allegato 1**

### **Questionario: “La valutazione dello studente nel tirocinio professionalizzante dei CdL delle Professioni Sanitarie”.**

Gentile Direttore, sono Francesca Arduini, fisioterapista e laureanda in Scienze Riabilitative delle Professioni Sanitarie presso l'Università Politecnica delle Marche. Chiedo il suo aiuto e La invito a partecipare alla compilazione e diffusione del seguente questionario i cui risultati verranno utilizzati per la realizzazione della mia tesi di laurea sulla valutazione dello studente nel tirocinio professionalizzante dei CdL delle Professioni Sanitarie. Il questionario è anonimo ed è rivolto ai Direttori della Didattica Professionale dei CdL delle Professioni Sanitarie. Le sue risposte inoltre daranno un prezioso contributo per poter migliorare gli aspetti relativi alla valutazione dello studente da parte dei Tutor/Guide di tirocinio nei Corsi di Laurea triennale abilitanti alla Professione Sanitaria. La ringrazio in anticipo per la collaborazione.

1) In quale anno si è laureato/a?\*

La tua risposta\_\_\_\_\_

2) Di quale CdL delle Professioni Sanitarie è responsabile?\*

- Infermiere
- Ostetrica
- Logopedista
- Fisioterapista
- Podologo
- Ortottista-Assistente di Oftalmologia
- TNPEE
- Tecnico Riabilitazione Psichiatrica
- Terapista Occupazionale
- Educatore Professionale
- Tecnico Audiometrista
- Tecnico Sanitario di Laboratorio Biomedico
- Tecnico di Neurofisiopatologia
- Tecnico Ortopedico

- Tecnico Audioprotesista
- Tecnico della Fisiopatologia Cardiocircolatoria e Perfusionazione Cardiovascolare
- Dietista
- Igienista Dentale
- Tecnico della Prevenzione nell'Ambiente e nei luoghi di lavoro
- Assistente Sanitario
- Infermiere Pediatrico
- Tecnico di radiologia medica, per immagini e radioterapia

3) In quale regione d'Italia svolge il suo lavoro?\*

La tua risposta\_\_\_\_\_

4) In quale ateneo svolge il suo ruolo di Direttore della Didattica Professionale?\*

La tua risposta\_\_\_\_\_

5) Da quanti anni svolge il ruolo di Direttore della Didattica Professionale?\*

- Meno di un anno
- Da 1 a 5 anni
- Da 5 a 10 anni
- oltre 10 anni

6) Prima di svolgere il suo ruolo di Direttore della Didattica Professionale è stato/a anche tutor/guida di tirocinio ?\*

- SI
- No

7) Di quanti studenti è responsabile in media annualmente nel suo CdL?\*

- Meno di 50 studenti
- Più di 50 studenti
- Meno di 100 studenti
- Più di 100 studenti

8) Con quale rapporto guida/studente si svolge il tirocinio presso il CdL per il quale è responsabile?\*

- 1 a 1
- 1 a 2
- 1 a 3
- Una guida per un gruppo numeroso

9) In quali sedi si svolge il tirocinio nel CdL nel quale è responsabile?\*

- Pubblico
- Privato convenzionato
- Privato
- Scuola
- Sociale

Altro: \_\_\_\_\_

10) Ritieni di essere soddisfatto del sistema di valutazione delle competenze professionali o dell'apprendimento nel tirocinio, utilizzato nel suo CdL?\*

- Decisamente si
- Più si che no
- Più no che si
- Decisamente no

11) Nella sua pratica quotidiana, le sembra che la modulistica attualmente in uso, per la valutazione dei tirocinanti nel suo CdL, risulti chiara e di facile comprensione per il tutor/guida e lo studente? \*

- Decisamente si
- Più si che no
- Più no che si
- Decisamente no

12) Le sembra che la modulistica per la valutazione attualmente in uso risulti troppo lunga e richieda da parte della guida di tirocinio troppo impegno in termini di tempo per compilarla?\*

- Decisamente si
- Più si che no

- Più no che si
- Decisamente no

13) Presso il suo CdL quale metodo di valutazione delle competenze professionali viene utilizzato?\*

- Osservazione diretta dello studente
- Domande, quesiti o protocolli verbali
- Discussione di casi
- Compiti scritti: report, progetti

Altro: \_\_\_\_\_

14) Ritiene che il metodo di valutazione attualmente in uso presso il suo CdL sia adeguato per verificare il processo di apprendimento dello studente?\*

- Decisamente si
- Più si che no
- Più no che si
- Decisamente no

15) In riferimento alla domanda precedente, riferisca il perchè della sua risposta:\*

La tua risposta \_\_\_\_\_

16) Quale modalità di compilazione delle schede di valutazione dello studente da parte del Tutor/guida di tirocinio ritiene più adeguata?\*

- Il tutor/guida di tirocinio compila le schede di valutazione da solo
- Il tutor/guida di tirocinio compila le schede di valutazione in collaborazione con il tutor professionale
- Il tutor/guida di tirocinio compila le schede insieme allo studente

Altro: \_\_\_\_\_

17) Ritiene che la valutazione del tirocinio finale sia coerente con le valutazioni parziali date dal tutor/guida di tirocinio?\*

- Si
- No



- A volte

18) Se ha risposto No, specifichi quale potrebbe essere la motivazione?

- La pratica è diversa dalla teoria
- La guida non ha mezzi sufficienti per poter valutare le conoscenze teoriche e le competenze dello studente
- Lo studente sta poco tempo nella sede di tirocinio per poter essere adeguatamente valutato
- Durante l'affiancamento guida/studente potrebbe prevalere l'aspetto empatico al momento della valutazione con rischio di sottostimare o sovrastimare lo studente
- Le valutazioni formative formulate dalle guide non rispettano sempre criteri oggettivi
- La valutazione è influenzata dagli aspetti relazionali tra guida e studente

Altro: \_\_\_\_\_

19) Come si potrebbe migliorare la valutazione del tirocinio?\*

- Formazione delle guide per sviluppare autoconsapevolezza dei propri valori e pregiudizi
- Basare la valutazione maggiormente sulle competenze e non soltanto sulle conoscenze e comportamenti dello studente
- Organizzare il tirocinio creando opportunità formative per garantire l'apprendimento e consentire una valutazione rigorosa

Altro: \_\_\_\_\_

20) Nel suo ateneo è previsto il corso di formazione per le guide di tirocinio?\*

- Sì
- No
- Alcune volte

21) Con che cadenza annuale viene effettuato il corso di formazione per le guide di tirocinio?\*

- Una volta all'anno
- 2 volte all'anno

- Più di 2 volte all'anno

Altro: \_\_\_\_\_

22) Ritieni che il corso per le guide di tirocinio sia utile per fornire supporto, orientamento e formazione ai tutor/guide di tirocinio?\*

- Decisamente sì
- Più sì che no
- Più no che sì
- Decisamente no

23) Quale ritieni essere lo strumento di valutazione più esaustivo per documentare il livello raggiunto per ogni competenza?\*

- Scale di misurazione strutturate quantitative (valori numerici, lettere o descrittori verbali)
- Descrizione qualitativa
- Giudizio narrativo
- Scala visuoanalogica con le faccine
- Valutazione in 30esimi

Altro: \_\_\_\_\_

24) Spieghi le motivazioni della risposta precedente:\*

La tua risposta \_\_\_\_\_

25) Ritieni che ogni performance da raggiungere per ogni obiettivo debba avere una scala di valutazione diversa?\*

- Sì
- No
- Solo per alcune

26) Ritieni che possa essere utile una differenziazione valutativa rispettivamente al comportamento, alle conoscenze e quindi alle competenze generali dell'essere professionista sanitario?\*

- Decisamente sì

- Più sì che no
- Più no che sì
- Decisamente no

27) Quali suggerimenti darebbe per migliorare il sistema di valutazione del tirocinio nei CdL, essendo dei corsi triennali abilitanti alla Professione?\*

La tua risposta \_\_\_\_\_

## Bibliografia

- Arnold, L. (2002). Assessing professional behavior: Yesterday, today and tomorrow. *Academic Medicine*, 77 (6), 502-15.
- Baartman, L., Prins, F., Kirschner, P. A., & Van der Vleuten, C. (2007). Determining the quality of competences assessment programs: A self-evaluation procedure. *Studies in Educational Evaluation*, 33(3-4), 258-281.
- Bielli, S., Bozzolan, M., Cortini S., Galantini, P., Giacobazzi, M., Montevecchi, V., & Spada, M. La formazione “core” del fisioterapista. Disponibile in: <https://aifi.net/wp-content/uploads/2018/07/corecompetencecorecurriculum.pdf>
- Birenbaum, M., Breuer, K., Cascallar, E., Dochy, F., Dori, Y., Ridgway, J., ... & Nickmans, G. (2006). A learning integrated assessment system. *Educational Research Review*, 1(1), 61-67.
- Bobbo, N., & Moretto B., (2023 Maggio). Valutazione del tirocinio formativo nel corso di studi in Educazione professionale: ideazione, costruzione ed implementazione di un nuovo strumento. *Journal of Health Care Education in Practice*. Scientific article – DOI: 10.14658/pupj-jhcep-2023-1-18.
- Bottio C. & Guerrieri C., (2011). *Il tutor clinico. Manuale per lo sviluppo delle competenze*. Ed. Franco Angeli.
- Canzan, F., Marognolli, O., Bevilacqua, A., Defanti, F., Ambrosi, E., Cavada, L., & Saiani, L., (2017). Una panoramica sui modelli di insegnamento e tutorato clinico degli studenti infermieri in tirocinio: revisione della letteratura. *Assist Inferm Ric* 36(1):7-13. DOI 10.1702/2676.27416.
- Castagna, L.M., De Cagno, A.G., Di Martino, M.V., Lovato, G., Pierro, A., & Razzano, C., et al. (2010). “*Il Core Competence e il Core Curriculum del Logopedista*”. Collane Riabilitative in Logopedia Vol, 18, ed. Springer.
- Conferenza Permanente dei Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie – Principi e standard del tirocinio professionale dei Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie - Consensus Conference Settembre 2010
- Conferenza Permanente delle Classi di Laurea delle Professioni Sanitarie – Presidente Prof. Luisa Saiani, Segretario Generale Prof. Alvisa Palese. Dossier dei materiali didattici Spring School – per Coordinatori/Direttori/Responsabili della didattica professionalizzante dei Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie – 31 marzo-2 aprile

2022 (Napoli).

-Gamberoni, L., Marmo, G., Bozzolan, M., Loss C., & Valentini, O., (2009). *Apprendimento clinico, riflessività e tutorato. Metodi e strumenti della didattica tutoriale per le professioni sanitarie*, Napoli: EdiSES.

-Knight, P. T. (2000). The value of a programme-wide approach to assessment. *Assessment & Evaluation in Higher Education*, 25(3), 237-251

-Lavecchia, M., Gnerre, P., Florianello, F., Scarpino, O., & Spanò, A., (2018). LE PROFESSIONI SANITARIE. *Tesi Congressuale*. Disponibile in:

[https://www.anaao.it/public/aaa\\_8682514\\_9\\_professioni.pdf](https://www.anaao.it/public/aaa_8682514_9_professioni.pdf)

-L'evoluzione dei profili professionali delle professioni TSRM e PSTRP- Documento di posizionamento della FNO TSRM e PSTRP.

-Le Boterf, G., (2000). *Construire le compétences individuelles et collectives*. Paris: Editions d'Organisation.

-Le competenze delle professioni sanitarie. Volume I°. A cura di Commissione regionale per la formazione sanitaria- Servizio Sanitario della Toscana.

-Libretto di formazione CdL in Logopedia Università Politecnica delle Marche – Edizione A.A. 2022-23

-Perché l'analisi delle competenze. Speciale competenze/La valutazione. Disponibile in: <http://www.area-c54.it/public/analisi%20delle%20competenze.pdf>.

-Pillastrini, P., Bertozzi, L., Chiari, P., Morsillo, F., Semprini, Valente, D., & Sansoni, J., (2008, Giu-Set). Formazione universitaria dei Professionisti della Salute: i “Core Values”, come efficaci strumenti per una valutazione dei valori della performance nella futura prassi. *Professioni Infermieristica*, 61(3),131-8.

-Proia, S. (2014). I primi vent'anni dei profili professionali. Cosa è cambiato per i 600mila professionisti della salute. *Quotidianosanita.it*. Disponibile in:

[https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo\\_id=23318](https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=23318)

-Proia, S. (2019). Venti anni fa nascevano le professioni sanitarie italiane così come le conosciamo oggi. Ecco la storia di una riforma coraggiosa. *Quotidianosanita.it*. Disponibile in:

[https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo\\_id=71301](https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=71301)

-Radi, E. (2023). Tesi di Laurea Magistrale in Scienze Riabilitative delle Professioni

Sanitarie dell'UNVPM: Il ruolo della guida di tirocinio nei Corsi di Laurea triennale delle Professioni Sanitarie.

-Renda, E., Salerni, A., & Malerba, D. (2016). Il tirocinio universitario secondo i tutor aziendali: un punto di vista centrale per un modello circolare e integrato. *Italian Journal of Educational Research*, (16), 159-174.

-Robins, L.S., Braddock III, C.H., Fryer-Edwards, K.A. (2002). Using the American board of internal medicine's "elements of professionalism" for undergraduate ethics education. *Academic Medicine*, 77 (6), 523-31

-Rogers, C. (1973). *Libertà nell'apprendimento*. Firenze: Giunti e Barbera.

-Rogers, C.R. (1997). *Terapia centrata sul cliente*. Firenze: La Nuova Italia.

-Saiani, L., Bielli, S., & Brugnolli, A. (2011). Conferenza Permanente delle Classi di Laurea delle Professioni Sanitarie – Consensus Conference – Documento di indirizzo sulla valutazione dell'apprendimento delle competenze professionali acquisite in tirocinio dagli studenti dei Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie. *Medicina e Chirurgia- Quaderni delle Conferenze Permanenti delle Facoltà di Medicina e Chirurgia Med. Chir.* 53, 2370-2378.

-Sandrone, G., (2013, Novembre). Gli insegnamenti pedagogici e metodologici del tirocinio curricolare dei Corsi di studio sulle professioni sanitarie. *Rivista Formazione lavoro persona*. Anno 3-numero 9.

-Sasso, L., Lotti, A., & Gamberoni, L., (1997). *Il tutor per le professioni sanitarie*. Roma: La nuova Italia Scientifica.

-Sasso, L., & Lotti, A. (2003). *Il tutor per le professioni sanitarie*. Carrocci

-Spadola, M., Cortini, C., Bertozzi, L., Tani, C., Santucci, G., & Genovese, V., et al. (2020, Novembre). Il tutor di tirocinio per le professioni sanitarie: un progetto di formazione continua nell'azienda Usl della Romagna. *Tutor*, volume 20, n.1.

-Sullivan, W.M. (1999) What is left of professionalism after managed care? *Hastings Center Report*, 29, (2) 7-13

-Un'introduzione a Tuning Educational Structures in Europe- il contributo delle Università al Processo di Bologna. Disponibile in:

[https://www.processodibologna.it/documenti/Tuning/General\\_Brochure\\_Italian\\_version.pdf](https://www.processodibologna.it/documenti/Tuning/General_Brochure_Italian_version.pdf)

-Vettore, L., Chiari, C., Padula M.S., & Mecugni, D. *La didattica tutoriale. Facilitare*

*l'apprendimento attivo del discente grazie all'impegno cooperativo di ricerca e scoperta autonoma delle conoscenze.* (pp171-178). Disponibile in:

[https://www.simg.it/documenti/aree\\_cliniche/Universita/materiale/dalmanualeeldocent ePadulaLadidatticatutorialeinMedicinaGenerale.pdf](https://www.simg.it/documenti/aree_cliniche/Universita/materiale/dalmanualeeldocent ePadulaLadidatticatutorialeinMedicinaGenerale.pdf)

### **Norme giuridiche**

-Decreto 3 novembre 1999, n. 509 “Regolamento recante norme concernenti l'autonomia didattica degli atenei”.

-Decreto 24 settembre 1997 “Requisiti d'idoneità delle strutture per i diplomi universitari dell'area medica”.

- Decreto ministeriale 24 luglio 1996, n.42, “Approvazione della tabella XVIII-ter recante gli ordinamenti didattici universitari dei corsi di diploma universitario dell'area sanitaria, in adeguamento dell'art. 9 della legge 19 novembre 1990, n. 341”.

-Decreto ministeriale 29 marzo 2001 “Definizione delle figure professionali di cui all'art. 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, da includere nelle fattispecie previste dagli articoli 1, 2, 3 e 4, della legge 10 agosto 2000, n. 251 (art. 6, comma 1, legge n. 251/2000)”.

-Decreto ministeriale 2 aprile 2001, “Determinazione delle classi delle lauree universitarie delle professioni sanitarie”.

-Decreto Interministeriale 22 ottobre 2004, n. 270, “Modifiche al regolamento recante norme concernenti l'autonomia didattica degli atenei, approvato con decreto del Ministero dell'Università e della Ricerca scientifica e tecnologica 3 novembre 1999, n. 509”.

-Decreto 19 febbraio 2009, “Determinazione delle classi dei corsi di laurea per le professioni sanitarie, ai sensi del decreto ministeriale 22 ottobre 2004, n. 270”.

-Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, “Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421”.

-Legge 19 novembre 1990, n. 341 “Riforma degli ordinamenti didattici universitari”.

-Legge 26 Febbraio 1999, n.42 “Disposizioni in materia di professioni sanitarie”.

-Legge 10 agosto 2000, n. 251 “Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica”.

-Legge 1 Febbraio 2006, n. 43 “Disposizioni in materia di professioni sanitarie infermieristiche, ostetriche, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione e delega al

Governo per l'istituzione dei relativi Ordini professionali”.

-Legge 30 dicembre 2010, n. 240, “Norme in materia di organizzazione delle Università, di personale accademico e reclutamento, nonché delega al Governo per incentivare la qualità e l'efficienza del sistema universitario”.

-Legge 11 gennaio 2018, n. 3, “Delega al Governo in materia di sperimentazione clinica di medicinali nonché disposizioni per il riordino delle professioni sanitarie e per la dirigenza sanitaria del Ministero della salute”.

### **Sitografia**

-<https://ecmitalianmr.it/view/codici-deontologici>

-<https://education.ec.europa.eu/it/education-levels/higher-education/inclusive-and-connected-higher-education/bologna-process>

-<https://www.educaweb.it/contenuto/orientamento/spazio-europeo-dell-istruzione-superiore-seis/obiettivi-della-spazio-europeo-istruzione-superiore-seis/>

-<https://www.miur.gov.it/processo-di-bologna>

-<https://www.orizzontescuola.it/la-valutazione-degli-studenti-e-le-sue-fasi-diagnostica-formativa-finale/>

-<https://www.salute.gov.it/portale/professionisanitarie>

-<https://www.unipi.it/index.php/qualita-didattica/item/21031-descrittori-di-dublino#:~:text=I%20Descrittori%20di%20Dublino%20sono,in%20un%20corso%20di%20studio.>

-<https://www.uniroma1.it/sites/default/files/allegati/I%20DESCRITTORI%20DI%20DUBLINO.pdf>

-<https://www.universita.it/laurea-professioni-sanitarie/>



**Ringraziamenti:**

Ringrazio la mia splendida famiglia per avermi supportato e “sopportato” in questo percorso con tanto amore: mio marito Moreno per essermi sempre stato accanto e aver creduto in me, e i miei figli Sofia e Luca per tutta la loro pazienza e comprensione.

Ringrazio mia madre Piera per tutto l’aiuto fisico e morale che solo una mamma può dare.

Ringrazio la Prof.ssa D’Antuono, mia relatrice, per avermi guidata e aiutata con tanta disponibilità e gentilezza nel mio elaborato di tesi.

Ringrazio la Prof.ssa Lopez per il materiale e l’aiuto fornito.