

I tutor per la formazione nelle Aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna

Area vasta Emilia Nord



Sviluppo delle professionalità
per l'assistenza e la salute

I tutor per la formazione nelle Aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna

Area vasta Emilia Nord

La redazione del volume è a cura di

Diletta Priami Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna

Vanessa Vivoli Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna

Progetto pilota coordinato da

Diletta Priami Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna

Vanessa Vivoli Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna

Maria Barbara Lelli Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna

in collaborazione con

Giovanna Artioli Azienda ospedaliero-universitaria di Parma

Chiara Beghini Azienda USL di Modena

Luca Caricati Università degli studi di Parma

Lodovica Cavalli Azienda USL di Piacenza

Salvatore De Franco Azienda ospedaliera di Reggio Emilia

Luciano Ferrari Azienda USL di Parma

Attilio Mattioli Azienda USL di Reggio Emilia

Alfonso Sollami Azienda ospedaliero-universitaria di Parma

Paola Vandelli Azienda ospedaliero-universitaria di Modena

La collana Dossier è curata dall'Area di programma Sviluppo delle professionalità per l'assistenza e la salute dell'Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna responsabile Corrado Ruozi

redazione e impaginazione Federica Sarti

Stampa Regione Emilia-Romagna, Bologna, dicembre 2014

Copia del volume può essere richiesta a

Federica Sarti - Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna

viale Aldo Moro 21 - 40127 Bologna

e-mail fsarti@regione.emilia-romagna.it

oppure può essere scaricata dal sito Internet

<http://assr.regione.emilia-romagna.it/it/servizi/pubblicazioni/dossier/doss246>

Chiunque è autorizzato per fini informativi, di studio o didattici, a utilizzare e duplicare i contenuti di questa pubblicazione, purché sia citata la fonte.

Indice

Sommario	5
<i>Abstract</i>	7
Premessa	9
Disegno della ricerca	15
Analisi dei risultati	17
La formazione intervento	37
Allegati	43
Allegato 1. Questionario	45
Allegato 2. Focus group	57
Allegato 3. Programma di formazione	81
Allegato 4. Studio pilota	85

Sommario

La Legge regionale n. 29/2004 dell'Emilia-Romagna ha riconosciuto in modo esplicito alla formazione e alla ricerca un ruolo fondamentale nel Servizio sanitario regionale.

I cambiamenti delle organizzazioni spostano l'asse delle competenze e delle priorità, dalle attività di insegnamento in aula si spostano progressivamente su profili professionali più articolati, di taglio pedagogico/organizzativo. È in questo contesto che viene proposto come elemento fondamentale il ruolo del tutor per la formazione sia di base che continua. Il tutor è un professionista che ha la funzione principale di facilitare gli apprendimenti sul campo dello studente e/o neoassunto.

La *tutorship* è un'importante strategia didattica utilizzata in numerosi programmi di formazione di base e post-laurea per le diverse professioni sanitarie.

Dopo la pubblicazione del volume *I tutor per la formazione nel Servizio sanitario regionale dell'Emilia-Romagna* (Biocca *et al.*, 2009), si è pensato di approfondire quanto già avviato, in particolare per:

- indagare e mappare quantitativamente le diverse tipologie di tutor e le relative situazioni didattiche;
- disegnare un progetto di ricerca con lo scopo di valorizzare la funzione tutoriale mettendone in luce gli ambiti che la qualificano, come importante contributo alla formazione e allo sviluppo delle professionalità di un'Azienda sanitaria.

Attraverso una raccolta di dati quanti/qualitativi, lo studio si è posto il duplice obiettivo di:

- descrivere il processo tutoriale nelle Aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna dal punto di vista dei professionisti sanitari;
- approfondire le opinioni dei soggetti interessati (professionisti, responsabili della formazione) in merito alle competenze necessarie per svolgere tale funzione.

Lo studio non ha voluto essere solo un momento descrittivo-esplorativo della funzione tutoriale, ma anche una ricerca-azione.

Il disegno della ricerca si è articolato in tre fasi.

La prima fase ha avuto l'obiettivo di descrivere il processo tutoriale dal punto di vista dei professionisti, utilizzando come strumento di indagine un questionario.

La popolazione di riferimento da cui è stato estratto il campione era costituita da tutti gli operatori del Servizio sanitario che, in ciascuna Azienda sanitaria considerata, hanno svolto negli ultimi 3 anni una qualche funzione di tutorato. Tuttavia, il campione si è auto selezionato in modo casuale e quindi non generalizzabile all'intera popolazione.

La seconda fase aveva invece l'obiettivo di approfondire le conoscenze necessarie per svolgere la funzione tutoriale dal punto di vista dei professionisti coinvolti. Questa fase ha avuto un carattere esplorativo e come strumento di indagine si è fatto ricorso ai focus group.

I focus group sono stati finalizzati ad approfondire i saperi necessari per svolgere la funzione tutoriale e in particolare per capire quali potevano essere i bisogni formativi da sviluppare nei tutor attraverso la costruzione di un potenziale percorso formativo.

Così come per il questionario, anche la partecipazione ai focus group è stata incentivata attraverso l'assegnazione di 2 crediti ECM.

La terza fase dello studio ha avuto l'obiettivo di definire delle linee di indirizzo per la programmazione di un percorso formativo rivolto ai professionisti tutor delle Aziende sanitarie coinvolte nella ricerca.

Questa fase ha avuto il carattere di ricerca-azione, in quanto i punti di vista di tali soggetti sono stati la base per la definizione condivisa e partecipata delle linee di indirizzo, affinché il percorso/programma formativo soddisfi i reali bisogni di tutti coloro che svolgono la funzione di tutor.

L'idea è quella di "fare formazione" per trasferire la conoscenza dall'individuo all'organizzazione e viceversa. I professionisti cambiano, e cambiano le loro organizzazioni se si riescono a creare le condizioni che possono favorire l'incontro del "nuovo", momentaneamente patrimonio solo del singolo individuo, con la realtà dell'organizzazione. La formazione rappresenta, quindi, una risorsa fondamentale per migliorare le competenze necessarie a gestire i processi di lavoro e sviluppare l'innovazione: fare formazione non può essere sinonimo solamente di progettare e organizzare un buon corso; la formazione deve essere vissuta come un sistema di gestione dei processi di apprendimento-cambiamento.

Il progetto di ricerca-azione ha diverse finalità non solo dichiarate, ma anche meta: individuare le competenze tutoriali da sviluppare ed erogare una formazione a formatori di tutor clinici che sviluppino modelli didattici "comuni" all'interno delle Aziende sanitarie tra comparto e dirigenza dei diversi profili professionali. A questo proposito si segnala che a ottobre 2014 è stato promosso in collaborazione con l'Università di Parma un Bando per il "Master di I livello per formatori di tutor clinici" rivolto alle professioni sanitarie e ai dirigenti medici, che si svolgerà nel corso del 2015.

Abstract

Tutorship in Emilia-Romagna Health Trusts - Vast Area Emilia Nord

Emilia-Romagna Law no. 29/2004 explicitly assigned to education and research a fundamental role in the Regional Health Service.

Changes in organizations are moving the axes of competences and priorities, from class teaching activities to more articulated, pedagogic/organizational professional profiles. In this context, the role of tutor for basic and continuous education becomes fundamental, to facilitate students and neo-employees in their learning process. Tutorship is an important didactic strategy used in many programs for basic and post-degree education for many health care professions.

After the publication of the volume I tutor per la formazione nel Servizio sanitario regionale dell'Emilia-Romagna (Biocca et al., 2009), a further analysis was promoted to:

- *study and map the number and types of tutors, and their didactic conditions;*
- *outline a research project to valorize the role of tutors as an important contribution for education and professional development of a Health Trust.*

Through a quanti/qualitative survey, the study was meant to:

- *describe the tutorial process in Emilia-Romagna Health Trusts from health professionals' point of view;*
- *investigate the opinions of the involved subjects (professionals, people responsible for education) on competences required to carry out this function.*

The research-action study was articulated in three phases.

The first phase was meant to describe the tutorial process from professionals' point of view, using a questionnaire. Sample population was extracted from the all health professionals that in the last three years have carried out some tutorial function in their Health Trust; however, as the sample was randomly auto-selected, it cannot be generalized to all population.

The goal of the second phase was to analyze professionals' idea on what knowledge is necessary to carry out the tutorial function, and which education needs are recognized and have to be developed in tutors through the implementation of a training path. The method of the focus group was used.

The participation to the questionnaire and to the focus group was boosted through the assignment of 2 credits for continuous education.

The third phase of the study was intended to define the broad lines for programming a training path for tutors in the Health Trusts involved in the research. This part can be defined as a research-action phase, as the points of view of the professionals were the

base for a shared and participated definition of those broad lines so that the training path/program can satisfy the real needs of all people working as tutors.

The idea is "to do education" in order to transfer knowledge from the single person to the organization and vice versa. Professionals change, and also their organizations can change if conditions are created to enable the encounter of the "new" - temporarily belonging only to the single professionals - with the reality of the organization. Training thus represents a fundamental resource to improve the knowledge needed to manage work processes and to develop innovation: doing education is not only a synonym of planning and organizing a good course; education has to be experienced as a system to manage learning-changing processes.

The research-action process has also meta goals: it has to identify tutorial competences to be developed and to train educators for clinical tutors in order to promote "shared" didactic models for the different figures in the Health Trusts. Concerning this, it should be noted that in October 2014 a call for a "Master of I level for educators for clinical tutors" was promoted in collaboration with the University of Parma; the Master is addressed to all health professionals and physicians, and it will be implemented in 2015.

Premessa

La Legge regionale n. 29/2004 dell'Emilia-Romagna ha riconosciuto in modo esplicito alla formazione e alla ricerca un ruolo fondamentale nel Servizio sanitario regionale. Questo principio, forte e innovativo, traina con sé il problema delle modalità attraverso cui tali funzioni si realizzano e si integrano, e delle competenze necessarie.

I cambiamenti delle organizzazioni spostano l'asse delle competenze e delle priorità, le attività di insegnamento in aula si spostano progressivamente su profili professionali più articolati, di taglio pedagogico/organizzativo, per rispondere a un'ampia gamma di bisogni: quelli degli studenti in prima formazione, quelli legati alla specializzazione, al primo inserimento nel mondo del lavoro e, ovviamente, alla formazione continua dei professionisti già inseriti nell'Azienda.

In questo contesto viene proposto come elemento fondamentale il ruolo del tutor per la formazione sia di base che continua.

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.

Il tutor è un professionista che ha la funzione principale di facilitare gli apprendimenti sul campo dello studente e/o neassunto, visto che è noto che l'apprendimento dall'esperienza sul campo comporta processi assai complessi.

Diversi studi (Andrews, 1999; Rogers, 1973) 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 (AA.VV., 2004). La *tutorship*, infatti, è un'importante strategia didattica utilizzata in numerosi programmi di formazione di base e post-laurea per le diverse professioni sanitarie.

Le definizioni sono diverse e le ampie basi concettuali che sottendono la funzione del tutoraggio sono state approfondite da molti studiosi. L'Oxford English Dictionary definisce tutor una persona cui sono assegnati singolarmente gli alunni per consigli personali riguardanti i progressi nello studio e nel comportamento, una persona legata a un giovane come insegnante o come guida, al fine di facilitare il percorso.

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. Sostiene inoltre che nell'ambiente di apprendimento si deve evitare qualsiasi forma di minaccia che possa

rischiare di irrigidire le difese e che l'apprendimento si accompagna alla conquista dell'autonomia e alla realizzazione della personalità. Per Gian Piero Quaglino (2007) il nucleo più significativo della funzione di tutoring è rappresentato dalla tensione verso la crescita, l'autonomia, il potenziamento di colui o coloro che è o sono stati affidati. Guilbert (1989) mette l'accento sulla funzione di "stimolare l'apprendimento, di favorirlo e di controllare il processo educativo del gruppo". Corradini (1985) sottolinea invece la relazione di aiuto e la reciprocità tra i due soggetti in campo per "dare, ricevere aiuto in vista della promozione dell'autonomia e dell'autosufficienza". Barrow (1990) punta sulla funzione di aiuto perché in maniera indipendente e autodidatta le persone apprendano ad apprendere e a gestire il proprio apprendimento. Altri (come Marsh, 1992) riconoscono come il tutoring offra soprattutto la possibilità di "uscire" dai contesti tradizionali di apprendimento, favorendo il trasferimento delle abilità dall'aula al mondo reale. Altri ancora, come Arenzi (1996), valorizzano la capacità di seguire lo studente nella sua globalità come persona, offrendogli sostegno per farlo crescere in tutte le sue dimensioni. Forse una buona sintesi di questi diversi ma complementari approcci (si vedano anche Knowles, 1997; Schon, 1993; Vygotskij, 1987) può essere trovata nella definizione di Quaglino (2007) che considera la funzione di tutoraggio come "la creazione di legami tra il mondo della conoscenza e il mondo dell'esperienza". Si tratta quindi di una relazione duale tra un individuo in formazione e una persona esperta che punta a promuovere lo sviluppo della riflessione sull'esperienza come attitudine mentale e modo di vivere la professione. In particolare, la riflessione porta il tutor/facilitatore e la persona che apprende al di là della situazione di formazione, fino dentro al mondo delle emozioni, nel quale l'empatia, il rispetto delle altre persone ed idee, la fiducia nelle proprie abilità, il riconoscimento dei propri difetti e la voglia di affrontarli hanno la stessa importanza. La riflessione incoraggia ad esporre i propri valori, li rende trasparenti; ridefinendoli, ristrutturandoli e agendoli, aiuta a proporre nuova conoscenza, spendibile nell'agire quotidiano. Tutto ciò fa progredire l'apprendimento verso l'acquisizione di capacità di osservazione e comprensione del proprio contesto e delle proprie modalità di lavoro, nel tentativo di porre domande giuste prima ancora che cercare risposte giuste. Il tutor/facilitatore della riflessione affronta tre temi principali:

- lavora con l'esperienza;
- considera l'importanza della persona;
- impara a gestire l'inatteso.

Il tutor agisce quindi a livello meta-cognitivo, stimolando un processo di apprendimento nel quale lo studente è attore principale.

Il processo di apprendimento sul campo del professionista sanitario è un contesto veramente complesso, un mondo quello dell'educazione permanente degli adulti dove sviluppano le attitudini, arricchiscono le conoscenze, migliorano le competenze tecnico-professionali, ma soprattutto quelle relazionali e di abilità di *counseling*.

Diventa così un intervento di tipo psicopedagogico, basato su interventi di relazione comunicazione interpersonale.

Apprendere è cambiare, crescere, svilupparsi, e l'apprendimento è tanto più profondo e rilevante quanto più coinvolge l'intera persona; la formazione diventa così trasformazione. Nessun cambiamento può però prescindere da tutte le azioni vissute e pensate, che rappresentano l'esperienza di chi si accinge a intraprendere un nuovo processo di formazione. Tutto ciò è ancora più vero se gli "studenti" di cui si parla sono individui adulti, dotati non solo di un ricco bagaglio esperienziale, ma di un senso di sé autonomo e responsabile.

Solo in tempi recenti, le svariate declinazioni di cui la figura del tutor è oggetto nel sistema sanitario italiano sono state studiate attraverso indagini più approfondite che hanno messo in luce le funzioni identificative del ruolo di tutor e la consistenza numerica di personale del Servizio sanitario dell'Emilia-Romagna che dedica parte del proprio tempo allo svolgimento di funzioni formative di tipo tutoriale (Biocca *et al.*, 2009).

Dopo la pubblicazione del Dossier n. 174/2009 "I tutor per la formazione nel Servizio sanitario regionale dell'Emilia-Romagna"; Biocca *et al.*, 2009), si è pensato di approfondire quanto già avviato, in particolare:

- indagare e mappare quantitativamente le diverse tipologie di tutor e le relative situazioni didattiche;
- disegnare un progetto di ricerca con lo scopo di valorizzare la funzione tutoriale mettendone in luce gli ambiti che la qualificano, come importante contributo alla formazione e allo sviluppo delle professionalità di un'Azienda sanitaria.

Il progetto di ricerca presentato in questo volume è stato disegnato dal Gruppo regionale Tutor nel quale erano rappresentate le diverse professionalità sanitarie. L'obiettivo è la descrizione del processo tutoriale dei tutor tirocinio/clinico e dei tutor della formazione sul campo attraverso la raccolta delle opinioni dei tutor e dei responsabili dell'organizzazione e formazione per dare visibilità e valorizzare le diverse funzioni di tutor agite all'interno del Servizio sanitario regionale.

L'indagine è stata inizialmente condotta presso l'Azienda ospedaliera di Reggio Emilia come studio pilota per testare gli strumenti di indagine e confermarne gli ambiti della ricerca; successivamente è stata coinvolta l'Azienda USL di Ravenna. Come prime indagini si sono voluti cioè prediligere due contesti differenti - un ambito ospedaliero e un ambito territoriale - per evidenziarne, eventualmente, elementi comuni ed elementi eterogenei.

È stato utilizzato il medesimo strumento - un questionario somministrato *online* - ma la metodologia di selezione del campione è stata diversa.

Nello studio pilota (Azienda ospedaliera di Reggio Emilia) il campione è stato selezionato con invito personale da parte del Settore Formazione aziendale e prevedeva l'attribuzione di un credito ECM al termine della compilazione del questionario; si è scelto di sottoporre il questionario alle guide di tirocinio per infermieri, a tutte le guide di tirocinio per tecnici di radiologia medica, ai tutor aziendali per medici di medicina generale e ai tutor per

medici in formazione specialistica che nel 2009 hanno svolto attività di tutorato.¹ Per quanto riguarda i tutor di gruppi di formazione sul campo, il campione è stato selezionato scegliendo casualmente tra i progetti di formazione sul campo di gruppi in cui era prevista la presenza del tutor. Il tempo di apertura *online* per la compilazione del questionario è stato di circa due mesi.

Presso l'Azienda USL di Ravenna il campione si è auto-selezionato casualmente: il questionario è stato inserito nella intranet aziendale con accesso per la compilazione da luglio a fine settembre 2010 (trattandosi del periodo estivo, si è preferito lasciare più tempo), dando la possibilità a tutti i tutor di compilarlo, in base alla loro motivazione personale.

Inoltre, nell'Azienda ospedaliera di Reggio Emilia sono state condotte alcune interviste a testimoni significativi dell'organizzazione e della formazione; per tempi e risorse insufficienti, nell'Azienda USL di Ravenna queste interviste non sono state realizzate.

È importante sottolineare che nel questionario è stata inclusa la misurazione di due variabili di tipo psicologico: la soddisfazione e il senso di *empowerment* psicologico rispetto al lavoro di tutor.

L'ipotesi sottesa era infatti che, se da un lato la funzione di tutor è fondamentale per garantire la continuità tra le conoscenze teoriche e la pratica, quindi per garantire una assistenza competente, ciò che sostiene e alimenta l'impegno quotidiano dei tutor sono risorse di tipo personale, che hanno a che fare soprattutto con la motivazione e con l'identità professionale, più che con incentivi di carattere economico o di carriera. Per questo si è deciso di misurare anche la soddisfazione degli intervistati rispetto alla loro funzione di tutor, considerandola come indicatore indiretto della motivazione, e l'*empowerment* psicologico, un costrutto multidimensionale che esprime le potenzialità percepite dal soggetto nello svolgimento delle proprie attività, una sorta di "serbatoio" delle risorse personali da cui il soggetto attinge per affrontare al meglio il proprio ruolo.

Per valutare quanto il lavoro di tutor fosse soddisfacente per i professionisti è stata proposta la scala di Schriesheim e Tsui (1980). Questa scala utilizza sei *item* per costruire un indice globale di soddisfazione al lavoro, il *job satisfaction index*; in particolare, i sei *item* misurano il grado di soddisfazione, espressa su una scala da 1 a 7, rispetto a diversi aspetti del lavoro; la media delle medie dei diversi *item* fornisce l'indice di soddisfazione globale.

È stata inoltre proposta una scala per misurare il livello di *empowerment* psicologico degli intervistati. Il senso di *empowerment* che è stato misurato rappresenta l'interpretazione psicologica dell'ambiente lavorativo da parte del tutor. L'*empowerment* psicologico è la misura correlata alla capacità del soggetto di affrontare meglio condizioni di lavoro stressanti e all'attaccamento all'organizzazione anche in circostanze difficili (Santullo, 2009, p. 475).

¹ Le guide di tirocinio formate nell'Azienda sono 420.

Spreitzer (1995) ha sviluppato un modello per descrivere il costrutto dell'*empowerment* a quattro dimensioni: significato, competenza, autodeterminazione e impatto. Il significato (*meaning*) si riferisce al valore che un individuo assegna agli obiettivi e agli scopi dell'attività lavorativa; si tratta di un concetto che implica una corrispondenza tra valori, credenze e comportamenti. La competenza (*competence*) è un riflesso dell'autoefficacia di un individuo, la fiducia che un soggetto pone nelle proprie capacità di eseguire i compiti assegnati. Il concetto di autodeterminazione (*self-determination*) si riferisce alla convinzione che un individuo ha di poter scegliere come e quando iniziare un'azione lavorativa. L'impatto (*impact*) è il livello di influenza che un lavoratore può esercitare sui risultati dell'organizzazione grazie alla propria attività lavorativa. Insieme, queste quattro dimensioni costituiscono il costrutto globale dell'*empowerment* (Santullo, 2009, p. 482). Ciascuna dimensione è costituita da tre *item*. Complessivamente quindi la scala per la valutazione dell'*empowerment* psicologico elaborata da Spreitzer e utilizzata in questa indagine è composta da 12 *item*. Ogni *item* è misurato con una Likert a 7 punti (1 = completamente in disaccordo, 7 = completamente d'accordo). È possibile calcolare la media dei punteggi per valutare ciascuna dimensione. La media complessiva dei punteggi ottenuti misura l'*empowerment* percepito.

Il ruolo di tutor è fortemente connesso al concetto di *empowerment*, che può essere tradotto in italiano con "conferire poteri", "mettere in grado di": la funzione del tutor è infatti quella di accrescere le potenzialità dei professionisti e promuoverne l'autonomia nei contesti assistenziali.

Disegno della ricerca

A seguito del Progetto pilota svolto presso l'Azienda ospedaliera Santa Maria Nuova di Reggio Emilia e l'Azienda USL di Ravenna, le Aziende sanitarie dell'Area vasta Emilia Nord (AVEN) della Regione Emilia-Romagna hanno chiesto che lo stesso tipo di indagine (ricerca-azione) fosse ripetuta anche nelle loro realtà.

Attraverso una raccolta di dati quanti/qualitativi, lo studio si è posto il duplice obiettivo di:

- descrivere il processo tutoriale nelle Aziende sanitarie che hanno aderito dal punto di vista dei professionisti sanitari;
- approfondire le opinioni dei soggetti interessati (professionisti, responsabili della formazione) in merito alle competenze necessarie per svolgere tale funzione. I punti di vista di tali soggetti sono stati la base per la definizione condivisa e partecipata di linee di indirizzo per un percorso/programma formativo, che soddisfi i reali bisogni di tutti coloro che svolgono la funzione di tutor.

Lo studio non ha quindi voluto essere solo un momento descrittivo-esplorativo della funzione tutoriale, ma si è posto anche come una ricerca-azione.

Il disegno della ricerca si è articolato in tre fasi.

La prima fase ha avuto l'obiettivo di descrivere il processo tutoriale dal punto di vista dei professionisti; si è trattato di una fase di carattere descrittivo, in cui è stato utilizzato un questionario come strumento di indagine (*Allegato 1*). Il questionario, costituito quasi esclusivamente da domande chiuse, si componeva delle seguenti aree tematiche:

- dati generali
- informazioni generali sulla funzione di tutorato
- selezione dei tutor
- forme di valorizzazione/riconoscimento della funzione tutoriale
- soddisfazione personale (scala *job satisfaction index*; Schriesheim and Tsui, 1980)
- formazione tutoriale
- valutazione
- valore della funzione tutoriale (scala *empowerment at work scale*; Spreitzer, 1995)

Il questionario è stato somministrato via web (CAWI), auto-compilato direttamente dal rispondente; per la compilazione era previsto un tempo medio di circa 20-30 minuti.

In considerazione del fatto che sul web tale tempo avrebbe potuto essere considerato eccessivo e avrebbe potuto causare un elevato tasso di abbandono, si è pensato di dare come incentivo alla compilazione 2 crediti ECM a tutti coloro che lo hanno portato a termine. La popolazione di riferimento da cui è stato estratto il campione era costituita da tutti gli operatori del Servizio Sanitario che, in ciascuna Azienda sanitaria coinvolta, hanno svolto negli ultimi 3 anni una qualche funzione di tutorato. Il campione è estratto in modo casuale e i risultati non sono quindi generalizzabili all'intera popolazione.

La gestione *online* del questionario è stata affidata al Sistema informativo informatico della Regione Emilia-Romagna, che garantisce inoltre che i dati vengano trattati in modo aggregato e in forma anonima.

La seconda fase aveva invece l'obiettivo di approfondire le conoscenze necessarie per svolgere la funzione tutoriale dal punto di vista dei professionisti coinvolti. Questa fase ha avuto un carattere esplorativo e ha utilizzato come strumento di indagine i focus group, finalizzati ad approfondire i saperi necessari per svolgere la funzione tutoriale e in particolare per capire quali potevano essere i bisogni formativi da sviluppare nei tutor attraverso la costruzione di un potenziale percorso formativo.

È stato organizzato un focus group in ciascuna Azienda sanitaria coinvolta, invitando in ciascun incontro un massimo di 15 professionisti, selezionati in modo da essere eterogenei per qualifica professionale, età, anzianità lavorativa e anzianità di esercizio della funzione di tutoraggio (per quest'ultimo aspetto, ci si è basati su una lista fornita dall'Azienda in cui erano indicati tutti i professionisti che avevano svolto una funzione tutoriale nell'ultimo anno). La selezione è stata fatta in modo sistematico (uno ogni 7).

Ogni focus group è stato condotto da due moderatori, che per gestire la discussione hanno utilizzato una specifica scaletta di domande (*Allegato 2*).

La durata prevista per ogni focus è stata di massimo 3 ore, scegliendo il giorno e l'orario più comodo ed agevole per i partecipanti stessi. L'Azienda di riferimento si è occupata di trovare lo spazio adeguato per la realizzazione dell'incontro.

Per facilitare l'analisi successiva, la discussione durante i focus è stata registrata su supporto digitale; tutte le informazioni raccolte sono state comunque trattate in modo anonimo e aggregato.

Anche la partecipazione ai focus group, così come per il questionario, è stata incentivata attraverso l'assegnazione di 2 crediti ECM.

La terza fase della studio aveva l'obiettivo di definire delle linee di indirizzo per la programmazione di un percorso formativo rivolta ai professionisti tutor delle Aziende sanitarie coinvolte nella ricerca; ha quindi avuto il carattere di ricerca-azione.

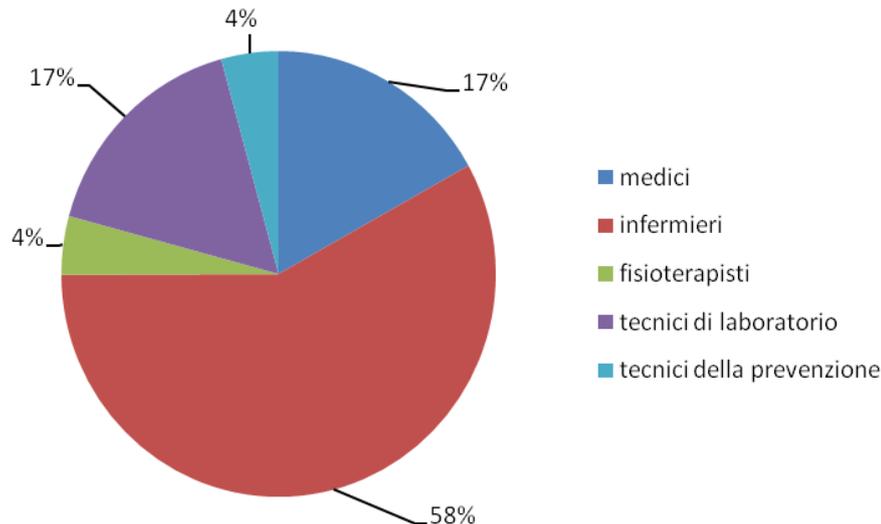
Attraverso la costituzione di un gruppo di esperti sono stati organizzati diversi incontri per presentare, condividere, riflettere sui risultati prodotti nelle prime due fasi dello studio, arrivando a ipotizzare una proposta di percorso formativo per professionisti tutor.

Analisi dei risultati

Il primo risultato, forse quello più evidente, riguarda "la voglia di raccontarsi" dei professionisti tutor, dimostrata dall'elevato numero di questionari raccolti (oltre 900), e dall'adesione e dal clima estremamente collaborativo che si è vissuto nei focus group (una media di partecipazione di 7 professionisti per focus dei 10 invitati).

Dei 915 questionari raccolti, tuttavia, in 117 non è stata indicata la professione e sono stati quindi esclusi dalle analisi seguenti. Il campione analizzato risulta così formato da 798 professionisti, di cui 135 medici, 463 infermieri, 34 fisioterapisti, 132 tecnici di laboratorio, 34 tecnici della prevenzione. Raggruppandoli nelle due macrocategorie di comparto e dirigenza, si evidenzia una netta sovra-rappresentazione delle professioni sanitarie (più dell'80%) rispetto alla dirigenza medica. Stessa composizione, cioè una netta prevalenza delle professioni sanitarie, si è avuta anche tra gli intervistati nei focus group, anche se - a sorpresa - in ciascun focus ha partecipato anche almeno un medico. La "sorpresa" è dettata dal fatto che non ci si aspettava la partecipazione della dirigenza medica per vari motivi, tra cui il principale è legato ad una diversa cultura e attenzione alla gestione della *tutorship* che la storia della formazione alle due professioni racconta

Figura 1. Composizione del campione che ha risposto al questionario



Per quanto riguarda i partecipanti all'indagine, la ricerca condotta nel 2009 (Biocca *et al.*, 2009) evidenziava diverse tipologie di tutoraggio all'interno delle Aziende sanitarie della Regione Emilia-Romagna: dalle guide di tirocinio in ambito universitario, all'inserimento di neoassunti, al tutoraggio d'aula e di *e-learning*.

Si può ipotizzare che ognuna di queste funzioni abbia specificità differenti in termini sia di impegno e coinvolgimento, sia di metodi e contenuti.

Per facilitare quindi la lettura del fenomeno, le attività di tutoraggio vengono suddivise in attività che riguardano la "formazione al lavoro" (formazione universitaria e post-universitaria) e attività che riguardano la "formazione sul lavoro" (formazione continua).

Per "formazione al lavoro" si intende la formazione impartita prima dell'ingresso nel mondo del lavoro (o in una professione) a persone - per lo più giovani - destinate ad entrarvi successivamente. In questo ambito sono compresi quindi il tutoraggio agli studenti dei corsi di laurea, ma anche agli specializzandi, ai medici che devono sostenere l'abilitazione o a studenti di percorsi non universitari.

Per "formazione sul lavoro" si intende invece tutta l'attività di formazione e le sue differenti modalità di *tutorship* rivolte ai professionisti che già operano all'interno delle Aziende: accompagnamento dei neo-assunti o neo-inseriti nei vari contesti aziendali, ma anche tutoraggio previsto dalle formazione sul campo, tutoraggio d'aula o di autoapprendimento (*e-learning*).

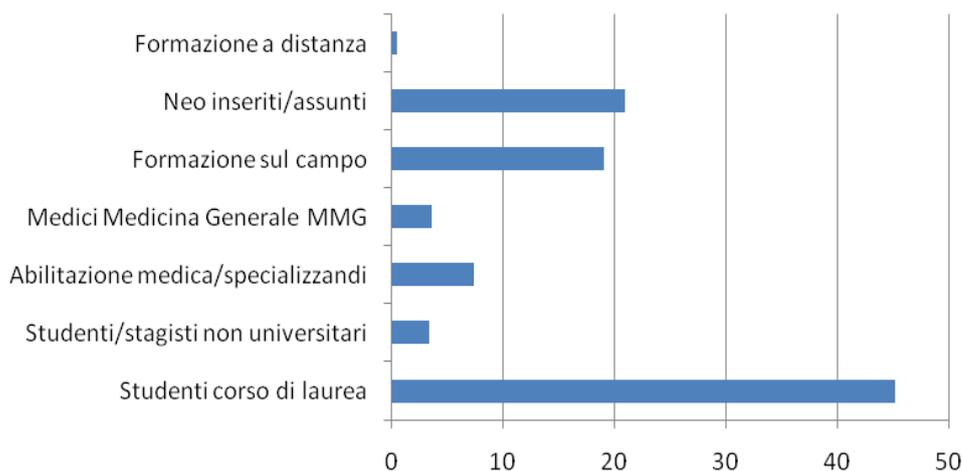
Le analisi successive dei risultati prenderanno in considerazione sempre questo duplice punto di vista.

Nei questionari, alla domanda "quale funzioni di tutoraggio svolge" i rispondenti potevano selezionare contemporaneamente più risposte.

Il 50% dei tutor intervistati dichiara di svolgere più di una funzione tutoriale; la maggior parte di questi sono della dirigenza medica rispetto al comparto ($\chi^2 = 8,57$, $p = ,003$). Si nota inoltre che in molti casi sono "sempre le stesse persone" che si occupano delle diverse attività di tutoraggio che si realizzano all'interno delle Aziende.

La funzione maggiormente indicata (45,21%) è quella del tutoraggio agli studenti del corso di laurea, indicata dal 76,82% dei partecipanti. Seguono, in ordine di frequenza, il tutoraggio ai neo-inseriti o neo-assunti (20,94%), indicata dal 35,6% dei rispondenti e il tutoraggio per la formazione sul campo (19% delle funzioni), indicata dal 32,33% dei rispondenti.

Quindi, se si riprende la distinzione tra attività di tutoraggio legate alla formazione al lavoro e attività legate alla formazione sul lavoro, si ha una prevalenza delle prime rispetto alle seconde, indicate dal 60% degli intervistati.

Figura 2. Destinatari delle funzioni di tutoraggio

A coloro che hanno dichiarato di svolgere più funzioni tutoriali contemporaneamente è stato di indicare quella prevalente. Anche in questo caso sono emerse delle differenze tra comparto e dirigenza: infatti se nel comparto il 53% dei rispondenti dichiara che la principale attività tutoriale è legata agli studenti del corso di laurea, nella dirigenza questa attività è svolta "solo" dal 13,25%. Al contrario - ma in modo prevedibile - nella dirigenza il tutoraggio per abilitazione o specializzazione è scelta come funzione principale dal 52% dei medici, mentre non è un'opzione indicata dai tutor del comparto. Un'ulteriore differenza degna di nota riguarda i neo-assunti o neo-inseriti: se nel comparto sono il 26,63% dei professionisti ad indicare questa attività come funzione prevalente, nella dirigenza questa è indicata solo dal 4,82% dei medici.

Fra i tutor in formazione al lavoro è sovra-rappresentata la dirigenza, mentre nella formazione continua è sovra-rappresentato il comparto ($\chi^2_{(1)} = 6.20$, $p = .013$)

Tabella 1. Composizione del campione rispetto alle funzioni di tutoraggio e alla professione

	Comparto	Dirigenza	Totale
Formazione al lavoro	438	104	542
Formazione continua	225	31	256
<i>Totale</i>	<i>663</i>	<i>135</i>	<i>798</i>

Tabella 2. Dettaglio della composizione del campione rispetto alle funzioni di tutoraggio e alla professione

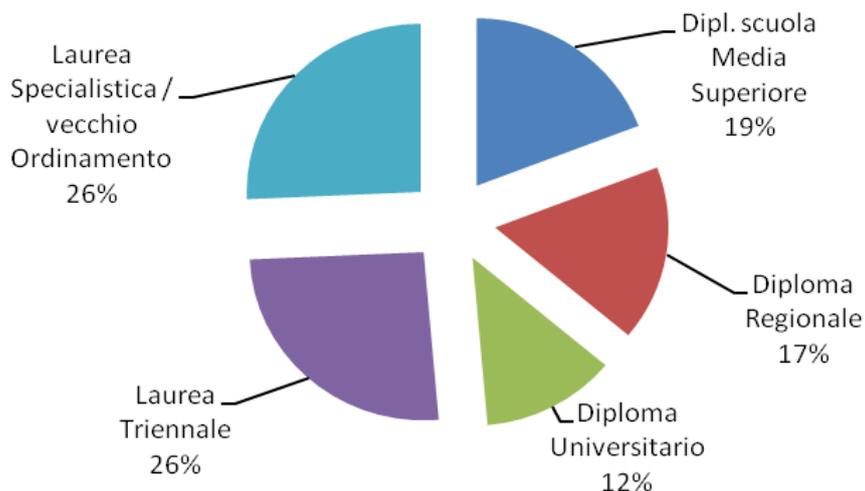
	Comparto		Dirigenza		Totale	
	n	%	n	%	n	%
studenti Corso di laurea	171	52,94	11	13,25	182	44,83
studenti/stagisti non universitari	2	0,62	2	2,41	4	0,99
per abilitazione medica/specializzazione	0	0,00	43	51,81	43	10,59
medici di medicina generale	0	0,00	6	7,23	6	1,48
formazione sul campo	62	19,20	17	20,48	79	19,46
neo-assunti/neo-inseriti	86	26,63	4	4,82	90	22,17
FAD	0	0,00	0	0,00	0	0,00
altro	2	0,62	0	0,00	2	0,49
<i>totale risposte</i>	<i>323</i>	<i>48,72</i>	<i>83</i>	<i>61,48</i>	<i>406</i>	<i>50,88</i>
<i>non risponde</i>	<i>340</i>	<i>51,28</i>	<i>52</i>	<i>38,52</i>	<i>392</i>	<i>49,12</i>
<i>totale rispondenti</i>	<i>663</i>		<i>135</i>		<i>798</i>	

La stessa composizione è stata registrata anche nella partecipazione ai focus, dove vi è stata una netta prevalenza di professionisti che hanno dichiarato di svolgere attività di tutoraggio legate alla formazione di studenti e quando necessario di occuparsi anche di neo-inseriti o neo-assunti o di formazione sul campo. Una sola persona ha dichiarato di svolgere unicamente funzioni di tutoraggio in aula e FAD.

Senza nessuna pretesa di generalizzazione, si desidera proporre una carta d'identità dei tutor che hanno risposto.

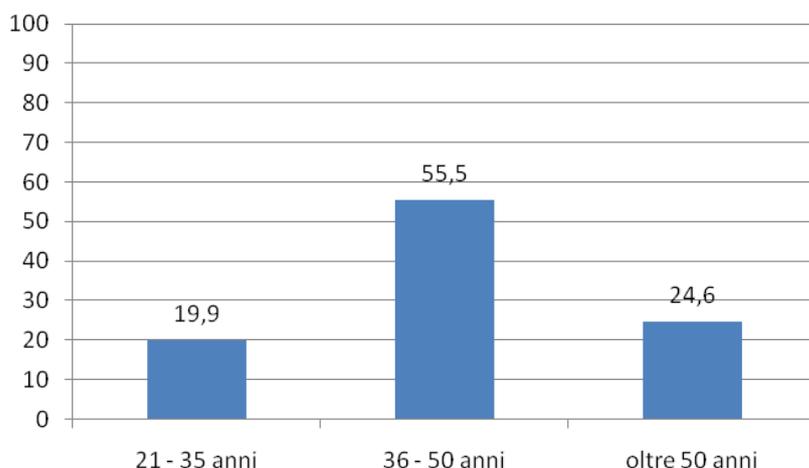
Sono prevalentemente donne (oltre il 67%), con una formazione universitaria (il 64% dei casi dichiara di aver conseguito una laurea o un diploma universitario; di questi, il 48,5% dichiara di avere una specializzazione) e mediamente non più giovanissime: infatti solo il 20% del campione ha risposto di avere un'età compresa tra i 20 e i 35 anni.

Figura 3. Composizione del campione rispetto al grado di istruzione



NB Il "Diploma regionale" corrisponde alla attuale Laurea per le professioni sanitarie.

Figura 4. Composizione del campione rispetto all'età



L' "età professionale" è stata una delle domande stimolo iniziali dei focus group, formulata come "Dopo quanto tempo un professionista può svolgere il ruolo di tutor?".

Generalizzando, la risposta dei professionisti interpellati nei focus è stata "Non tutti possono essere tutor". Questo ha permesso di ragionare con i partecipanti sull'importanza dell'esperienza, intesa non soltanto come esperienza della disciplina, ma come esperienza della disciplina in un determinato contesto.

Il tutor trasforma il sapere in saper far fare, fa da ponte tra teoria e pratica, contestualizza il sapere lo connette al proprio vissuto, stimolando ad una continua riflessione. Non trasmette solo le regole della disciplina ma anche i trucchi del

mestiere legati alla familiarità con la professione in uno specifico ambiente, inteso non solo come spazio fisico ma anche di relazione con un specifico gruppo.

Il tutor è paragonato a una guida esperta di un viaggio programmato, una guida che *accompagna lungo la strada dell'apprendimento la crescita teorica, pratica e personale del soggetto assistito; trasmette esperienza, didattica e deontologia professionale.*

Durante la discussione sviluppata nei focus group, quindi, il tirocinio rimanda *sempre ad un fare pratica, ad un saper far fare, ma si pone spesso l'accento che l'agire non si traduce in conoscenza [...] se non è oggetto di riflessione, se non diventa, cioè "uno spazio di esperienza finalizzato all'integrazione tra modelli teorici e modelli di azione".*

Dunque, fatta salva l'importanza delle conoscenze teoriche approfondite legate al proprio campo professionale e dell'esperienza pratica sul campo in una specifica organizzazione, come si fa a trasformare il sapere in saper fare e in saper essere? Questa è stata un'altra domanda fondamentale dei focus, che in alcuni casi è stata anche riformulata come "Oltre ad essere un professionista con una buona esperienza sul campo quali altre competenze deve possedere un «buon» tutor?".

Nei focus la discussione si è concentrata in particolare su due aspetti: da una parte, l'importanza di una programmazione delle attività di tutoraggio in modo da definirne chiaramente obiettivi, tempistiche, attività, metodi di monitoraggio e valutazione; dall'altra, la necessità da parte dei tutor di sviluppare specifiche competenze inerenti "il gestire l'apprendimento" di "un altro soggetto adulto".

A detta dei gruppi intervistati, quindi, per essere svolta in modo efficace la funzione tutoriale ha necessità di sviluppare competenze tecniche specifiche del campo psicopedagogico; i partecipanti ai focus group parlano in particolare di "teorie dell'apprendimento" e di "tecniche, strumenti, metodologie didattiche" di valutazione del processo formativo.

Un "buon" tutor deve essere dotato di forti capacità empatiche:

comunicazione, ascolto, comprensione dei bisogni, interessi, atteggiamenti del soggetto che gli viene affidato;

ma anche

senso critico di analisi e valutazione di sé e del proprio lavoro e della singola situazione.

I risultati del questionario confermano queste esigenze di sviluppo della figura dei tutor. Mettono però anche in evidenza come spesso i tutor non seguano percorsi formativi specifici, ma apprendono e costruiscono il "loro essere" attraverso l'agire quotidiano.

La Tabella 3 mostra le percentuali di risposta relative agli argomenti che i tutor vorrebbero approfondire (anche in questo caso, i partecipanti potevano indicare più di un argomento). In termini generali, le metodologie didattiche e la relazione e comunicazione sono gli argomenti più citati dall'intero campione (rispettivamente 36,6% e 25,8%), seguiti dalla metodologia della valutazione (25,8%). Gli aspetti legislativi e quelli legati

alla normativa ECM appaiono essere argomenti verso i quali i tutor esprimono un minor bisogno formativo. Questi andamenti non mostrano differenze fra comparto e dirigenza, né fra le due tipologie di funzione di tutoraggio; tuttavia, il comparto vorrebbe approfondire maggiormente le metodologie didattiche e di valutazione, la dirigenza è più interessata agli aspetti legislativi e alla normativa ECM.

Tabella 3. Esigenze formative rispetto alla professione

	Comparto		Dirigenza		Totale	
	n	%	n	%	n	%
metodologia didattica	420	37,53	69	31,80	489	36,60
relazione comunicazione	283	25,29	61	28,11	344	25,75
metodologia della valutazione	276	24,66	43	19,82	319	23,88
legislazione/organizzazione AS	74	6,61	20	9,22	94	7,04
legislazione/organizzazione UNI	22	1,97	7	3,23	29	2,17
normativa ECM	44	3,93	17	7,83	61	4,57
<i>totale</i>	<i>1.119</i>	<i>100,00</i>	<i>217</i>	<i>100,00</i>	<i>1.336</i>	<i>100,00</i>

Come era presumibile, rispetto ai tutor di formazione continua i tutor che si occupano di formazione al lavoro sono più interessati ad approfondimenti sulla legislazione e organizzazione dei percorsi universitari che ad approfondimenti sulla normativa ECM (*Tabella 4*).

Anche nei focus group, dove la presenza di tutor di formazione al lavoro è stata prevalente, si è molto discusso dell'importanza di un raccordo sistematico con il mondo universitario. In generale, le "guide di tirocinio" sostengono che per stimolare nello studente una riflessione appropriata sul proprio operato e soprattutto coerente con il suo livello teorico, è fondamentale un continuo e costante scambio negoziale tra tutor di sede formativa (Università) e tutor di servizio (Azienda sanitaria).

Tabella 4. Esigenze formative rispetto alla funzione tutoriale

	Formazione al lavoro		Formazione sul lavoro		Totale	
	n	%	n	%	n	%
metodologia didattica	334	62,40	155	60,80	489	61,90
relazione comunicazione	218	40,70	126	49,40	344	43,50
metodologia della valutazione	223	41,70	96	37,60	319	40,40
legislazione/organizzazione AS	64	12,00	30	11,80	94	11,90
legislazione/organizzazione UNI	26	4,90	3	1,20	29	3,70
normativa ECM	35	6,50	26	10,20	61	7,70
<i>N. rispondenti</i>	<i>535</i>		<i>255</i>		<i>790</i>	

NB Erano possibili risposte multiple.

La Figura 5 e la Tabella 5 mostrano le percentuali relative al percorso formativo seguito. Come accennato sopra, il dato più evidente è il fatto che la maggior parte dei tutor dichiara di non avere intrapreso alcun percorso formativo strutturato, indipendentemente dal fatto che siano del comparto o della dirigenza, di formazione continua o di formazione al lavoro.

Per le altre modalità di risposta, si rileva che la formazione aziendale appare più frequente nel comparto (38,9%) rispetto alla dirigenza (12%). In quest'ultima viene riportato con maggiore frequenza il percorso formativo degli Ordini e dei Collegi (10,8% vs 2,4%) e dei corsi regionali (8,4% vs 2,9%).

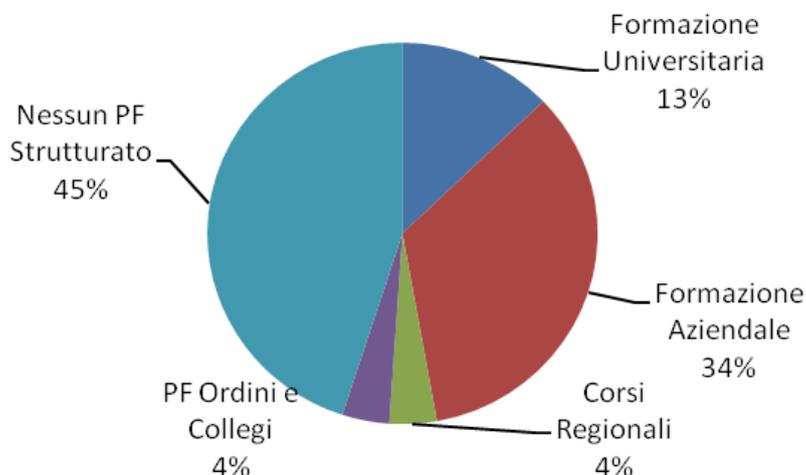
Figura 5. Composizione del campione rispetto alla formazione specifica per diventare tutor

Tabella 5. Composizione del campione rispetto alla formazione specifica per diventare tutor e professione

	Comparto		Dirigenza		Totale	
	n	%	n	%	n	%
formazione universitaria	98	12,98	20	11,98	118	12,80
formazione aziendale	294	38,94	22	13,17	316	34,27
corsi regionali	22	2,91	14	8,38	36	3,90
percorso formativo Ordini e Collegi	18	2,38	18	10,78	36	3,90
nessun percorso formativo strutturato	321	42,52	93	55,69	414	44,90
altro	2	0,26	0	0,00	2	0,22
<i>totale</i>	<i>755</i>	<i>100,00</i>	<i>167</i>	<i>100,00</i>	<i>922</i>	<i>100,00</i>

A coloro che hanno dichiarato di avere seguito uno specifico percorso formativo per diventare tutor, è stato chiesto se svolgessero anche corsi di *retraining* per aggiornare le proprie competenze. Sul totale dei partecipanti, solo il 24% dei partecipanti ha risposto in maniera affermativa.

Nonostante la limitata numerosità, i tutor della dirigenza medica sembrano aggiornarsi con maggiore frequenza rispetto a quelli del comparto; non vi sono invece differenze significative se si considerano le due funzioni di tutoraggio.

Tabella 6. Composizione del campione rispetto ad aggiornamento e professione

	Comparto		Dirigenza		Totale	
	n	%	n	%	n	%
una volta l'anno	47	27,49	13	65,00	60	31,41
ogni 2 anni	53	30,99	3	15,00	56	29,32
oltre i 2 anni	71	41,52	4	20,00	75	39,27
<i>totale</i>	<i>171</i>	<i>100,00</i>	<i>20</i>	<i>100,00</i>	<i>191</i>	<i>100,00</i>

Tabella 7. Composizione del campione rispetto ad aggiornamento e funzione di tutoraggio

	Formazione al lavoro		Formazione sul lavoro		Totale	
	n	%	n	%	n	%
una volta l'anno	42	31,30	18	31,60	60	31,41
ogni 2 anni	37	27,60	19	33,40	56	29,32
oltre i 2 anni	55	41,00	20	35,10	75	39,27
<i>totale</i>	<i>171</i>	<i>100,00</i>	<i>20</i>	<i>100,00</i>	<i>191</i>	<i>100,00</i>

Sulla base di queste premesse, i focus group sono stati anche l'occasione per approfondire se i professionisti tutor fossero interessati ad un'eventuale futura formazione e in caso affermativo, come l'avrebbero voluta.

... quindi potreste pensare di avere bisogno di una formazione? E se la pensaste... come dovrebbe essere?

Tutti i professionisti che hanno partecipato ai gruppi sono stati concordi nell'affermare che una possibile formazione poteva essere utile non solo come momento per lo "sviluppo di specifiche competenze", ma anche come "modalità di riconoscimento e di motivazione al ruolo".

Hanno parlato di una "alta formazione"; non importa se universitaria o regionale, importa il riconoscimento "ufficiale" di un "titolo", che sia "spendibile in più contesti, anche fuori Regione". Si immagina un percorso formativo multiprofessionale, che veda "seduti nella stessa aula dirigenza medica e professioni sanitarie" e che preveda un "tronco comune e degli indirizzi specifici". I partecipanti ai focus vedono nei momenti comuni lo svilupparsi di quelle competenze trasversali tipiche della funzione tutoriale che appartengono al dominio dei processi cognitivi, dei processi relazionali, organizzativi e di apprendimento.

Non si è trovata una soluzione se la specificità sia maggiormente legata ai profili professionali o alle diverse funzioni di tutoraggio.

Il percorso multiprofessionale deve anche "tenere insieme" tutor neofiti con tutor esperti in modo che ci possa essere uno scambio continuo di punti di vista e una crescita della comunità. Prevedono un percorso dove la metodologia didattica sia interattiva: propongono supervisioni di casi reali, *problem based learning*, simulazioni, approccio narrativo, ecc.

La formazione dovrebbe essere continua e diluita nel tempo, con momenti di *retraining*, anche al fine di motivare i tutor nel tempo.

Come già sottolineato, la discussione nei gruppi evidenzia non solo l'importanza di una formazione dedicata al "diventare tutor" ma anche la necessità - per realizzare una *tutorship* efficace - di dar luogo a percorsi di *tutorship* "intenzionali, programmati, progettati, verificati". Dai focus risulta invece che tale intenzionalità non è sempre evidente. A dimostrazione di ciò, anche tra i rispondenti al questionario, solo 361 (45%) dichiara che l'incarico di tutoraggio è stato formalizzato, mentre 294 (37%) dei partecipanti sostengono di non avere avuto nessuna formalizzazione del ruolo e i restanti 143 (18%) non sanno se esiste una formalizzazione dell'incarico.

Per la formalizzazione dell'incarico, non vi sono sostanziali differenze fra le funzioni di tutoraggio; sembra invece che sia una prassi più usuale nella dirigenza rispetto al comparto (*Tabella 8*).

La Tabella 9 mostra invece chi ha affidato l'incarico tutoriale ai rispondenti, separatamente per comparto e dirigenza e sul totale del campione.

Tabella 8. Formalizzazione del ruolo di tutor per le diverse professioni

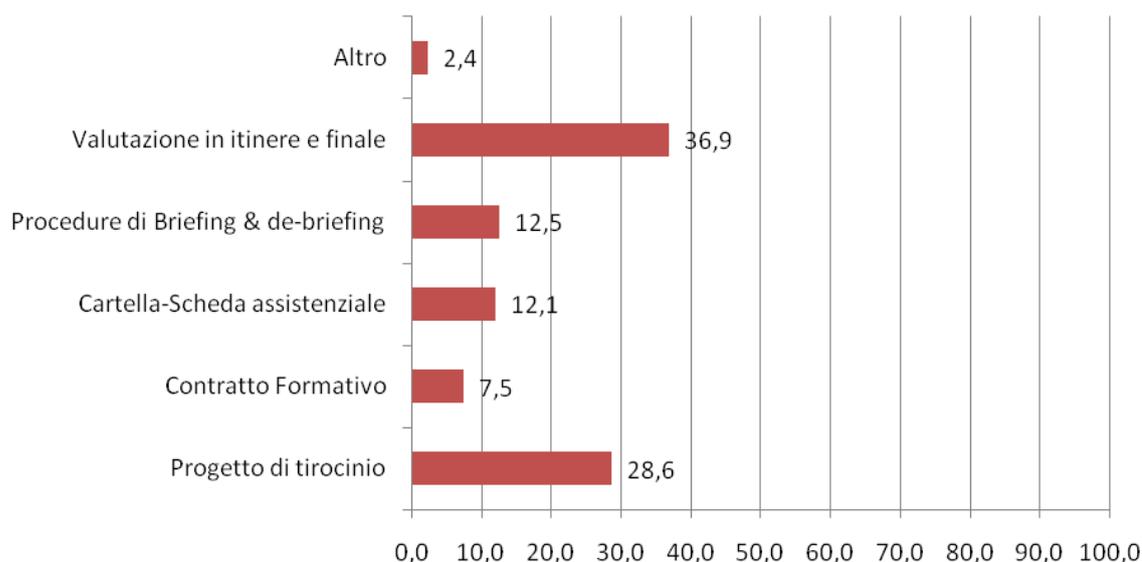
		sì	no	non so	totale
Comparto	N	279	267	117	663
	% di riga	42,08	40,27	17,65	100,00
Dirigenza	N	82	27	26	135
	% di riga	60,74	20	19,26	100,00
<i>Totale</i>	<i>N</i>	<i>361</i>	<i>294</i>	<i>143</i>	<i>798</i>
	<i>% di riga</i>	<i>45,24</i>	<i>36,84</i>	<i>17,92</i>	<i>100,00</i>

Tabella 9. Soggetto affidatario del ruolo di tutor rispetto alla professione

	Comparto		Dirigenza		Totale	
	n	%	n	%	n	%
Coordinatore UO (per professioni sanitarie)	457	71,18	7	5,51	464	60,34
Responsabile UO (per medici)	6	0,93	57	44,88	63	8,19
Responsabile per eventi di formazione sul campo	26	4,05	5	3,94	31	4,03
Responsabile Ufficio Staff formazione	28	4,36	9	7,09	37	4,81
Direttore di Dipartimento	13	2,02	22	17,32	35	4,55
Dirigente assistenziale	18	2,80	2	1,57	20	2,60
Coordinatore Corso di studio	83	12,93	16	12,60	99	12,87
Consiglio di Facoltà	11	1,71	9	7,09	20	2,60
Società scientifica	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Altro	0	0,00	0	0,00	0	0,00
<i>Totale</i>	<i>642</i>	<i>100,00</i>	<i>127</i>	<i>100,00</i>	<i>769</i>	<i>100,00</i>

Nelle discussioni durante i focus group non sono stati approfonditi in modo significativo temi relativi alla progettazione e alla valutazione dei percorsi. Per avere una descrizione di questi aspetti, nei questionari è stato invece chiesto ai tutor quali strumenti utilizzassero per supportarsi nelle diverse fasi del processo tutoriale e se sapessero se la loro attività di tutoraggio era in qualche modo valutata.

I dati mostrano che lo strumento più utilizzato è la valutazione in itinere e finale (36,9%), seguita dal progetto di tirocinio (28,6%), dalle procedure di *briefing* e *debriefing* (12,5%) e dalla cartella assistenziale (12,1%).

Figura 6. Strumenti utilizzati

Il progetto di tirocinio e il contratto formativo sono utilizzati con maggiore frequenza nel comparto (rispettivamente 30,8 vs. 16% e 8,1 vs. 3,7%). Le procedure di *briefing* e *debriefing* sono invece utilizzate con maggiore frequenza nella dirigenza (17,5 vs. 11,7%)

Tabella 10. Strumenti utilizzati rispetto alla professione

	Comparto			Dirigenza		
	n	% sugli strumenti	% sui rispondenti	n	% sugli strumenti	% sui rispondenti
progetto di tirocinio	345	30,78	52,04	30	15,96	22,22
contratto formativo	91	8,12	13,73	7	3,72	5,19
cartella - scheda assistenziale	139	12,40	20,97	19	10,11	14,07
procedure di <i>briefing</i> e <i>debriefing</i>	131	11,69	19,76	33	17,55	24,44
valutazione in itinere e finale	392	34,97	59,13	91	48,40	67,41
altro	23	2,05	3,47	8	4,26	5,93
<i>totale</i>	<i>1.121</i>	<i>100,00</i>		<i>188</i>	<i>100,00</i>	

La Tabella 11 mostra un andamento simile anche se si raggruppa il campione per funzione di tirocinio. Come si nota, lo strumento più utilizzato risulta essere la valutazione in itinere e finale seguita dal progetto di tirocinio. Le procedure di *briefing* e *debriefing* sono utilizzate più dai tutor in formazione continua rispetto alla cartella assistenziale, che sembra invece essere uno strumento utilizzato in modo lievemente maggiore dai tutor in formazione al lavoro.

A questo proposito, sarebbe utile sottolineare due aspetti.

In primo luogo sarebbe interessante approfondire il senso e significato attribuito dai 33% dei tutor in formazione continua che hanno risposto di utilizzare il progetto di tirocinio. Questo strumento è infatti legato alla gestione specifica dei tirocini universitari, e in particolare per formalizzarne gli impegni tra i vari soggetti coinvolti: Università, studente e organizzazione sanitaria. Potrebbe essere quindi utile capire se vi è una confusione nei termini o se viene attribuito un significato diverso allo strumento.

Tabella 11. Strumenti utilizzati rispetto alla funzione tutoriale

	Formazione al lavoro			Formazione continua		
	n	% sugli strumenti	% sui rispondenti	n	% sugli strumenti	% sui rispondenti
progetto di tirocinio	248	26,90	66,10	127	32,82	33,90
contratto formativo	82	8,89	83,70	16	4,13	16,30
cartella - scheda assistenziale	126	13,67	79,70	32	8,27	20,30
procedure di <i>briefing</i> e <i>debriefing</i>	118	12,80	72,00	46	11,89	28,00
valutazione in itinere e finale	323	35,03	66,90	160	41,34	33,10
altro	25	2,71	80,60	6	1,55	19,4
<i>totale</i>	<i>922</i>	<i>100,00</i>		<i>387</i>	<i>100,00</i>	

Il secondo aspetto da approfondire riguarda la valutazione. I partecipanti al questionario affermano che il tirocinio è lo strumento maggiormente utilizzato, ma quando poi si chiede se l'attività di tutoraggio venga valutata, solo il 17,4% degli intervistati risponde affermativamente, indicando come soggetto principale valutatore "i soggetti che vengono seguiti". Le percentuali sono simili rispetto ai raggruppamenti presi in considerazione, con un lieve vantaggio a favore del comparto. Questo porta a notare come i due momenti valutativi "apprendimento" e "gradimento" vengano vissuti in modo slegato, e non invece come strettamente correlati per riflettere sul proprio operato.

Figura 7. Sistemi di valutazione rispetto agli intervistati

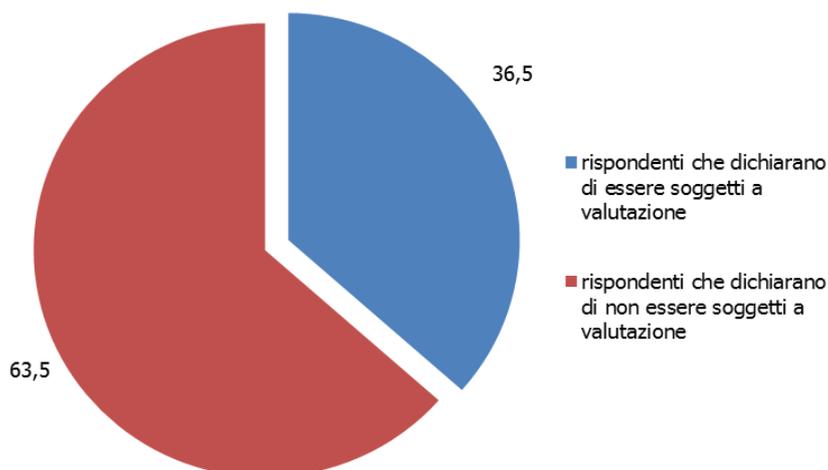


Tabella 12. Sistemi di valutazione rispetto alla professione

		si	no	totale
Comparto	N	123	540	663
	%	18,55	81,45	100,00
Dirigenza	N	16	119	135
	%	11,85	88,15	100,00
<i>Totale</i>	<i>N</i>	<i>139</i>	<i>659</i>	<i>798</i>
	<i>%</i>	<i>17,42</i>	<i>82,58</i>	<i>100,00</i>

Tabella 13. Sistemi di valutazione rispetto alla funzione tutoriale

		si	no	totale
Formazione al lavoro	N	103	439	542
	%	19,00	81,00	100,00
Formazione continua	N	36	220	256
	%	14,00	86,00	100,00
<i>Totale</i>	<i>N</i>	<i>139</i>	<i>659</i>	<i>798</i>
	<i>%</i>	<i>17,42</i>	<i>82,58</i>	<i>100,00</i>

Le percentuali di risposta relative a chi effettua la valutazione sono sostanzialmente equivalenti nel comparto che nella dirigenza: vengono indicati con maggiore frequenza gli studenti e i professionisti.

Quando si considerano le funzioni di tutoraggio, si nota che i soggetti indicati maggiormente sono sempre gli studenti/professionisti, seguiti dai coordinatori dei Corsi di laurea per i tutor in formazione al lavoro e dai Responsabili di Servizio/progetto per i tutor in formazione continua (*Tabella 14*).

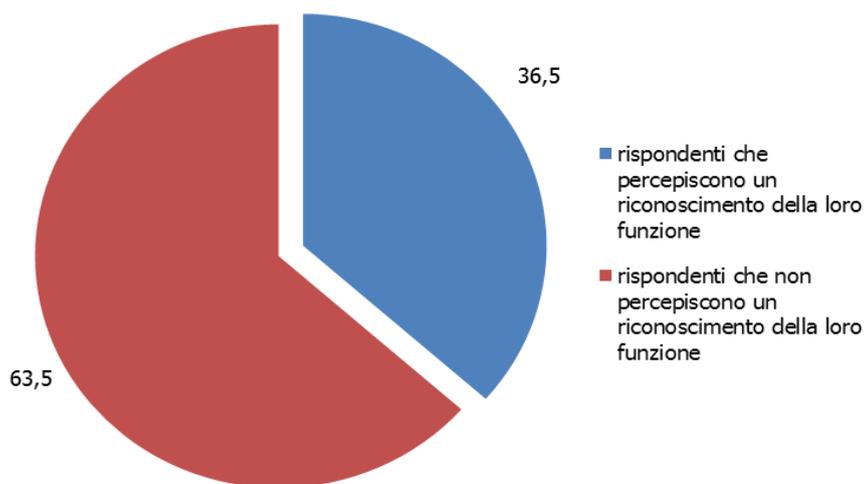
Tabella 14. Soggetti che effettuano la valutazione rispetto alla funzione tutoriale

	Formazione al lavoro			Formazione continua		
	n	% sulle risposte	% sui rispondenti	n	% sulle risposte	% sui rispondenti
studenti/professionisti	64	68,80	72,70	10	66,70	27,30
colleghi	6	6,50	46,20	0	19,40	53,80
Responsabile Servizio/progetto	23	24,70	57,50	5	47,20	42,50
Coordinatore corso di studio	26	28,00	78,80	3	19,40	21,20
<i>n. rispondenti</i>	<i>93</i>			<i>18</i>		

Riassumendo, i tutor non sempre vengono preparati al ruolo, non tutti hanno la percezione che il loro ruolo venga formalizzato e tanto meno valutato.

Rispetto al tipo di valorizzazione e riconoscimenti, solo 291 partecipanti (36,5%) afferma che il proprio incarico è valorizzato, con percentuali simili sia fra comparto (37,6%) e dirigenza (31,1%; $\chi^2_{(1)} = 2,01$, $p = 0,156$), sia fra tutor in formazione al lavoro (36%) e nella formazione continua (37,5%; $\chi^2_{(1)} = 0,17$, $p = 0,68$).

Figura 8. Riconoscimento della funzione rispetto agli intervistati)



La Tabella 15 mostra le percentuali di tipi di valorizzazione e riconoscimenti riportati dai professionisti che hanno dichiarato che la loro funzione tutoriale è valorizzata. In questo caso, non emergono differenze significative rispetto alle funzioni tutoriali, ma si registrano notevoli differenze fra il comparto e la dirigenza ($\chi^2_{(4)} = 67,26$, $p = ,001$): mentre nel comparto il principale metodo di valorizzazione e riconoscimento è quello dell'esonero e crediti ECM (60,1%), nella dirigenza questa strategia è riportata solo per il 30,5%. Rispetto al comparto, per la dirigenza prevalgono invece il riconoscimento economico (23,7 vs. 3,8%) e il fatto che il tutorato costituisce un titolo curriculare (33,9 vs. 18,8%).

Tabella 15. Modalità di valorizzazione rispetto alla professione

	Comparto		Dirigenza	
	N	%	N	%
esonero o riconoscimento ECM	188	60,06	18	30,51
riconoscimento ore dedicate	54	17,25	7	11,86
riconoscimento economico	12	3,83	14	23,73
costituisce titolo curriculare	59	18,85	20	33,90
<i>Totale</i>	<i>313</i>	<i>100,00</i>	<i>59</i>	<i>100,00</i>

Rispetto alla possibilità del riconoscimento di crediti ECM per l'attività di tutoraggio, la discussione nei focus group evidenzia che non tutti i professionisti ne sono a conoscenza e che non vi è un comportamento omogeneo nel riconoscerli da parte delle Aziende sanitarie coinvolte.

Tutti gli intervistati sottolineano che vorrebbero un maggiore riconoscimento della propria funzione da parte dei soggetti istituzionali (Azienda e/o Università), non tanto in termini economici ("non lo chiediamo nemmeno più, siamo a conoscenza della crisi economica che investe tutti i settori"), ma come riconoscimento delle ore dedicate o eventualmente attraverso il coinvolgimento in docenze specifiche. La maggiore motivazione e il maggiore riconoscimento è legato alla relazione con il soggetto "preso in carico" ("è motivante quando lo si vede crescere professionalmente e ci si rende conto o lui stesso ti riconosce che parte di quella crescita è merito tuo"). Gli intervistati ammettono infatti che nonostante la fatica in termini di impegno fisico, organizzativo e psicologico, essere tutor "è comunque una grande soddisfazione in termini professionali e personali, regala grandi emozioni".

L'ultima domanda posta durante i focus group riguarda il senso di *empowerment* e la soddisfazione percepita, che si è cercato di misurare attraverso il questionario.

L'*empowerment* è stato misurato tramite la scala di Spreitzer (1995), composta da 12 *item* con risposta su scala tipo Likert a 7 punti (1 = completamente in disaccordo, 7 = completamente in accordo), e che misura quattro dimensioni:

- significato (*meaning*): si riferisce al valore che un individuo assegna agli obiettivi e agli scopi dell'attività lavorativa; si tratta di un concetto che implica una corrispondenza tra valori, credenze e comportamenti;
- competenza (*competence*): è un riflesso dell'autoefficacia di un individuo, la fiducia che un soggetto pone nelle proprie capacità di eseguire i compiti assegnati;
- autodeterminazione (*self-determination*): si riferisce alla convinzione che un individuo ha di poter scegliere come e quando iniziare un'azione lavorativa;
- impatto (*impact*): è il livello di influenza che un lavoratore può esercitare sui risultati dell'organizzazione grazie alla sua attività lavorativa.

Ciascuna dimensione è calcolata come media dei punteggi relativi agli *item* che si riferiscono a quella dimensione. Le tabelle seguenti mostrano le statistiche descrittive (media e deviazione standard) delle quattro dimensioni dell'*empowerment*, separatamente per comparto e dirigenza, per tutor in formazione al lavoro e continua, e sul totale del campione. Come si nota, le medie sono generalmente buone e al di sopra del punto mediano della scala di risposta (3.50).

Non vi sono differenze significative tra i tutor di formazione continua e quelli legati alla formazione degli studenti. Se invece si analizzano le differenze fra comparto e dirigenza, si può osservare come nel comparto il *meaning* sia maggiore rispetto alla dirigenza, mentre in quest'ultima è maggiore la *self-determination* (le differenze fra le medie hanno una probabilità minore dell'1% di essere attribuibili al caso). Le medie su *competence* e *impact*, invece, non differiscono fra comparto e dirigenza.

Tabella 16. Modalità di valorizzazione rispetto alla professione

	Comparto		Dirigenza		Totale	
	media	DS	media	DS	media	DS
<i>Meaning</i> *	5,19	1,48	4,82	1,49	5,13	1,49
<i>Competence</i>	5,24	1,23	5,23	1,16	5,24	1,22
<i>Self-determination</i> *	5,22	1,38	5,63	1,14	5,29	1,35
<i>Impact</i>	4,88	1,30	4,88	1,40	4,88	1,31

* Le differenze nelle medie fra il comparto e la dirigenza sono statisticamente significative per $p < .01$

Tabella 17. Modalità di valorizzazione rispetto alla funzione di tutoraggio

	Formazione al lavoro		Formazione continua		Totale	
	media	DS	media	DS	media	DS
<i>Meaning</i> *	5,11	1,53	5,15	1,39	5,13	1,49
<i>Competence</i>	5,21	1,25	5,29	1,17	5,24	1,22
<i>Self-determination</i> *	5,31	1,34	5,23	1,38	5,29	1,35
<i>Impact</i>	4,88	1,32	4,88	1,31	4,88	1,31

* Le differenze nelle medie fra il formazione al lavoro e formazione continua non sono statisticamente significative.

Figura 9. Dimensione di *empowerment* (medie) per professione

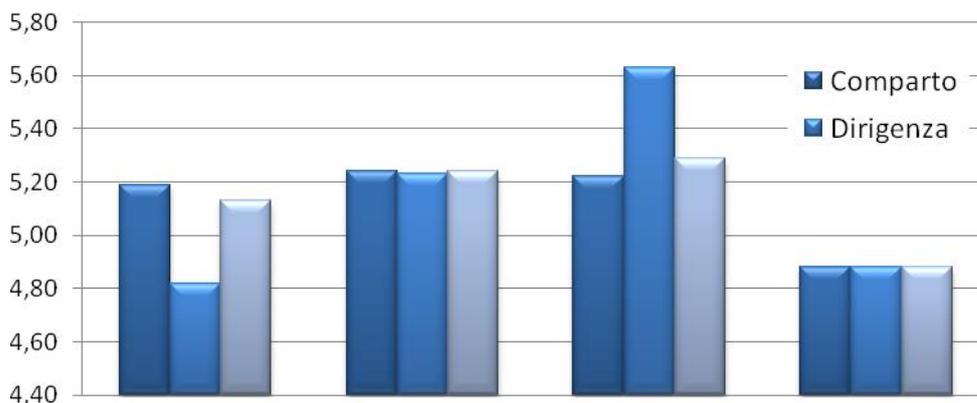
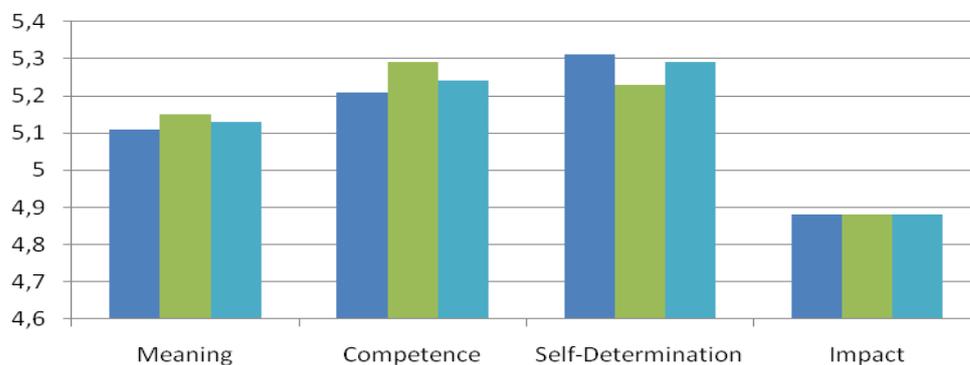


Figura 10. Dimensione di *empowerment* (medie) per funzione di tutoraggio



Per valutare quanto il lavoro di tutor fosse soddisfacente per i professionisti è stata proposta la scala di Schriesheim e Tsui (1980). Come già sottolineato, questa scala utilizza 6 *item* per costruire un indice globale di soddisfazione al lavoro, *job satisfaction index*. Gli *item* misurano il grado di soddisfazione, espressa su una scala Likert da 1 a 7, rispetto a diversi aspetti del lavoro. La media delle medie dei diversi *item* fornisce l'indice

di soddisfazione globale. Le medie e le deviazioni standard dei 6 *item* e del punteggio globale sono riportati nelle tabelle e grafici seguenti. Come si nota, i punteggi medi sono relativamente alti, tranne che per i riconoscimenti attribuiti per i quali il punteggio mostra una leggera insoddisfazione. L'unica differenza che appare fra il comparto e la dirigenza riguarda la relazione con i colleghi, per la quale i partecipanti del comparto mostrano una soddisfazione maggiore rispetto ai tutor della dirigenza.

Tabella 18. Dimensioni della soddisfazione rispetto alla professione

Rispetto alle attività che svolge come tutor , quanto è soddisfatto ...	Comparto		Dirigenza		Totale	
	media	DS	media	DS	media	DS
del tipo di lavoro che svolge?	4,98	1,44	5,07	1,38	4,99	1,43
della relazione con il suo responsabile/ coordinatore/ direttore?	4,91	1,61	4,70	1,78	4,87	1,64
della relazione con i suoi colleghi? *	5,24	1,34	4,95	1,50	5,19	1,38
dei riconoscimenti che le vengono attribuiti?	3,53	1,77	3,25	1,74	3,48	1,77
delle opportunità di crescita professionale che offre?	4,21	1,94	4,46	1,75	4,25	1,91
in generale, della sua attività di tutor?	4,90	1,50	4,96	1,45	4,91	1,49
Indice di soddisfazione globale	4,63	1,21	4,56	1,19	4,62	1,20

* Le differenze nelle medie fra il comparto e la dirigenza sono statisticamente significative per $p < .05$

Tabella 19. Dimensioni della soddisfazione rispetto alla funzione di tutoraggio

Rispetto alla attività che svolge come tutor, quanto è soddisfatto ...	Formazione al lavoro		Formazione continua		Totale	
	media	DS	media	DS	media	DS
del tipo di lavoro che svolge?	4,98	1,43	5,03	1,44	4,99	1,43
della relazione con il suo responsabile/ coordinatore/ direttore?	4,83	1,66	4,96	1,61	4,87	1,64
della relazione con i suoi colleghi? *	5,20	1,38	5,19	1,38	5,19	1,38
dei riconoscimenti che le vengono attribuiti?	3,46	1,75	3,52	1,81	3,48	1,77
delle opportunità di crescita professionale che offre?	4,23	1,90	4,31	1,94	4,25	1,91
in generale, della sua attività di tutor?	4,94	1,46	4,96	1,55	4,91	1,49
Indice di soddisfazione globale	4,61	1,18	4,64	1,26	4,62	1,20

* Le differenze nelle medie fra il formazione al lavoro e formazione continua non sono statisticamente significative.

Figura 11. Dimensione della soddisfazione (medie) per funzione di tutoraggio

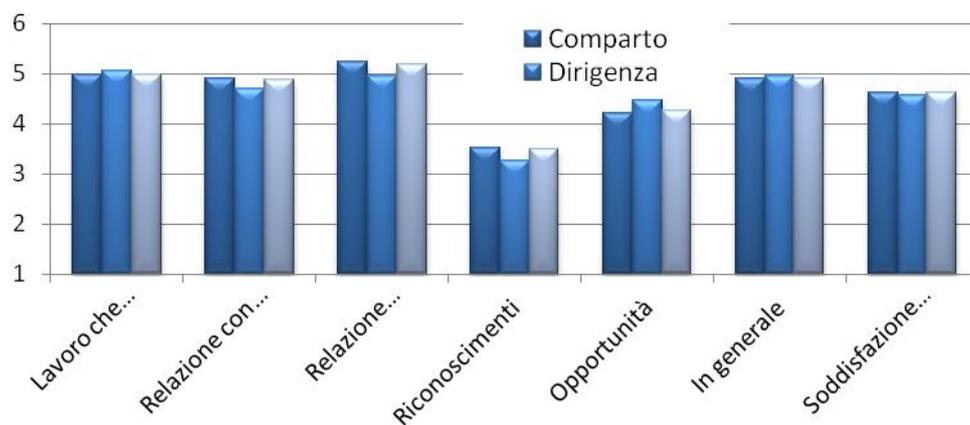
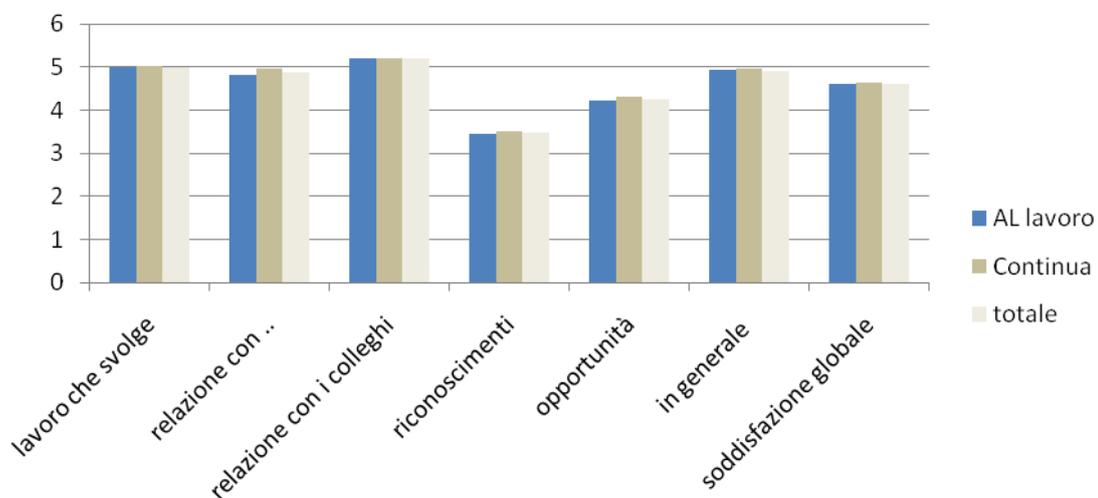


Figura 13. Dimensione della soddisfazione (medie) per funzione di tutoraggio



La formazione intervento

Ascolto e dimentico

Leggo e capisco

Vedo e ricordo

Agisco e imparo

Confucio

Dai risultati della ricerca-azione il Comitato scientifico ha elaborato un programma formativo per sviluppare e mantenere le competenze tutoriali per le organizzazioni sanitarie.

L'idea è quella di "fare formazione" per trasferire la conoscenza dall'individuo all'organizzazione e viceversa. I professionisti cambiano, e cambiano le loro organizzazioni se si riescono a creare le condizioni che possono favorire l'incontro delle nuove conoscenze, momentaneamente contenute nell'individuo, con la realtà dell'organizzazione. La formazione rappresenta quindi una risorsa fondamentale per migliorare le competenze necessarie a gestire i processi di lavoro e sviluppare l'innovazione; è un elemento essenziale a supporto delle competenze tutoriali.

Si rafforza ancora di più il concetto che fare formazione non può essere sinonimo solamente di progettare e organizzare un buon corso, la formazione deve essere vissuta come un sistema di gestione dei processi di apprendimento e cambiamento.

Se la formazione si ferma all'ingegneria progettuale del singolo evento rischia di rispondere solamente a un bisogno di apprendimento semplice (aggiunta di nuovi elementi, aumento della cultura professionale esistente). Nel fare formazione è invece necessario porre sempre l'attenzione a come trasformare i saperi teorico-pratici (sapere, saper fare) in saperi agiti (saper essere), o meglio a come legare l'azione formativa al contesto in cui essa si sviluppa per il suo continuo miglioramento e per poter far vivere e mantenere gli apprendimenti sul posto di lavoro.

I contesti formativi possono essere paragonati a sale parto nelle quali si fanno nascere nuove idee e nuovi comportamenti; ma è anche vero che nessuno affronta l'arrivo di una nuova vita senza avere prima attrezzato l'ambiente, informato le persone significative, in altre parole avere costruito le condizioni per poter accogliere il nuovo. Sullo stesso livello logico, nessuno pensa che una nuova vita possa agire in modo autonomo: va seguita e accudita, bisogna mantenere l'attenzione viva nel tempo.

Fuor di metafora, si può descrivere il processo di apprendimento-cambiamento in tre fasi:

- pensabilità - fase propedeutica al nuovo apprendimento:
la persona rivede il proprio approccio e comincia a immaginarsi nel nuovo ruolo, a vedersi nei nuovi panni. Fino a quando non accetta la nuova immagine di sé e non la riconosce positivamente non può partire un reale apprendimento;

- sperimentabilità - fase di produzione del nuovo apprendimento (progetto formativo): la persona adulta non inizia ad applicare ciò che sta apprendendo nel percorso di formazione senza prima averne sperimentato la reale fattibilità e utilità. La formazione deve perciò costruire occasioni di applicazione protetta, nella quale la persona prova ciò che ha appreso senza dovere immediatamente affrontare le eventuali conseguenze. È questo lo scopo di esercitazioni, casi di studio, simulazioni, test e *role playing*, tutto "l'armamentario" progressivamente messo a punto da docenti e formatori, spesso indicato col termine didattica attiva;
- cambiamento - fase di consolidamento nella pratica: momenti di affiancamento o assistenza post-corso.

Si passa quindi dalla logica di formazione-evento alla logica di formazione-intervento. Questa logica si basa sulla premessa che l'apprendimento è favorito quando la persona - oltre ad avere l'opportunità di comprendere la reale necessità di doversi formare - non solo mette in pratica le nuove conoscenze (*learning by doing*), ma produce partecipativamente contenuti insieme ad altri, utilizzando in modo integrato il nuovo apprendimento, le proprie conoscenze pregresse e la sua esperienza (*learning by thinking e cooperative learning*).

L'intervento formativo deve quindi essere visto come un laboratorio nel quale le persone si sperimentano nell'utilizzare l'apprendimento e nel dargli un senso rispetto al proprio contesto. È prevista la tolleranza come fase di "incompetenza" inevitabilmente conseguente ad ogni nuova forma di apprendimento.

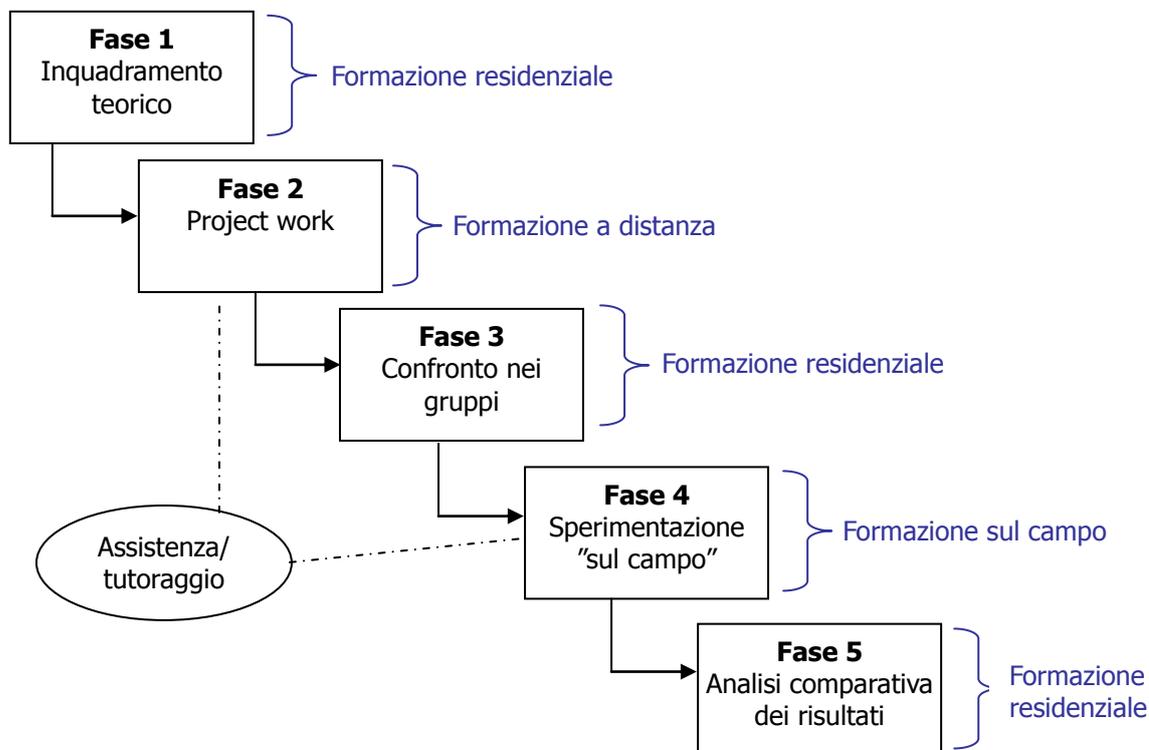
In ogni azione formativa si può distinguere un aspetto di contenuto, un "cosa" (contenuti formativi) e un aspetto di metodo, un "come" (metodi e tecniche didattiche); il secondo aspetto classifica il primo, generando dei meta-messaggi formativi che ne facilitano o ne ostacolano la trasmissione.

Per la realizzazione di tali interventi viene proposto un modello che, attraverso l'integrazione di diverse tipologie di apprendimento (formazione residenziale, a distanza, sul campo), prevede momenti di inquadramento teorico a cui possono seguire attività sia di *project work* sia di applicazione sul campo (dove possibile), che dovranno poi essere valutate rispetto ai diversi risultati ottenuti, anche in termini di ricaduta individuale e sull'organizzazione:

- i momenti di aula (formazione residenziale) dovranno servire non solo per il trasferimento dei contenuti e per il confronto e la valutazione delle esperienze, ma anche per costituire e rafforzare il legame tra i partecipanti (comunità di apprendimento). Si consigliano momenti di aula gestiti con tecniche attive (casi studio, *role playing*, simulazioni, ecc.), in quanto facilitano maggiormente il collegamento tra nuova conoscenza ed esperienza dei partecipanti; attraverso questi metodi, l'esperienza diventa risorsa fondamentale che può essere utilizzata in diversi momenti e modi: come premessa per l'introduzione dell'argomento che si vuole presentare, o successivamente per sistematizzare i concetti teorici e dare nuove chiavi di lettura e interpretazione, o come "sperimentazione" in aula per facilitare la comprensione e la concretizzazione delle teoria;

- i momenti di formazione a distanza (realizzati sia attraverso piattaforme *ad hoc* sia anche semplicemente utilizzando posta elettronica o spazi riservati nei siti o nelle intranet aziendali) potranno essere utili per la gestione e realizzazione dei *project work*. Questi ultimi dovranno essere dei veri e propri progetti (guidati dal docente o tutor attraverso strumenti e moduli costruiti *ad hoc*) che permettano ai partecipanti di iniziare a ragionare su come sia possibile applicare il nuovo apprendimento al proprio contesto.

Figura 14. Programma didattico

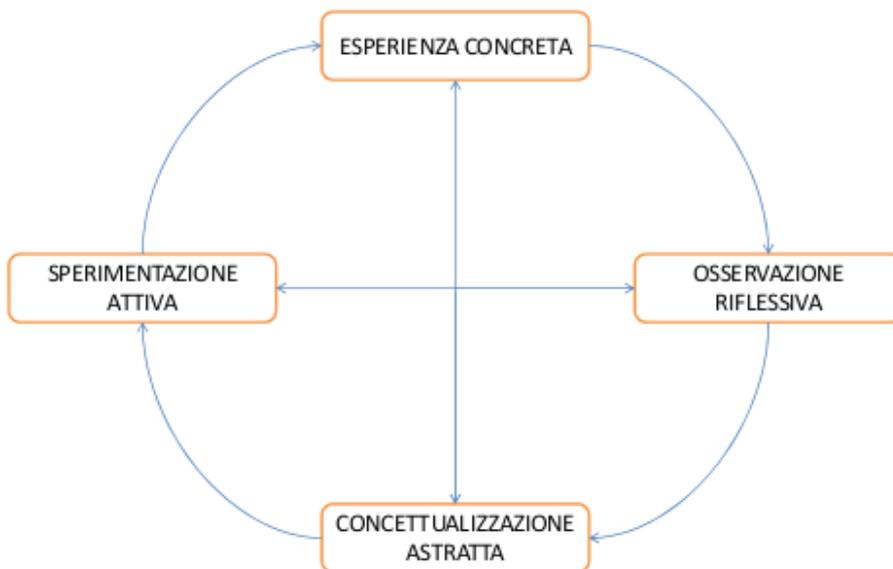


La sperimentazione sul campo finalizzata ad evidenziare aspetti critici ed eventuali soluzioni per risolverle è intesa come prima applicazione della competenza acquisita attraverso sperimentazione diretta nel contesto in cui la persona opera o in altri contesti dove il nuovo apprendimento è già utilizzato e collaudato (*Figura 14*).

È stato così proposto un possibile approccio, che dovrà peraltro essere contestualizzato a seconda delle risorse a disposizione, delle caratteristiche dei partecipanti, dello specifico argomento in esame. Ad esempio, dall'oggetto della formazione potrà dipendere fortemente l'importanza data alla componente formativa sul campo o a quella a distanza, e di questo si dovrà tenere conto nella progettazione della specifica attività formativa. Inoltre, il livello di conoscenze tecnologiche dei partecipanti, la loro numerosità, il tempo a disposizione, la strumentazione a supporto della didattica, ecc. sono tutte variabili da cui può dipendere la revisione del modello proposto.

Ciò che è importante sottolineare è la necessità di progettare esperienze formative che connettano teoria - sperimentazione (esperienza) - riflessione (osservazione) - nuova concettualizzazione teorica, così come è descritto nel ciclo di Kolb (*Figura 15*).

Figura 15. Ciclo di Kolb



Affinché si stimoli un reale processo di cambiamento, non bisogna fermarsi al momento "corso" ma è fondamentale mantenere un'attenzione e una cura ai nuovi comportamenti professionali (aspettative) che si sono stimulate attraverso il percorso formativo.

Occorre mantenere coerenza nel tempo ai livelli dichiarati nella fase di inizio di un progetto formativo: l'impressione prevalente dei professionisti è infatti che tutte le volte che viene lanciato un nuovo progetto, gli obiettivi previsti sono indicati come i più importanti in assoluto, poi - terminato il rituale della formazione - tutto tace. Così la vita continua, con la consapevolezza che dopo poco tempo ci saranno altri obiettivi importantissimi da raggiungere.

Quando si progetta un processo di apprendimento, è quindi essenziale andare oltre la fine temporale del corso per pensare a come mantenere nel tempo l'attenzione sui risultati attesi. Incontri con i capi, verifiche sul campo, misurazioni del sistema informativo, inserimento di nuovi *item* nel sistema di valutazione delle competenze possono rivelarsi azioni assai utili.

È necessario accompagnare il neo-nato apprendimento. Gruppi di lavoro dedicati alla verifica del nuovo e alla dismissione del vecchio sono particolarmente efficaci. La formazione sul campo si presenta come un'ottima opportunità: far seguire alla formazione d'aula vari momenti di affiancamento e assistenza post-corso sul campo - proposti in un medio arco temporale, da 6 mesi a 1 anno - aiuta i gruppi di lavoro a socializzare la fatica del trasferimento al nuovo apprendimento e a sviluppare *in progress* tutte le necessarie correzioni al contesto organizzativo. Questi gruppi di lavoro possono

diventare vere e proprie comunità di pratica, che deve essere progettata e successivamente facilitata da forme di supporto ossia di tutoraggio.

È necessario sviluppare opportunità per l'autoformazione. Durante la sperimentazione nasce la curiosità, il desiderio di approfondire ciò che in aula spesso viene solo abbozzato. Rendere disponibili articoli, testi, siti internet aiuta a consolidare e quindi a rendere più sicuro quanto appreso. Da questo punto di vista le nuove tecnologie aiutano non poco: le biblioteche virtuali, spazi della intranet dove pubblicare articoli e documenti, le opportunità offerte dall'*e-learning* possono dare la continuità necessaria a tenere viva la nuova competenza.

È opportuno supportare la formazione di "comunità di pratica". Etienne Wenger (2005) afferma

L'apprendimento è il risultato di una partecipazione attiva alle pratiche di una o più comunità sociali di cui facciamo parte e del processo di identificazione e appartenenza a tali comunità.

Per comunità di pratica si intende un gruppo di persone che lavorano insieme durante un determinato periodo di tempo, condividono un problema, una necessità di lavoro, un'impresa comune, e ricercano soluzioni comuni. Per farlo, discutono alla pari e si scambiano opinioni, sentendo il bisogno di sapere cosa gli altri pensano e fanno al riguardo di quel determinato problema/necessità; sono disposti a mettere in comune le proprie risorse. Interagendo in questo modo, i membri condividono esperienza, alimentano un apprendimento collettivo e promuovono innovazione.

Le comunità di pratica nascono quindi intorno a problemi e interessi condivisi, si accrescono di contributi reciproci, sono tenute in vita proprio perché libere da qualsiasi presupposto gerarchico e durano fino a quando permangono gli interessi comuni.

Wenger (2005) sostiene inoltre che l'apprendimento risulta dall'interazione tra esperienza e competenza e che la correlazione tra queste due dinamiche è il motore che alimenta la crescita di una comunità. La comunità rafforza l'identità dei suoi membri accettandone le esperienze pregresse e promuovendo l'acquisizione di conoscenza e l'utilizzo di questa nella pratica quotidiana.

Le comunità di pratica cioè si basano sull'assunto che l'apprendimento è un processo sociale e non esclusivamente individuale: ciascuno possiede un bagaglio di esperienze, più o meno consapevole, che può essere messo in condivisione, e in questo modo la collaborazione tra i membri procede. La pratica è il nucleo centrale delle comunità. In altre parole il valore reale delle comunità di pratica è costituito proprio da questo bagaglio di *expertise*, la conoscenza acquisita sul campo da parte dei componenti.

I canali comunicativi che le comunità professionali possono utilizzare sono diversi; oggi però sempre di più si sviluppano attraverso la rete. Internet contribuisce, infatti, ad abbattere le distanze geografiche tra gli individui ed è proprio attraverso di essa che ambienti virtuali organizzati sono facilmente utilizzabili dalle comunità professionali.

Allegati

Allegato 1. Questionario



Ricerca regionale

I tutor per la formazione nelle Aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna

Questionario

Gentile collega, benvenuta/o.

Il presente questionario ha lo scopo raccogliere le Sue opinioni e la Sua esperienza al fine di valorizzare la funzione tutoriale nel Sistema sanitario dell'Emilia Romagna.

Le sue opinioni resteranno anonime. Ai fini dell'indagine verranno utilizzati i dati aggregati e non le informazioni individuali.

Per la compilazione del questionario saranno necessari circa 20 minuti.

Il sistema non consente di interrompere la compilazione del questionario e riprendere dallo stesso punto. Qualora fosse impossibilitato a compilare il questionario in un'unica volta, può terminarlo in più fasi con l'accesso delle Sue credenziali.

Al termine della compilazione il questionario è stampabile.

La ringraziamo per la Sua preziosa collaborazione

Il Gruppo di progetto

Azienda di appartenenza *[tendina con elenco delle Aziende]*

1. **AO Reggio Emilia**
2. **AUSL Reggio Emilia**
3. **AUSL Piacenza**
4. **AUSL Parma**
5. **AOU Parma**
6. **AUSL Modena**
7. **AOU Modena**

Se appartiene a una AUSL indichi se è presso:

1. Servizio territoriale
2. Presidio

Dati generali

1. Età *[domanda obbligatoria, singola]*

1. 21-35
2. 36-50
3. oltre 50

2. Genere *[domanda obbligatoria, singola]*

1. Uomo
2. Donna

3. Titolo di studio *[domanda obbligatoria, singola]*

1. Diploma scuola media superiore
2. Diploma regionale
3. Diploma universitario
4. Laurea triennale
5. Laurea specialistica o vecchio ordinamento

4. Specializzazioni *[domanda multipla]*

1. Abilitazione a funzioni direttive
2. Alta formazione/perfezionamento
3. Master I livello
4. Master di II livello
5. Scuola di specializzazione universitaria

5. Qualifica professionale *[domanda obbligatoria, singola]*

1. infermiere
2. fisioterapista
3. tecnico di radiologia
4. tecnico della prevenzione
5. medico
6. altro _____

Informazioni generali sulla funzione di tutorato

6. Indichi la/le Sue funzioni di tutorato *[domanda obbligatoria, multipla]*

1. studenti Corsi di Laurea
2. studenti / stagisti corsi non universitari
3. per abilitazione medica / specializzandi
4. MMG
5. formazione sul campo
6. neo inserito/assunto
7. formazione a distanza
8. altro _____

6.1. Specificare la funzione di tutorato prevalentemente ricoperta

[solo se si sono selezionate più opzioni nella domanda precedente - domanda obbligatoria, singola]

1. studenti Corsi di Laurea
2. studenti / stagisti corsi non universitari
3. per abilitazione medica / specializzandi
4. MMG
5. formazione sul campo
6. neo inserito/assunto
7. formazione a distanza
8. altro _____

7. Da quanti anni svolge funzioni di tutorato? *[domanda obbligatoria, singola]*

1. meno di 1 anno
2. da 1 a 5 anni
3. da 6 a 10
4. oltre 10 anni

8. Negli ultimi 12 mesi quanti studenti o professionisti ha seguito? *[domanda obbligatoria, singola]*

1. da 1 a 5
2. da 6 a 10
3. più di 10
4. nessuno

9. In riferimento alla Sua ultima esperienza di tutoraggio, in media quanto tempo della Sua attività lavorativa ha dedicato allo svolgimento di tale funzione? *[domanda obbligatoria, singola]*

1. meno del 25%
2. tra il 26% al 50%
3. tra il 51% al 75%
4. oltre il 75%

10. Ha a disposizione spazi e strumenti per svolgere la sua funzione di tutor (es. una stanza per i colloqui con studenti, computer, ...)?

[domanda obbligatoria, singola]

1. sì
2. no, non mi servono
3. no, mi servirebbero
4. se sì, quali? *[domanda aperta]* _____

Selezione dei tutor

11. Come Le è stato affidato l'incarico tutoriale? *[domanda obbligatoria, singola]*

1. mi sono proposto volontariamente
2. ho partecipato ad una selezione
3. mi è stato affidato l'incarico direttamente
4. altro _____

12. Chi Le ha affidato l'incarico tutoriale? *[domanda obbligatoria, singola]*

1. Coordinatore (per le professioni sanitarie) di Unità operativa
2. Responsabile (per i medici) di Unità operativa
3. Responsabile dell'evento formativo sul campo
4. Responsabile dell'Ufficio staff formazione
5. Direttore Dipartimento/Distretto
6. Direzione assistenziale
7. Coordinatore del Corso di studio
8. Consiglio di Facoltà
9. Società scientifiche
10. altro _____

Forme di valorizzazione/riconoscimento della funzione tutoriale
--

13. Il Suo incarico di tutor è stato formalizzato (con atto, nota, documento, registro, progetto, ecc.)? *[domanda obbligatoria, singola]*

1. sì
2. no
3. non so

14. Il Suo incarico di tutor viene valorizzato? *[domanda obbligatoria, singola]*

1. sì
2. no

15. In che modo viene valorizzato il Suo incarico? (sono possibili più opzioni)

[domanda obbligatoria, multipla]

1. esonero/riconoscimento crediti ECM
2. riconoscimento ore dedicate
3. riconoscimento economico
4. costituisce titolo curricolare
5. altro _____

Soddisfazione professionale

Le chiediamo ora di dirci quanto è soddisfatto rispetto ciascuno dei seguenti aspetti.

Risponda tenendo presente che le **domande si riferiscono alla Sua attività di tutor** e che, nella scala che ha a disposizione, il valore 1 corrisponde a "totalmente insoddisfatto/a" e il valore 7 "totalmente soddisfatto/a".

Quindi, rispetto alla attività che svolge come tutor, quanto è soddisfatto ... [tutte singole]	Totalmente insoddisfatto						Totalmente soddisfatto
16. del tipo di lavoro che svolge?	1	2	3	4	5	6	7
17. della relazione con il Suo responsabile / coordinatore/ direttore?	1	2	3	4	5	6	7
18. della relazione con i Suoi colleghi?	1	2	3	4	5	6	7
19. dei riconoscimenti che Le vengono attribuiti?	1	2	3	4	5	6	7
20. delle opportunità di crescita professionale che offre?	1	2	3	4	5	6	7
21. in generale, della Sua attività di tutor?	1	2	3	4	5	6	7

Formazione tutoriale

22. Quale percorso formativo ha seguito per l'acquisizione delle Sue competenze di tutor? (sono possibili più opzioni)

[domanda obbligatoria, multipla]

1. percorsi di formazione universitari
2. attraverso percorso formativo dedicato aziendale
3. corsi regionali
4. percorsi formativi di Ordini/Collegi professionali
5. nessun percorso strutturato: le ho acquisite attraverso la pratica quotidiana e lo studio individuale
6. altro _____

23. Frequenta corsi di *retraining* per aggiornare le Sue competenze tutoriali?

[domanda obbligatoria]

1. sì
2. no

23.1. Se sì, ogni quanto frequenta l'aggiornamento? *[domanda obbligatoria solo se si è selezionata la risposta "sì" nella domanda precedente; singola]*

1. 1 volta all'anno
2. ogni 2 anni
3. oltre 2 anni

24. Quali argomenti vorrebbe approfondire per sostenere la Sua funzione tutoriale? (può esprimere massimo due opzioni)

[domanda obbligatoria]

1. metodologia didattica
2. relazione/comunicazione
3. metodologia della valutazione
4. legislazione/organizzazione Azienda sanitaria
5. legislazione/organizzazione universitaria
6. normativa per l'educazione continua in medicina
7. altro _____

Strategie didattiche

25. Quali strumenti utilizza per svolgere la funzione tutoriale?

1. progetto di tirocinio
2. contratto formativo
3. cartella-scheda assistenziale
4. procedure *briefing* e *debriefing*
5. valutazione in itinere valutazione finale
6. altro

25.1. Quali altri strumenti utilizza per svolgere la funzione tutoriale? *[domanda aperta]*

Valutazione

26. Esiste un sistema di valutazione della Sua attività di tutor?

[domanda obbligatoria, singola]

1. sì
2. no

26.1. Chi la valuta? (sono possibili più opzioni)

[domanda multipla obbligatoria per chi sceglie la risposta "sì" nella domanda precedente]

1. studenti/i professionisti
2. colleghi
3. Responsabile di Servizio/progetto
4. Coordinatore del Corso di studio
5. altro _____

27. Con quali strumenti? (sono possibili più opzioni)

[domanda multipla obbligatoria per chi sceglie la risposta "sì" nella domanda precedente]

1. schede di valutazione
2. relazione
3. altro _____

Valore della funzione tutoriale
--

Le chiediamo ora di dirci quanto è d'accordo con ciascuna delle seguenti affermazioni.

Risponda tenendo presente che il valore 1 corrisponde a "completamente in disaccordo" e il valore 7 a "completamente d'accordo".

	Completa- mente in disaccordo					Completa- mente d'accordo	
	1	2	3	4	5	6	7
28. Il lavoro che faccio come tutor è significativo per me	1	2	3	4	5	6	7
29. Ho fiducia nelle mie capacità di tutor	1	2	3	4	5	6	7
30. Ho molta libertà nel mio lavoro di tutor	1	2	3	4	5	6	7
31. Ho un grande peso in ciò che accade nel mio contesto di lavoro di tutor	1	2	3	4	5	6	7
32. Mi sento sicuro/a delle mie abilità quando svolgo il mio lavoro di tutor	1	2	3	4	5	6	7
33. Posso decidere da solo/a come svolgere il mio lavoro di tutor	1	2	3	4	5	6	7
34. Ho ampio controllo di ciò che accade nel mio contesto di lavoro di tutor	1	2	3	4	5	6	7
35. Il mio lavoro di tutor è molto importante per me	1	2	3	4	5	6	7
36. Ho autonomia nel decidere come svolgere il mio lavoro di tutor	1	2	3	4	5	6	7
37. Ho acquisito le competenze necessarie per il mio lavoro di tutor	1	2	3	4	5	6	7
38. Riesco ad incidere in modo significativo su quanto accade nel mio contesto di lavoro di tutor	1	2	3	4	5	6	7
39. Le attività che svolgo come tutor sono molto significative per me	1	2	3	4	5	6	7

Chiusura

Le chiediamo ora un ultimo sforzo. Attraverso questo lavoro vorremmo riuscire a descrivere meglio le funzioni di tutorato nei contesti sanitari per poterle valorizzare e sostenere in futuro anche attraverso percorsi formativi dedicati.

Commenti o raccomandazioni a riguardo *[domanda aperta]*

Il questionario è terminato.
La ringraziamo molto per la collaborazione.

Il Gruppo di progetto

Allegato 2. Focus group



Progetto di ricerca

***I Tutor per la formazione nelle Aziende sanitarie
dell'Emilia-Romagna - AVEN: il processo tutoriale***

I focus group

DATI TECNICI SUI FOCUS GROUP

<i>N. focus group realizzati</i>	7
<i>Data</i>	ottobre - novembre 2012
<i>Durata</i>	3 ore
<i>Luogo</i>	Modena, AUSL Modena, AOU Reggio Emilia, AUSL Reggio Emilia, AO Parma, AUSL Parma, AOU Piacenza, AUSL
<i>Numero invitati</i>	15 max a focus group
<i>N. totale partecipanti</i>	42
<i>Caratteristiche degli invitati</i>	professionisti delle Aziende sanitarie che svolgevano o avevano svolto la funzione tutoriale nell'ultimo anno I professionisti sono stati selezionati in modo da essere eterogenei per età, sesso, professione, e funzione tutoriale
<i>Conduttori</i>	Vanessa Vivoli Diletta Priami
<i>Materiale di supporto</i>	Lavagna a fogli mobili Fogli con richiesta di definizione: "Essere tutor per me è ..."
<i>Posizione nello spazio</i>	Seduti su sedie attorno a tavoli disposti a U
<i>Audioregistrazione</i>	Sì
<i>Videoregistrazione</i>	no
<i>Gruppo guida ricerca</i>	Costituito da Giovanna Artioli, Luca Caricati, Alfonso Sollami, Corrado Ruozi, Salvatore De Franco, Paola Vandelli, Beghini Chiara, Lodovica Cavalli, Luciano Ferrari, Attilio Mattioli, Chiara Beggi, Leopoldo Sarli, Paola Ferri Si ringraziano i partecipanti ai focus group: Gian Paolo Farioli, Mariacristina Filippi, Ombretta Fontana, William Giglioli, Pasqualina Guidotti, Manuela Lodesani, Vando Piccagli, Jessica Mary Raser, Hooshang Saadmohammadi, Alessandra Bernardi, Maria Cutrera, Fabrizio Dazzi, Gianluca Galbulli Cavazzini, Chiara Lazzara, Mattia Lorenzini, Monica Mazza, Pier Anselmo Mori, Giorgio Ragni, Adriana Borghi, Cristina Boschetti, Giusta Greco, Angela Panza, Giuseppa Raneri, Ketty Bulgarelli, Fabio Fagiani, Cristina Mazzocchi, Alessandro Ubiali, Carlo Vanzo, Adonella Visconti, Giuliana Battistini, Francesco Casanova, Lucia Gotri, Piera Bevolo, Gabriella Bonacini, Sabina Giovanardi, Stefano Mastrangelo, Luca Rovina, Emilia Ziliani, Raffaella Gentile, Giovanni Pizzuti, Alessandro Zuppaldi

LA SCALETTA PER LA GESTIONE DELLA DISCUSSIONE

Fasi

1. "Essere tutor": dare una definizione
2. domande stimolo (individualmente su foglio):
 - ✓ quanto la definizione di "essere tutor" che avete dato risponde al percorso formativo che vi abbiamo proposto? ... in termini di contenuto, sviluppo competenze ...
 - ✓ quali competenze vorresti sviluppare?
 - ✓ quali contenuti vorresti sviluppare?
 - ✓ quali metodologie cambiereste o terreste?
 - ✓ quale tempistica pensate sia più adeguata?
 - ✓ quale idea avete sul fatto che è aperto alle diverse professionalità? cosa ne pensate? vantaggi e svantaggi
 - ✓ pensi che fare un'"alta formazione" per lo sviluppo delle competenze tutoriali possa essere un contributo alla valorizzazione della funzione?
3. discussione
4. valutazione/ *feedback*

Tempi: 3 ore (circa)

Dati aggregati Aziende AVEN

Idea di "essere tutor" sensi, significati e immagini	"guida" "filtro" "tutelatore" "è faticoso fare quest'attività" "punto di riferimento" "accompagna" "lo studente rispecchia il tutor" "non è semplice" "è in ombra" ma è il possibile successo dello studente "bello ma faticoso" "impollinare" "tutore" "piantina che fa crescere" "fa da ponte" "custode" "ragione e passione" "facilitatore" "accoglie la persona" "ponte - trasmettitore di pratica" "crescita per lo studente" "seguire, istruire, correggere" "è un peso" "impegno" "+ responsabilità"
---	--

CAMPI DI APPRENDIMENTO

verbatim

<p>Sapere</p>	<p>strumenti metodi competenza professionale abilità teoriche-pratiche processo di apprendimento obiettivi: universitari, di contesto valutazione formativa e certificativa (schede, report, relazione studente, ...) + autovalutazione dello studente professione (saper sapere) obiettivi non sempre esplicitati contesti pensiero critico conoscenze/informazioni</p>	<p>"imparare dall'altro" "funzione complessa" "la valutazione è reciproca, è un <i>feedback</i>" "non è un fai da te, sono necessari strumenti e metodi" "affiancamento competente" "come viene valutato lo studente ???" "affiancare in un percorso personalizzato" "formare e formarsi" "ricchezza per aziende e studenti" "la valutazione non è solo specifica di contesto ..." "strumenti anche di autovalutazione"</p>
<p>Saper far fare</p>	<p>dare e ricevere esperienza connessione al modo del lavoro far riflettere contestualizzare filo continuo tra teoria e pratica scambio di vissuto passare dal sapere al saper fare trasferimento di approccio/esperienza/ pratica/ tecniche/contenuti apprendimento reciproco riconoscere i diversi "pezzi" di responsabilità fare agire a provare ad agire l'autonomia professionale capacità di contestualizzare capacità didattica passare dal sapere al saper fare</p>	<p>"trasformare il sapere nel saper fare" "non è una qualità di tutti, è anche un attitudine" "il tutor è l'immagine dello studente" "senso della professione per dare consapevolezza" "esperire come strumento con gli studenti" "importante anche le motivazioni dello studente" "bisogna verificare l'effettivo apprendimento dello studente" "fa da ponte con la realtà operativa" "capacità di far gestire anche l'imprevedibile" "abilità di far tirar fuori le loro capacità" "passare dal sapere al saper fare"</p>

(continua)

verbatim

Saper essere	relazione e comunicazione ascolto pazienza empatia capacità di stimolare impegno autorevolezza passione disponibilità motivazione crescita personale e professionale capacità di adattamento attitudine crescita caratteristiche relazionali forti voglia di fare interesse emozioni flessibilità senso del sé professionale entusiasmo stimolante mettersi in gioco deontologia ed etica umiltà (sia tutor che studente) curiosità orientare gestione del sé professionale	"rientra nel profilo professionale" "deve essere stimolante"
Altro	sapere versus saper far fare sapere versus saper essere tutti non hanno la capacità dovere professionale è un'attitudine ma si può imparare "non possono essere tutti tutor"	"non è una professione" "dare e ricevere esperienza" "ti permette di entrare in un ambiente nuovo o in parte" "è un dare e avere, trasmetti anche un modo di fare"

FORMAZIONE		<i>verbatim</i>
Tipologia	corso di base integrato + <i>retraining</i> + specifico (anche con l'Università) alta formazione tronco comune + percorso specifico per funzione	"come amministrativo seguio i disabili pertanto avrei bisogno anche di un percorso specifico per competenza" "corso spendibile anche in altri contesti" " <i>retraining</i> per guide di tirocinio per motivarli nel tempo"
Destinatari	multiprofessionale piccoli gruppi tutor neofiti ed esperti (anche sociale e amministrativo)	"dipende dal sapere che trasmettiamo" "è interessante confrontarsi con gli altri" "c'è sempre uno spirito di mettersi in gioco, bisogno sempre migliorarsi anche con le nuove leve, per avere spunti di riflessioni differenti"
Contenuti	teorie dell'apprendimento relazione e comunicazione metodologia didattica (strumenti, metodi, ...) strumenti della valutazione e autovalutazione <i>literacy</i> profili, ruoli capacità di trasmettere comunicazione e relazione capacità di valutare gestione d'aula e dei gruppi	"filo conduttore deve essere la metodologia" "capacità di valutare" "capacità di comunicazione come gestire il cambiamento" "i contenuti dipendono a chi si apre ..." "capire se sono efficace nel "trasmettere" "avere una metodologia condivisa e comune" "sviluppo di competenze trasversali"
Metodologia didattica	esperienziale/interattiva (casi reali) dalla teoria alla pratica supervisioni <i>problem based learning</i> , simulazioni, visioni film, ...	
Tempistica	continua e diluita	
Selezione	motivazione molto forte professionalità e/o anni di servizio? esperienza professionale (5/10 anni di servizio) chi si occupa di formazione colloquio motivazionale	
Altro	formazione formatori teoria <i>versus</i> pratica	

verbatim

<p>RICONOSCIMENTO VALORIZZAZIONE</p>	<p>Cosa hanno crediti ECM incarico "cade dall'alto" (in alcuni contesti)</p> <p>Cosa vorrebbero ore/tempo dedicato - carichi di lavoro economico ECM (non ha tutti sono riconosciuti) docenza al CDL "Abbiamo bisogno di te!" chiamata nominale e formalizzata - riconoscimento università e direzione aziendale spazi valutazione dei carichi di lavoro Valutazione dello studente</p> <p>Chi certifica le competenze, i saperi del tutor?</p>	<p>"un corso valorizzerebbe, incentiverebbe il tuto"</p> <p>"non viene dato il giusto valore alla funzione"</p> <p>"perché Azienda/coordinatore sceglie me?"</p> <p>"non tutti sono selezionati e formati"</p> <p>"la funzione è vista come «un più», un dovere"</p> <p>"la formazione potrebbe essere una leva motivazionale, una valorizzazione"</p>
<p>RELAZIONI CON UNIVERSITÀ</p>	<p>manca l'integrazione e collaborazione collaborazione e integrazione (in alcuni contesti)</p>	
<p>PROPOSTE ORGANIZZATIVE</p>	<p>presa in carico dello studente con diverse modalità, ma un ipotesi potrebbe essere tutor referente - tutor di Dipartimento</p>	<p>"tutoraggio dei neoassunti nella professione infermieristica non esiste, è saltuario e discontinuo"</p>
<p>ALTRO</p>	<p>qualificato e deve essere formato esperto della materia "non si improvvisa" valorizzatore di competenze <i>benchmarking</i> con altre Regioni</p>	<p>"ci sono competenze diverse, es. guida di tirocinio versus FSC" "attenzione al tutor è attenzione alla risorsa, professionista"</p>

Azienda ospedaliero-universitaria di Parma

Idea di "essere tutor" sensi, significati e immagini	"guida" "punto di riferimento" "accompagna" "lo studente rispecchia il tutor"
---	--

CAMPI DI APPRENDIMENTO

verbatim

Sapere	processo di apprendimento metodologia, strumenti obiettivi: universitari, di contesto valutazione formativa e certificativa (schede, incontri, ...)	"imparare dall'altro" "funzione complessa" "la valutazione è reciproca, è un <i>feedback</i> " "non è un fai da te, sono necessari strumenti e metodi" "affiancamento competente" "come viene valutato lo studente??"
---------------	---	--

Saper far fare	trasferimento di approccio/esperienza / pratica/tecniche/contenuti	"trasformare il sapere nel saper fare" "non è una qualità di tutti, è anche un'attitudine" "il tutor è l'immagine dello studente"
-----------------------	--	---

Saper essere	relazione e gestione delle relazioni passione disponibilità motivazione crescita personale e professionale capacità di adattamento attitudine	"rientra nel profilo professionale" "deve essere stimolante"
---------------------	---	---

FORMAZIONE

Tipologia	alta formazione tronco comune + specifico	
------------------	--	--

Destinatari	multiprofessionale	
--------------------	--------------------	--

Metodologia didattica	interattiva	
------------------------------	-------------	--

Tempistica	continua/permanente/diluita + supervisioni (analisi critica di casi reali)	"FSC, osservazioni sull'operato dei tutor"
-------------------	--	--

Altro	formazione formatori?	"dovrebbe essere riconosciuto il titolo"
--------------	-----------------------	--

verbatim

<p>RICONOSCIMENTO VALORIZZAZIONE</p>	<p>Cosa hanno crediti ECM incarico "cade dall'alto" (in alcuni contesti)</p> <p>Cosa vorrebbero ore/tempo dedicato</p>	<p>"soddisfazione personale e professionale e quindi essere riconosciuti come tutor"</p>
<p>RELAZIONI CON UNIVERSITÀ</p>	<p>manca integrazione</p>	<p>"lo studente per essere valutato deve conoscere i suoi obiettivi" "manca relazione tra teoria e pratica"</p>
<p>PROPOSTE ORGANIZZATIVE</p>	<p>presa in carico dello studente con diverse modalità, ma un ipotesi potrebbe essere tutor referente - tutor di Dipartimento</p>	
<p>ALTRO</p>	<p>chi certifica le competenze, i saperi del tutor?</p>	

Azienda USL di Parma

Idea di "essere tutor" sensi, significati e immagini	<p>"impollinare"</p> <p>"tutore"</p> <p>"piantina che fa crescere"</p> <p>"fa da ponte"</p> <p>"custode"</p> <p>"ragione e passione"</p> <p>"facilitatore"</p>
---	--

CAMPI DI APPRENDIMENTO

verbatim

Sapere		<p>"affiancare in un percorso personalizzato"</p> <p>"formare e formarsi"</p> <p>"ricchezza per Aziende e studenti"</p>
Saper far fare	<p>trasferimento di esperienza/pratica /tecniche/contenuti</p> <p>apprendimento reciproco</p> <p>riconoscere i diversi "pezzi" di responsabilità</p>	<p>"senso della professione per dare consapevolezza"</p> <p>"esperire come strumento con gli studenti"</p> <p>"importante anche le motivazioni dello studente"</p> <p>"bisogna verificare l'effettivo apprendimento dello studente"</p> <p>"fa da ponte con la realtà operativa"</p> <p>"capacità di far gestire anche l'imprevedibile"</p> <p>"abilità di far tirar fuori le loro capacità"</p>
Saper essere	<p>dialogo, comprensione</p> <p>ascoltatore</p> <p>emozioni</p> <p>condivisone</p> <p>passione</p> <p>disponibilità</p> <p>ricchezza</p> <p>motivazione e voglia</p> <p>attitudine</p> <p>personalizzare</p> <p>mettersi in gioco e in discussione</p>	<p>"è un ascoltatore, un rapporto reciproco, arricchisce anche me quindi devo dare anche io"</p> <p>"passione oltre che dovere"</p> <p>"anche l'appartenere al proprio profilo professionale è importante il saper essere"</p> <p>"è un risultato di quello che sono come professionista e come persona"</p> <p>"è un apprendimento continuo"</p>

(continua)

verbatim

Altro	sapere versus saper far fare sapere versus saper essere tutti non hanno la capacità dovere professionale è un'attitudine ma si può imparare	
--------------	---	--

FORMAZIONE

Tipologia	corso base + specifica	"è interessante confrontarsi con gli altri"
------------------	------------------------	---

Destinatari	multiprofessionale	
--------------------	--------------------	--

Metodologia didattica	interattiva piccoli gruppi	
------------------------------	-------------------------------	--

Contenuti	saper essere saper fare e saper far fare	
------------------	---	--

Selezione	tutor con diverse esperienze	
------------------	------------------------------	--

Altro	si può imparare + attitudine + innato	
--------------	---------------------------------------	--

RICONOSCIMENTO VALORIZZAZIONE	Cosa vorrebbero ore/tempo dedicato - carichi di lavoro economico ECM (non a tutti sono riconosciuti) docenza al CDL "Abbiamo bisogno di te!"	"un corso valorizzerebbe, incentiverebbe il tutor" "non viene dato il giusto valore alla funzione" "perché Azienda/coordinatore sceglie me?" "non tutti sono selezionati e formati"
--	---	--

RELAZIONI CON UNIVERSITÀ	collaborazione e integrazione (in alcuni contesti)	
-------------------------------------	--	--

ALTRO		"la funzione è vista come «un più», un dovere"
--------------	--	--

Azienda USL di Piacenza

Idea di "essere tutor" sensi, significati e immagini	"guida" "punto di riferimento" "facilitatore" "accoglie la persona" "ponte - trasmettitore di pratica"
---	--

CAMPI DI APPRENDIMENTO

verbatim

Sapere	metodologia, strumenti obiettivi condivisi con Aziende valutazione (formale)	
---------------	--	--

Saper far fare	capacità di trasferire esperienza/ pratica/tecniche/contenuti apprendimento reciproco fare agire a provare ad agire l'autonomia professionale	
-----------------------	---	--

Saper essere	caratteristiche relazionali forti relazione e comunicazione senso del sé professionale entusiasmo emozioni stimolante disponibilità motivazione attitudine mettersi in gioco flessibilità deontologia ed etica	
---------------------	--	--

Altro	chiarezza dell'impegno	
--------------	------------------------	--

(continua)

FORMAZIONE		<i>verbatim</i>
Tipologia	corso base + <i>retraining</i> + avanzato	
Destinatari	multiprofessionale tutor neofiti ed esperti	
Contenuti	pedagogia comunicazione e relazione valutazione	
Metodologia didattica	esperienziale	
Tempistica	continua e diluito ma non troppo	
Selezione	professionalità e/o anni di servizio ???	
Altro	qualificato e deve essere formato esperto della materia "non si improvvisa" valorizzatore di competenze <i>benchmarking</i> con altre Regioni è presente una formazione aziendale	
RICONOSCIMENTO VALORIZZAZIONE	Cosa hanno ECM chiamata nominale e formalizzata valutazione dello studente	

Azienda USL di Modena

Idea di "essere tutor" sensi, significati e immagini	"guida" "punto di riferimento" "facilitatore" "accompagna lo studente" "non è semplice" "è in ombra" ma è il possibile successo dello studente
---	---

CAMPI DI APPRENDIMENTO

verbatim

Sapere	capacità di contestualizzare metodologia, strumenti obiettivi contenuti valutazione (???) diverse metodologie	
Saper far fare	capacità di trasferire esperienza/pratica /tecniche/contenuti apprendimento reciproco capacità didattica	
Saper essere	crescita caratteristiche relazionali forti voglia di fare flessibilità interesse emozioni disponibilità motivazione flessibilità	
Altro	"non possono essere tutti tutor"	

(continua)

FORMAZIONE		<i>verbatim</i>
Tipologia	corso di base integrato + specifico spendibile	
Destinatari	multiprofessionale	
Contenuti	profili, ruoli capacità di trasmettere comunicazione e relazione capacità di valutare gestione d'aula e dei gruppi	
Metodologia didattica	esperienziale/ metodologia didattica interattiva (PBL, simulazioni, ...) dalla pratica alla teoria	
Selezione	esperienza professionale (5/10 anni di servizio) chi si occupa di formazione colloquio motivazionale	
Altro	non esiste una formazione aziendale, solo guide di tirocinio infermieri	
RICONOSCIMENTO VALORIZZAZIONE	Cosa vorrebbero formalizzazione ore dedicate riconoscimento università e direzione aziendale	
RELAZIONI CON UNIVERSITÀ	manca integrazione e collaborazione	

Azienda ospedaliero-universitaria di Modena

Idea di "essere tutor" sensi, significati e immagini	"guida" "crescita per lo studente" "seguire, istruire, correggere" "è un peso" "impegno" "+ responsabilità"
---	--

CAMPI DI APPRENDIMENTO

verbatim

Sapere	obiettivi contenuti valutazione in itinere e finale (schede, incontri, ...) [<i>non applicata per i tecnici di radiologia</i>] esperienza	
Saper far fare	mettere a disposizione esperienza mondo del lavoro	
Saper essere	relazione e comunicazione ascolto flessibilità tempo disponibilità motivazione attitudine umiltà (sia tutor che studente)	
Altro	teoria <i>versus</i> pratica	

(continua)

FORMAZIONE		<i>verbatim</i>
Tipologia	corso di base integrato + specifico	
Destinatari	multiprofessionale	
Contenuti	<p>Corso base: profili professionali, comunicazione, strumenti di valutazione, movimentazione pazienti</p> <p>Corso specifico: profili, ruoli, etica, competenze tecniche specifiche professionali</p>	
Metodologia didattica	esperienziale/ metodologia didattica interattiva (PBL, simulazioni, ...) frontale	
Tempistica	continua e diluita	
Selezione	esperienza professionale motivazione	
Altro	non esiste una formazione aziendale solo guide di tirocinio infermieri + <i>retraining</i> (80 ore)	
RICONOSCIMENTO VALORIZZAZIONE	<p>Cosa hanno ECM <i>feedback</i> dello studente</p> <p>Cosa vorrebbero ore dedicate spazi valutazione dei carichi di lavoro</p>	"soddisfazione personale e professionale e quindi essere riconosciuti come tutor"
RELAZIONI CON UNIVERSITÀ	collaborazione	

Azienda USL di Reggio Emilia (scaletta progetto formativo)

Idea di "essere tutor" sensi, significati e immagini	"guida" "sostegno" "bello ma faticoso"
---	--

CAMPI DI APPRENDIMENTO

verbatim

Sapere	strumenti metodi competenze obiettivi contenuti valutazione	
---------------	--	--

Saper far fare	mettere a disposizione esperienza capacità di trasmettere connettere con il mondo del lavoro far riflettere	"affiancare in modo continuativo la persona" "saper valutare anche le situazioni difficili" "riuscire a capire lo studente anche in momenti di difficoltà, e quando non ha le capacità (capacità di valutare, personalizzare)"
-----------------------	--	--

Saper essere	relazione e comunicazione ascolto mettersi i gioco empatia capacità di stimolare curiosità orientare gestione del sé professionale	
---------------------	---	--

(continua)

FORMAZIONE		<i>verbatim</i>
Tipologia	corso di base integrato + specifico professione/competenza formazione formatori con committenza RER e AVEN a moduli	"come amministrativo seguo i disabili, pertanto avrei bisogno anche di un percorso specifico per competenza" "corso spendibile anche in altri contesti"
Destinatari	multiprofessionale (anche sociale e amministrativo), neo tutor ed esperti	"c'è sempre uno spirito di mettersi in gioco, bisogno sempre migliorarsi anche con le nuove leve, per avere spunti di riflessioni differenti"
Contenuti	teorie dell'apprendimento relazione e comunicazione metodologia didattica (strumenti, metodi, ...) strumenti della valutazione gestione del conflitto gestione dei gruppi	"avere una metodologia condivisa e comune" "sviluppo di competenze trasversali"
Metodologia didattica	esperienziale/ metodologia didattica interattiva (casi reali)	
Tempistica	continua e diluita + <i>retraining</i>	" <i>retraining</i> per guide di tirocinio per motivarli nel tempo"
Selezione	esperienza professionale capacità relazionale motivazione	"forse i giovani, e non sempre i soliti per avere sempre risorse"
Altro	teoria versus pratica	

(continua)

verbatim

RICONOSCIMENTO VALORIZZAZIONE	Cosa hanno ECM Cosa vorrebbero formazione	"la formazione potrebbe essere una leva motivazionale, una valorizzazione"
PROPOSTE ORGANIZZATIVE		"tutoraggio dei neoassunti nella professione infermieristica non esiste, è saltuario e discontinuo"
ALTRO		"ci sono competenze diverse, es. guida di tirocinio versus FSC" "attenzione al tutor è attenzione alla risorsa, professionista"

Azienda ospedaliera di Reggio Emilia scaletta progetto formativo

Idea di "essere tutor" sensi, significati e immagini	"guida" "riferimento" "filtro" "tutelatore" "è faticoso fare quest'attività"
---	--

CAMPI DI APPRENDIMENTO

verbatim

Sapere	strumenti metodi competenza professionale abilità teoriche-pratiche obiettivi valutazione	"la valutazione non è solo specifica di contesto ..." "strumenti anche di autovalutazione"
---------------	--	---

Saper far fare	dare e ricevere esperienza trasmettere saperi connessione al modo del lavoro responsabilità far riflettere contestualizzare filo continuo tra teoria e pratica scambio di vissuto	"passare dal sapere al saper fare"
-----------------------	--	------------------------------------

Saper essere	relazione e comunicazione ascolto pazienza empatia capacità di stimolare impegno autorevolezza	
---------------------	--	--

Altro		"non è una professione" "dare e ricevere esperienza" "ti permette di entrare in un ambiente nuovo o in parte" "è un dare e avere, trasmetti anche un modo di fare"
--------------	--	---

(continua)

FORMAZIONE		<i>verbatim</i>
Tipologia	corso di base integrato + <i>retraining</i> + specifico (anche con l'Università)	
Destinatari	multiprofessionale piccoli gruppi	"dipende dal sapere che trasmettiamo"
Contenuti	teorie dell'apprendimento relazione e comunicazione metodologia didattica (strumenti, metodi, ...) strumenti della valutazione e autovalutazione <i>literacy</i>	"filo conduttore deve essere la metodologia" "capacità di valutare" "capacità di comunicazione come gestire il cambiamento" "i contenuti dipendono a chi si apre ..." "capire se sono efficace nel «trasmettere»"
Metodologia didattica	esperienziale/interattiva (casi reali) dalla teoria alla pratica	
Tempistica	continua e diluita	
Selezione	motivazione molto forte	
Altro	teoria versus pratica	
RELAZIONI CON L'UNIVERSITÀ	Manca l'integrazione e collaborazione	

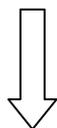
Allegato 3.

Programma di formazione

L'idea è quella avviare un programma formativo articolato in due fasi.

I FASE

Formazione per formatori tutor clinici



II FASE

Formazione rivolta a professionisti per diventare tutor di tirocinio aziendale

Obiettivo generale

Formare una comunità di pratica di tutor formatori

Obiettivi specifici

- conoscere la normativa di riferimento
- acquisire i principi generali della pedagogia, con particolare riferimento all'educazione degli adulti in ambito sanitario;
- acquisire competenze del "fare formazione": il processo formativo dalla progettazione alla valutazione
- acquisire la capacità di connettere il sapere teorico con la prassi attraverso il processo di circolarità
- rafforzare le competenze relazionali e comunicative costruendo relazioni efficaci
- acquisire competenze per la gestione e le dinamiche di gruppi
- avvalersi criticamente delle diverse metodologie e strategie tutoriali
- approfondire il significato della valutazione e dell'autovalutazione dei processi formativi identificando il ruolo del tutor e dello studente/neoassunto e acquisire i nuovi strumenti di valutazione
- co-costruire un modello/percorso di apprendimento per tutor di tirocinio/neoassunto

Meta-obiettivi

- creare una comunità di pratica di tutor formatori di tirocinio
- capacità di utilizzare tecnologie web 2.0
- sensibilizzare alla gestione del sé professionale

Contenuti

I contenuti previsti nel percorso possono essere suddivisi in sei moduli didattici.

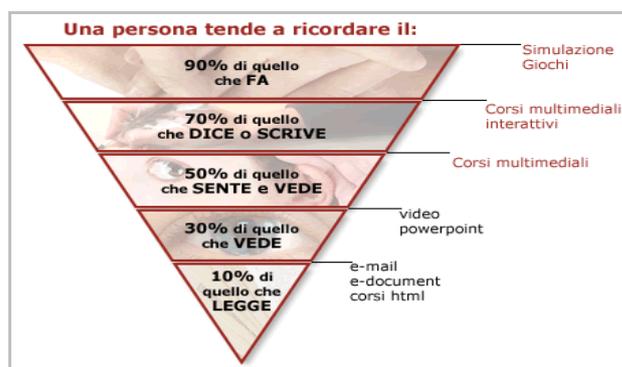
- Ruolo e funzioni del tutor di tirocinio/neoassunto
 - ruolo e funzioni
 - modelli di *tutorship*
- Cornice normativa
 - normativa di riferimento (Università, SSR, ...)
 - profili, ruoli professionali
- Pedagogia e andragogia
 - principi della pedagogia e andragogia
 - la relazione educativa
 - teorie dell'apprendimento
- Fare formazione: dalla teoria alla pratica
 - circolarità dell'apprendimento: pratica versus teoria e viceversa
 - metodologia didattica (strumenti, metodi, strategie, ...)
 - strumenti della valutazione, dell'autovalutazione e capacità di valutare
- Counseling
 - relazione/counseling/comunicazione: strategie di ascolto, giudizio e pre-giudizio, capacità di accattivare gli apprendimenti, saper creare un clima di fiducia, imparare a stimolare la riflessione in se stessi e negli altri, saper motivare e coinvolgere (...)
 - colloquio motivazionale
 - gestione d'aula
 - gestione delle dinamiche di gruppo e gestione del conflitto
- Strategie e strumenti
 - discussione di casi
 - focus group
 - narrazione
 - rielaborazione di esperienze

Metodologia: laboratori di apprendimento

Il processo di apprendimento prevede una metodologia dinamica, induttiva e di confronto nella quale i professionisti sono stimolati a elaborare con creatività e curiosità emozioni e vissuti: lezioni partecipate (discussione, riflessione, osservazione), *case study*, *role playing*, simulazioni, lavori in piccoli gruppi, esercitazioni ed esperienze, giochi sociologici/didattici e approccio narrativo, visione di film,

L'idea del laboratorio² è probabilmente l'approccio, la metodologia vincente per i professionisti, trattandosi di persone adulte con un proprio bagaglio, *background* culturale, professionale, con una maturazione personale, con un proprio vissuto, con le proprie emozioni. È un approccio di tipo costruttivista, empirico-pragmatico, che dà senso e significato all'agire del professionista.

I partecipanti si ritrovano così in un contesto formativo protetto, in cui si possono esprimere nel loro essere e nel loro agire le esperienze vissute.



² La scelta del termine laboratorio non è affatto casuale, ma sta ad indicare il luogo del "fare", in particolare del "fare insieme", docenti e discenti (in questo caso specifico facilitatori e partecipanti) e, allo stesso tempo, una modalità di formazione e apprendimento che coniuga indissolubilmente il dire e il fare. Il termine rimanda quindi sia a un luogo, sia a una metodologia, ma anche a una epistemologia che li comprende entrambi arricchendone il significato.

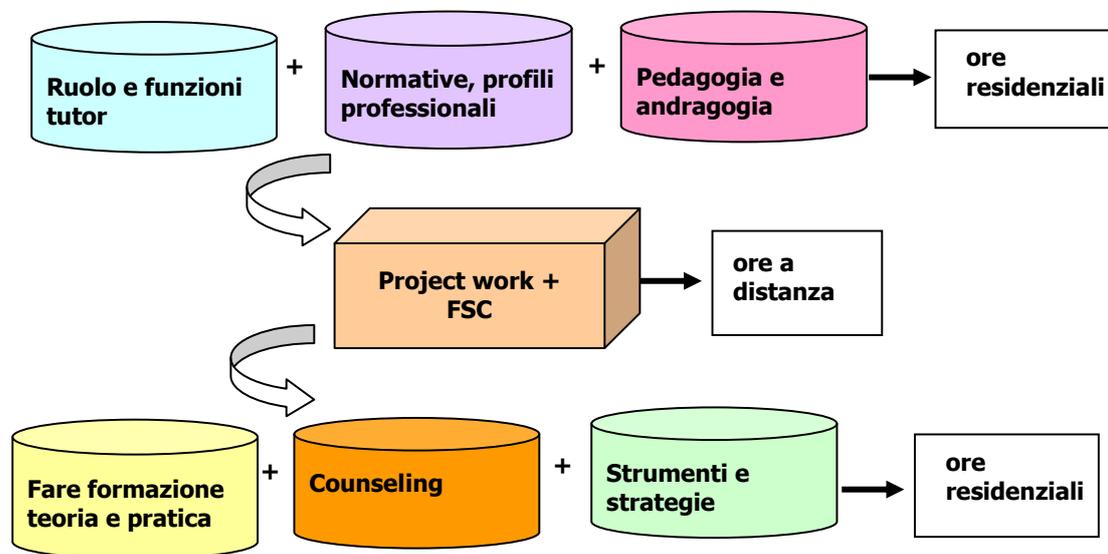
Officina delle cose o delle idee. ... Luogo del dialogo, del confronto, della sperimentazione come innovazione. ... Bottega artigiana per un lavoro di gruppo, per consulti mai finiti e mai prevedibili. Laboratorio come metodologia che scava e si confronta in modo costante. ... Laboratorio come riproduzione che non è mai una riproduzione. ... Laboratorio come apprendimento che è sempre un co-apprendimento. Laboratorio come processo mai concluso.

Laboratorio come epistemologia che concepisce un sapere prodotto in modo relazionale, intersoggettivo, dialogico, non emerso miracolosamente ed improbabilmente tutto e solo dalla mente di un soggetto. Laboratorio come epistemologia che si sporca le mani e la testa, che non si limita al dire, ma pretende il fare, che non si accontenta della teoria, ma domanda la pratica. Laboratorio come epistemologia che realizza i propri percorsi di ricerca secondo procedure non individuali, ma collettive, non isolazioniste, ma necessariamente integrazioniste. (Cipolla, 1997, pp. 1513-1514).

Impianto didattico

Tipologia/articolazione didattica

- residenziale
- formazione sul campo
- FAD (piattaforma moodle)



Allegato 4. Studio pilota

I Tutor per la formazione nel Servizio sanitario regionale dell'Emilia-Romagna: due indagini di ricerca

A cura di Diletta Priami, Vanessa Vivoli, Barbara Lelli

Hanno collaborato alla stesura Chiara Beggi, Emanuela Manzari

La ricerca

Il progetto di ricerca è stato disegnato dal Gruppo regionale Tutor nel quale erano rappresentate le diverse professionalità sanitarie.

L'obiettivo della ricerca è stata la descrizione del processo tutoriale dei tutor tirocinio/clinico e dei tutor della formazione sul campo attraverso la raccolta delle opinioni dei tutor e dei responsabili dell'organizzazione e formazione per dare visibilità e valorizzare le diverse funzioni di tutor agite all'interno del Servizio sanitario regionale.

Le aree indagate

- selezione dei tutor
- formazione tutoriale di base e *retraining*
- metodologie didattiche agite e utilizzo di strumenti
- forme di valorizzazione/riconoscimento della funzione tutoriale
- aspetti organizzativi e di contesto della *tutorship* (es. "regia" della funzione tutoriale, le interfacce, spazi dedicati, ecc.)
- carico di lavoro
- soddisfazione ed *empowerment*
- valutazione
- prospettive

Il punto di vista del tutor clinico e tutor della formazione sul campo

- tutorato formazione universitaria di base e formazione post-base:
tutti tutor tirocinio/clinico nelle professioni: infermieri, fisioterapisti, tecnici di radiologia, tecnici della prevenzione (la scelta è per classi di laurea e numericamente prevalente) - MMG - specializzazioni: medicina, chirurgia
- tutorato formazione continua
tutti tutor FSC

Strumenti dell'indagine

- questionario in formato elettronico (gestione a cura del Sistema informatico della Regione Emilia-Romagna) unico a domande chiuse, al fine di indagare il punto di vista del tutor tirocinio/clinico e tutor della FSC
- intervista semi-strutturata unica (griglia) a testimoni significativi, al fine di indagare il punto di vista dei responsabili dell'organizzazione e formazione

Premessa

L'indagine è stata condotta inizialmente presso l'Azienda ospedaliera di Reggio Emilia come studio pilota per testare gli strumenti di indagine e confermarne gli ambiti della ricerca; successivamente si è proseguito con l'Azienda USL di Ravenna.

Come prime indagini si è voluto prediligere due contesti differenti quali un ambito ospedaliero e un ambito territoriale per evidenziarne, eventualmente, elementi comuni ed elementi eterogenei.

La metodologia di somministrazione, e quindi di selezione del campione, è stata diversa. Nello studio pilota (AO Reggio Emilia) il campione è stato selezionato con invito personale dal Settore di formazione aziendale e prevedeva l'attribuzione di 1 credito ECM al termine della compilazione del questionario; si è scelto di sottoporre il questionario alle guide di tirocinio per infermieri, a tutte le guide di tirocinio per tecnici di radiologia medica, ai tutor aziendali per MMG e ai tutor per medici in formazione specialistica che nel 2009 hanno svolto attività di tutorato.³ Per quanto riguarda i tutor di gruppi di formazione sul campo, il campione è stato selezionato scegliendo casualmente tra i progetti di formazione sul campo di gruppi in cui era prevista la presenza del tutor. Il tempo di apertura del questionario *online* per la compilazione è stato di circa due mesi.

Nell'Azienda USL di Ravenna il campione si è auto-selezionato casualmente: il questionario è stato inserito nella intranet aziendale con accesso per la compilazione da luglio a fine settembre 2010 (considerando il periodo estivo, si è preferito lasciare più tempo), dando la possibilità a tutti i tutor di compilarlo, in base alla loro motivazione personale.

In aggiunta al questionario, nell'Azienda ospedaliera di Reggio Emilia sono state condotte alcune interviste a testimoni significativi dell'organizzazione e della formazione; per tempi e risorse insufficienti, nell'Azienda USL di Ravenna questo non è stato possibile.

Le interviste all'Azienda ospedaliera di Reggio Emilia

Le quattro interviste si sono svolte in un ambiente tranquillo e appartato, gli intervistatori non sono stati disturbati, per cui il colloquio/intervista si è svolto in modo rilassato. Dopo aver fatto firmare le liberatorie per la registrazione vocale, si è proceduto secondo la traccia concordata dal gruppo di lavoro.

Per semplicità vengono riportate qui di seguito le domande e il riassunto delle risposte ricevute.

³ Le guide di tirocinio formate nell'Azienda sono 420.

Analisi dei risultati

All'Azienda ospedaliera di Reggio Emilia il questionario è stato distribuito a 217 tutor (di cui 138 donne e 79 uomini) selezionati dal Settore formazione aziendale.

guide di tirocinio per infermieri	108
guide di tirocinio per tecnici di radiologia	71
tutor aziendali per MMG	23
tutor di formazione sul campo	12
tutor per i medici in formazione specialistica	3
<i>totale del campione</i>	<i>217</i>

Sono stati raccolti ed elaborati 127 questionari.

Considerato che in Azienda sono stati somministrati al personale dipendente contemporaneamente altri 3 questionari *online*, l'adesione al 59% è da considerarsi più che soddisfacente.

Nel questionario somministrato presso l'Azienda USL di Ravenna alcune domande sono state modificate in quanto erano emersi alcuni punti di debolezza (alcuni esempi: nella domanda V4 "specializzazione mediche" è stato eliminato "mediche" in quanto a Reggio Emilia era stato segnalato che i farmacisti non si riuscivano a identificare; la domanda V 26 "Mediamente in un anno di lavoro quanto tempo dedica allo svolgimento della funzione tutoriale?" è stata sostituita con "In media, negli ultimi 12 mesi, quanto tempo della sua attività lavorativa ha dedicato allo svolgimento della funzione tutoriale?"; la domanda V28 "Mediamente quanti studenti o professionisti segue all'anno?" è stata sostituita con "Negli ultimi 12 mesi quanti studenti o professionisti ha seguito?").

A Ravenna il questionario è stato somministrato a tutti i 449 tutor aziendali. Sono stati raccolti ed elaborati 121 questionari.

tutor di tirocinio per infermieri	260
tutor di tirocinio per tecnici di radiologia	3
tutor di tirocinio per tecnici di prevenzione	3
tutor di tirocinio per MMG	17
tutor di formazione sul campo	45
tutor per i medici in formazione specialistica	5
tutor di tirocinio per fisioterapia	10
tutor di tirocinio per ostetrica	2
tutor di tirocinio per logopedia	4
tutor altre lauree	58
tutor master professioni sanitarie	17
supervisore magistrale/specialistica professioni sanitarie	4
tutor per studenti del corso di laurea in medicina e chirurgia	6
tutor di formazione a distanza	2
tutor d'aula	8
tutor di autoformazione	5
<i>totale del campione</i>	<i>449</i>

Aspetti socio-demografici

Dalle due realtà esaminate emerge che la maggior parte dei tutor sono donne.

All'Azienda ospedaliera di Reggio Emilia risulta che il 40% dei tutor ha meno di 40 anni rispetto al 20% dell'Azienda USL di Ravenna.

In entrambe le Aziende il 50% del campione dichiara di svolgere la funzione di tutor da più di 6 anni.

Il gruppo professionale più rappresentato in entrambe le realtà sono gli infermieri (più del 50%), seguiti a Reggio Emilia dai tecnici di radiologia, a Ravenna dai fisioterapisti e dai medici.

Più della metà dei tutor che hanno risposto al questionario dichiarano di possedere un titolo universitario; inoltre molti di loro sostengono di avere una o più specializzazioni post-laurea (30% AO Reggio Emilia; 40% AUSL Ravenna).

Funzioni svolte

Nelle due Aziende risulta che la maggior parte dei tutor svolgono una sola funzione di tutorato e solo una piccola quota (18,5% AO Reggio Emilia; 15% AUSL Ravenna) dichiara di svolgerne più di una. In entrambi i casi sono i tutor medici che hanno la maggiore probabilità di svolgere più funzioni contemporaneamente.

Come era facilmente presumibile vista la composizione professionale del campione, i tutor di tirocinio per infermieri sono quelli più numerosi, seguiti dai tutor per tecnici di radiologia, dai tutor medici all'AO di Reggio Emilia, dai tutor per fisioterapisti e dai tutor medici all'AUSL di Ravenna.

Selezione dei tutor

Nella maggior parte dei casi i rispondenti dichiarano che il ruolo di tutor gli è stato affidato direttamente, un 30% invece sostiene di essersi candidato volontariamente, mentre solo una piccolissima percentuale afferma di avere partecipato a un processo di selezione.

Normalmente, per il tutor delle professioni sanitarie l'incarico è affidato dal coordinatore di Unità operativa; per i tutor medici la situazione è differente ed è più frammentata: a Reggio Emilia la maggioranza relativa dei tutor (8 su 17) dichiara che è l'Ufficio formazione aziendale ad affidare la funzione; a Ravenna in gran parte identificano il Responsabile dell'UO, seguito dal Consiglio di Facoltà.

In nessuna delle due realtà vi è una correlazione statisticamente significativa nelle modalità di selezione dei tutor fra i diversi gruppi professionali, anche se si nota che i tutor medici sono quasi tutti assegnati, probabilmente perché per i tutor dei medici vi è una formalizzazione dell'incarico del ruolo da parte dell'Università.

Interviste nella Azienda ospedaliera di Reggio Emilia

SELEZIONE DEI TUTOR

Come vengono scelti i tutor? Con quali criteri vengono scelti?

Prima di rispondere a questa domanda è subito sorta l'esigenza di condividere un linguaggio comune. Specialmente gli intervistati nn. 1 e 3 avevano iniziato a parlare facendo riferimento ai tutor in maniera generica; si è poi specificato con precisione:

- tutor clinici (seguono gli studenti a scuola): sono scelti con bando da parte del CdL;
- guide di tirocinio (seguono gli studenti nei reparti): vengono scelti su base volontaria dai coordinatori delle Unità operative se dimostrano una certa attitudine personale alla relazione e in seguito seguono un corso di formazione. L'unico criterio per la scelta è l'essere in ruolo e l'anzianità di Servizio, due anni per gli infermieri (intervistato n. 5), tre per i TSRM (intervistato n. 6). Negli anni si è così costruito un *database*. Entrambi i Coordinatori dei CdL lamentano la possibilità comunque di non poter fare una selezione per l'elevato numero di studenti;
- tutor "animatori della formazione" (si occupano della formazione degli infermieri, per esempio dell'inserimento dei neoassunti o della FSC): vengono scelti per dimostrate competenza ed esperienza professionale, ma senza criteri formalizzati (intervistati nn. 1, 2, 3 e 4). In maniera specifica l'intervistato n. 2 sottolinea la non formalizzazione dell'incarico, come se essere tutor rientrasse nelle attività specifiche del medico stesso. Di norma è presente almeno un animatore della formazione per ogni Unità operativa;
- tutor medici (medici tutor che si occupano dell'inserimento dei neoassunti e degli specializzandi), specialisti con almeno 5 anni di esperienza nella disciplina e quindi 10 anni di attività post-laurea. Per i MMG è marcata l'asimmetria degli obiettivi in quanto il medico della struttura ospedaliera non è al corrente delle attività didattiche del percorso formativo dei MMG e di conseguenza si concentra solo sulle attività specialistiche. Ne risulta un percorso non organico ma frammentario. Si è cercato senza successo di interagire con la struttura didattica.

Nota: nel contesto della domanda mentre le altre figure intervistate non hanno quantificato con precisione il numero dei tutor impegnati in Azienda, seppur definendo rilevante il fenomeno, l'intervistato n.4 ha invece identificato 600 tutor impegnati in Azienda a vario titolo.

Testimoni significativi

- Referente dipartimentale della formazione infermieristico
- Referente dipartimentale della formazione medico
- Responsabile infermieristico dipartimentale (RID)
- Responsabile della formazione
- Coordinatore teorico pratico del CdL infermieristico
- Coordinatore teorico pratico del CdL TSRM

Soddisfazione e senso di empowerment

Nelle due realtà aziendali le medie ottenute mostrano che i tutor intervistati sono abbastanza soddisfatti e che le dimensioni di maggiore soddisfazione sono rappresentate dal tipo di lavoro che viene svolto e dalla dimensione relazionale con i colleghi.

La qualifica professionale influisce significativamente sul livello di soddisfazione, mostrando però due realtà ribaltate: se a Reggio Emilia i tutor degli infermieri sono mediamente soddisfatti, a Ravenna ciò vale per i tutor medici.

Ma qual è il "senso del potere" percepito dai tutor?

Nelle due Aziende i soggetti intervistati hanno una percezione abbastanza elevata del proprio "potere" - cioè delle proprie capacità e possibilità/opportunità connesse all'attività di *tutorship* svolta. Si tratta di un dato rilevante: i tutor sono un'importante risorsa per il sistema sanitario e sono consapevoli delle proprie potenzialità.

Per gli infermieri la dimensione dell'*empowerment* con la media più alta è quella del significato (*meaning*), che si riferisce al valore che un individuo assegna all'attività lavorativa e che implica una corrispondenza tra valori, credenze e comportamenti: l'ipotesi sottesa è dunque che l'attività di tutorato sia profondamente connessa con i valori della professione infermieristica e con l'identità professionale.

Le premesse sono storiche, culturali, politiche, sociali: ne è un esempio il vecchio programma di insegnamento del corso triennale per infermieri professionali approvato dalla Giunta regionale il 28 giugno 1977, in cui si dava enfasi a una formazione e a un modello didattico "mirato non solo a arricchire il bagaglio tecnico e culturale, ma anche ad affermare, nei fatti, la «centralità» di questa figura e valorizzarne il ruolo ...". In quel documento erano contenuti tutti gli elementi per la formazione del personale non medico:

- piano di studi particolareggiato;
- metodologie e impostazione dei piani di studio correlati agli obiettivi formativi;
- programma di istituzione pratica coordinato con l'insegnamento teorico.

Infatti il conseguimento degli obiettivi formativi così connessi all'apprendimento teorico ha fatto sì che il momento del tirocinio diventasse rilevante nella formazione dello studente. Da sempre il tirocinio è stato il primo impatto con la realtà dei servizi sanitari, da un lato un momento di verifica di quanto appreso e maturato in aula, dall'altro un'occasione per colmare la differenza tra teoria e prassi, attraverso la facilitazione del professionista che aiuta lo studente in una riflessione sul ruolo e sull'identità professionale.

Nel documento del 1977 erano chiare le indicazioni e gli orientamenti metodologici: creare esperienze dirette, situazioni di apprendimento pratiche, ricerche, lavori di gruppo, analisi di situazioni, ecc.

In molte realtà regionali vi erano i cosiddetti "reparti scuola" all'interno degli ospedali. E di fatto la figura di riferimento per lo studente, all'interno dei servizi, era proprio l'infermiere professionale (colui che oggi si chiama tutor), il connettore tra teoria e prassi. Quindi, da sempre le funzioni tutoriali sono insite nell'agire professionale dell'infermiere; e tale funzione si mantiene ancora oggi ben salda nella formazione universitaria.

Globalmente i soggetti intervistati hanno una percezione elevata del proprio "potere", cioè delle proprie capacità e possibilità/opportunità connesse all'attività di *tutorship* svolta.

Tutti i valori della quattro dimensioni dell'*empowerment* sono abbastanza elevati; questo significa che i tutor intervistati considerano il proprio ruolo importante per l'organizzazione (*meaning*); ritengono di avere le competenze e le potenzialità adeguate per svolgere il ruolo di tutor (*competence*); pensano di avere un ampio margine di autonomia nel gestire la propria funzione (*self determination*); hanno una percezione abbastanza buona dell'impatto del loro ruolo sull'organizzazione (*impact*).

La dimensione dell'*empowerment* non è correlata significativamente con nessuna variabile.

Riconoscimento della funzione tutoriale

In entrambe le realtà, più della metà del campione afferma che il proprio incarico è stato formalizzato, circa un 20% afferma che non lo è stato e un altro 20% dichiara di non saperlo.

Anche per questa variabile non vi è una dipendenza significativa tra la formalizzazione dell'incarico e le professionalità, così come non c'è una correlazione con gli anni di esperienza di tutorato.

Per quanto riguarda le forme di valorizzazione, in assoluto l'esonero dai crediti ECM viene percepito da tutte le professionalità come la modalità più importante di riconoscimento del proprio ruolo; a Reggio Emilia i tutor attribuiscono importanza al riconoscimento delle ore dedicate, mentre a Ravenna rilevano come la loro funzione costituisca un importante titolo curricolare.

In entrambe le realtà i tutor medici non hanno percezione del riconoscimento economico, nonostante l'esistenza del protocollo "Intesa regionale in materia di valorizzazione e riconoscimento della didattica ospedaliera per la formazione medica specialistica" (21 maggio 2009) che prevede un incentivo monetario.

A Reggio Emilia tutti i tutor percepiscono un qualche tipo di valorizzazione del proprio ruolo; a Ravenna invece, il 30% dei tutor infermieristici e il 43% dei tutor medici sostengono di non avere nessuna forma di riconoscimento per l'incarico svolto.

Formazione tutoriale

Nei contesti aziendali di Reggio Emilia e di Ravenna, per svolgere la funzione di tutor le competenze vengono costruite principalmente attraverso percorsi aziendali dedicati e l'autoformazione. Le professioni sanitarie dichiarano di essere formate attraverso programmi organizzati internamente all'Azienda, mentre i tutor medici affidano principalmente la loro formazione alla pratica quotidiana e allo studio individuale.

Quasi il 50% del campione, in entrambi i contesti, sostiene che per rafforzare le proprie competenze ha bisogno di approfondire argomenti quali la metodologia didattica, la metodologia della valutazione e la relazione e comunicazione; meno rilevanti risultano essere tematiche quali la legislazione, l'organizzazione sanitaria e la normativa ECM.

Interviste nella Azienda ospedaliera di Reggio Emilia

FORMAZIONE

Quali sono le aree di competenza del tutor?

Le risposte a questa domanda sono più univoche rispetto alla precedente. Tutti i profili presi in considerazione hanno in comune la competenza specifica professionale come elemento imprescindibile, a cui si affiancano competenze relazionali, valoriali (intervistato n. 4), etiche (intervistato n. 5), educative e comunicative (intervistato n. 6). Tali competenze non sono state "formalizzate" se non per l'animatore della formazione (intervistato n. 1).

Come vengono costruite le competenze delle diverse tipologie di tutor presenti in Azienda? (metodo, retraining, corsi ad hoc, sul campo, autoformazione, ...)

Per le varie tipologie gli intervistati hanno dichiarato la presenza in Azienda di corsi *ad hoc* - a cadenza annuale - specialmente per i tutor di MMG (intervistato n. 4) effettuati tramite *audit*, formazione sul campo e autoformazione (intervistato n. 2). Per gli animatori della formazione vi sono corsi - anche se non sistematici - gestiti dal Servizio infermieristico e dall'Ufficio qualità aziendali. Anche le guide di tirocinio seguono corsi *ad hoc* e *retraining* (intervistato n. 5) su aspetti relativi alla *relationship* gestiti direttamente dagli stessi CdL in sinergia con il Servizio infermieristico aziendale (intervistati nn. 5 e 6).

Nell'attuale costruzione delle competenze dei tutor, quali sono secondo Lei i punti di forza?

Nella formazione degli adulti conta molto la motivazione, per cui far sì che la formazione sia indirizzata a gente realmente motivata ne determina l'efficacia (intervistati nn. 2 e 5). "Di necessità virtù": il dovere far fronte alla limitatezza delle risorse pone i coordinatori da una parte e gli animatori dall'altra a doversi confrontare (intervistato n. 1) e fare insieme da *coach* nella "formazione" dei neoanimatori. Tale pratica diventa di fatto "risorsa" del sistema (intervistato n. 1)

Il tempo stesso dedicato alla formazione dei tutor è un punto di forza (intervistato n. 6); all'interno dei corsi si possono evidenziare i bisogni e le criticità nel mettere in atto la *tutorship*, valorizzandone di fatto il ruolo (intervistato n. 6).

Nell'attuale costruzione delle competenze dei tutor, quali sono secondo Lei i punti di debolezza?

L'assenza di percorsi di selezione e di formazione.

Per lo sviluppo di competenze del tutor, secondo Lei quali ambiti sarebbe necessario rinforzare?

I punti di debolezza verso cui agire con azioni correttive sono vari: *turnover* degli professionisti (intervistati nn. 1, 2 e 3), assenza di una rete (intervistato n. 6), impossibilità di sfruttare a pieno per i tutor l'*evidence-based nursing* (EBN) e un sistema di valutazione (intervistato n. 5), distacco tra teoria e pratica, ovvero tra Università e Azienda (intervistato n. 1).

Occorrerebbe fare della formazione *ad hoc* riferita all'Unità operativa, al Dipartimento (intervistato n. 1). La mancanza di strumenti condivisi (ad esempio per la valutazione) rappresenta un altro aspetto lacunoso della *tutorship* (intervistato n. 2).

L'assenza di un ruolo istituzionale del tutor (o in altri termini, di una *vision* della *tutorship*), la poca sinergia e condivisione con le sedi didattiche - vedi MMG - (intervistato n. 4) rappresentano punti di debolezza su cui agire per valorizzare il ruolo aziendale della *tutorship*. Anche la mancanza di confronto tra gli animatori della formazione e tutor del CdL è giudicata una lacuna da colmare (intervistati nn. 1, 2, 3, 5 e 6).

Come si rileva il fabbisogno di formazione/competenze dei tutor?

Il fabbisogno non viene definito in maniera sistematizzata se non da quest'anno QUALE ANNO? (intervistato n. 4), mentre per i tutor dei tirocini ciò avviene in maniera informale (intervistato n. 5) o nel corso dei *retraining* (intervistato n. 6).

Testimoni significativi

- Referente dipartimentale della formazione infermieristico
- Referente dipartimentale della formazione medico
- Responsabile infermieristico dipartimentale (RID)
- Responsabile della formazione
- Coordinatore teorico pratico del CdL infermieristico
- Coordinatore teorico pratico del CdL TSRM

Strategie didattiche

I dati delle variabili di questo ambito evidenziano differenze rilevanti tra le professioni sanitarie e la professione medica. Sembra che i modelli educativi e di apprendimento delle due tipologie di formazione abbiano approcci e modalità diverse, così come i percorsi e contesti in cui si svolgono.

La sede formativa del CdL in Scienze infermieristiche si trova infatti in Azienda, con personale che è dipendente aziendale e ha la responsabilità e il coordinamento del tirocinio infermieristico degli studenti con la gestione dei relativi tutor di tirocinio. Tale connessione consente una maggiore supervisione e monitoraggio degli apprendimenti degli studenti sul campo; infatti dai dati si evince che per le professioni sanitarie è prassi formalizzare all'inizio del tirocinio la progettazione, specificandone obiettivi educativi,

metodi, strumenti e strategie. Per i tutor medici invece ciò non accade, in quanto il tirocinio viene formalizzato direttamente dall'Università.

Ancora Inoltre, per le professioni sanitarie - a differenza dei medici - le strategie didattiche più utilizzate sono la negoziazione del contratto di tirocinio e la valutazione finale.

Per quanto riguarda gli strumenti didattici, non si evidenziano invece differenze fra i professionisti, che dichiarano di utilizzare molto sia le procedure sia le simulazioni di casi; meno utilizzati sono il libretto, il diario, seguiti dalla cartella assistenziale e dalla ricerca bibliografica.

Aspetti organizzativi e di contesto

In entrambe le Aziende la metà dei rispondenti afferma di non avere né strumenti (ad esempio il computer), né spazi dedicati e adeguati per svolgere al propria funzione di tutor.

Più della metà sostiene di dedicare allo svolgimento della propria funzione di tutor meno del 20% del proprio tempo lavorativo e quasi la totalità del campione (80% Ravenna, 91% Reggio Emilia) afferma di svolgere tale funzione in orario di servizio.

Circa il 50% del campione afferma di avere seguito da 1 a 5 studenti o professionisti negli ultimi 12 mesi e una piccola parte sostiene di avere seguito contemporaneamente più di 3 soggetti.

Pur non essendovi una correlazione tra numero di studenti/neoassunti seguiti e categoria professionale, si nota che sono i tutor delle professioni sanitarie che tendenzialmente seguono più persone contemporaneamente.

Valutazione dell'attività di tutor

Per quanto riguarda la valutazione emergono delle differenze fra le due realtà aziendali: a Reggio Emilia solo l'11% e a Ravenna solo il 25% degli intervistati afferma che la propria attività di tutor è soggetta a valutazione.

Non vi sono differenze significative tra la valutazione dell'attività e il gruppo professionale di appartenenza del tutor, e non vi è correlazione con gli anni di esperienza.

Coloro che rispondono affermativamente a Ravenna sostengono di essere valutati principalmente dallo studente/neoassunto attraverso la scheda di valutazione, mentre a Reggio Emilia vengono valutati principalmente dal coordinatore del corso di studio o dal responsabile attraverso la scheda e la relazione.

Riferimenti bibliografici

- AA.VV. Pensare alla tutorship. Riflessioni su una professione emergente. *Adulità*, n. 20. Guerini Editore, 2004.
- Amietta L. *I luoghi della formazione*. Milano, FrancoAngeli, 2000.
- Arenzi L. Il tutor, stili e funzioni. *Rassegna Cnos*, 10: 49-55, Roma, 1996
- Barrow HS. *Il processo tutoriale*. Fondazione Smith Kline. Milano, FrancoAngeli, 1990.
- Bellamio D, Di Renzo R. *Tutorship. La funzione tutoriale nell'Azienda USL di Bologna*. Bologna, 2009.
- Binetti P, Alloni R. *Modi e modelli del tutorato. La formazione come alleanza*. Roma, Casa Editrice MaGi, 2002.
- Biocca M, Copelli P, Pasquali D. *I tutor per la formazione nel Servizio sanitario regionale dell'Emilia-Romagna*. Regione Emilia-Romagna, Dossier n. 174/2009.
- Buscaglioni M. *La gestione dei processi nella formazione degli adulti*. Milano, FrancoAngeli, 1997.
- Calvani A. *Educazione, comunicazione e nuovi media, sfide pedagogiche e cyberspazio*. UTET, 2001
- Castellucci A, Saiani L, Sarchielli G. (a cura di). *Viaggi guidati. Il tirocinio e il processo tutoriale nelle professioni sanitarie e sociali*. Milano, FrancoAngeli, 1997.
- Cerioli L. (a cura di). *Tutorship nel nuovo sistema formativo*. Milano, FrancoAngeli, 2006
- Corradini L. *Il significato del tutoring in università*. Atti del Seminario di Studio. Passo della Mendola, 1985
- Del Mar C, Glasziou P, Mayer D. Teaching evidence based medicine. *BMJ*, 329: 989-990, 2004.
- Demetrio D. *L'educazione nella vita adulta*. Roma, Carocci Editore, 1995.
- Demetrio D. *Manuale di educazioni agli adulti*. Laterza, Bari-Roma, 2003
- Dubost J, Levy A. Presupposti ed esiti della ricerca-azione. *Spunti*, n. 9, Studio APS, 2007.
- Fabbri D. *Apprendere nelle organizzazioni*. Nuova Italia Scientifica, 1996.
- Fabbri D, Munari A. *Le strategie del sapere. Verso una psicologia culturale*. Dedalo, 1984.
- Guilbert JJ. L'insegnamento tutoriale. *FPM, Giornale Italiano per la Formazione Permanente del Medico*, 13 (3): 163-178, 1989.
- Kaufman D. Applying educational theory in practice. *BMJ*, 326: 213-216, 2003.
- Knowles M. *Quando l'adulto impara*. Milano, FrancoAngeli, 1997.
- Lewin K. *Teoria e sperimentazione in psicologia sociale*. Bologna, Il Mulino, 1972.

- Lipari D. *Logiche di azione formativa nelle organizzazioni*. Guerrini Associati, 2002.
- Manoukian F. Presupposti ed esiti della ricerca-azione. *Spunti*, n. 9, Studio APS, 2007
- Marsh L. Good Manager, good coach? *Industrial and Commercial Training*, vol. 24, n. 9, 1992.
- Morin E. *La testa ben fatta. Riforma dell'insegnamento e riforma del pensiero*. Milano, Raffaello Cortina, 1999.
- Mottana P. *Il mentore come antimaestro*. CLUEB, 1996.
- Munari A. *Il sapere ritrovato. Conoscenza, formazione, organizzazione*. Guerini, 1993.
- Munari B. *Da cosa nasce cosa*. Laterza, 1996.
- Pellerey M. *Progettazione didattica*. Torino, S.E.I., 1994.
- Piattelli Palmarini M. *L'illusione di sapere*. Mondadori, 1995.
- Piccardo C, Benozzo A. (a cura di). *Tutor all'opera. Ruolo, competenze e percorsi formativi*. Milano, Guerini e Associati, 2005.
- Quaglino GP. *Scritti di formazione*. Milano, FrancoAngeli, 2007.
- Riva MG. *Il lavoro pedagogico come ricerca dei significati e ascolto delle emozioni*. Milano, Guerini, 2004.
- Rogers C. *Libertà nell'apprendimento*. Firenze, Giunti e Barbera, 1973.
- Santullo A. *Le scale di valutazione in sanità*. McGraw-Hill, 2009.
- Sasso L, Lotti A, Gamberoni L. *Il tutor per le professioni sanitarie*. Carocci Faber, 2003.
- Scandellara O. *Tutorship e apprendimento. Nuove competenze dei docenti nella scuola che cambia*. Firenze, La Nuova Italia, 1993.
- Scandellara O. *Interpretare la tutorship. Nuovi significati e pratiche nella scuola dell'autonomia*. Milano, FrancoAngeli, 2007.
- Schon DA. *Il professionista riflessivo*. Dedalo, Bari, 1993
- Schriesheim C, Tsui AS. Development and Validation of Short Satisfaction Instrument for Use in Survey Feedback Interventions. 1980. Citato in Tsui AS, Egan TD, O'Reilly CA. Being different: relational demography and organizational attachment. *Administrative Science Quarterly*, 37 (4), 549–579, 1992.
- Spreitzer GH. Psychological empowerment in the workplace: Dimensions, measurement, and validation. *Academy of Management Journal*, 38, 1442-1465, 1995.
- Trevisiol G. (a cura di). *Il tutor dei processi formativi. Ruoli, competenze, formazione*. Milano, FrancoAngeli, 2002.
- Vygotskij LS. *Pensiero e linguaggio*. Firenze, Giunti e Barbera, 1966.
- Vygotskij LS. *Il processo cognitivo*. Torino, Bollati, 1987.
- Weick KE. *Senso e significato dell'organizzazione*. Milano, Raffaello Cortina, 1979.
- Wenger E. *Comunità di pratica*. Milano, FrancoAngeli, 2005.
- Wood D. Problem based learning. *BMJ*, 326: 328-330, 2003.
- Zannini L. *La tutorship nella formazione degli adulti*. Guerini Scientifica, 2006.

COLLANA DOSSIER

Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna

1990

1. Centrale a carbone "Rete 2": valutazione dei rischi. Bologna. (*)
2. Igiene e medicina del lavoro: componente della assistenza sanitaria di base. Servizi di igiene e medicina del lavoro. (Traduzione di rapporti OMS). Bologna. (*)
3. Il rumore nella ceramica: prevenzione e bonifica. Bologna. (*)
4. Catalogo collettivo dei periodici per la prevenzione. I edizione - 1990. Bologna. (*)
5. Catalogo delle biblioteche SEDI - CID - CEDOC e Servizio documentazione e informazione dell'ISPESL. Bologna. (*)

1991

6. Lavoratori immigrati e attività dei servizi di medicina preventiva e igiene del lavoro. Bologna. (*)
7. Radioattività naturale nelle abitazioni. Bologna. (*)
8. Educazione alimentare e tutela del consumatore "Seminario regionale Bologna 1-2 marzo 1990". Bologna. (*)

1992

9. Guida alle banche dati per la prevenzione. Bologna.
10. Metodologia, strumenti e protocolli operativi del piano dipartimentale di prevenzione nel comparto rivestimenti superficiali e affini della provincia di Bologna. Bologna. (*)
11. I Coordinamenti dei Servizi per l'Educazione sanitaria (CSES): funzioni, risorse e problemi. Sintesi di un'indagine svolta nell'ambito dei programmi di ricerca sanitaria finalizzata (1989 - 1990). Bologna. (*)
12. Epi Info versione 5. Un programma di elaborazione testi, archiviazione dati e analisi statistica per praticare l'epidemiologia su personal computer. Programma (dischetto A). Manuale d'uso (dischetto B). Manuale introduttivo. Bologna.
13. Catalogo collettivo dei periodici per la prevenzione in Emilia-Romagna. 2ª edizione. Bologna.

1993

14. Amianto 1986-1993. Legislazione, rassegna bibliografica, studi italiani di mortalità, proposte operative. Bologna. (*)
15. Rischi ambientali, alimentari e occupazionali, Attività di prevenzione e controllo nelle USL dell'Emilia-Romagna. 1991. Bologna. (*)
16. La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica delle USL dell'Emilia-Romagna, 1991. Bologna. (*)
17. Metodi analitici per lo studio delle matrici alimentari. Bologna. (*)

1994

18. Venti anni di cultura per la prevenzione. Bologna.
19. La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica dell'Emilia-Romagna 1992. Bologna. (*)
20. Rischi ambientali, alimentari e occupazionali, Attività di prevenzione e controllo nelle USL dell'Emilia-Romagna. 1992. Bologna. (*)
21. Atlante regionale degli infortuni sul lavoro. 1986-1991. 2 volumi. Bologna. (*)

(*) volumi disponibili presso l'Agenzia sanitaria e sociale regionale. Sono anche scaricabili dal sito <http://assr.regione.emilia-romagna.it/it/servizi/pubblicazioni/dossier>

22. Atlante degli infortuni sul lavoro del distretto di Ravenna. 1989-1992. Ravenna. (*)
23. 5ª Conferenza europea sui rischi professionali. Riccione, 7-9 ottobre 1994. Bologna.

1995

24. La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica dell'Emilia-Romagna 1993. Bologna. (*)
25. Rischi ambientali, alimentari e occupazionali, Attività di prevenzione e controllo nelle USL dell'Emilia-Romagna. 1993. Bologna. (*)

1996

26. La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica dell'Emilia-Romagna. Sintesi del triennio 1992-1994. Dati relativi al 1994. Bologna. (*)
27. Lavoro e salute. Atti della 5a Conferenza europea sui rischi professionali. Riccione, 7-9 ottobre 1994. Bologna. (*)
28. Gli scavi in sotterraneo. Analisi dei rischi e normativa in materia di sicurezza. Ravenna. (*)

1997

29. La radioattività ambientale nel nuovo assetto istituzionale. Convegno Nazionale AIRP. Ravenna. (*)
30. Metodi microbiologici per lo studio delle matrici alimentari. Ravenna. (*)
31. Valutazione della qualità dello screening del carcinoma della cervice uterina. Ravenna. (*)
32. Valutazione della qualità dello screening mammografico del carcinoma della mammella. Ravenna. (*)
33. Processi comunicativi negli screening del tumore del collo dell'utero e della mammella (parte generale). Proposta di linee guida. Ravenna. (*)
34. EPI INFO versione 6. Ravenna. (*)

1998

35. Come rispondere alle 100 domande più frequenti negli screening del tumore del collo dell'utero. Vademecum per gli operatori di front-office. Ravenna.
36. Come rispondere alle 100 domande più frequenti negli screening del tumore della mammella. Vademecum per gli operatori di front-office. Ravenna. (*)
37. Centri di Produzione Pasti. Guida per l'applicazione del sistema HACCP. Ravenna. (*)
38. La comunicazione e l'educazione per la prevenzione dell'AIDS. Ravenna. (*)
39. Rapporti tecnici della Task Force D.Lgs 626/94 - 1995-1997. Ravenna. (*)

1999

40. Progetti di educazione alla salute nelle Aziende sanitarie dell'Emilia Romagna. Catalogo 1995 - 1997. Ravenna. (*)

2000

41. Manuale di gestione e codifica delle cause di morte, Ravenna.
42. Rapporti tecnici della Task Force D.Lgs 626/94 - 1998-1999. Ravenna. (*)
43. Comparto ceramiche: profilo dei rischi e interventi di prevenzione. Ravenna. (*)
44. L'Osservatorio per le dermatiti professionali della provincia di Bologna. Ravenna. (*)
45. SIDRIA Studi Italiani sui Disturbi Respiratori nell'Infanzia e l'Ambiente. Ravenna. (*)
46. Neoplasie. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna. (*)

2001

47. Salute mentale. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna. (*)
48. Infortuni e sicurezza sul lavoro. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna. (*)

49. Salute Donna. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna. (*)
50. Primo report semestrale sull'attività di monitoraggio sull'applicazione del D.Lgs 626/94 in Emilia-Romagna. Ravenna. (*)
51. Alimentazione. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna. (*)
52. Dipendenze patologiche. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna. (*)
53. Anziani. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna. (*)
54. La comunicazione con i cittadini per la salute. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna. (*)
55. Infezioni ospedaliere. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna. (*)
56. La promozione della salute nell'infanzia e nell'età evolutiva. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna. (*)
57. Esclusione sociale. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna. (*)
58. Incidenti stradali. Proposta di Patto per la sicurezza stradale. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna. (*)
59. Malattie respiratorie. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna. (*)

2002

60. AGREE. Uno strumento per la valutazione della qualità delle linee guida cliniche. Bologna. (*)
61. Prevalenza delle lesioni da decubito. Uno studio della Regione Emilia-Romagna. Bologna. (*)
62. Assistenza ai pazienti con tubercolosi polmonare nati all'estero. Risultati di uno studio caso-controllo in Emilia-Romagna. Bologna. (*)
63. Infezioni ospedaliere in ambito chirurgico. Studio multicentrico nelle strutture sanitarie dell'Emilia-Romagna. Bologna. (*)
64. Indicazioni per l'uso appropriato della chirurgia della cataratta. Bologna. (*)
65. Percezione della qualità e del risultato delle cure. Riflessione sugli approcci, i metodi e gli strumenti. Bologna. (*)
66. Le Carte di controllo. Strumenti per il governo clinico. Bologna. (*)
67. Catalogo dei periodici. Archivio storico 1970-2001. Bologna.
68. Thesaurus per la prevenzione. 2a edizione. Bologna. (*)
69. Materiali documentari per l'educazione alla salute. Archivio storico 1970-2000. Bologna. (*)
70. I Servizi socio-assistenziali come area di policy. Note per la programmazione sociale regionale. Bologna. (*)
71. Farmaci antimicrobici in età pediatrica. Consumi in Emilia-Romagna. Bologna. (*)
72. Linee guida per la chemioprolifassi antibiotica in chirurgia. Indagine conoscitiva in Emilia-Romagna. Bologna. (*)
73. Liste di attesa per la chirurgia della cataratta: elaborazione di uno score clinico di priorità. Bologna. (*)
74. Diagnostica per immagini. Linee guida per la richiesta. Bologna. (*)
75. FMEA-FMECA. Analisi dei modi di errore/guasto e dei loro effetti nelle organizzazioni sanitarie. Sussidi per la gestione del rischio 1. Bologna.

2003

76. Infezioni e lesioni da decubito nelle strutture di assistenza per anziani. Studio di prevalenza in tre Aziende USL dell'Emilia-Romagna. Bologna. (*)
77. Linee guida per la gestione dei rifiuti prodotti nelle Aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna. Bologna. (*)
78. Fattibilità di un sistema di sorveglianza dell'antibioticoresistenza basato sui laboratori. Indagine conoscitiva in Emilia-Romagna. Bologna. (*)
79. Valutazione dell'appropriatezza delle indicazioni cliniche di utilizzo di MOC ed eco-color-Doppler e impatto sui tempi di attesa. Bologna. (*)
80. Promozione dell'attività fisica e sportiva. Bologna. (*)

- 81.** Indicazioni all'utilizzo della tomografia ad emissione di positroni (FDG - PET) in oncologia. Bologna. (*)
- 82.** Applicazione del DLgs 626/94 in Emilia-Romagna. Report finale sull'attività di monitoraggio. Bologna. (*)
- 83.** Organizzazione aziendale della sicurezza e prevenzione. Guida per l'autovalutazione. Bologna. (*)
- 84.** I lavori di Francesca Repetto. Bologna, 2003. (*)
- 85.** Servizi sanitari e cittadini: segnali e messaggi. Bologna. (*)
- 86.** Il sistema di incident reporting nelle organizzazioni sanitarie. Sussidi per la gestione del rischio 2. Bologna. (*)
- 87.** I Distretti nella Regione Emilia-Romagna. Bologna. (*)
- 88.** Misurare la qualità: il questionario. Sussidi per l'autovalutazione e l'accreditamento. Bologna. (*)

2004

- 89.** Promozione della salute per i disturbi del comportamento alimentare. Bologna. (*)
- 90.** La gestione del paziente con tubercolosi: il punto di vista dei professionisti. Bologna. (*)
- 91.** Stent a rilascio di farmaco per gli interventi di angioplastica coronarica. Impatto clinico ed economico. Bologna. (*)
- 92.** Educazione continua in medicina in Emilia-Romagna. Rapporto 2003. Bologna. (*)
- 93.** Le liste di attesa dal punto di vista del cittadino. Bologna. (*)
- 94.** Raccomandazioni per la prevenzione delle lesioni da decubito. Bologna. (*)
- 95.** Prevenzione delle infezioni e delle lesioni da decubito. Azioni di miglioramento nelle strutture residenziali per anziani. Bologna. (*)
- 96.** Il lavoro a tempo parziale nel Sistema sanitario dell'Emilia-Romagna. Bologna. (*)
- 97.** Il sistema qualità per l'accreditamento istituzionale in Emilia-Romagna. Sussidi per l'autovalutazione e l'accreditamento. Bologna.
- 98.** La tubercolosi in Emilia-Romagna. 1992-2002. Bologna. (*)
- 99.** La sorveglianza per la sicurezza alimentare in Emilia-Romagna nel 2002. Bologna. (*)
- 100.** Dinamiche del personale infermieristico in Emilia-Romagna. Permanenza in servizio e mobilità in uscita. Bologna. (*)
- 101.** Rapporto sulla specialistica ambulatoriale 2002 in Emilia-Romagna. Bologna. (*)
- 102.** Antibiotici sistemici in età pediatrica. Prescrizioni in Emilia-Romagna 2000-2002. Bologna. (*)
- 103.** Assistenza alle persone affette da disturbi dello spettro autistico. Bologna.
- 104.** Sorveglianza e controllo delle infezioni ospedaliere in terapia intensiva. Indagine conoscitiva in Emilia-Romagna. Bologna. (*)

2005

- 105.** SapereAscoltare. Il valore del dialogo con i cittadini. Bologna. (*)
- 106.** La sostenibilità del lavoro di cura. Famiglie e anziani non autosufficienti in Emilia-Romagna. Sintesi del progetto. Bologna. (*)
- 107.** Il bilancio di missione per il governo della sanità dell'Emilia-Romagna. Bologna. (*)
- 108.** Contrastare gli effetti negativi sulla salute di disuguaglianze sociali, economiche o culturali. Premio Alessandro Martignani - III edizione. Catalogo. Bologna. (*)
- 109.** Rischio e sicurezza in sanità. Atti del convegno Bologna, 29 novembre 2004. Sussidi per la gestione del rischio 3. Bologna.
- 110.** Domanda di cure domiciliare e donne migranti. Indagine sul fenomeno delle badanti in Emilia-Romagna. Bologna. (*)
- 111.** Le disuguaglianze in ambito sanitario. Quadro normativo ed esperienze europee. Bologna. (*)
- 112.** La tubercolosi in Emilia-Romagna. 2003. Bologna. (*)

- 113. Educazione continua in medicina in Emilia-Romagna. Rapporto 2004. Bologna. (*)
- 114. Le segnalazioni dei cittadini agli URP delle Aziende sanitarie. Report regionale 2004. Bologna. (*)
- 115. Proba Progetto Bambini e antibiotici. I determinanti della prescrizione nelle infezioni delle alte vie respiratorie. Bologna. (*)
- 116. Audit delle misure di controllo delle infezioni post-operatorie in Emilia-Romagna. Bologna. (*)

2006

- 117. Dalla Pediatria di comunità all'Unità pediatrica di Distretto. Bologna. (*)
- 118. Linee guida per l'accesso alle prestazioni di eco-color doppler: impatto sulle liste di attesa. Bologna. (*)
- 119. Prescrizioni pediatriche di antibiotici sistemici nel 2003. Confronto in base alla tipologia di medico curante e medico prescrittore. Bologna. (*)
- 120. Tecnologie informatizzate per la sicurezza nell'uso dei farmaci. Sussidi per la gestione del rischio 4. Bologna. (*)
- 121. Tomografia computerizzata multistrato per la diagnostica della patologia coronarica. Revisione sistematica della letteratura. Bologna. (*)
- 122. Tecnologie per la sicurezza nell'uso del sangue. Sussidi per la gestione del rischio 5. Bologna. (*)
- 123. Epidemie di infezioni correlate all'assistenza sanitaria. Sorveglianza e controllo. Bologna.
- 124. Indicazioni per l'uso appropriato della FDG-PET in oncologia. Sintesi. Bologna. (*)
- 125. Il clima organizzativo nelle Aziende sanitarie - ICONAS. Cittadini, Comunità e Servizio sanitario regionale. Metodi e strumenti. Bologna. (*)
- 126. Neuropsichiatria infantile e Pediatria. Il progetto regionale per i primi anni di vita. Bologna. (*)
- 127. La qualità percepita in Emilia-Romagna. Strategie, metodi e strumenti per la valutazione dei servizi. Bologna. (*)
- 128. La guida DISCERNere. Valutare la qualità dell'informazione in ambito sanitario. Bologna. (*)
- 129. Qualità in genetica per una genetica di qualità. Atti del convegno Ferrara, 15 settembre 2005. Bologna. (*)
- 130. La root cause analysis per l'analisi del rischio nelle strutture sanitarie. Sussidi per la gestione del rischio 6. Bologna.
- 131. La nascita pre-termine in Emilia-Romagna. Rapporto 2004. Bologna. (*)
- 132. Atlante dell'appropriatezza organizzativa. I ricoveri ospedalieri in Emilia-Romagna. Bologna. (*)
- 133. Reprocessing degli endoscopi. Indicazioni operative. Bologna. (*)
- 134. Reprocessing degli endoscopi. Eliminazione dei prodotti di scarto. Bologna. (*)
- 135. Sistemi di identificazione automatica. Applicazioni sanitarie. Sussidi per la gestione del rischio 7. Bologna. (*)
- 136. Uso degli antimicrobici negli animali da produzione. Limiti delle ricette veterinarie per attività di farmacovigilanza. Bologna. (*)
- 137. Il profilo assistenziale del neonato sano. Bologna. (*)
- 138. Sana o salva? Adesione e non adesione ai programmi di screening femminili in Emilia-Romagna. Bologna. (*)
- 139. La cooperazione internazionale negli Enti locali e nelle Aziende sanitarie. Premio Alessandro Martignani - IV edizione. Catalogo. Bologna.
- 140. Sistema regionale dell'Emilia-Romagna per la sorveglianza dell'antibioticoresistenza. 2003-2005. Bologna. (*)

2007

- 141. Accreditamento e governo clinico. Esperienze a confronto. Atti del convegno Reggio Emilia, 15 febbraio 2006. Bologna.
- 142. Le segnalazioni dei cittadini agli URP delle Aziende sanitarie. Report regionale 2005. Bologna. (*)
- 143. Progetto LaSER. Lotta alla sepsi in Emilia-Romagna. Razionale, obiettivi, metodi e strumenti. Bologna. (*)
- 144. La ricerca nelle Aziende del Servizio sanitario dell'Emilia-Romagna. Risultati del primo censimento. Bologna. (*)
- 145. Disuguaglianze in cifre. Potenzialità delle banche dati sanitarie. Bologna. (*)

- 146.** Gestione del rischio in Emilia-Romagna 1999-2007. Sussidi per la gestione del rischio 8. Bologna. (*)
- 147.** Accesso per priorità in chirurgia ortopedica. Elaborazione e validazione di uno strumento. Bologna. (*)
- 148.** I Bilanci di missione 2005 delle Aziende USL dell'Emilia-Romagna. Bologna. (*)
- 149.** E-learning in sanità. Bologna. (*)
- 150.** Educazione continua in medicina in Emilia-Romagna. Rapporto 2002-2006. Bologna. (*)
- 151.** "Devo aspettare qui?" Studio etnografico delle traiettorie di accesso ai servizi sanitari a Bologna. Bologna. (*)
- 152.** L'abbandono nei Corsi di laurea in infermieristica in Emilia-Romagna: una non scelta? Bologna. (*)
- 153.** Faringotonsillite in età pediatrica. Linea guida regionale. Bologna. (*)
- 154.** Otite media acuta in età pediatrica. Linea guida regionale. Bologna. (*)
- 155.** La formazione e la comunicazione nell'assistenza allo stroke. Bologna. (*)
- 156.** Atlante della mortalità in Emilia-Romagna 1998-2004. Bologna. (*)
- 157.** FDG-PET in oncologia. Criteri per un uso appropriato. Bologna. (*)
- 158.** Mediare i conflitti in sanità. L'approccio dell'Emilia-Romagna. Sussidi per la gestione del rischio 9. Bologna. (*)
- 159.** L'audit per il controllo degli operatori del settore alimentare. Indicazioni per l'uso in Emilia-Romagna. Bologna. (*)
- 160.** Politiche e piani d'azione per la salute mentale dell'infanzia e dell'adolescenza. Bologna. (*)

2008

- 161.** Sorveglianza dell'antibioticoresistenza e uso di antibiotici sistemici in Emilia-Romagna. Rapporto 2006. Bologna. (*)
- 162.** Tomografia computerizzata multistrato per la diagnostica della patologia coronarica. Revisione sistematica della letteratura e indicazioni d'uso appropriato. Bologna. (*)
- 163.** Le Aziende USL dell'Emilia-Romagna. Una lettura di sintesi dei Bilanci di missione 2005 e 2006. Bologna. (*)
- 164.** La rappresentazione del capitale intellettuale nelle organizzazioni sanitarie. Bologna. (*)
- 165.** L'accreditamento istituzionale in Emilia-Romagna. Studio pilota sull'impatto del processo di accreditamento presso l'Azienda USL di Ferrara. Bologna. (*)
- 166.** Assistenza all'ictus. Modelli organizzativi regionali. Bologna. (*)
- 167.** La chirurgia robotica: il robot da Vinci. ORientamenti 1. Bologna. (*)
- 168.** Educazione continua in medicina in Emilia-Romagna. Rapporto 2007. Bologna. (*)
- 169.** Le opinioni dei professionisti della sanità sulla formazione continua. Bologna. (*)
- 170.** Per un Osservatorio nazionale sulla qualità dell'Educazione continua in medicina. Bologna. (*)
- 171.** Le segnalazioni dei cittadini agli URP delle Aziende sanitarie. Report regionale 2007. Bologna. (*)

2009

- 172.** La produzione di raccomandazioni cliniche con il metodo GRADE. L'esperienza sui farmaci oncologici. Bologna. (*)
- 173.** Sorveglianza dell'antibioticoresistenza e uso di antibiotici sistemici in Emilia-Romagna. Rapporto 2007. Bologna. (*)
- 174.** I tutor per la formazione nel Servizio sanitario regionale dell'Emilia-Romagna. Rapporto preliminare. Bologna. (*)
- 175.** Percorso nascita e qualità percepita. Analisi bibliografica. Bologna. (*)
- 176.** Utilizzo di farmaci antibatterici e antimicotici in ambito ospedaliero in Emilia-Romagna. Rapporto 2007. Bologna. (*)
- 177.** Ricerca e innovazione tecnologica in sanità. Opportunità e problemi delle forme di collaborazione tra Aziende sanitarie e imprenditoria biomedicale. Bologna. (*)
- 178.** Profili di assistenza degli ospiti delle strutture residenziali per anziani. La sperimentazione del Sistema RUG III in Emilia-Romagna. Bologna. (*)

- 179.** Profili di assistenza e costi del diabete in Emilia-Romagna. Analisi empirica attraverso dati amministrativi (2005 - 2007). Bologna. (*)
- 180.** La sperimentazione dell'audit civico in Emilia-Romagna: riflessioni e prospettive. Bologna. (*)
- 181.** Le segnalazioni dei cittadini agli URP delle Aziende sanitarie. Report regionale 2008. Bologna. (*)
- 182.** La ricerca come attività istituzionale del Servizio sanitario regionale. Principi generali e indirizzi operativi per le Aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna. Bologna. (*)
- 183.** I Comitati etici locali in Emilia-Romagna. Bologna. (*)
- 184.** Il Programma di ricerca Regione-Università. 2007-2009. Bologna. (*)
- 185.** Il Programma Ricerca e innovazione (PRI E-R) dell'Emilia-Romagna. Report delle attività 2005-2008. Bologna. (*)
- 186.** Le medicine non convenzionali e il Servizio sanitario dell'Emilia-Romagna. Un approccio sperimentale. Bologna. (*)
- 187.** Studi per l'integrazione delle medicine non convenzionali. 2006-2008. Bologna. (*)

2010

- 188.** Misure di prevenzione e controllo di infezioni e lesioni da pressione. Risultati di un progetto di miglioramento nelle strutture residenziali per anziani. Bologna. (*)
- 189.** "Cure pulite sono cure più sicure" - Rapporto finale della campagna nazionale OMS. Bologna. (*)
- 190.** Infezioni delle vie urinarie nell'adulto. Linea guida regionale. Bologna. (*)
- 191.** I contratti di servizio tra Enti locali e ASP in Emilia-Romagna. Linee guida per il governo dei rapporti di committenza. Bologna. (*)
- 192.** La *governance* delle politiche per la salute e il benessere sociale in Emilia-Romagna. Opportunità per lo sviluppo e il miglioramento. Bologna. (*)
- 193.** Il *mobbing* tra istanze individuali e di gruppo. Analisi di un'organizzazione aziendale attraverso la tecnica del *focus group*. Bologna. (*)
- 194.** Linee di indirizzo per trattare il dolore in area medica. Bologna. (*)
- 195.** Indagine sul dolore negli ospedali e negli *hospice* dell'Emilia-Romagna. Bologna. (*)
- 196.** Evoluzione delle Unità di terapia intensiva coronarica in Emilia-Romagna. Analisi empirica dopo implementazione della rete cardiologica per l'infarto miocardico acuto. Bologna. (*)
- 197.** TB FLAG BAG. La borsa degli strumenti per l'assistenza di base ai pazienti con tubercolosi. Percorso formativo per MMG e PLS. Bologna.
- 198.** La ricerca sociale e socio-sanitaria a livello locale in Emilia-Romagna. Primo censimento. Bologna. (*)
- 199.** Innovative radiation treatment in cancer: IGRT/IMRT. Health Technology Assessment. ORientamenti 2. Bologna. (*)
- 200.** Tredici anni di SIRS - Servizio informativo per i rappresentanti per la sicurezza. Bologna. (*)
- 201.** Sorveglianza dell'antibioticoresistenza e uso di antibiotici sistemici in Emilia-Romagna. Rapporto 2008. Bologna. (*)
- 202.** Master in Politiche e gestione nella sanità, Europa - America latina. Tracce del percorso didattico in Emilia-Romagna, 2009-2010. Bologna. (*)

2011

- 203.** Buone pratiche infermieristiche per il controllo delle infezioni nelle Unità di terapia intensiva. Bologna.
- 204.** Le segnalazioni dei cittadini agli URP delle Aziende sanitarie. Report regionale 2009. Bologna. (*)
- 205.** L'informazione nella diagnostica pre-natale. Il punto di vista delle utenti e degli operatori. Bologna. (*)
- 206.** Contributi per la programmazione e la rendicontazione distrettuale. Bologna. (*)
- 207.** Criteria for appropriate use of FDG-PET in breast cancer. ORientamenti 3. Bologna. (*)

- 208.** Il ruolo dei professionisti nell'acquisizione delle tecnologie: il caso della protesi d'anca. Bologna. (*)
- 209.** Criteria for appropriate use of FDG-PET in esophageal cancer. ORientamenti 4. Bologna. (*)
- 210.** Sorveglianza dell'antibioticoresistenza e uso di antibiotici sistemici in Emilia-Romagna. Rapporto 2009. Bologna. (*)
- 211.** Criteria for appropriate use of FDG-PET in colorectal cancer. ORientamenti 5. Bologna. (*)
- 212.** Mortalità e morbosità materna in Emilia-Romagna. Rapporto 2001-2007. Bologna. (*)
- 213.** Atlante della mortalità in Emilia-Romagna 2003-2007. Bologna.
- 214.** Atlante della mortalità in Emilia-Romagna 2008-2009. Bologna.
- 215.** "Fidatevi dei pazienti". La qualità percepita nei Centri di salute mentale e nei Servizi per le dipendenze patologiche. Bologna. (*)
- 216.** Piano programma 2011-2013. Agenzia sanitaria e sociale regionale. Bologna. (*)
- 217.** La salute della popolazione immigrata in Emilia-Romagna. Contributo per un rapporto regionale. Bologna.

2012

- 218.** La valutazione multidimensionale del paziente anziano. Applicazione di strumenti nei percorsi di continuità assistenziale. Bologna. (*)
- 219.** Criteria for appropriate use of FDG-PET in lung cancer. ORientamenti 6. Bologna. (*)
- 220.** Le segnalazioni dei cittadini agli URP delle Aziende sanitarie. Report regionale 2010. Bologna. (*)
- 221.** Criteria for appropriate use of FDG-PET in head and neck cancer. ORientamenti 7. Bologna. (*)
- 222.** Linee guida per la predisposizione di un Bilancio sociale di ambito distrettuale. Bologna.
- 223.** Analisi e misurazione dei rischi nelle organizzazioni sanitarie. Bologna. (*)
- 224.** Il percorso assistenziale integrato nei pazienti con grave cerebrolesione acquisita. Fase acuta e post-acuta. Analisi comparativa dei modelli organizzativi regionali. Bologna. (*)
- 225.** Sorveglianza dell'antibioticoresistenza e uso di antibiotici sistemici in Emilia-Romagna. Rapporto 2010. Bologna. (*)
- 226.** La ricerca e le politiche sociali e socio-sanitarie in Emilia-Romagna. Applicazione e approcci per la valutazione. Bologna.
- 227.** Criteria for appropriate use of FDG-PET in malignant lymphoma. ORientamenti 8. Bologna. (*)
- 228.** Linee guida per la stesura e l'utilizzo della Carta dei servizi delle ASP. Bologna.
- 229.** Indagine sul dolore negli ospedali, negli hospice e in assistenza domiciliare in Emilia-Romagna. Bologna. (*)
- 230.** Le segnalazioni dei cittadini agli URP delle Aziende sanitarie. Report regionale 2011. Bologna. (*)
- 231.** *Incident reporting* in Emilia-Romagna: stato dell'arte e sviluppi futuri. Bologna. (*)

2013

- 232.** La nascita pretermine in Emilia-Romagna. Anni 2004-2009. Bologna. (*)
- 233.** La qualità del servizio sociale territoriale in Emilia-Romagna. Bologna.
- 234.** Sorveglianza dell'antibioticoresistenza e uso di antibiotici sistemici in Emilia-Romagna. Rapporto 2011. Bologna. (*)
- 235.** La ricerca sociale e sociosanitaria: gli attori pubblici coinvolti. Indagine online in Emilia-Romagna. Bologna. (*)
- 236.** Valutazione multidimensionale dei percorsi di continuità assistenziale. Gestione sul territorio secondo il chronic care model. Bologna. (*)

2014

- 237.** Misurazione della qualità dei servizi alla persona. Risultati di un progetto regionale. Bologna. (*)
- 238.** Esiti riferiti dal paziente. Concetti, metodi, strumenti. Bologna. (*)
- 239.** Risorse umane in sanità: per una previsione dei fabbisogni in Emilia-Romagna. Bologna. (*)
- 240.** Programma regionale per i disturbi del comportamento alimentare. Contributi 2009-2012. Bologna. (*)
- 241.** Tante reti, tanti paradigmi. Network analysis in sanità. Bologna. (*)
- 242.** Progetto regionale SOS.net - Rete sale operatorie sicure. 2011-2012. Bologna. (*)
- 243.** Il Programma di ricerca Regione-Università dell'Emilia-Romagna. L'esperienza dal 2007 al 2013. Bologna. (*)
- 244.** Qualità percepita nei Centri per i disturbi cognitivi. Materiali e proposte. Bologna. (*)
- 245.** Chi ascolta, cambia! Segnalazioni dei cittadini e qualità percepita nelle Aziende sanitarie. Bologna. (*)
- 246.** I tutor per la formazione nelle Aziende sanitarie dell'Emilia Romagna - Area vasta Emilia Nord. Bologna. (*)

