

L'abbandono nei Corsi di laurea in infermieristica in Emilia-Romagna: una non scelta?

L'abbandono nei Corsi di laurea in infermieristica in Emilia-Romagna: una non scelta?

Redazione a cura di

Giovanna Artioli Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna
ora all'Azienda ospedaliero-universitaria di Parma

Guido Giarelli Università degli studi di Bologna
e Università Magna Graecia di Catanzaro

Hanno collaborato al lavoro di ricerca

William Cantarelli Azienda ospedaliero-universitaria di Parma

Danilo Cenerelli Croce Rossa Italiana, Bologna

Annamaria Ferraresi Azienda ospedaliero-universitaria di Ferrara

Stefania Florindi Università degli studi di Bologna

**La collana Dossier è curata dal Sistema comunicazione, documentazione, formazione
dell'Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna**

responsabile Marco Biocca

redazione e impaginazione Federica Sarti

Stampa Regione Emilia-Romagna, Bologna, luglio 2007

Copia del volume può essere richiesta a

Federica Sarti - Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna - Sistema CDF

viale Aldo Moro 21 - 40127 Bologna

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

oppure può essere scaricata dal sito Internet

http://asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr/collana_dossier/doss152.htm

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
Introduzione	9
1. La formazione infermieristica in Italia e il fenomeno dell'abbandono degli studi	13
1.1. La nascita della formazione infermieristica e le scuole convitto	13
1.2. Le rilevanti riforme degli anni '70	15
1.3. L'ingresso della formazione infermieristica in Università	18
1.4. Il fenomeno dell'abbandono universitario	20
2. <i>Background</i>: il fenomeno degli abbandoni in una prospettiva internazionale	25
2.1. Motivazioni alla scelta del <i>nursing</i> : tra solidarietà e auto-realizzazione	25
2.2. La percezione degli studenti: tra stereotipi, immagine ideale e realtà	27
2.3. L'abbandono: un fenomeno multifattoriale	30
2.4. Raccomandazioni per favorire il successo accademico	34
3. Il disegno della ricerca	37
3.1. Premessa	37
3.2. Ipotesi e finalità dello studio	38
3.3. Metodologia della ricerca	40
3.4. Elaborazioni statistiche	42

4. Profilo socio-anagrafico degli studenti	43
4.1. Premessa	43
4.2. Composizione del campione per sedi universitarie	44
4.3. Studenti in infermieristica: non più solo donne e in prevalenza ventenni	45
4.4. Profilo sociale degli iscritti al corso di laurea in infermieristica	47
5. Atteggiamenti iniziali: la scelta di entrare	51
5.1. Motivazioni della scelta del corso: tra relazione di aiuto a chi soffre e certezza di lavoro	51
5.2. La percezione della professione infermieristica: tra gratificazione e responsabilità	58
5.3. Le informazioni ricevute: il canale preferenziale degli altri studenti	64
6. Atteggiamenti finali: la scelta di uscire	67
6.1. Problemi relativi alla parte teorica del corso	67
6.2. Problemi relativi al tirocinio	69
6.3. L'esperienza del corso: valutazione complessiva	73
6.4. Aspettative ed esperienze della professione infermieristica a confronto	76
6.5. Motivazioni della scelta di <i>drop out</i>	85
Conclusioni	93
Bibliografia	97
Allegati	103
Allegato 1. Focus group con studenti <i>drop out</i> , fuori corso e del I anno	105
Allegato 2. Il fenomeno degli abbandoni dei corsi per infermiere: motivazioni, problemi e prospettive. I questionario	107
Allegato 3. Il fenomeno degli abbandoni dei corsi per infermiere: motivazioni, problemi e prospettive. II questionario	113

Sommario

Il dossier presenta una ricerca effettuata nei Corsi di laurea in infermieristica della regione Emilia-Romagna per analizzare il fenomeno dell'abbandono degli studi. L'ipotesi di fondo dello studio è costituita dal considerare l'abbandono un fenomeno multifattoriale, risultante dall'intreccio di tre fattori: soggettivi (motivazione alla scelta e percezione della professione da parte degli studenti), strutturali (modalità di organizzazione dei corsi, carichi di lavoro per gli studenti, impatto con i tirocini) e ambientali (problemi legati alla residenza e alla frequenza del corso). Obiettivo dell'indagine è individuare quali tra questi fattori ha maggiore rilievo nel determinare l'abbandono allo studio negli studenti infermieri.

A tale scopo si è scelto di utilizzare una metodologia di indagine quali-quantitativa, costituita da una prima fase di tipo esplorativo, in cui attraverso *focus group* a studenti (misti tra frequentanti e *drop out*) si sono indagate le aree di interesse che avrebbero poi costituito il questionario per la seconda fase - quantitativa - dello studio. Il questionario, elaborato in due versioni, è stato somministrato a tutti gli studenti frequentanti il I anno dei Corsi di laurea in infermieristica delle quattro università della Regione, all'ingresso degli studenti al corso e successivamente dopo aver effettuato la prima esperienza di tirocinio.

I principali risultati dello studio evidenziano che tutti i fattori presi in considerazione incidono sul fenomeno abbandono, anche se con pesi e misure differenti.

I fattori strutturali, infatti, sembrano essere quelli che assumono un peso preponderante, concentrando l'attenzione soprattutto su difficoltà di apprendimento teorico e su problemi legati ai tirocini. Tra le difficoltà di apprendimento teorico spiccano la concentrazione di molte discipline in poco tempo (34%), la mancanza di tempo per studiare (26,7%) e la mancanza di una precedente preparazione (21,7%). Tra le difficoltà nello svolgimento del tirocinio si evidenzia la difficoltà a conciliare studio e tirocinio (52,3%), ma anche il forte impatto emotivo con la realtà assistenziale e le relazioni non sempre facili con gli infermieri del reparto e con i *tutor*.

Per quanto concerne i fattori soggettivi, questi riguardano soprattutto la modificazione dell'atteggiamento per la disillusione nei confronti della professione, dovuta principalmente all'impatto con il tirocinio. Nel confronto tra l'idea di professione prima e dopo il tirocinio si può notare che si ha una diminuzione di immagini positive, quali la gratificazione per il rapporto interpersonale con il malato (-5,5%) e aiutare chi soffre (-8,4%); al contrario, si ha una crescita di caratteristiche negative, come lo stress psico-fisico (+4,2%).

Anche i fattori ambientali hanno un ruolo nella decisione di abbandonare e tra questi spiccano i problemi economici per il mantenimento agli studi.

È significativo che il 23,2% degli studenti intervistati al I anno abbia pensato di interrompere gli studi, per motivazioni che vanno dal troppo impegno (32,2%), alle problematiche relazionali (20,2%), a motivi economici (11,3%) e alla disillusione (10,6%).

In conclusione si può affermare che i fattori strutturali sono alla base della selettività interna (cioè l'impatto con l'Università), anche se questa non opera da sola, ma in modo sinergico con la selettività esterna, costituita dai fattori del contesto sociale ed economico che ruotano attorno allo studente.

L'abbandono ai corsi di laurea in infermieristica viene così definito "una non scelta" perché dovuta al peso insostenibile di fattori strutturali interni al corso e a fattori esterni ambientali, più che una reale scelta dovuta a elementi soggettivi propri degli studenti.

Abstract

Dropout in University Courses in nursing in Emilia-Romagna: a non-choice?

The volume presents a research led in the Courses in nursing of the four Universities in Emilia-Romagna to study the dropout phenomenon. The root hypothesis is to consider dropouts as a multi-factorial phenomenon due to the interlacement of three factors: subjective ones (students' motivations to in this professional choice and their perception of the job), structural ones (courses organization, workloads for students, impact with training) and environmental (problems due to residence and attendance of courses). The goal of the research is to identify which of these factors is more causative of dropouts.

The method adopted was a quali-quantitative one, with an exploratory phase followed by a quantitative one. At the beginning, during focus groups students (both still attending courses and dropouts) are asked about their interests; these themes were then included in the questionnaire for the second phase of the survey. The questionnaire was prepared in two different versions: one was given to students at the beginning of the course, the other was given after the first training experience.

The main results indicate that the three factors all affect the dropout phenomenon, even if in different ways. Structural factors seem to be the most relevant, in particular referring to difficulties in theoretic learning and problems in training. Among the learning difficulties, the most quoted are concentration of many different disciplines in a little time (34%), lack of time for studying (26.7%) and lack of a background education (21.7%). Among the problems in training, the difficulty to manage studying and training (52.3%), but also the strong emotional impact with assistance practice and the not always easy relations with ward nurses and tutors.

As far as subjective factors, they mainly refer to a change in students' attitude due to disillusion for the profession, often caused by impact with the training period. Comparing students' ideas of the job before and after training, positive images decrease – such as gratification for the relationship with the patient (-5.5%) or for helping suffering people (-8.4%); on the other side, negative images increase, such as psycho-physical stress (+4.2%).

Also environmental factors influence the decision to leave courses, in particular they refer to economical problems.

It is interesting that 23.2% of the students interviewed in their first year of study thought to dropout, because of too hard work (32.2%), relational problems (20.2%), economical difficulties (11.3%) and disillusion (10.6%).

To conclude, it can be said that structural factors (impact with University) play a great role in internal selectivity, which however is connected with external selectivity, represented by social and economical aspects.

The dropout from University nursing courses is therefore called "a non-choice" as it is mainly caused by internal structural factors and external environmental ones, rather than a real choice of the student due to some subjective elements.

Introduzione

Il fenomeno dell'abbandono agli studi riguarda il percorso scolastico e universitario nel suo complesso e colloca l'Italia in una posizione non certo preminente rispetto ad altri paesi dell'Unione europea: infatti secondo fonti OCSE, il tasso di successo accademico per l'Italia nell'anno 2000 sarebbe solo del 42%, a fronte di una media UE del 65%, attestando così il tasso di abbandono al 58%.

La formazione infermieristica, sia negli anni delle scuole convitto che in quelli più recenti della formazione professionalizzante nelle scuole regionali, storicamente ha sempre registrato una elevata percentuale di perdita di studenti, che da stime approssimative si attestava sul 40-50%.

L'ingresso della formazione infermieristica in Università ha determinato, a seguito dei cambiamenti intervenuti, anche una radicale contrazione del numero di iscrizioni ai corsi, tanto da contribuire con altri fattori esterni alla formazione ad ingenerare il cosiddetto fenomeno della carenza infermieristica in tutto il Paese, con punte di rilievo soprattutto al Nord.

Diversi sono dunque gli interrogativi che derivano dalla considerazione del fenomeno degli abbandoni dello studio in ambito infermieristico. In primo luogo esiste una dimensione sociale ed etica del problema che induce a ricercare quali fattori di origine ambientale, di contesto, di immagine sociale della professione o di definizione valoriale della stessa possano influire sul fenomeno in oggetto. In fondo, ci si può chiedere: il contesto sociale e culturale italiano favorisce l'iscrizione dei giovani e il loro successo accademico nei percorsi di studio infermieristici? E l'abbandono della frequenza ai corsi rappresenta effettivamente una libera scelta da parte dello studente o è conseguenza di una multifattorialità di elementi, a volte non ancora ben identificati?

In secondo luogo si apre la prospettiva didattico-pedagogica del problema che stimola a indagare dall'interno il fenomeno, per identificare eventuali correlazioni tra abbandono e qualità della formazione, tra difficoltà da parte dello studente e struttura del *curriculum* formativo. La domanda che si pone è: quanto incidono la qualità della formazione e la presenza di un'adeguata programmazione didattica sul fenomeno dell'abbandono?

In terzo luogo si intende approfondire il fenomeno dell'abbandono universitario, ma nello specifico del percorso di studi infermieristico, caratterizzato in modo particolare dalla presenza del tirocinio clinico al letto del paziente all'interno del *curriculum* di apprendimento. La dimensione del tirocinio è sempre stata considerata dagli studenti risorsa e limite: risorsa in quanto permette di sperimentarsi da subito in quella che sarà la futura professione, consolidando così la scelta di proseguire o di lasciare; limite in quanto il tirocinio si svela in tutta la sua complessità e criticità, con elevate richieste a livello emotivo e cognitivo per lo studente. Ci si chiede quindi: quale ruolo gioca la dimensione

relazionale (con il paziente e la sua famiglia e con i professionisti della salute), la percezione dello studente nell'impatto con il tirocinio, nel determinare eventualmente l'abbandono degli studi?

Se l'alta percentuale di *drop out* nei percorsi di formazione infermieristici rappresenta un problema, tuttavia c'è poca ricerca soprattutto in Italia sulle ragioni per le quali gli studenti abbandonano gli studi. Sebbene nella letteratura internazionale esistano diversi studi già dagli anni '80, non è appropriato utilizzare quei risultati per spiegare il fenomeno attuale, in quanto sono intervenuti fattori di evoluzione così radicali da rendere improponibile un confronto tra le due realtà. Infatti, uno dei principali fattori di cambiamento è rappresentato proprio dalla transizione delle scuole di *nursing* in Università.

Il presente lavoro, attraverso l'effettuazione di una ricerca descrittiva longitudinale di tipo quali-quantitativo sugli studenti infermieri che frequentano il primo anno di corso di laurea in Emilia-Romagna, si pone l'obiettivo di individuare i fattori di ordine personale, strutturale e ambientale che possono determinare abbandono agli studi, al fine di formulare suggerimenti che consentano di affrontare meglio i fattori causali identificati e ridurre l'incidenza del fenomeno.

La prima parte del Dossier - i primi tre capitoli - prende in considerazione l'evoluzione storica della formazione infermieristica in Italia definendo tre tappe fondamentali di cambiamento: la nascita delle prime scuole come convitto, la transizione verso le scuole professionali regionali a norma con i programmi europei degli anni '70, e infine il passaggio dalle scuole per infermieri all'Università avvenuto negli anni '90.

Si è poi provveduto a stimare quantitativamente il fenomeno dell'abbandono, prima con dati a livello internazionale, poi nazionale, e nello specifico del percorso formativo infermieristico.

La revisione bibliografica presentata nel secondo Capitolo ha permesso di effettuare un'accurata indagine di sfondo sul fenomeno abbandoni, delineando i fattori che in studi recenti sono stati identificati quali cause maggiori di perdita di studenti o di disagio di questi alla frequenza del percorso universitario infermieristico. Insieme alle cause di abbandono, sono state analizzate anche le motivazioni alla scelta del *nursing* da parte degli studenti, la loro percezione della professione e le raccomandazioni che la letteratura propone per affrontare adeguatamente il fenomeno.

Nel terzo Capitolo viene descritto il disegno di ricerca: lo studio descrittivo longitudinale scelto prevede l'utilizzo di uno strumento di indagine qualitativo - il *focus group* - per costruire i due questionari di rilevazione; si procede quindi alla somministrazione del primo questionario autocompilato all'inizio dell'anno accademico e del secondo alla fine dello stesso anno. Lo studio si caratterizza così di tipo quali-quantitativo.

La seconda parte del lavoro presenta i dati più rilevanti e i risultati più significativi ricavati dall'indagine. Il quarto Capitolo illustra il profilo socio-anagrafico degli studenti intervistati, descrivendo le variabili di genere, età, titolo di studio, area di provenienza degli studenti ed eventuali esperienze lavorative.

Il capitolo successivo evidenzia gli atteggiamenti iniziali degli studenti e la loro scelta di entrare nel percorso di formazione infermieristica: vengono descritte le principali motivazioni alla scelta, l'influenza di familiari e amici nella decisione di intraprendere questa professione, il grado preferenziale di scelta del corso. Viene inoltre indagata la percezione della professione infermieristica da parte degli studenti, cercando di mettere a fuoco qual è l'opinione corrente maggiormente diffusa e quali sono ritenuti gli aspetti positivi e negativi della professione. Conclude il capitolo una sezione sulla modalità di raccolta delle informazioni utili per la decisione di iscriversi. Il commento ai dati riportati è sempre integrato da sezioni significative di informazioni ricavate dalle interviste effettuate nei *focus group*, per permettere l'approfondimento di alcuni risultati particolarmente rilevanti.

Il sesto e ultimo Capitolo indaga gli atteggiamenti finali e la possibile scelta di uscire. Vengono così evidenziati i problemi legati alla parte teorica del corso e le difficoltà inerenti ai tirocini, riportando una valutazione complessiva dell'esperienza del corso. Si entra poi nel vivo delle motivazioni della scelta di *drop out*, anche queste descritte con modalità sia quantitativa che qualitativa.

Le conclusioni riportano la discussione dei risultati più significativi e le proposte per limitare il fenomeno degli abbandoni.

1. La formazione infermieristica in Italia e il fenomeno dell'abbandono degli studi

1.1. La nascita della formazione infermieristica e le scuole convitto

Nell'analisi storico-filosofica del pensiero della disciplina infermieristica, numerosi autori affermano una tesi di fondo: il sistema formativo, seppur in modo un poco artigianale, è uno dei primi elementi costitutivi dell'evoluzione del *corpus* professionale e del suo sapere specifico (Artioli, 2003).

Per la professione infermieristica il sapere, di natura sostanzialmente pratica e ancorato ad abilità sociali di tipo spontaneo, è stato per lungo tempo tramandato oralmente attraverso canali volontaristici per lo più religiosi. In questa fase pre-formativa, l'assistenza infermieristica richiede scarsissimo addestramento, in quanto finalizzata prevalentemente alla custodia, alla sorveglianza degli ammalati e alla pulizia degli ambienti di degenza. Ben presto però si impone la necessità di prevedere per gli infermieri il possesso di requisiti minimi sui quali costruire i rudimenti di una originaria competenza professionale (Lamboglia, 1999).

Il sapere infermieristico, in realtà, trova ragione e giustificazione nei secoli che precedono quello che si è appena concluso: infatti, l'evoluzione del ruolo femminile nella società, le trasformazioni sanitarie (sviluppo dell'ospedale e riforma igienistica) e scientifiche (affermazione delle scienze bio-mediche), la nascita della Croce Rossa, insieme alla diffusione del pensiero di Florence Nightingale rappresentano solo alcuni dei motivi che datano la nascita di un sistema organico di formazione per infermiere tra Ottocento e Novecento (Manzoni, 2000).

Nel 1860 la Nightingale aprì presso il St Thomas Hospital a Londra la prima scuola britannica di formazione alla professione infermieristica. L'operazione era fondata su un'idea rivoluzionaria: il *nursing* veniva concepito per la prima volta come un'occupazione a pieno titolo, fondata su una base di conoscenze che potevano essere insegnate e apprese a scuola, e non più come un'attività derivante da motivazioni di carattere etico e religioso e fondata sull'istinto e sulle qualità innate delle donne (Tousijn, 2000).

In Italia è Anna Celli che nel primo decennio del '900 pubblica analisi dettagliate sulla condizione infermieristica, dichiarando che le mansioni delle infermiere negli ospedali erano svolte principalmente da personale impreparato e mal pagato. Nel pensiero della Celli, infermiera e femminista della borghesia del primo Novecento, si ritrovano alcuni principi analoghi di riformatrici dell'assistenza di altri paesi. Essa non si limitò tuttavia ad evidenziare limiti e carenze, ma si distinse anche per la sua azione propositiva in quanto

riteneva indispensabile che si attivassero corsi preparatori per le infermiere della durata di almeno sei mesi e che tra i requisiti di ammissione figurassero almeno la licenza elementare e il certificato di buona condotta (Artioli, 2000).

Nonostante Anna Celli avesse ben chiara la situazione assistenziale dell'epoca, i suoi interventi non ottennero i risultati desiderati; fu necessario attendere ancora prima che fossero istituite le prime scuole per infermiere, che sorsero su iniziativa e ad opera di infermiere anglosassoni.

Poche erano le scuole esistenti all'inizio del XX secolo in Italia, fondate dalle allieve della Nightingale secondo il modello già sperimentato con successo in Inghilterra, a seguito della riforma dell'assistenza infermieristica: ad esempio la scuola Croce azzurra di Napoli diretta da Miss Grace Baxter e la scuola convitto Principessa Iolanda di Milano, gestita poi dalla Croce Rossa Italiana.

Con il Regio Decreto n. 1832 del 1925 si giunse all'istituzione delle scuole convitto professionali per infermiere. Esso costituiva la prima norma che fissasse criteri unici istitutivi e gestionali di queste scuole validi su tutto il territorio nazionale e rappresentava il tentativo di porre rimedio alla estrema frammentazione e disomogeneità della formazione infermieristica del tempo (Dimonte, 1993).

L'obiettivo principale dell'istituzione delle scuole convitto non era tanto quello di sostituire tutto il personale di assistenza diretta con personale femminile diplomato, ma piuttosto quello di formare i quadri dirigenti dell'assistenza infermieristica, con donne colte, ben preparate e fidate.

La formazione di durata biennale richiedeva per l'ammissione il titolo di scuola media di primo grado, livello di scolarità certamente molto elevato se rapportato al momento storico e alla condizione delle donne italiane. Purtroppo però tale livello non era reso obbligatorio: in mancanza di candidate che ne fossero in possesso, si accettavano anche allieve con la sola licenza elementare.

Alla domanda di iscrizione alla scuola andava allegata una dichiarazione, firmata da due persone rispettabili e conosciute nell'ambito scolastico, che attestasse l'indiscussa moralità dell'aspirante infermiera. L'effettiva ammissione alla scuola si conseguiva dopo un periodo di prova di due mesi, trascorso il quale la direttrice riferiva al consiglio di amministrazione l'esito che, se non favorevole, determinava il licenziamento dell'allieva senza obbligo di motivazione.

Anche in Italia, pertanto, il modello della scuola convitto prevedeva una professione infermieristica esclusivamente femminile, aperta a donne di ceto sociale medio elevato, con una formazione centrata sul tirocinio da svolgersi in un grande ospedale. La necessaria formazione morale prevista dal modello richiedeva l'obbligo del convitto.

Tuttavia, lo scarso numero di scuole, la selezione rigorosa che in esse veniva effettuata, l'elevata scolarità richiesta per l'accesso al corso di formazione e l'impegno nello studio e nei tirocini rappresentavano fattori che rendevano il numero delle infermiere diplomate esiguo o comunque non adeguato al fabbisogno della società.

1.2. Le rilevanti riforme degli anni '70

L'evoluzione della medicina, lo sviluppo tecnologico, il passaggio dalla concezione di accudimento e sorveglianza del malato all'idea di cura, trattamento e guarigione, l'espansione del sistema ospedaliero, rappresentano elementi di innovazione negli anni tra il 1920 e il 1960-1970, tali per cui si modificano radicalmente il bisogno sanitario e le possibilità di risposta da parte degli operatori.

Tra le prime conseguenze di tali cambiamenti sulla professione infermieristica si riscontrano segnali di inadeguatezza del sistema formativo costituito dalle scuole convitto e una carenza strutturale di personale, fattori che rappresentano la principale ragione della soluzione normativa contenuta nella legge 124/1974 che consente l'estensione al personale maschile dell'esercizio della professione di infermiere, riconverte le scuole convitto in scuole per infermieri professionali, abolisce l'obbligo dell'internato (Lamboglia, 1999). L'apertura formale alla componente maschile, ancorché storicamente minoritaria, fino a quel momento esclusa dalla professione, si pone come una svolta di rilievo sociale e professionale.

Negli anni '70 si assiste inoltre a un lento ma progressivo ridimensionamento della componente religiosa. Sulla scorta dell'elevata richiesta di personale, l'originaria matrice vocazionale della professione infermieristica lascia progressivamente il posto a motivazioni che si caratterizzano maggiormente come scelta professionale in senso più laico. La professione infermieristica diviene oggetto di interesse, anche sul piano occupazionale, da parte di molti giovani.

Tra gli anni '60 e '70 vengono attivate le prime due scuole per dirigenti e docenti dell'assistenza infermieristica (all'Università La Sapienza e all'Università Cattolica di Roma), che consentono il costituirsi di un gruppo di operatori particolarmente sensibili e capaci di analizzare criticamente la situazione, oltre che interessati ad osservare quanto avveniva negli altri Paesi (Carli, 2004). Il ruolo di suddette scuole (alle quali, più tardi se ne aggiunsero altre) si può tradurre nel merito di avere significativamente contribuito ad sviluppare la crescita professionale degli infermieri e a favorire la diffusione di modelli concettuali provenienti soprattutto dalla realtà anglosassone.

La figura del dirigente e del docente rivestono una importanza fondamentale, in quanto essi devono essere i promotori e i responsabili del salto di qualità che la professione infermieristica è chiamata a compiere per far fronte alla crescente richiesta da parte della comunità (Artioli, 2000).

Nel 1967 viene siglato l'Accordo di Strasburgo che riorganizza tutto l'*iter* di formazione professionale per l'infermiere, uniformando i contenuti della preparazione del personale infermieristico nei paesi della CEE e con la possibilità del libero accesso dei professionisti a questi ultimi. L'Accordo europeo sull'istruzione delle infermiere viene ratificato in Italia nel 1973 e, benché con 6 anni di ritardo, introduce novità sostanziali nella formazione modificando sostanzialmente le scuole per infermieri. Infatti, il corso da biennale diviene triennale, si richiedono 10 anni di scolarità per l'accesso alla scuola, si prevede un monte ore decisamente superiore a quello precedente (4.600 ore minime) e un programma teorico-pratico molto più articolato che in passato.

Si ridefiniscono così contenuti e struttura organizzativa di una formazione che ormai appariva obsoleta e inadeguata rispetto alle nuove esigenze del mondo sanitario e dei servizi. Il programma di studio, attenuando in parte il tributo culturale e scientifico da pagare alla medicina, introduceva l'insegnamento di discipline umanistiche con alta valenza formativa per la professione.

L'effetto di innalzamento del livello di formazione è indubitabile, ma non mancano gli effetti ambigui e negativi. Tra questi si possono menzionare la forte caratterizzazione in senso biomedico dei programmi formativi, con la conseguente accentuazione della subordinazione nei confronti della professione medica e l'inquadramento della formazione infermieristica nell'ambito dell'istruzione artigiana e professionale (1972) e il conseguente trasferimento alle neo-istituite regioni, che provocò una moltiplicazione delle Scuole per Infermieri all'insegna della disomogeneità tra una regione e l'altra (Tousijn, 2000). Ben il 50% delle scuole attive fino alla metà degli anni '90 è stato istituito dopo il 1971 (Marzi, 1993). In questa situazione, la formazione degli infermieri era suddivisa in due momenti strategici:

- la teoria, basata prevalentemente sulle conoscenze mediche considerate indispensabili per formare dei professionisti che fossero validi collaboratori del medico;
- il tirocinio, quantitativamente molto consistente, orientato ad acquisire capacità manuali, a comprendere le regole del sistema organizzativo e ad adattarsi al contesto.

In molti casi non erano presenti dei *tutori* o simili. Lo studente "faceva con" o "faceva invece de" l'infermiere diplomato. Tale impostazione assicurava l'immediata spendibilità del titolo di studio e un inserimento lavorativo veloce (Carli, 2004).

Nel 1976 viene promulgata la legge 339, che abbassa ulteriormente il limite di età minimo di accesso alle scuole, fissandolo a 16 anni. Questo fatto rappresenta un ulteriore elemento negativo per lo sviluppo della formazione e della professione infermieristica. Se, infatti, da un lato permette un maggiore afflusso di studenti alle scuole, dall'altro rende sempre più difficile ottenere come requisito di accesso il diploma di scuola superiore di secondo grado. In questo modo si determina un impoverimento culturale della professione associato a un mancato riconoscimento della complessità e della rilevanza dell'atto assistenziale, continuamente a contatto con le dimensioni della vita, della sofferenza e della morte.

Con il passaggio delle competenze formative alle regioni, di recente istituzione dopo il 1970, in Emilia-Romagna si assiste alla definizione di un nuovo modello formativo infermieristico, tradotto nella *Guida 24* e frutto del lavoro di una commissione di esperti istituita dal Consiglio regionale nel 1976: si tratta di un piano curricolare avanzato rispetto a quello previsto dalla normativa nazionale dell'epoca (DPR 867/1975), in quanto centrato sul concetto di *nursing* e sulla riorganizzazione attorno ad esso di tutti i diversi insegnamenti accorpatisi in quattro aree: scienze umane, scienze biologiche, scienze mediche, discipline igienico-preventive. Il *nursing* diviene il filone portante e centrale del percorso formativo, la trama culturale attorno alla quale si articola ogni altro discorso

tecnico e scientifico. L'idea centrale di superare la frammentarietà del precedente modello formativo (e di quello nazionale) ridefinendo le singole discipline sulla base del *nursing* e finalizzandone i contenuti al profilo professionale infermieristico, trova un secondo momento di ridefinizione a livello regionale nella costituzione, a partire dagli anni '80, di una commissione di esperti che vede una qualificata presenza infermieristica e produce un programma sperimentale attivato in tre scuole della regione.

Sulla base dei risultati di tale sperimentazione, una nuova commissione, a prevalente componente infermieristica, elabora un innovativo curriculum sulla base del profilo europeo dell'infermiere (il profilo professionale in Italia viene normato solo l'anno successivo all'avvio della sperimentazione) che viene utilizzato, a partire dal 1993, in tutte le scuole della regione.

La struttura e l'impostazione del programma elaborato non possono che risentire della decisa impronta infermieristica che gli autori hanno voluto esprimere. Con la sperimentazione si vuole garantire un maggiore orientamento del programma formativo alle esigenze ed ai modelli professionali dell'infermiere del futuro, esigenze e modelli che rappresentano il punto di riferimento anche per la trattazione degli insegnamenti non infermieristici.

La sperimentazione, tuttavia, durerà solo un triennio, poiché dal 1996 la formazione infermieristica entrerà in università.

Nonostante i tentativi di miglioramento del percorso formativo, attuati anche attraverso le già citate sperimentazioni, la frequenza alla scuola per infermieri in questi anni risulta comunque non priva di problematiche di apprendimento da parte degli studenti. La mancanza di regolamentazione di accesso, la giovane età dei corsisti, la modesta preparazione culturale (gli allievi provengono in gran parte da istituti professionali e di frequente rappresentano i *drop out* delle scuole medie superiori) determinano un alto livello di abbandono ai corsi. In Tabella 1, a titolo esemplificativo, si riportano i dati di un triennio, negli anni '90, rilevati alla Scuola infermieri di Reggio Emilia. Come si può rilevare, la percentuale di abbandoni nel triennio 1991-1994 supera addirittura il 40%.

Tabella 1. Percentuale di abbandono degli studenti infermieri nella scuola di Reggio Emilia. Anni '90¹

Anno di iscrizione	Triennio	Studenti ammessi	Studenti diplomati	Studenti ritirati	% di abbandoni
1990	1990-1993	163	124	39	23,9
1991	1991-1994	160	95	65	40,6
1992	1992-1995	169	108	61	36,1

¹ Elaborazioni originali dai dati presenti nell'archivio della segreteria didattica della Scuola infermieri professionali di Reggio Emilia.

1.3. L'ingresso della formazione infermieristica in Università

Il mondo accademico in Italia sta vivendo momenti di importanti trasformazioni, da una parte per l'allineamento del sistema universitario a quello degli altri Paesi europei e dall'altra per l'ingresso di numerose professioni a livello accademico, che per la prima volta rappresentano la maggioranza degli studenti in alcune Facoltà, come quella di Medicina. Le esigenze formative di questi professionisti hanno richiesto al mondo universitario alcuni cambiamenti che si sono riversati sul modo di produrre il sapere accademico (Matarese, 2002).

Nell'ultimo decennio l'Università italiana ha subito profonde modificazioni che l'hanno chiamata a fronteggiare importanti sfide culturali derivanti, in particolare, da nuove esigenze di qualificazione professionale e di approfondimento culturale di una pluralità di professionisti, tra i quali gli infermieri, la cui formazione, precedentemente, avveniva in contesti al di fuori del sistema universitario.

La legge 341 del 1990 relativa alla riforma degli ordinamenti didattici universitari, modificando il vecchio sistema accademico italiano, istituisce i Diplomi universitari; all'interno di una così radicale riforma il Ministero dell'Università e della ricerca scientifica e tecnologica (MURST), ritenendo che il corso di studi per la formazione dell'infermiere professionale abbia tutti i requisiti per essere incluso nei diplomi universitari, approva la tabella XXXIX *ter* relativa all'ordinamento didattico del diploma in scienze infermieristiche (Artioli, 2000). Si apre così un canale formativo universitario, che non è, al momento, sostitutivo di quello tradizionale, ma del quale sarà, per alcuni anni, parallelo.

La tabella XXXIX *ter*, emanata in allegato al Decreto MURST del 1992, inserisce la formazione infermieristica universitaria all'interno delle Facoltà di medicina e chirurgia e, nonostante il recepimento della normativa europea sulla formazione infermieristica, il percorso degli studi e la gestione dei corsi subisce radicali modifiche rispetto al modello delle scuole per infermieri professionali.

Innovativo e positivo, per gli infermieri, è l'innalzamento dei requisiti di accesso alla formazione, che garantisce una più elevata preparazione di base e maggiori strumenti personali per affrontare il rapporto con il malato nei tirocini, ma a rischio si presenta la costruzione dell'identità professionale del futuro diplomato, per la scarsa finalizzazione dei contenuti accademici e per la riduzione delle docenze infermieristiche e dei tirocini.

Le tappe successive di cambiamento sono rappresentate dal Decreto legislativo 502/1992 che sancisce l'unificazione dei due percorsi formativi, universitario e sanitario, in un unico profilo, delineato in specifico nel 1996 dalla tabella XVIII *ter* recante gli ordinamenti universitari dei corsi di diploma universitario dell'area sanitaria. A tal fine, le Regioni e le Università attivano appositi protocolli d'intesa per l'espletamento dei corsi a partire dal 1996, anno in cui sono soppressi tutti i corsi dei precedenti ordinamenti (universitari e professionali). Viene così superato il problema del doppio canale formativo, individuando nell'Università l'unica strada percorribile, in futuro, per la professione infermieristica.

Nei primi anni accademici successivi al decreto del 1996 si assiste a una drastica riduzione del numero degli iscritti ai corsi di diploma, connessa certamente al radicale cambiamento del percorso formativo, all'innalzamento dell'età di ammissione ai corsi (dai 16 ai 19 anni) e alla modifica del titolo di studio di accesso (biennio di scuola media superiore prima, ora diploma di maturità). Alla carenza di iscrizioni, fenomeno che si manifesta soprattutto nel nord del Paese, si associa la programmazione dei posti disponibili, che sancisce la definizione di un numero chiuso di accesso ai corsi, situazione che si verifica in modo particolare al sud, dove a fronte di numeri esigui di accesso, si riscontra un *surplus* di domande.

Il fenomeno della riduzione degli accessi alla formazione si associa a quello della carenza di personale infermieristico, ancora una volta particolarmente rilevante al nord d'Italia, determinato da una carenza a livello di immissione di diplomati nel mondo del lavoro, ma anche da un elevato *turn over* e abbandono della professione da parte dei professionisti.

L'obbligo alla frequenza dei corsi, l'impegno del carico teorico associato allo stress emotivo e fisico derivanti dal tirocinio rappresentano solo alcuni dei fattori che rendono difficoltosa la prosecuzione degli studi agli studenti infermieri universitari.

Ma intervengono altri elementi di cambiamento.

La legge 15 maggio 1997 n. 127 rappresenta la normativa con la quale i principi del sistema universitario definiti in ambito europeo vengono recepiti anche in Italia e si pone come legge orientata al miglioramento della qualità dell'istruzione universitaria mediante l'adozione del principio fondamentale dell'autonomia didattica degli Atenei (DM 509/1999).

Gli obiettivi che la riforma universitaria italiana intende perseguire sono rappresentati, tra gli altri, dal dare vita a un sistema articolato su più cicli che consenta l'utilizzazione dei segmenti formativi percorsi con esito positivo, dall'aumentare l'efficienza didattica e ridurre il fenomeno dell'abbandono e dall'armonizzazione dei corsi di studi nel contesto europeo.

È però soltanto attraverso il Decreto 2 aprile 2001 "Determinazione delle classi delle lauree universitarie delle professioni sanitarie" che il progetto culturale e professionale disegnato da anni e sostenuto e rinforzato dalle componenti più rappresentative della professione ha così preso forma e si dirige verso la piena realizzazione. È indubbio che il nuovo ordinamento, con l'istituzione delle lauree triennali e specialistiche in scienze infermieristiche, si inserisce in un contesto normativo e culturale che vuole valorizzare la professione infermieristica, in uno scenario dove la vera sfida è quella di fornire servizi appropriati, efficaci, di qualità.

La professione infermieristica viene sempre più chiamata a rendere un servizio di qualità quale contributo alla salute dell'uomo, e questo richiede un percorso formativo che può avere in sede accademica tempi e spazi per una continua riflessione e una sistematica ricerca sui contenuti disciplinari e sull'orientamento deontologico della professione.

Anche il corso di laurea, come il diploma, ha finalità professionalizzanti perseguite attraverso l'insegnamento teorico, il tutorato, il tirocinio professionalizzante.

L'ordinamento rispetta le indicazioni dell'Unione europea e il titolo rilasciato consente l'esercizio dell'attività nei paesi aderenti alla stessa. La formazione di base in Europa è sostanzialmente simile anche se le istituzioni formative sono diverse (Carli, 2004).

A seguito della riforma universitaria, i piani di studio degli attuali corsi di laurea includono molti ambiti disciplinari il cui contributo formativo è l'acquisizione di un sapere pratico (applicazione) fatto di competenze e conoscenze che costituiscono il patrimonio specifico dei diversi profili professionali.

L'attivazione di corsi di laurea professionalizzanti rappresenta un'occasione particolarmente fertile per l'Università che può arricchirsi di nuove esperienze non solo nell'ambito della formazione e ricerca, ma anche nel campo dell'applicazione e dell'integrazione, intesa quest'ultima non solo come superamento del sapere tra discipline, ma anche come capacità d'uso dei loro contenuti, ossia capacità di coniugare operativamente teoria e pratica (Matarese *et al.*, 2002).

La trasformazione che sta vivendo la formazione infermieristica stimola a un ripensamento dei *curricula*, per definire in essi cosa è caratterizzante e cosa è irrinunciabile: stimola, in altre parole, alla definizione del *core* della formazione, al fine di formare un professionista con competenze corrispondenti al profilo specifico.

Certo, il percorso formativo accademico non è privo di rischi, tra cui quello di pensare che il Corso di laurea in infermieristica e la Laurea specialistica siano motivo per un rafforzamento o un ripresentarsi dello scollamento del sapere dalla prassi, rischio già presente nei precedenti modelli di formazione e per il quale da sempre si sono attivate strategie orientate al superamento.

Le tappe di cambiamento nella formazione infermieristica fin qui descritte non sono avvenute solo ed esclusivamente per rispondere alle istanze espresse dalla professione infermieristica, ma anche perché i bisogni sanitari, la domanda espressa dai cittadini, la cultura dell'organizzazione sanitaria sono progressivamente cambiate. La professione infermieristica sta cambiando rapidamente e sembra richiedere un elevato tasso di capacità progettuali, di capacità di scelta e di decisione piuttosto che di applicazione di regole e procedure derivanti da modelli e sistemi di sapere già consolidati ed utilizzati acriticamente e rigidamente. In altre parole, oggi sono richieste non solo abilità, ma competenze, cioè complesse capacità di applicare modelli, metodi e strumenti nell'agire professionale (Sarchielli, 1997).

1.4. Il fenomeno dell'abbandono universitario

L'evoluzione del sistema universitario italiano negli ultimi quattro decenni evidenzia che anche l'Italia, come in genere gli altri paesi sviluppati, ha registrato una forte espansione quantitativa della domanda, nonostante il consistente calo demografico delle classi d'età dell'ultimo quindicennio, compensato da un parallelo, vistoso incremento degli immatricolati oltre diciannovenni.

A questa espansione non è stata data risposta adeguata, in quanto fino agli anni '90 i progetti di riforma strutturale del sistema terziario sono rimasti incompiuti.

Ciò ha prodotto il progressivo aggravamento delle situazioni di cronicità del sistema universitario:

- la percentuale dei laureati sugli immatricolati passa dal 62% del 1970 al 45% del 2000;
- il tasso degli abbandoni giunge a metà degli anni '80 al picco del 70% degli iscritti, per assestarsi negli ultimi anni attorno al 60%;
- il numero dei fuori corso sugli iscritti passa dal 17% del 1970 al 41% del 2000, quasi un iscritto su due.

La durata effettiva degli studi si allunga progressivamente, con un ritardo medio, rispetto alla durata legale dei corsi, di oltre tre anni (TREELLE, 2003).

Lo stato di transizione in cui si trova attualmente il sistema universitario italiano rende particolarmente difficile esprimere valutazioni puntuali sui risultati dei processi formativi. I due indicatori maggiormente utilizzati a tal fine sono rappresentati dal successo e dall'insuccesso del percorso formativo, ossia i laureati e gli abbandoni. Nell'anno accademico 2002/2003, ad esempio, i dati fanno riferimento a due popolazioni diverse, ma anche a due processi formativi radicalmente differenti: l'andamento dei laureati, infatti, fa riferimento al vecchio ordinamento degli studi e il suo miglioramento è in larga parte indipendente dalle conseguenze della riforma. L'andamento degli abbandoni, invece, si concentra prevalentemente nei primi anni della vita universitaria ed è influenzato in modo consistente dalla riforma dell'ordinamento (MIUR, 2004).

I principali indicatori che riguardano il proseguimento negli studi degli iscritti alle Università italiane e i tempi di conseguimento del titolo di laurea evidenziano come anche il sistema italiano stia, seppur lentamente, avviandosi verso un progressivo allineamento rispetto ai principali Paesi europei. Emerge, infatti, come il nostro sistema rafforzi progressivamente la partecipazione agli studi universitari e mostri segnali importanti di miglioramento anche dal punto di vista del numero dei laureati e della rapidità con cui essi giungono al conseguimento del titolo. Questi due indicatori erano, fino ad oggi, due tra i punti più critici del sistema universitario italiano: molti sono gli iscritti all'Università e, in proporzione, pochi completano gli studi previsti (*Tabella 2*).

Tabella 2. Indicatori di proseguimento negli studi degli iscritti alle università italiane, per anno accademico (valori %)

a.a.	Iscritti regolari su totale degli iscritti in %					Mancate re-iscrizioni al II anno su immatricolati anno precedente in %			
	1998/ 1999	1999/ 2000	2000/ 2001	2001/ 2002	2002/ 2003	1998/ 1999	1999/ 2000	2000/ 2001	2001/ 2002
Totale	56,0	55,9	55,4	57,2	57,9	20,9	19,2	18,3	20,6

NB Dati MIUR, 2004.

La percentuale di iscritti regolari sul totale degli iscritti aumenta a livello nazionale, mentre non è diminuito il fenomeno degli abbandoni al I anno che, dopo una lieve flessione negli anni 1999/2000, si attesta sul 20,6% nell'anno 2001/2002. Questo dato dimostra che l'interruzione degli studi è più frequente all'inizio della carriera accademica; infatti, 1 studente su 5 dopo il primo anno non rinnova l'iscrizione, con una percentuale più alta tra i ragazzi che tra le ragazze, le quali si confermano più regolari nel percorso universitario (MIUR, 2005).

La durata effettiva degli studi universitari è spesso superiore a quella prevista dagli ordinamenti didattici: il 43,5% degli studenti risulta infatti non regolare, cioè iscritto da un numero di anni superiore alla durata legale del corso di studio frequentato. I fuori corso risultano essere una quota inferiore a quella degli studenti non regolari: il 36,8% nell'anno accademico 2003/2004. Entrambi gli indicatori segnalano comunque un fenomeno complessivamente in diminuzione rispetto a 4-5 anni fa. Nell'anno precedente alla riforma, in particolare, l'incidenza dei fuori corso aveva fatto registrare il valore massimo degli ultimi 10 anni (42,4%) per poi attestarsi su valori più bassi (MIUR, 2005).

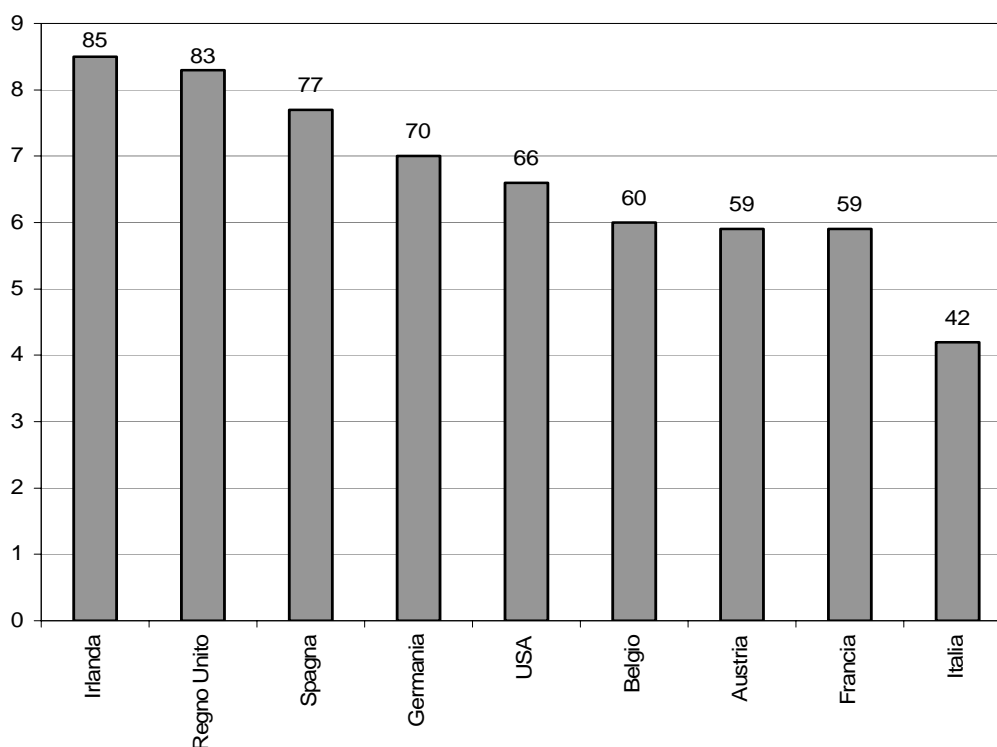
Ai dati delle mancate re-iscrizioni, all'anno successivo, degli studenti non regolari e dei fuori corso, si associa anche il dato degli studenti inattivi. I corsi del nuovo ordinamento prevedono che ogni iscritto acquisisca 60 crediti l'anno, un obiettivo che non sembra facilmente raggiungibile dagli studenti; questi infatti riescono ad ottenere mediamente solo la metà dei crediti previsti in un anno. Nel 2003, più di 1 studente su 5 del vecchio ordinamento (23,4%) non ha sostenuto o superato alcun esame, in particolare l'area scientifica (tra cui la Facoltà di medicina e chirurgia) arriva al 31,6% di studenti inattivi.

L'abbandono degli studi universitari rappresenta, dunque, un fenomeno articolato e complesso che interessa, complessivamente qualcosa come il 58% degli studenti, dal momento che il successo appare solo del 42% su 100 iscritti al primo anno di corso, il più basso tra i paesi OCSE nell'anno 2000 (*Figura 1*).

Come si può notare, il dato italiano, che pure si è considerevolmente elevato rispetto agli anni precedenti, rimane collocato al minimo, decisamente al di sotto della media dei paesi dell'Unione europea, che si attesta sul 65% .

Un altro dato significativo sugli abbandoni nell'Università italiana è relativo alla liberalizzazione degli accessi, più presunta che reale se si osservano i tassi di successo in relazione alla scuola media superiore di provenienza per l'anno accademico 1998/1999 (anno campione su cui è stata effettuata l'indagine ISTAT): risulta infatti che gli studenti provenienti dai licei hanno un tasso di successo più che doppio (54,9%) rispetto a chi proviene dagli istituti professionali (22,7%) e significativamente superiore a quello di chi ha un diploma magistrale o tecnico (32,2% e 30,5% rispettivamente) (*Tabella 3*).

Figura 1. Tasso di successo* nel conseguimento del titolo universitario. Anno 2000



Legenda

* Giovani che conseguono il titolo per 100 immatricolati nell'anno accademico corrispondente di inizio corso.

Fonte: OCSE, 2002.

Tabella 3. Tasso di successo nel conseguimento della laurea per Diploma di scuola secondaria superiore. Anno accademico 1998/1999

Tipo di maturità	%
Licei	54,9
Istituti magistrali	32,2
Istituti tecnici	30,5
Istituti professionali	22,7
Altri titoli*	36,5
<i>Totale</i>	<i>40,8</i>

Legenda

* Titoli stranieri.

Fonte: MIUR, 2004.

Sono dunque i momenti di passaggio come quello dalla scuola media superiore all'Università a rappresentare snodi critici, dei momenti di cesura veri e propri nei quali le dinamiche di selezione/auto-selezione appaiono operare in modo particolarmente evidente, producendo spesso l'uscita dello studente dalla fase formativa.

Il fenomeno abbandoni, così presente nell'Università italiana, interessa naturalmente anche il diploma universitario per infermiere, prima, e il corso di laurea in infermieristica, poi. Non sono presenti molti dati a disposizione relativi al tasso di abbandono, poiché nelle stime del MIUR di frequente i corsi di laurea di area sanitaria sono aggregati tra loro, rendendo non disponibile il dato del singolo corso. Da stime effettuate dalla Federazione nazionale dei Collegi IPASVI e dalla Conferenza nazionale dei Corsi di laurea delle professioni sanitarie, si possono ricavare i seguenti dati (*Tabella 4*).

Tabella 4. Percentuale di abbandono nella formazione infermieristica universitaria in Italia nei trienni 1999-2002 e 2000-2003

a.a. di immatricolazione	n. studenti immatricolati*	a.a. di diploma/laurea	n. studenti diplomati/laureati**	% di abbandoni
1999/2000	5.701	2001/2002	1.849	67,6
2000/2001	7.919	2002/2003	6.254	21,1

Legenda

* I dati sono ricavati da Mastrillo, 2002.

** I dati sono ricavati da Federazione nazionale Collegi IPASVI. *Rapporti 2001/2002 e 2002/2003*.

Come si può notare in tabella, nel triennio 1999-2002 la percentuale di abbandoni è addirittura superiore al 60%. Questo dato è forse sovrastimato, poiché la rilevazione del numero dei laureati effettuata dalla Federazione nazionale dei Collegi IPASVI potrebbe non essere completa. È da notare, tuttavia, che proprio in questo triennio avviene il passaggio da diploma universitario a corso di laurea, fenomeno che potrebbe certamente aumentare la percentuale di abbandono accademico per i cambiamenti che si verificano all'interno dei percorsi formativi. Nel triennio 2000-2003 invece la percentuale di abbandoni si assesta sui valori medi nazionali.

Risulta quindi di un certo interesse verificare in che misura il fenomeno del tasso di successo accademico e, di conseguenza, del tasso di abbandono agli studi possa riguardare anche il percorso formativo infermieristico, che dal 2001 è a tutti gli effetti *curriculum* universitario.

2. ***Background*: il fenomeno degli abbandoni in una prospettiva internazionale**

2.1. **Motivazioni alla scelta del *nursing*: tra solidarietà e auto-realizzazione**

Dieci anni fa la maggior parte degli studenti infermieri diceva che sceglievano il *nursing* perché volevano farsi carico della gente e aiutare gli altri. Sono questi desideri ancora veri oggi? (Rhèame *et al.*, 2003).

Durante gli ultimi 40 anni diversi studi internazionali hanno fornito dati relativi a chi sceglie la formazione infermieristica e la professione infermieristica. Questi studi (Happel 1999; Hemsley-Brown, Foskett, 1999; Vanhanen *et al.*, 1999) rilevano che gli studenti scelgono la formazione infermieristica e la professione infermieristica perché desiderano il contatto umano e vogliono aiutare gli altri, combinando questo con un lavoro sicuro e la sensazione di fare qualcosa di utile. Diversi studi confermano che l'aiuto al prossimo e il desiderio di fare qualcosa di utile per gli altri sono le due motivazioni principali per la scelta (Costantino *et al.*, 2000; Rongstand, 2002). Rongstand (2002) afferma tuttavia che il 46% degli studenti la cui scelta è motivata dal desiderio di contatto umano e di aiutare gli altri desiderano poi lasciare la professione infermieristica e intraprendere altre professioni, quali ad esempio l'ostetricia e l'assistente sanitario. E conclude dichiarando che questo avviene perché la scelta di questi studenti non è in realtà motivata da desiderio di aiutare gli ammalati e le persone che soffrono. "Permette di aiutare chi soffre" è invece una motivazione di assoluto rilievo individuata tra gli studenti infermieri italiani (Castelli, Saiani, 1999).

Secondo Rongstand (2004) due sono i fattori che motivano essenzialmente gli studenti infermieri: il primo fattore può essere espresso come altruismo, inteso come dare aiuto o assistenza a un'altra persona per amore dell'aiutare (interesse verso l'altro); il secondo può essere interpretato come riconoscimento e può essere visto come gratitudine o positivo *feedback* dato da una persona che è stata aiutata (auto-interesse).

Le affermazioni: "io ho bisogno di riconoscimento dalle altre persone" e "io voglio portare aiuto e ricevere *feedback* per l'aiuto che fornisco" sono tipiche e correlate, come mostrano anche i risultati della sua ricerca. Tuttavia, egli dimostra la presenza di una significativa ambiguità all'interno delle motivazioni all'aiuto degli studenti di *nursing*. Da una parte gli studenti vogliono essere altruisti, dall'altra vogliono ricevere un positivo *feedback* dai pazienti quando portano aiuto. I risultati indicano che questo *feedback* positivo è essenziale per gli studenti in ordine al loro fornire un'assistenza altruistica.

Prendersi cura degli altri inteso come portare conforto e speranza, aiutare i malati a guarire, lavorare e aiutare le persone, interagendo con esse e mostrando interesse per

i loro bisogni, rappresenta un'alta motivazione della scelta del *nursing* come professione (Kersten *et al.*, 1991).

Gli studenti, inoltre, riconoscono che altruismo e auto-realizzazione personale sono importanti fattori di motivazione interiore per la scelta della propria occupazione (Maurer, 1994). Maurer conclude il suo studio affermando che la scelta dell'occupazione è influenzata sia da fattori interni che esterni nelle professioni di aiuto. Anche l'opportunità di guadagnarsi da vivere e di avanzare nella carriera nel ruolo infermieristico sono importanti fattori di motivazione esterni.

Secondo Larsen e altri autori i fattori motivanti la decisione di diventare infermiere includono passate esperienze piacevoli di malattia e/o di ospedalizzazione, passate esperienze di lavoro assistenziale e l'aver in famiglia o tra amici persone che svolgono la professione infermieristica; inoltre, le caratteristiche della professione che influenzano la scelta della professione infermieristica includono l'attenzione per gli altri, la sicurezza del lavoro e la varietà di situazioni che si possono incontrare durante il lavoro (Larsen *et al.*, 2003).

A livello alto nell'individuazione delle ragioni della scelta, si trovano anche motivazioni di tipo attitudinale, quali essere interessati e predisposti per la professione (Rongstand, 2002), avere sempre avuto il desiderio di fare l'infermiere (Rhèaume, 2003) o pensare di essere portato a fare l'infermiere (Castelli, Saiani, 1999).

Anche l'immagine sociale della professione gioca un ruolo importante nel favorire la scelta della stessa; infatti motivazioni quali: immagine positiva delle figure professionali di area sanitaria (Costantino *et al.*, 2000), essere rispettati poiché si svolge una professione di rilievo per la società, essere apprezzati e riconosciuti per il lavoro che si pratica (Rhèaume, 2003), si trovano ai livelli più alti tra le ragioni individuate per la scelta della professione infermieristica.

In uno studio tedesco si riporta che al contrario dei risultati previsti, gli studenti di *nursing* esprimono una varietà di motivi per la loro scelta occupazionale. Per gli studenti è importante il desiderio di fare un lavoro che abbia una utilità sociale, fattori come il salario, la condizione di soddisfazione nel lavoro, l'opportunità di evoluzione e crescita individuale (Veit, 1996). L'autore conclude che gli studenti infermieri potrebbero non essere considerati un gruppo omogeneo per quanto attiene la motivazione.

Infatti, William (2003) identifica altre motivazioni, quali l'interesse nella scienza, il gradimento di materie tecnico-scientifiche (Castelli, Saiani, 1999), il poter lavorare con tecnologia avanzata e complessa, rilevante soprattutto nei maschi (Rhèaume, 2003). Boughn (1994) individua le ragioni per la scelta negli uomini e trova un motivo comune nella percezione di potere relativo al controllo delle situazioni critiche.

Altre motivazioni individuate dagli studenti, anche se in minor percentuale di frequenza, sono rappresentate da: interesse per il lavoro sanitario, possibilità di successive opportunità di specializzazione (Castelli, Saiani, 1999), lavoro sicuro, possibilità di avanzamento di carriera, sicurezza finanziaria (Kersten *et al.*, 1991), prospettive future di occupazione (Costantino *et al.*, 2000), eventualità di lavorare vicino a casa e di usufruire dell'opportunità del lavoro *part time* (Rongstand, 2002).

Altro motivo predominante è rappresentato dal contesto di lavoro, inteso come orario flessibile, opportunità di lavoro in aree particolari, con tecnologie complesse e con varietà di persone come potenziali fruitori (Kelly *et al.*, 1996).

Kersten *et al.* (1991) riporta che gli studenti considerano i bisogni emozionali come ragioni per la loro scelta. I bisogni emozionali sono identificati come: autostima, auto-realizzazione, soddisfazione personale, interesse, entusiasmo verso la professione.

Inoltre, un piccolo gruppo di studenti considera anche l'influenza da parte della famiglia e l'esperienza di lavoro quali fattori importanti per la scelta, ma solo il 9% dei rispondenti considera la propria scelta una scelta che dura tutta la vita (*lifelong dream*) o la sola cosa che penserebbero di fare (Rongstand, 2002).

Per alcuni studenti, poi, il *nursing* è una scelta secondaria dopo aver tentato di entrare a medicina o in altri campi e non esservi riusciti (Land, 1994).

Si è trovato, in questi studi, una eterogeneità di fattori motivanti. Tale eterogeneità potrebbe essere considerata, secondo Rongstand, quando si fa il reclutamento degli studenti. In futuro, sarebbe importante per i formatori infermieri avere una strategia per reclutare studenti che siano motivati a diventare infermieri. Il fatto che gli studenti infermieri esprimono obiettivi generali e vaghi quali il cercare il contatto umano e aiutare gli altri può indicare che essi hanno insufficienti conoscenze della professione per identificare motivazioni e obiettivi più specifici. Molte occupazioni richiedono il contatto umano, che non è esclusivo del *nursing*. Tuttavia, molti gruppi professionali hanno in comune l'obiettivo generale del comportamento professionale che è l'utilità per la società.

Disseminare informazioni più dettagliate sui contenuti dei programmi di *nursing* può aiutare gli studenti ad auto-selezionare e a prendere una decisione informata sull'accedere a percorsi formativi infermieristici e intraprendere la professione di aiuto del *nursing*.

2.2. La percezione degli studenti: tra stereotipi, immagine ideale e realtà

Storicamente, il *nursing* si è confrontato con la condizione femminile e questa specificità è stata accettata dalla società (Foskett, Hemsely-Brown, 1998). Fino agli anni '80, il *nursing* era il primo sogno di carriera per studentesse di tutte le età.

Un recente rapporto della University for Industry suggeriva che, al confronto con altre professioni, quella infermieristica era caduta al nono posto rispetto al valore attrattivo attribuito alle professioni da ragazze di 16 anni. Per di più, il *nursing* era sceso al 5° posto per ragazze di 11 anni, le quali tendevano a scelte e ad obiettivi più tradizionali (UFI, 2002). Altri studi avevano scoperto che dopo la scuola primaria, molti giovani avevano respinto un certo numero di professioni, tra qui quella infermieristica, sulla base delle loro percezioni (Foskett, Hemsely-Brown, 1998). Ciò può essere sostenuto dall'importanza che le percezioni hanno nei giovani che devono scegliere la loro professione.

Gli studenti percepiscono l'infermiere con un ruolo di aiuto che richiede forze fisiche ed emozionali straordinarie, qualità di pazienza, buon umore e compassione, oltre alla normale educazione (Foskett, Hemsely-Brown, 1998; MacKay, Elliott, 2002; Spouse, 2000). La soddisfazione dell'aiutare le persone insieme ad un desiderio continuativo di assistere e all'attrattiva rivestita dallo svolgere attività orientate alla persona emerge dalla letteratura come un fattore importante che influenza coloro che scelgono la professione infermieristica (While, Blackman, 1998).

Diversi studi hanno scoperto che i nuovi studenti che entrano per svolgere la professione infermieristica usano esempi stereotipati e che raccolgono immagini che provengono dai mass-media per descrivere le loro aspettative sull'infermiere (Brodie *et al.*, 2004). Queste immagini derivanti dai mass-media e dagli stereotipi sono principalmente basati sull'assistenza agli adulti e riguardanti l'assistenza in situazioni di emergenza (Spouse, 2000). Rispetto a questo, Godfrey (2000) ha notato che le situazioni critiche mostrate dalla TV danno un'idea non corretta del *nursing* agli studenti e questo alimenta la percentuale di abbandono dalla formazione infermieristica.

Oltre un quarto degli studenti campione in uno studio di While e Blackman (1998) afferma di avere veramente una vaga idea relativamente a cosa può stare dietro agli stereotipi forniti dai mass media. Un po' preoccupante è che, in una ricerca di circa 300 studenti da parte dei Orchard Wells Ltd., oltre un quarto delle risposte afferma che i programmi delle televisioni del Regno Unito e degli Stati Uniti come *Casualty* e *ER. Medici in prima linea* sono una "rappresentazione molto accurata" del *nursing* (Godfrey, 2000).

La percezione della professione come un tradizionale lavoro femminile, è un'altra importante implicazione. La professione infermieristica è percepita come un lavoro basato sul buon senso, come un lavoro di donne, principalmente centrato su emozioni piuttosto che su aspetti scientifici, differentemente dagli aspetti curativi medici che sono percepiti come prettamente maschili (Howard, 2001). Presentandosi con siffatti stereotipi, il *nursing* è stato vissuto indubbiamente e tradizionalmente come un'occupazione femminile. Così queste percezioni giocano un ruolo fondamentale nella decisione di carriera (While, Blackman, 1998).

Per esempio, Foskett e Hemsley-Brown (1998) hanno fornito evidenze circa il fatto che il *nursing* è percepito dai giovani tra i 15 e i 17 anni come un lavoro femminile, associato al fatto che le caratteristiche del *nursing* sono frequentemente fatte coincidere con le caratteristiche della personalità femminile.

Inoltre, la ricerca ha evidenziato che gli studenti maschi di tutte le età hanno condiviso la percezione che la scelta di intraprendere la professione infermieristica può essere vista dagli altri come una deviazione dal loro ruolo sociale e dalla normalità, risultando addirittura ridicoli (Foskett, Hemsley-Brown, 1998).

Gli stereotipi dei media spesso ritraggono le infermiere come supporto obbediente dei medici, subordinate a questi, con scarse conoscenze accademiche e attività professionali autonome limitate (Howard, 2001). Ciò ha contribuito alla percezione che il ruolo infermieristico sia supportivo, passivo e subordinato al medico (Foskett, Hemsley-Brown, 1998). La scarsa visibilità attribuita alle abilità specifiche, alle conoscenze e alle

competenze di *decision making* e di autonomia delle infermiere spinge ad una conseguente percezione della professione infermieristica. Le infermiere sono ammirate per il loro lavoro ma non sono invidiate dai giovani (Hemsley-Brown, Foskett, 1999).

Il tributo e la naturale dominanza medica evidenziabile in molti Paesi sviluppati, fa sì che molti studi abbiano scoperto che si ritenga che le persone intelligenti studino per diventare medici; al contrario, persone non necessariamente intelligenti studiano per diventare infermieri.

Hemsley-Brown e Foskett (1999) hanno trovato che i giovani diciassetenni percepiscono che non è difficile entrare nella formazione infermieristica, visto i bassi livelli richiesti rispetto ad altre professioni.

Molti giovani percepiscono il *nursing* come un'occupazione che comporta importanti fatiche fisiche, che è servile, con compiti e mansioni limitate, con alti livelli di stress e che gode di poco rispetto e poca considerazione (Hemsley-Brown, Foskett, 1999; Mackay, Elliott, 2002).

Fattori quali la percezione inesatta della professione infermieristica, la discordanza tra la teoria infermieristica e la realtà pratica, la percezione della mancanza di un sostegno contribuiscono ad avvalorare percezioni negative sulla professione. Conformemente ad altri studi, alcuni studenti hanno iniziato il loro percorso formativo con idee sbagliate sulla professione, portando avanti immagini stereotipate dell'infermieristica quali quelle di una professione secondaria nella quale è richiesto solo il buonsenso e per la quale non servono grandi capacità intellettuali (Howard, 2001).

Per alcuni studenti le richieste per loro inaspettate dei requisiti di studio e di abilità cliniche avanzate sono state considerate come fonti di grande sforzo e sono da loro citate come motivi di difficoltà. Ciò trova conferma da Harvey e da McMurray (1997) che hanno individuato che l'81% delle interruzioni dal corso per infermiere dipendono da una discrepanza fra i contenuti del corso e l'idea che gli studenti hanno all'inizio della frequenza rispetto a ciò che secondo loro serve davvero imparare (Brodie *et al.*, 2004).

In più, gli studenti sono stati scoraggiati dalla percezione di una mancanza di rispetto verso la professione da parte dell'opinione pubblica, dei coordinatori, del personale medico e di altri membri del *team* multidisciplinare, fattori ben documentati anche da Callaghan nel 2003.

Alcuni studenti hanno commentato la discordanza fra la teoria infermieristica dell'attenzione al malato e la mancanza di supporto durante le disposizioni assistenziali e mediche. Effettivamente, Day ed altri (1995) hanno notato l'importanza del supporto che la Facoltà dovrebbe dare agli studenti per dimostrare e rinforzare i comportamenti professionali più importanti nella clinica (Larsen *et al.*, 2003).

Le difficoltà personali, i problemi familiari e il disinganno generale sono stati trovati anche in altre ricerche come fattori motivazionali importanti alla base dell'interruzione degli studi da parte degli studenti (White *et al.*, 1999).

Oltre agli aspetti personali, alle difficoltà finanziarie e alle richieste accademiche, molti studenti, in questo studio, hanno trovato la pratica clinica infermieristica come molto stressante. Similmente ai risultati di Lindop (1999), le loro motivazioni riferite alla

percezione dello sforzo che la professione richiede sono associate al duro lavoro fisico, al conflitto fra la teoria e la pratica, ad un atteggiamento a volte incurante verso i pazienti da parte del personale ed ad un senso di sottovalutazione.

Alcuni studenti hanno segnalato di aver incontrato difficoltà nel gestire la differenza tra teoria e pratica perché durante il loro tirocinio hanno incontrato infermieri esperti che non hanno preso seriamente in considerazione le loro idee. Gli studenti di oggi, infatti, sono stati educati ad aver fiducia in loro stessi e si aspettano di avere l'occasione di esprimere il loro parere e dare un contributo alla pratica professionale (Brodie *et al.*, 2004).

Altri studenti sono stati disillusi dalla mancanza cronica di risorse, sia in termini di scarsità di personale che di attrezzature e materiali. La combinazione tra le lunghe ore di attività, il pesante carico di lavoro determinato dai pazienti, la bassa paga, le responsabilità e le preoccupazioni circa la responsabilità legale ha fatto sì che la professione sia vissuta come estremamente stressante ed occasionalmente non attraente (O'Brien-Pallas, 2002).

Di rilievo, questo studio ha evidenziato una dimensione fino ad ora trascurata e meno discussa nella letteratura infermieristica inerente le percezioni degli studenti: molti studenti hanno identificato come fattori che hanno rinforzato le loro percezioni negative sulla professione e li hanno scoraggiati a proseguire disfunzioni all'interno dell'*équipe*, comportamenti non professionali, razzismo e un basso livello morale (Brodie *et al.*, 2004).

Inoltre, molti studi sulla scarsità di infermieri hanno indicato i conflitti tra medico e infermiere come fonte importante della bassa considerazione sulla professione (Rosenstein, 2002).

2.3. L'abbandono: un fenomeno multifattoriale

L'alta percentuale di *drop out* negli studenti di infermieristica rappresenta un grande problema. Tuttavia c'è poca ricerca disponibile sulle ragioni per le quali gli studenti abbandonano gli studi (Last, Fulbrook, 2003). Solo da qualche anno si discute e ricerca sull'abbandono nella formazione infermieristica e benché la prevenzione del ritiro degli studenti dai corsi infermieristici sia di primaria importanza per amministratori ed educatori, su scala mondiale il problema rimane irrisolto (Brown *et al.*, 1991). Il problema della discontinuità degli studenti ai corsi può essere considerato un problema di costo emotivo, oltre che sociale ed economico (McSherry, Marland, 1999).

Nel Regno Unito è stato documentato che il 27% degli studenti infermieri non si diplomano e in alcuni percorsi di studio il tasso di abbandoni si aggira attorno al 40% (Jennings, 2002).

Il tasso nazionale di abbandono nel 1996 era del 15% (Newton, 1996) e nel 2000 il Royal College of Nursing riconobbe che il 20% degli studenti che avevano intrapreso gli studi non riuscì a raggiungere il risultato del Diploma (Sanders, 2000).

I risultati di alcuni studi mostrano che il problema dell'abbandono si evidenzia in modo particolare durante i primi 18 mesi di frequenza del corso (White *et al.*, 1999; Worthington, 2000). Questo tuttavia potrebbe essere visto nel contesto di una

considerevole variabilità tra le diverse Università nella definizione delle strategie da adottare (McSherry, Marland, 1999)

Le percentuali di abbandono agli studi sono citate in diverse recenti pubblicazioni (Chaffer, 1999; UKCC, 1999), tuttavia solo generiche informazioni sono fornite riguardo alle ragioni per cui gli studenti lasciano.

Sebbene ci siano diversi studi più vecchi (Birch, 1978; Parkes, 1985; Singh, Smith, 1975) non è appropriato confrontare quei risultati con quelli contemporanei, da quando sono intervenuti fattori di cambiamento così importanti. Per esempio, uno dei principali fattori è rappresentato dalla transizione dalle scuole di *nursing* ospedaliera ai *curricula* universitari (Last, Fulbrook, 2003).

Vi sono, tuttavia, poche informazioni sul perché gli studenti infermieri lasciano il percorso di studi. Sono state riportate alcune motivazioni generali per l'abbandono degli studi da parte degli studenti: forte impegno accademico, difficoltà economiche, stress derivante dall'ambiente clinico (Jennings, 2002). Altri hanno suggerito che il curriculum era troppo pesantemente caricato in favore dell'apprendimento universitario, in opposizione all'apprendimento clinico (Fulbrook *et al.*, 2000). Questo può essere un elemento che ha effetto sull'esperienza degli studenti.

Per Ehrenfeld e altri (1997) al primo posto si trovano i problemi familiari, seguiti da disaffezione allo studio da parte dello studente, problemi di salute e bassa immagine dell'infermieristica.

Anche secondo Glossop (2002) le principali ragioni di abbandono riportate dagli studenti sono rappresentate in primo luogo da difficoltà familiari, poi da difficoltà accademiche, problemi economici e di salute e scelta sbagliata del corso.

Un numero più modesto di studenti evidenzia come motivi dell'abbandono la bassa frequenza al corso e ai tirocini, lo spostamento di residenza (spesso dovuta a cambiamenti legati al *partner*). Nessuno studente riferisce la difficoltà in clinica quale motivazione all'abbandono. Un certo numero di studenti affermano di aver avuto nessuna o poche informazioni. Questi studenti non sono abituati a chiedere aiuto quando sono in difficoltà e così decidono di interrompere il corso senza discutere del problema con il loro *tutor* personale (Glossop, 2002).

Le circostanze familiari, dunque, rappresentano il principale motivo di abbandono per diversi autori (White *et al.*, 1999). Questi risultati differiscono tuttavia in modo considerevole dall'enfasi posta da diverse recenti ricerche sugli abbandoni, enfasi che vuole indicare nella problematica di tipo accademico l'elemento centrale della maggior parte delle cause di discontinuità negli studi, attribuendo meno importanza all'aspetto di difficoltà familiare (Glossop, 2002).

Infatti, una parte della letteratura internazionale mostra che le ragioni prevalenti di abbandono riferite dagli studenti sono da cercare soprattutto nell'insuccesso accademico, poi nelle difficoltà familiari e personali e nell'aver scelto una professione sbagliata (Glossop, 2001).

Secondo White e altri (1999) le ragioni più frequenti di abbandono sono rappresentate da problemi personali e disillusione, intesa come lo scarto tra la idealità iniziale sulla professione e il confronto con la realtà, non conforme alle proprie aspettative. La disillusione risulta la causa maggiore tra gli studenti che hanno effettivamente lasciato il corso.

Un'elevata ragione di abbandono fra gli studenti con andamento discontinuo risultano essere la distanza e gli spostamenti legati a una residenza lontana dalla sede del corso; allo stesso modo anche problemi quali l'organizzazione del corso sono riportati dagli studenti come causa di abbandono. Molti studenti, inoltre, risultano infastiditi dagli atteggiamenti dello *staff* sia per le capacità didattiche che per i rapporti interpersonali. (White *et al.*, 1999).

Secondo Last e Fulbrook (2003) le principali cause di abbandono sono da ricercare nel divario tra teoria e pratica, nell'esperienza clinica, nelle relazioni interprofessionali e nello stress organizzativo.

In questo studio un largo numero di studenti (97%) afferma che c'è troppa enfasi sull'ambito accademico della loro formazione; il 91% dichiara di non aver ricevuto a sufficienza insegnamento per le abilità cliniche. Gli studenti sperimentano un difetto di sicurezza e di conoscenza nelle abilità pratiche, percependo che troppo tempo viene utilizzato per la componente teorica del curriculum. Nel primo anno, in modo particolare, gli studenti trovano difficoltà nel correlare la teoria con la pratica.

Inoltre, la maggior parte degli studenti (85%) dichiara di non avere acquisito le necessarie conoscenze ed abilità per far parte dell'equipe infermieristica entro la fine del tirocinio, a causa di un percepito squilibrio tra teoria e pratica.

Anche gli altri professionisti concordano con questa affermazione. I medici affermano che se anche questi studenti possiedono le conoscenze teoriche, tuttavia sono carenti di abilità pratiche. Le infermiere qualificate, che riconoscono che gli studenti trovano difficoltoso correlare la teoria con la pratica, confermano questa visione. Charnley (1999) che ha intrapreso uno studio di *grounded theory* per misurare lo stress occupazionale nelle infermiere neo-laureate, conferma questi risultati. Uno dei fattori favorevoli lo stress è rappresentato dal divario teoria e pratica, un contrasto tra le priorità del percorso educativo e ciò che si realizza nella pratica clinica.

Gli studenti pensano che ci sia bisogno, nel percorso degli studi, di maggiore guida e strutturazione, in modo particolare al primo anno, quando essi percepiscono maggiormente la necessità di direzione e supporto. Nel terzo anno, gli studenti sono maggiormente impegnati nel lavoro accademico, ma hanno iniziato ad assumersi la responsabilità del loro apprendimento e percepiscono di avere acquisito le necessarie abilità per questo.

Anche secondo altri autori (Timmins, Kaliszer, 2002), per gli studenti è presente molto lavoro accademico, che diventa piuttosto stressante. Gli studenti, infatti, lasciano il percorso di studio perché non sono in grado di sostenere il peso del lavoro accademico.

Evidenze empiriche suggeriscono con forza che il sovraccarico di lavoro accademico può portare al non apprendimento (Ferguson, Cerinus 1996). Gli studenti descrivono la presenza di una costante ansia di assegnazione di lavoro, che invade la loro vita e inibisce l'apprendimento, quando sono in reparto.

Nello studio viene evidenziato un problema di comunicazione tra l'Università e l'area clinica, con in ognuna mancanza di conoscenza di ciò che accade nell'altra. Il fatto, poi, che i *tutor* e lo *staff* clinico siano situati in differenti luoghi geografici porta a non avere una comunicazione libera e a problemi di relazione (Last, Fulbrook, 2003).

La maggioranza degli studenti (91%) dichiara che non tutte le infermiere qualificate sono buoni *mentor* - una opinione sostenuta anche da tutti i gruppi di professionisti intervistati nello studio. La *mentorship* è parte del ruolo delle infermiere qualificate e nella pratica si presume che tutte le infermiere diventino *mentor*. Tuttavia alcune infermiere possono non avere attitudine o desiderio di rivestire questo ruolo. Inoltre, molti *mentor*, che non hanno studiato fino al diploma o alla laurea, vivono sentimenti di inadeguatezza e spesso non comprendono il *curriculum* degli studenti o il livello richiesto dall'Università (Andrews, Chilton, 2000).

Gli studenti affermano che la condizione di tirocinio in soprannumero permette di osservare e di apprendere, anche se essi subito dopo affermano che spesso non si è in soprannumero. Tutti i partecipanti affermano che la condizione di soprannumero rappresenta una esperienza positiva: una condizione da sostenere.

Il tirocinio nelle *nursing home* non è visto dagli studenti come un ambiente che favorisca la buona qualità dell'apprendimento. L'88% crede che questo non determini in loro una esperienza significativa che vada incontro ai loro bisogni di apprendimento. Questo è in contraddizione con altri studi che ritengono le *nursing home* esperienze utili per l'apprendimento delle abilità relazionali e delle abilità pratiche di base. In questo studio, il fattore che ha determinato la scarsa valorizzazione delle *nursing home* è rappresentato dal fatto di svolgere un tirocinio un giorno alla settimana, con conseguente impoverimento dell'esperienza di apprendimento (Last, Fulbrook, 2003). Diversi studenti hanno utilizzato il loro tirocinio nelle *nursing home* principalmente come ausiliari, prima di iniziare il loro programma. Essi sostengono di aver acquisito le abilità di base del *nursing* e una comprensione dell'assistenza all'anziano, all'interno di questo *setting*.

Gli studenti, inoltre, affermano di non avere sufficienti *tutor* di supporto nel tirocinio. Con l'aumento del numero degli studenti diventa difficile garantire un *tutor* universitario per ogni studente. Alcuni degli intervistati non hanno chiaro il ruolo dei *tutor* universitari e il gruppo degli infermieri li indica come "noi e loro" riferendosi allo *staff* universitario. Alcuni educatori dichiarano che questi non si sentono credibili dal punto di vista clinico a causa del fatto che la pratica clinica è in continua evoluzione. Alcuni *tutor* didattici svolgono funzioni di coordinamento e questa attività è molto apprezzata dagli studenti. Un positivo coordinamento nel reparto permette agli studenti di avere una positiva esperienza di apprendimento.

Per quanto attiene alle relazioni interprofessionali gli studenti dichiarano che altri professionisti li supportano, e soprattutto le infermiere provvedono alla maggior parte del supporto. Tuttavia, l'81% percepisce che c'è una gerarchia tra medici e infermieri e molti commentano che i medici spesso ignorano completamente gli studenti infermieri. Per avere un'assistenza effettivamente inter-professionale, ogni componente del *team* dovrebbe essere valorizzato per le conoscenze e le competenze che ognuno ha da offrire - in una gerarchia appiattita (West, 1995). Questo studio suggerisce che non è questo il caso poiché i medici si considerano a un livello superiore degli infermieri (Last, Fulbrook, 2003).

Un significativo numero di studenti afferma che l'esperienza di bassa moralità nell'organizzazione del lavoro ha influenzato in modo molto negativo la loro visione del *nursing*. Vedere le infermiere costantemente sotto stress, con mai abbastanza tempo per perseguire gli alti standard dell'assistenza che esse vorrebbero perseguire, enfatizza il divario teoria-pratica.

Quando l'assistenza al paziente è frammentata e affrettata, ne può risultare un'esperienza negativa di apprendimento. I *mentor* non hanno possibilità di insegnare agli studenti, per la scarsità di tempo e per le richieste del servizio. La mancanza di supervisione può sfociare in mancanza di entusiasmo tra gli studenti e in deterioramento delle loro performance cliniche e conseguente disillusione nei riguardi dell'assistenza. Il *nursing* sta diventando sempre più rispondente a una professione che si sforza di mantenere alto la domanda di fornire servizi più rapidi, più accessibili e di alta qualità per incontrare le alte aspettative dei pazienti. Le infermiere devono anche garantire che la loro pratica sia *evidence based*, persegua criteri di governo clinico, che le loro competenze siano avanzate e mantenute e costantemente in evoluzione con il cambiamento della struttura organizzativa. Molte infermiere hanno anche un carico di lavoro aumentato in aree con personale insufficiente come è la carenza di infermiere a livello nazionale.

Gli studi citati, dunque, evidenziano che il problema dell'abbandono degli studi da parte degli studenti infermieri universitari è un fenomeno multifattoriale e non può essere ricondotto a un solo elemento causale.

2.4. Raccomandazioni per favorire il successo accademico

Diverse sono le proposte suggerite dai diversi autori degli studi analizzati per affrontare in modo adeguato il problema dell'abbandono da parte degli studenti infermieri.

Secondo White, Williams e Green (1999) i risultati dello studio dimostrano che si deve porre più attenzione allo studente che non alla struttura e all'organizzazione del corso. Una delle soluzioni intraprese per mantenere la frequenza degli studenti più grandi è stata quella di proporre un corso più lungo ma *part time* (White *et al.*, 1999).

McSherry e Marland (1999) sottolineano che un'altra variabile che deve essere considerata nella valutazione dell'abbandono è relativa alla individuazione di fondi il cui

utilizzo può giocare un ruolo importante nella sua riduzione della discontinuità degli studenti allo studio, per esempio accertandosi che gli allievi ricevano supporto clinico ed educativo adatto quando sono nella pratica clinica. Ciò introduce, inoltre, domande relative al ruolo degli insegnanti e dei *tutor/mentor* nel fornire il supporto in tirocinio (McSherry, Marland, 1999).

Inoltre, il sostegno agli studenti che stanno incontrando la difficoltà in fase teorica o in pratica può essere fornito con una varietà di possibilità, compresa una maggiore vicinanza (ricordiamo che le strutture impegnate nella formazione dell'infermiere sono state alloggiare storicamente all'interno degli ospedali; ora, invece, geograficamente, queste strutture formative sono spesso a una notevole distanza dalla sede universitaria).

Gli allievi e il personale si possono ritenere distaccati, isolati e non completamente integrati all'interno dell'Università. Chi si occupa di integrazione nella formazione infermieristica mantiene i contatti con l'allievo, identificando le preoccupazioni dello studente nel tentativo di fornire supporto di rete che favorisca l'integrazione dello stesso all'interno del mondo accademico (McSherry, Marland, 1999).

Sempre McSherry e Marland suggeriscono proposte a medio e a breve termine. Come proposta a medio termine identificano la costituzione di un gruppo di ricercatori indipendenti dalle strutture in cui hanno sede i corsi, che conducano studi a livello locale e nazionale sull'abbandono e sulle sue cause, utilizzando analisi retrospettive e longitudinali, per monitorare attentamente il fenomeno. I tassi di abbandono e le relative cause, poi, una volta definiti, devono essere resi pubblici attraverso interventi di divulgazione dei risultati degli studi.

Per quanto attiene le proposte a breve termine, sono così definite:

- interventi di *counselling* potrebbero fornire supporto agli studenti e identificare precocemente le ragioni della discontinuità nei percorsi formativi;
- un approccio sistematico simile al *nursing process* potrebbe essere utile per assicurare alle diverse strutture un monitoraggio della discontinuità e degli abbandoni degli studenti;
- identificare aree cliniche di buona pratica che possano servire per gli studenti in difficoltà come modelli di supporto al tirocinio (McSherry, Marland, 1999). Last e Fulbrook (2003) suggeriscono invece raccomandazioni che, a loro parere, potrebbero affrontare adeguatamente i problemi prima definiti;
- si dovrebbe creare una buona comunicazione tra studenti, Università e luoghi di tirocinio;
- le istituzioni deputate alla formazione e alla gestione dei servizi infermieristici dovrebbero avere cura di supportare la qualificazione dell'equipe infermieristica anche attraverso l'attivazione di corsi per *mentor*, con regolare riconoscimento di tale figura, così importante per la formazione dello studente;
- gli studenti dovrebbero avere un *tutor* personale, facilmente rintracciabile e accessibile, che possa dare risposta ai quesiti e ai problemi che si riscontrano durante il percorso formativo teorico;

- dovrebbe essere identificato un *tutor* in ogni area clinica per gli studenti, con funzioni di supporto, di risorsa e di avvocato per lo studente;
- gli studenti in tirocinio dovrebbero sempre essere collocati in soprannumero, in modo da poter offrire loro tutte le possibilità educative e di apprendimento che la clinica è in grado di offrire;
- i *tutor* dovrebbero mantenere il contatto con la clinica per essere credibili nella loro attività formativa, aggiornando continuamente le loro competenze;
- le infermiere di clinica dovrebbero acquisire una migliore comprensione della cultura universitaria, favorendo così il riavvicinamento della clinica alla teoria e viceversa;
- la direzione infermieristica dovrebbe organizzare percorsi formativi orientati all'acquisizione di competenze di *tutorship* per le infermiere neolaureate, affinché anche queste possano essere di aiuto agli studenti in clinica.

La maggior parte degli autori consultati sostiene tuttavia che i risultati dei loro studi sono utili soprattutto per misurare il fenomeno, monitorarlo e suggerire possibili interventi appropriati, anche attraverso l'uso di raccomandazioni, appunto, per cercare di limitarlo. Ma il problema dell'abbandono agli studi rimane: uno studente su cinque presenta discontinuità rispetto al suo percorso di studi, per problemi sicuramente complessi, multifattoriali, non sempre conosciuti e non chiari. I dati forniti possono contribuire alla pianificazione e alla valutazione degli interventi di ritenzione degli studenti al fine di ottenere benefici per la formazione e per l'organizzazione del lavoro.

Alcuni studi hanno poi cercato di individuare quali possono essere i fattori di ritenzione degli studenti alla frequenza dei corsi universitari.

Matteson-Kane e Clarren (2003) sottolineano che, all'interno della Facoltà di *nursing*, vengono fornite tutte le informazioni attinenti la parte teorica e la dimensione clinica affinché lo studente possa mantenere elevato il suo idealismo e la sua percezione nei confronti della scelta effettuata. Gli studenti vengono stimolati ad esprimere tutti i dubbi e a formulare tutte le domande che ritengono opportuno per ottenere le informazioni utili a proseguire con serenità gli studi intrapresi. Il messaggio che viene loro inviato dalla Facoltà è costituito dal fatto che essi si trovano all'interno di un percorso formativo di elevata qualità, che è positivo diventare infermieri, che l'infermieristica è una professione grandemente rispettata e si enfatizza che è "bello essere infermieri tutta la vita".

Jeffreys (2002), nel suo studio, riporta l'opinione degli studenti ed è di rilievo osservare quali siano le loro percezioni relativamente ai fattori di ritenzione allo studio. Gli studenti affermano che le variabili ambientali e l'integrazione sociale (gli amici del gruppo e la vicinanza dei *tutor*) favoriscono in modo evidente la ritenzione, insieme a programmi particolarmente ricchi e significativi, a un sistema tutoriale ben strutturato e alla presenza del *counselor* di Facoltà.

Il suggerimento fornito ai formatori è di identificare in breve tempo gli studenti a rischio al fine di implementare le strategie di sostegno e di supporto adeguate a perseguire il successo accademico degli studenti.

3. Il disegno della ricerca

3.1. Premessa

La professione infermieristica è, tra le professioni sanitarie, quella maggiormente esposta a una condizione di squilibrio alterno tra domanda ed offerta, per aree geografiche e nel tempo. Con qualche differenza tra il Nord e il Sud del Paese, il fenomeno della carenza infermieristica, della contrazione delle iscrizioni ai percorsi formativi specifici, la ridotta permanenza dei professionisti nel ruolo rappresentano fattori che determinano importanti ricadute sul mondo del lavoro soprattutto nell'ultimo decennio. Da più parti ci si interroga su quali siano gli elementi che rendono poco "appetibile" la professione infermieristica, con conseguente riduzione dell'investimento dei giovani ad intraprenderne il percorso formativo specifico. Ci si chiede, in sostanza, se ha influenza sulla scelta del giovane un'opinione negativa relativa alla professione infermieristica.

Gli importanti cambiamenti avvenuti dal punto di vista normativo nella formazione infermieristica, peraltro già descritti nel Capitolo 1, hanno probabilmente influito sulla contrazione delle iscrizioni ai corsi e sulla riduzione del numero di studenti che concludono positivamente il percorso formativo. Ci si chiede quanto e in che modo l'impegno di studio universitario, la organizzazione dei corsi, il contatto con l'esperienza di tirocinio possano incidere sulla decisione di non completare il percorso formativo.

O ancora, ci si interroga su quanto le caratteristiche degli studenti, anagrafiche, sociali e culturali possano avere influenza sulla prosecuzione o meno degli studi.

Risulta quindi di un certo interesse verificare in che misura il problema dell'insuccesso agli studi universitari possa riguardare anche la formazione infermieristica e quali fattori possano determinare o favorire tale fenomeno, oggetto del presente studio.

L'indagine effettuata è di tipo descrittivo, longitudinale, tipo panel (dal momento che i due gruppi di studenti intervistati coincidono sostanzialmente, a parte la "mortalità fisiologica" dovuta appunto al fenomeno degli abbandoni) a carattere quali-quantitativo; è infatti costituita da due fasi: una prima fase di tipo qualitativo in cui si utilizza il *focus group* e una seconda fase, di tipo quantitativo, che a sua volta si suddivide in due momenti, nel primo dei quali si somministra agli studenti il primo questionario e successivamente il secondo questionario, i cui dati verranno poi elaborati statisticamente.

3.2. Ipotesi e finalità dello studio

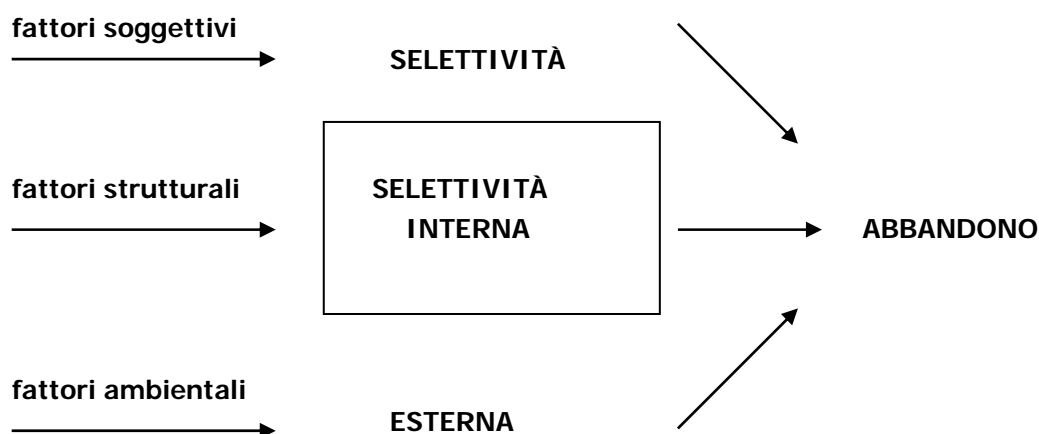
L'ipotesi di fondo che ha guidato il disegno del progetto di ricerca è costituita dalla considerazione dell'abbandono dei Corsi di laurea (CdL) in infermieristica come un fenomeno di tipo multidimensionale, che non è possibile comprendere adeguatamente se non considerandolo come risultante dall'intreccio di una serie di fattori casuali di natura e caratteristiche diverse.

In particolare, tre ordini di fattori diversi possono essere ritenuti all'origine del fenomeno dell'abbandono:

- fattori soggettivi: più specificatamente, le motivazioni relative alla scelta del corso e l'immagine percepita del ruolo professionale infermieristico prima dell'iscrizione al corso;
- fattori strutturali: relativi alle modalità organizzative dei corsi, ai carichi di studio, al rapporto tra teoria e pratica, all'impatto con l'esperienza di tirocinio;
- fattori ambientali: relativi per lo più a problemi connessi spesso con lo spostamento di residenza che la frequenza del corso implica, di natura economica, culturale, relazionale.

Dall'intreccio di questi tre diversi ordini di fattori è possibile ipotizzare che il fenomeno dell'abbandono sia il risultato di due diversi tipi di selettività, diversamente dosati a seconda dei soggetti e delle singole situazioni (*Figura 2*).

Figura 2. L'ipotesi di ricerca: l'abbandono come fenomeno multidimensionale



La selettività interna è il prodotto dell'impatto con l'Università, la quale richiede una capacità di autonomia e competenze che lo studente può non possedere, o produrre fenomeni di dissonanza cognitiva o rifiuto dovuti allo scontro con l'organizzazione degli studi o la realtà del tirocinio.

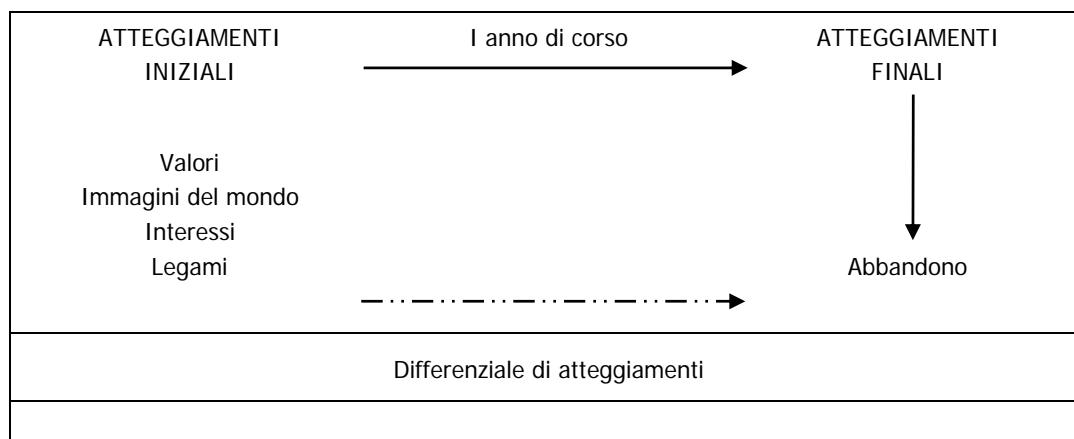
La selettività esterna è il prodotto dell'azione del contesto sociale esterno sia a livello cognitivo (motivazioni, immagine professionale, ecc.) che relazionale (soggetti sociali di riferimento) e materiale (condizioni economiche, abitative, ecc.).

Per indagare adeguatamente l'operare di tali fattori nell'ambito del percorso che porta lo studente alla decisione dell'abbandono del corso è necessario perciò adottare un approccio che consenta di cogliere il più possibile la dimensione di tipo diacronico di tale percorso e, in particolare, l'evolversi degli atteggiamenti che dalla iniziale motivazione all'iscrizione conducono alla eventuale decisione finale di abbandonare il corso.

Diviene dunque significativo poter comparare gli atteggiamenti iniziali dello studente appena agli inizi del corso con gli atteggiamenti finali dello stesso dopo il primo anno di percorso accademico per verificare se, e in che misura, i secondi risultino modificati rispetto ai primi presumibilmente quale conseguenza dell'azione dei due tipi di selettività indicata e dei relativi tre ordini di fattori che operano a monte.

L'abbandono può essere così considerato come un differenziale di atteggiamento significativo prodottosi tra il momento iniziale di iscrizione ed il termine delle lezioni del I anno di corso, considerato quale momento temporale cruciale per il verificarsi della maggior parte degli abbandoni, quando lo studente dovrebbe affrontare le "forche caudine" dei primi esami di profitto.

Figura 3. Il disegno di ricerca: l'abbandono come decisione soggettiva condizionata da un differenziale di atteggiamenti



Riuscire a cogliere l'eventuale prodursi di tale differenziale di atteggiamenti tra questi due momenti fondamentali costituisce quindi l'asse diacronico lungo il quale è stato costituito il disegno della presente ricerca (*Figura 3*), che considera l'abbandono come una scelta soggettiva condizionata dal prodursi di un differenziale significativo a quattro livelli di atteggiamento: ideale (valori), cognitivo (immagini del mondo), materiale (interessi) e relazionale (legami).

La finalità dello studio consiste nell'individuare quali dei fattori personali, strutturali e ambientali hanno maggiore rilievo nel determinare abbandono allo studio negli studenti infermieri del I anno di corso.

In particolare, alla luce dell'ipotesi e del disegno di ricerca indicati, si identificano i seguenti obiettivi specifici:

- comprendere gli atteggiamenti culturali iniziali degli studenti agli inizi del I anno di corso, in particolare in termini di motivazione all'iscrizione, di immagine della professione e di informazioni possedute, in relazione ai fattori ambientali in grado di influenzarli (età, sesso, area di residenza, diploma di provenienza, influenze familiari e amicali);
- cogliere l'eventuale prodursi di un differenziale di atteggiamenti tra questo momento iniziale e quello finale al termine delle lezioni e dei tirocini del I anno di corso, considerato quale specifico meccanismo cognitivo all'origine dell'eventuale scelta di abbandonare il percorso formativo;
- formulare una serie di suggerimenti e raccomandazioni che consentano di affrontare meglio gli eventuali fattori di natura soggettiva, strutturale e ambientale individuati all'origine della selettività sia interna che esterna che producono il fenomeno dell'abbandono al fine di ridurre l'incidenza nei prossimi anni.

3.3. Metodologia della ricerca

La prima fase dello studio è stata esplorativa; ha utilizzato un approccio qualitativo con *focus group* per andare in profondità sul tema oggetto dell'indagine e per ottenere elementi utili alla costruzione dei due questionari da somministrare successivamente agli studenti.

La seconda fase, sempre descrittiva, ha utilizzato un approccio quantitativo e si è svolta in due momenti diversi, attraverso la somministrazione di due questionari agli studenti del I anno di corso, il primo all'inizio dell'anno accademico e il secondo prima della conclusione dell'anno, comunque dopo aver concluso la fase teorica e aver svolto esperienza clinica in tirocinio.

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

Dal punto di vista filosofico, è stato argomentato che i due paradigmi non devono essere mischiati (Leininger, 1992). Tuttavia, è stato osservato che utilizzare una sola metodologia potrebbe non prevedere risposte per ogni tipo di problema di ricerca, e molti ricercatori sostengono l'uso combinato dell'approccio qualitativo e quantitativo, all'interno di un singolo studio (Rolfe, 1994; Wolfer, 1993). Per questo studio si è pensato che il metodo della triangolazione poteva essere l'approccio più adatto.

Fase 1

Nella prima fase sono stati realizzati quattro *focus group*, uno per ogni sede universitaria della regione (Parma, Reggio Emilia, Bologna e Ferrara) con studenti del I anno, *drop out* e fuori corso.

È stata predisposta una scaletta (*Allegato 1*) che il moderatore ha seguito durante l'effettuazione del *focus group*. Tale scaletta prevede quattro punti fondamentali che riguardano, rispettivamente:

- l'immagine sociale e le considerazioni personali sulla professione infermieristica;
- le motivazioni all'iscrizione al corso di laurea in infermieristica;
- elementi di valutazione del corso: aspetti positivi e negativi della fase teorica e dei tirocini;
- il fenomeno dell'abbandono: quali ragioni principali hanno determinato difficoltà alla prosecuzione del corso.

Con il *focus group* non ci si è posti l'obiettivo di effettuare un'intervista di gruppo (dove un moderatore pone domande e i partecipanti forniscono risposte), ma di sviluppare una discussione di gruppo che ha buon esito quando i partecipanti parlano tra loro dell'argomento proposto (Corrao, 2000). Poiché la discussione nel *focus group* procede secondo direzioni scelte autonomamente dal gruppo, facendo emergere gli aspetti considerati prioritari dai suoi membri, è possibile conoscere la prospettiva del gruppo sull'argomento oggetto di studio, senza imposizioni da parte del ricercatore. L'intervento di un partecipante, infatti, innesca una catena di risposte degli altri, attivando in loro dei dettagli dimenticati.

I gruppi di studenti dei *focus* erano costituiti mediamente dagli otto ai dieci partecipanti.

Per fare sentire le persone libere di parlare, di condividere esperienze, sentimenti ed emozioni, senza sentirsi condizionati, si è individuato un moderatore del gruppo e un osservatore che non avessero relazioni di conoscenza con il gruppo di studenti intervistato.

La discussione è stata audio-registrata; si è poi provveduto alla de-registrazione e all'analisi delle informazioni ottenute.

Fase 2

Parte A

Si è proceduto alla costruzione della prima versione del primo questionario (*Allegato 2*) sulla base dei risultati del *focus group*. Dopo un pre-test e relativa messa a punto dello strumento, il questionario è stato somministrato a tutti gli studenti iscritti al I anno presso le sedi universitarie della regione

I questionari, autocompilati in forma anonima da parte degli intervistati, sono stati somministrati da parte di un *tutor* del corso alla fine delle lezioni, dopo che il *tutor* incaricato della distribuzione ha fornito informazioni essenziali sulle finalità della ricerca e sulle modalità di compilazione. In questo modo si è ridotto notevolmente il problema della dispersione dei questionari al momento della restituzione.

Il primo questionario - oltre ai dati socio-anagrafici essenziali, quali sesso, età, residenza, scolarità e attività lavorativa eventuale - contiene, nella prima parte, domande sulla scelta del corso e sulla modalità di reperimento delle informazioni per l'iscrizione. La seconda parte del questionario si pone l'obiettivo di indagare principalmente motivazioni all'iscrizione e opinioni dello studente sulla professione infermieristica; sono presenti, infatti, domande relative all'eventuale influenza di parenti e conoscenti nella decisione di iscriversi, alle motivazioni della scelta di intraprendere il percorso formativo infermieristico; il questionario comprende, inoltre, quesiti relativi all'opinione dello studente sulle caratteristiche della professione infermieristica, sugli aspetti positivi e negativi di tale professione, nonché sull'opinione maggiormente diffusa sulla professione.

Parte B

Si è provveduto alla costruzione della seconda versione del questionario (*Allegato 3*) e alla somministrazione del medesimo agli studenti del I anno delle stesse sedi universitarie della regione, al termine delle lezioni del corso e dopo aver effettuato almeno il tirocinio di I anno. La somministrazione è avvenuta a giugno dello stesso anno accademico, per tutte le sedi.

Il secondo questionario riprende i dati socio-anagrafici e le domande sulla scelta del corso e le motivazioni all'iscrizione. La seconda parte del questionario ha l'obiettivo di rilevare quali fattori (tra quelli personali, strutturali e ambientali) intervengono sulla decisione di interrompere il corso. Le domande contenute in questa seconda sezione riguardano, dopo l'esperienza del corso, la rilevazione degli aspetti positivi e negativi della professione infermieristica e delle funzioni principalmente svolte dagli infermieri. Inizia poi la parte di valutazione delle eventuali difficoltà incontrate nella frequenza del corso, di tipo teorico e di tirocinio, la valutazione dei possibili fattori che spingono lo studente a interrompere il corso e l'individuazione di difficoltà alla prosecuzione del corso di natura socio-economica. Per quanto riguarda, in particolare, le due rilevazioni con questionario effettuate, esse hanno avuto carattere censitario (intero universo indicato) e sono state ripetute a distanza di circa 9 mesi sulla base dei 2 questionari predisposti e auto-somministrati in forma anonima agli allievi nelle classi di riferimento alla presenza di un infermiere-*tutor* non del I anno corredati da un lettera di accompagnamento e dopo una breve presentazione del significato e delle finalità del progetto.

3.4. Elaborazioni statistiche

Il primo passo ha riguardato la trasposizione delle informazioni raccolte tramite questionario in un *file* dati e si è utilizzato SPSS per le elaborazioni. Si è poi proceduto al calcolo delle distribuzioni di frequenza, al fine di effettuare controlli di congruenza e correggere eventuali errori di immissione.

Questa prima analisi descrittiva è servita anche per valutare quali variabili avessero bisogno di ricodifiche in vista del calcolo delle tavole di contingenza.

4. Profilo socio-anagrafico degli studenti

4.1. Premessa

Gli importanti mutamenti avvenuti all'interno della formazione infermieristica descritti nel Capitolo 1 hanno portato a una sostanziale rivisitazione dei percorsi formativi e dei programmi curriculari, prima nei diplomi universitari e poi, dal 2001, nei corsi di laurea di I livello.

Gli studenti che accedevano alle scuole per infermieri professionali, prima quindi dell'inserimento della formazione in Università, erano ancora prevalentemente donne, con un'età assai variabile, in quanto potevano accedere i sedicenni e non era previsto un limite massimo di età.

Poiché le scuole per infermieri, dagli anni '70, erano aumentate di numero in modo considerevole, tanto da essere presenti in ogni provincia italiana, in stretta correlazione con i grandi istituti ospedalieri, era infrequente la presenza di studenti con residenza fuori dell'area provinciale.

Per quanto attiene alla scolarità, la maggior parte degli studenti accedevano con il titolo di studio minimo, cioè il superamento di un biennio di scuola media superiore; i diplomati con qualifica triennale, ma soprattutto con diploma quadriennale o quinquennale erano una netta minoranza.

Relativamente al tipo di scuola media superiore frequentato, si aveva una netta prevalenza di studenti provenienti da istituti professionali e tecnici, con un crescente, moderato incremento, dagli anni '70 agli anni '90, di frequentanti istituti magistrali o licei.

Quali sono, dunque, le caratteristiche socio-anagrafiche degli studenti che oggi si iscrivono ai percorsi di formazione infermieristica universitari? Esiste una continuità tra la tipologia dello studente universitario e di quello frequentante i corsi pre-universitari? Il cambiamento avvenuto nella formazione ha determinato modificazioni anche nel profilo di coloro che accedono a tali percorsi educativi?

A questi interrogativi si cercherà di fornire risposta attraverso la rilevazione condotta.

4.2. Composizione del campione per sedi universitarie

La ricerca si è svolta nei corsi di laurea in infermieristica di tutte le quattro Università della regione e nelle relative sedi:

- Università di Bologna: sedi di Bologna 1 CRI, Bologna 2, Rimini e Forlì-Cesena
- Università di Parma: sedi di Parma, Piacenza e Borgo Val di Taro
- Università di Modena - Reggio Emilia: sedi di Modena e Reggio Emilia
- Università di Ferrara: sedi di Ferrara, Faenza e Pieve di Cento

La distribuzione del campione nelle 4 sedi universitarie relativamente alle 2 rilevazioni effettuate è presentata in Tabella 5.

Tabella 5. Composizione del campione per sedi universitarie

Università	I rilevazione (ottobre 2002)		II rilevazione (giugno 2003)		Variazioni	
	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%
MO e RE	406	43,8	331	38,8	-75	-5,0
BO	265	28,6	302	35,4	+37	+6,8
PR	124	13,4	88	10,3	-36	-3,1
FE	130	14,0	132	15,4	+2	+1,4
<i>Totale</i>	<i>925</i>	<i>100,0</i>	<i>853</i>	<i>100,0</i>	<i>-72</i>	<i>-9,2</i>

Come si vede, due sedi (Ferrara e soprattutto Bologna) aumentano il numero degli studenti partecipanti alla seconda rilevazione rispetto alla prima. Ciò potrebbe apparire strano, ma è probabilmente dovuto ad iscrizioni tardive non ancora presenti al tempo della prima rilevazione (ottobre 2002) o alla minor presenza di studenti durante la relativa giornata di somministrazione del questionario rispetto alla seconda giornata di somministrazione (giugno 2003). Le altre due sedi (Parma e Modena - Reggio Emilia) vedono invece diminuire il numero di studenti partecipanti alla seconda rilevazione secondo un andamento fisiologico dovuto proprio al fenomeno degli abbandoni già verificatisi nel I anno di corso. La composizione dei due campioni appare dunque variata al proprio interno rispetto alle diverse sedi, risentendo del diverso andamento di ciascuna di esse; mentre il totale risulta diminuito del 9,2% nella seconda rilevazione rispetto alla prima.

Nel complesso, la natura rappresentativa del campione appare comunque garantita dal suo carattere censitario rispetto all'universo di riferimento, dal momento che praticamente la totalità degli studenti presenti al momento delle due rilevazioni nei quattro corsi ha compilato il questionario.

Al fine di affrontare in maniera adeguata il problema degli atteggiamenti degli studenti e del loro eventuale differenziale finale è opportuno cercare di tracciare anzitutto un profilo sociale degli stessi relativamente a cinque variabili-chiave: sesso, età, residenza, scuola secondaria di provenienza e precedenti esperienze lavorative.

4.3. Studenti in infermieristica: non più solo donne e in prevalenza ventenni

L'infermieristica è una professione femminile come appare dalla sua storia, in quanto il *nursing* è stato fino a circa 30 anni fa prerogativa esclusivamente delle donne.

Fino alla metà del secolo XIX, quando ancora l'ospedale rappresentava un luogo di custodia e di contenzione più che di cura, la presenza dell'elemento maschile tra le persone addette all'assistenza era un fatto generalizzato e indiscusso, soprattutto negli ambiti manicomiali (Fiumi 1993). Negli ospedali psichiatrici, ancora negli anni '80, la presenza degli infermieri uomini è superiore (55%) a quella delle donne (45%) (Zani *et al.*, 1984).

Dalla metà del XIX secolo, con la riforma Nightingale e successivamente con l'istituzione delle scuole convitto aperte esclusivamente al sesso femminile, la professione infermieristica inizia ad essere legata in modo specifico alla donna e alle qualità tipicamente femminili.

La progressiva sostituzione del personale maschile con quello femminile avviene lentamente, con l'esclusione degli uomini dal progetto di riforma ospedaliera degli inizi del novecento e la loro preclusione all'accesso alle scuole convitto: da allora la presenza delle donne progredisce in modo costante, fino a far identificare la professione infermieristica con esse (Marcadelli, 2003).

Il *nursing* riveste quindi ancora le caratteristiche di professione prevalentemente al femminile, con un rapporto di 1 a 4 (Masi, 2001). Questo dato è riportato anche da una recente rilevazione nazionale sulla professionalità dell'infermiere in Italia (Cipolla, Artioli, 2003).

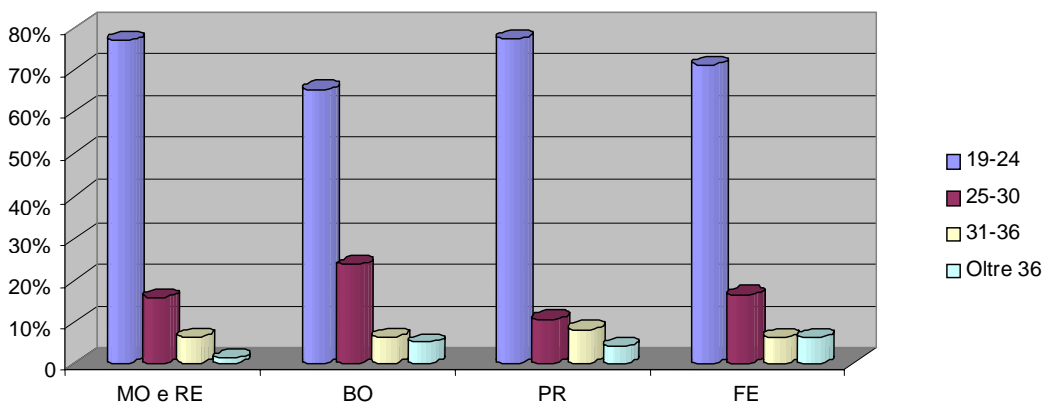
È difficile reperire dati anagrafici sugli studenti che frequentano corsi in infermieristica, almeno prima dell'Università. Negli ultimi anni, la Federazione nazionale dei Collegi infermieri documenta con un rapporto annuale le caratteristiche degli studenti iscritti. Nei rapporti degli anni 2001/2003, a livello nazionale i maschi che frequentano il I anno si attestano su una media del 28% mentre le femmine del 72%; la quota dei maschi al Sud supera invece il 33% (Federazione nazionale Collegi IPASVI, Rapporto 2003/2004).

Per quanto riguarda il genere, la tradizionale netta prevalenza di femmine rispetto ai maschi appare confermata soprattutto in tre sedi (Bologna, Parma e Ferrara), mentre la sede di Modena - Reggio Emilia presenta rispetto alle altre una percentuale di maschi significativamente superiore che raggiunge il 38% circa degli studenti. Da notare, a fronte di una sostanziale stabilità della composizione per sesso nelle due rilevazioni, l'andamento anomalo della sede di Bologna, l'unica nella quale la composizione per sesso dei campioni nelle due rilevazioni subisce una variazione significativa con un sostanziale incremento di maschi (+7,4%) rispetto alle femmine.

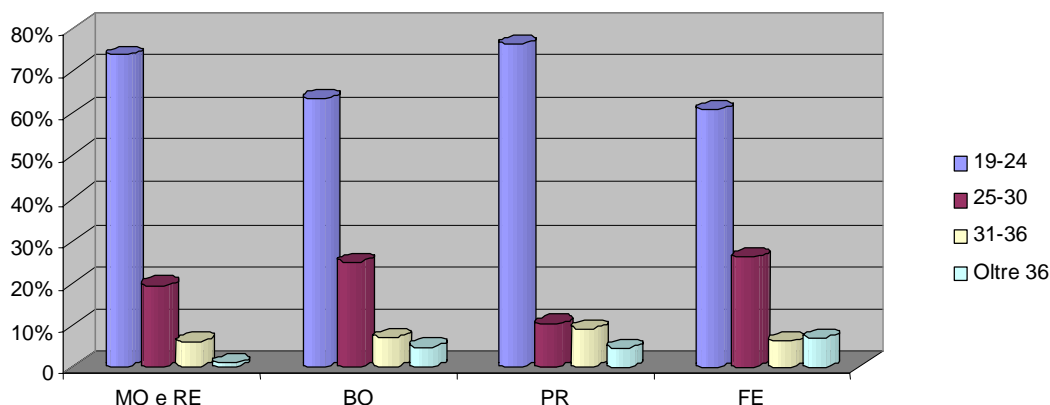
Tabella 6. Composizione del campione per genere e sedi universitarie

Univ.	I rilevazione						II rilevazione						Var. M/F %
	M		F		totale		M		F		totale		
	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%	
MO e RE	155	38,2	251	61,8	406	100,0	128	38,7	203	61,3	331	100,0	+0,5
BO	56	21,1	209	78,9	265	100,0	86	28,5	216	71,5	302	100,0	+7,4
PR	36	29,0	88	71,0	124	100,0	25	28,4	63	71,6	88	100,0	-0,6
FE	27	20,8	103	79,2	130	100,0	25	18,9	107	81,1	132	100,0	-1,9
<i>Totale</i>	<i>274</i>	<i>29,6</i>	<i>651</i>	<i>70,4</i>	<i>925</i>	<i>100,0</i>	<i>264</i>	<i>30,9</i>	<i>589</i>	<i>69,1</i>	<i>853</i>	<i>100,0</i>	<i>+1,3</i>

Relativamente all'età, quella prevalente è costituita dalle classi più giovani (19-24 anni), specie nelle sedi di Parma (77,4%) e Modena - Reggio Emilia (77%), con una media del 72,9% (Figura 4). Tuttavia, la presenza delle classi d'età successive non è trascurabile, specie per quanto riguarda i 25-30enni che rappresentano mediamente ben il 17,3% del campione, con una punta del 23,6% a Bologna.

Figura 4. Età degli studenti per sede universitaria (I rilevazione)

Se si confrontano poi i dati della prima rilevazione con quelli della seconda, si vede una certa diminuzione della classe d'età prevalente dei 19-24enni che passa al 68,5% (-4,4%), particolarmente significativa a Ferrara (-10,2%); crescono invece le classi d'età successive, in particolare quella dei 25-30enni che passa al 21,3% (+4%), con punte del 26% a Ferrara e del 24,9% a Bologna (Figura 5).

Figura 5. Età degli studenti per sede universitaria (II rilevazione)

4.4. Profilo sociale degli iscritti al corso di laurea in infermieristica

Con l'istituzione delle scuole per infermieri (Regio Decreto del 1925), la scolarità richiesta per l'ammissione era costituita dalla licenza media inferiore. Dato però l'esiguo numero di ragazze che all'epoca possedeva questo elevato livello di scolarità, di frequente si ammetteva anche chi aveva solo la licenza elementare. Solo nel 1956 la licenza di scuola media inferiore è diventata titolo di studio obbligatorio per l'ammissione alla scuola convitto. Non vi sono sostanziali modifiche al titolo richiesto fino agli anni '70 quando, con l'Accordo di Strasburgo, la scolarità richiesta per l'accesso alle scuole per infermieri è costituita dai dieci anni di studio, cioè all'ammissione al terzo anno di scuola media superiore. Dal 1996, anno di attivazione della formazione universitaria, il requisito di accesso sarà rappresentato dalla scuola media superiore di secondo grado.

Il documento MIUR (2005) riferisce che il tasso di passaggio dalla scuola superiore all'università è fortemente influenzato dal tipo di scuola secondaria frequentato: riguarda pressoché tutti i diplomati dei licei, al 57% si collocano gli istituti tecnici, mentre è decisamente più contenuto per gli istituti professionali (28,6%).

I dati riportati in Figura 6 mostrano la provenienza scolastica degli studenti infermieri. Per quanto riguarda la scuola secondaria superiore di provenienza, la composizione del campione appare omogenea, con la maggior parte degli studenti provenienti da un istituto tecnico (con una punta del 39,3% a Modena - Reggio Emilia) e da un istituto professionale (poco più di uno su quattro in tutte le sedi); mentre tra i licei quelli più rappresentati sono quello scientifico e quello socio-psico-pedagogico (o il precedente istituto magistrale): se il primo prevale a Parma (22,6%), il secondo risulta invece prevalente a Modena - Reggio Emilia (13,8%) e ben presente anche a Bologna (14%).

Se si osservano poi le differenze con la seconda rilevazione, è abbastanza evidente che esse si concentrano soprattutto sugli studenti provenienti dagli istituti tecnici e professionali, che diminuiscono significativamente specie laddove erano maggiormente prevalenti come a Modena - Reggio Emilia (Figura 7).

Figura 6. Scuola secondaria di provenienza per sede universitaria (prima rilevazione)

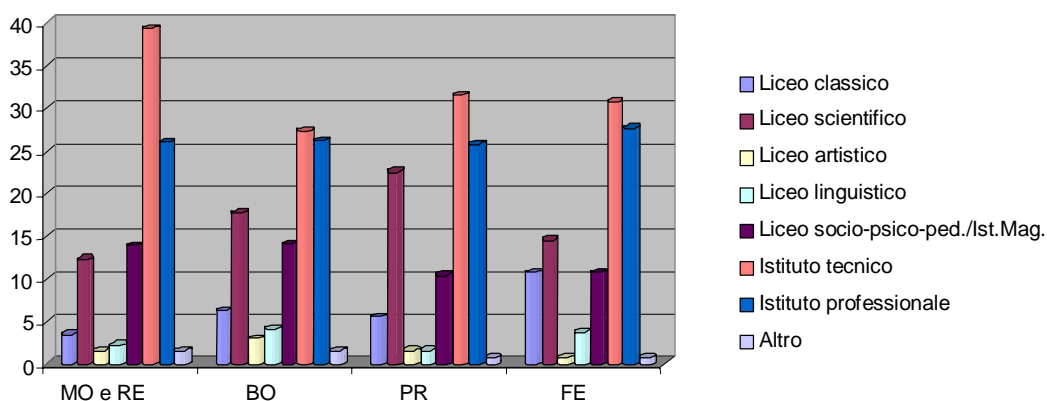
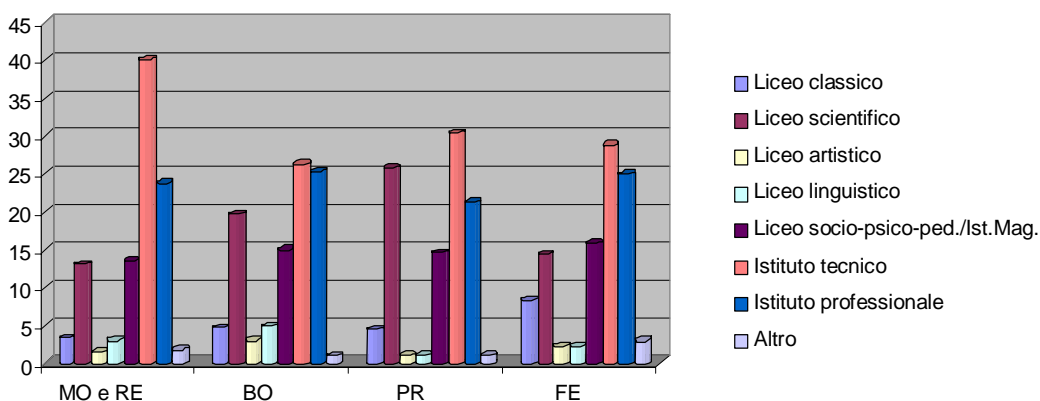


Figura 7. Scuola secondaria di provenienza per sede universitaria (seconda rilevazione)



La quarta variabile chiave del profilo sociale degli studenti è costituita dalla residenza, che presenta caratteristiche piuttosto differenziate tra le diverse sedi universitarie. Infatti, al di là del comune carattere assai definito del bacino di residenza provinciale, che fa riferimento in regione quasi esclusivamente alle stesse province sedi del corso (pochissimi gli studenti provenienti dalle altre province della regione in tutte le 4 sedi), ben diversa appare la composizione del campione in rapporto al resto d'Italia (*Tabella 7*).

Ferrara e Modena - Reggio Emilia appaiono i due casi estremi: la prima è la sede con la più alta composizione locale (ben il 78% proviene dalle stesse province sedi dei corsi), la seconda invece è quella che presenta il carattere maggiormente decentrato, con solo il 37,7% degli studenti che proviene dalle stesse province, mentre la maggioranza (il 59%) proviene dal Sud e dalle isole, in particolare da Puglia, Campania e Sicilia. La stessa provenienza incide per circa un quarto degli iscritti a Bologna e Parma, mentre appare dimezzata (poco più del 12%) a Ferrara. Le altre province del Nord e del Centro appaiono rappresentate con qualche peso solo a Parma; mentre di scarso significato risultano le variazioni tra le due rilevazioni in tutte le sedi.

Tabella 7. Area provinciale/regionale di residenza degli studenti per sede universitaria

Area provinciale/ regionale	I rilevazione				II rilevazione			
	MO-RE	BO	PR	FE	MO-RE	BO	PR	FE
Stesse province	153 (37,7%)	171 (62,9%)	61 (50,0%)	164 (78,0%)	122 (37,3%)	178 (61,0%)	43 (48,8%)	103 (79,2%)
Altre province	5 (1,2%)	19 (7,0%)	2 (1,6%)	3 (2,4%)	8 (2,4%)	17 (5,8%)	2 (2,3%)	1 (0,8%)
<i>Tot. regionale</i>	<i>158</i> <i>(38,9%)</i>	<i>190</i> <i>(69,9%)</i>	<i>63</i> <i>(51,6%)</i>	<i>167</i> <i>(80,4%)</i>	<i>130</i> <i>(39,7%)</i>	<i>195</i> <i>(66,8%)</i>	<i>45</i> <i>(51,1%)</i>	<i>104</i> <i>(80,0%)</i>
Altre province del Nord	6 (1,5%)	3 (1,2%)	10 (8,2%)	7 (5,5%)	6 (2,8%)	3 (0,9%)	8 (9,0%)	8 (6,1%)
Centro	2 (0,5%)	11 (4,0%)	14 (10,8%)	2 (1,6%)	1 (0,3%)	19 (6,6%)	11 (12,5%)	2 (1,6%)
Sud e isole	240 (59,0%)	68 (25,0%)	26 (27,9%)	16 (12,7%)	190 (58,0%)	74 (25,3%)	24 (27,3%)	16 (12,3%)
Estero			1 (0,8%)			1 (0,3%)		
<i>Tot. generale</i>	<i>406</i> <i>(100%)</i>	<i>406</i> <i>(100%)</i>	<i>406</i> <i>(100%)</i>	<i>406</i> <i>(100%)</i>	<i>406</i> <i>(100%)</i>	<i>406</i> <i>(100%)</i>	<i>406</i> <i>(100%)</i>	<i>406</i> <i>(100%)</i>

Infine, l'ultima variabile di profilo riguarda l'eventuale attività lavorativa esercitata precedentemente. Complessivamente, ben il 67% degli studenti ha avuto una precedente attività lavorativa: il 63,5 degli studenti della sede di Modena - Reggio Emilia, il 73,2% di quelli di Bologna, il 63,7% di quelli di Parma e il 69,2% di quelli di Ferrara.

Se si osserva in quali settori tale attività si è esercitata prevalentemente, nel 66,1% dei casi si è trattato di un'esperienza di lavoro nel settore dei servizi. Il dato è comune a tutte le sedi, anche se si presenta in maniera più massiccia a Ferrara (69,6%) e a Bologna (69,3%) (Tabella 8).

Si tratta di un dato di un certo interesse, che indica come l'approdo al corso per infermiere costituisca in molti casi l'esito di un percorso di vita che è passato in precedenza attraverso i servizi, e spesso si tratta di servizi alla persona.

Tabella 8. Studenti con precedenti attività lavorative per settore (prima rilevazione)

Sedi univ.	Settori		Industria		Commercio		Servizi		Totale	
	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%
MO-RE	50	15,9	71	22,6	193	61,5	314	100,0		
BO	35	13,9	42	16,8	174	69,3	251	100,0		
PR	5	5,2	25	26,0	66	68,8	96	100,0		
FE	10	8,7	25	21,7	80	69,6	115	100,0		
<i>Totale</i>	<i>100</i>	<i>12,9</i>	<i>163</i>	<i>21,0</i>	<i>513</i>	<i>66,1</i>	<i>776</i>	<i>100,0</i>		

Nel complesso, dunque, il profilo sociale prevalente che esce dai dati rilevati come profilo-tipo dello studente dei 4 corsi di laurea per infermiere è quello di una ragazza di 19-24 anni che ha un diploma tecnico o professionale e ha avuto precedenti esperienze lavorative nell'ambito dei servizi; per quanto riguarda la residenza, la situazione appare differenziata tra il corso di laurea di Modena - Reggio Emilia da una parte, in cui prevalgono studenti provenienti dal Sud e dalle isole, e quelli di Bologna e Ferrara dall'altra, dove la maggior parte degli studenti proviene invece dalla stessa provincia e regione sede del corso. Il corso di laurea di Parma rappresenta invece un caso intermedio, visto che circa la metà proviene dalla stessa provincia e regione sede del corso, mentre il resto si distribuisce tra le altre province del Nord, il Centro, il Sud e le isole.

5. Atteggiamenti iniziali: la scelta di entrare

5.1. Motivazioni della scelta del corso: tra relazione di aiuto a chi soffre e certezza di lavoro

La ricerca ha cercato anzitutto di mettere a fuoco quella che si può definire "la scelta di entrare": ovvero, la decisione di iscriversi a un corso di laurea per infermiere di una delle quattro Università emiliano-romagnole. Se si considera la persona come un soggetto capace di decisioni relativamente autonome - in quanto in parte influenzate dal contesto sociale e strutturale esterno ma in parte anche frutto di una propria autonomia decisionale -, si può considerare tale scelta come il risultato di un processo decisionale fondato su atteggiamenti soggettivi condizionati dal contesto esterno. Si è quindi cercato anzitutto di esplorare tali atteggiamenti, per poi cercare di individuare quali influenze esterne possono aver svolto un ruolo di un qualche rilievo su di essi.

Alla domanda diretta relativa alle motivazioni che hanno fatto decidere per l'iscrizione al corso (domanda n. 7, Questionario n. 1), gli studenti hanno risposto con una netta prevalenza di motivazioni d'ordine oblativo-relazionale: se si sommano infatti "l'aiuto per chi soffre" (24,7%) quale motivazione relativamente prevalente con lo "stare a diretto contatto con le persone" (16%) si ottiene il 40,7% delle risposte² (*Tabella 9*). Se si aggiunge anche la precedente "esperienza di volontariato" (10,2%), si arriva alla prevalenza assoluta del 50,9% delle risposte. Di più difficile interpretazione appare un significativo 14,7% di risposte relative al "sentirsi portati per la professione di infermiere": per capire in che misura anche questa risposta sia addizionabile alle precedenti, è necessario conoscere quale sia l'immagine percepita della professione infermieristica (*Paragrafo 5.2*).

È da sottolineare che un quinto delle risposte evidenzia invece una motivazione del tutto diversa, di ordine strumentale: la "certezza del posto di lavoro" (20,5%). Di scarso rilievo appare invece "l'influenza di genitori e amici" (5,7%); mentre è da non sottovalutare la presenza di un 3,4% che dichiara di "aver scelto un altro, ma non mi hanno preso".

Se si guarda infine ad eventuali differenze tra le sedi universitarie, le motivazioni oblativo-relazionali appaiono meno forti a Ferrara rispetto alle altre sedi: qui la "certezza del posto di lavoro" arriva ad oltre un quarto delle risposte (26%).

² Erano possibili al massimo 2 risposte.

Tabella 9. Motivazioni prevalenti per l'iscrizione al corso

Sedi universit.	MO-RE		BO		PR		FE		Totale	
	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%
Aiutare chi soffre	183	24,4	136	26,4	63	26,7	50	20,3	432	24,7
Certezza posto di lavoro	156	20,8	106	20,6	32	13,6	64	26,0	358	20,5
Diretto contatto con le persone	121	16,2	84	16,3	37	15,7	38	15,4	280	16,0
Sentirsi portati	110	14,7	76	14,8	36	15,3	35	14,2	257	14,7
Volontariato	84	11,2	45	8,7	28	11,9	21	8,5	178	10,2
Influenza genitori/parenti	35	4,7	29	5,6	8	3,4	10	4,1	82	4,7
Scelto altro corso	27	3,6	5	1,0	14	5,9	13	5,3	59	3,4
Uso di nuove tecnologie	10	1,3	11	2,1	1	0,4	1	0,4	23	1,3
Corso breve e meno impegnativo	9	1,2	4	0,8	4	1,7	2	0,8	19	1,1
Influenza amici	6	0,8	7	1,4	1	0,4	4	1,6	18	1,0
Altro	8	1,0	12	2,3	12	5,1	8	3,2	40	2,3
<i>Totale</i>	<i>749</i>	<i>100,0</i>	<i>515</i>	<i>100,0</i>	<i>236</i>	<i>100,0</i>	<i>246</i>	<i>100,0</i>	<i>1.746</i>	<i>100,0</i>

NB Erano possibili massimo 2 risposte.

La motivazione alla scelta della professione infermieristica ha evidenziato, in accordo con Rongstand (2002 e 2004), Costantino e altri (2000) e Castelli e Saiani (1999) in primo luogo quella che è stata definita la motivazione oblativo-relazionale, che comprende l'aiuto a chi soffre e la dimensione di contatto diretto con le persone.

La seconda motivazione, in ordine di importanza, che gli studenti di questo studio hanno individuato essere alla base della scelta del corso, è rappresentata dalla certezza del lavoro, diversamente da altri studi che lo identificano come fattore, ma con un peso sicuramente inferiore (Costantino *et al.*, 2000; Rongstand, 2002). Anche Maurer (1994), invece, nel suo studio, lo individua come elemento significativo, definendolo come importante fattore di motivazione esterno.

La terza motivazione all'iscrizione evidenziata dagli studenti intervistati è rappresentata dall'attitudine, dal sentirsi portati per la professione infermieristica, coerentemente a quanto delineato da alcuni studi recenti (Rhéaume *et al.*, 2003; Rongstand, 2002), che collocano questa motivazione ancora a livello alto nell'individuazione delle ragioni di scelta del *nursing*.

Diversamente da autori quali Rhéaume (2003) e Costantino e altri (2000), i cui studi riconoscono nell'immagine sociale positiva della professione e nello svolgere un lavoro di rilievo per la società un ruolo importante per favorire la scelta della stessa, i nostri studenti non riconoscono in questi elementi motivazioni significative per l'iscrizione al corso.

Anche l'utilizzo di tecnologie, ritenuto fattore di rilievo per Rhéaume (2003) e Boughn (1994) soprattutto per la popolazione studentesca maschile, si colloca a livelli di sicuro scarso significato nel presente studio.

Tali motivazioni oblativo-relazionali sono spesso radicate su di una solida base valoriale nella quale attingono il loro fondamento:

Mi sono iscritta perché era un mio sogno. Legato forse al fatto di vedere persone che stanno male: ho visto molto soffrire alcuni miei familiari e ho pensato che magari si potesse fare qualcosa per far star meglio gli altri (Focus group n. 1, 4).

C'è anche la consapevolezza che le possibilità relazionali concesse all'infermiere costituiscono una peculiarità gratificante della professione rispetto ad altre di carattere più tecnico.

Il tecnico radiologo è diverso dal lavoro dell'Infermiere, perché non hai rapporto con il paziente ed è tutto diverso. Come figura è un po' più valutata rispetto agli infermieri, però, dall'altro lato, l'infermiere ha questo rapporto con il paziente che il tecnico non ha, che ti può arricchire come persona (Focus group n. 1, 6).

Io ho deciso l'estate scorsa, subito dopo l'esame di maturità. Ho deciso all'ultimo. Sapevo solo di voler fare un lavoro dove poter stare a contatto con le persone e sono partita da questa vaghissima idea in cui c'era tutto. Ho capito che l'ambito sanitario mi piaceva molto: stare vicino alla gente che soffre. Ma anche qui c'era di tutto, diverse figure professionali che stanno a contatto con le persone. Avevo scartato Medicina perché, come mi è stato confermato dal tirocinio che ho fatto, l'infermiere sta a contatto con i pazienti per tutta la durata del suo turno di lavoro, mentre il medico li vede per 1/10 del suo tempo di lavoro, durante le visite. Un po' alla cieca ho tentato e il tirocinio è stata la cosa che mi ha proprio fatto capire di aver avuto la fortuna di trovare, un po' alla cieca, quello che stavo cercando (Focus group n. 2, 2).

Il prevalere delle motivazioni di carattere oblativo-relazionale è confermato dalla presenza di un buon 17,3% di studenti che hanno avuto precedenti esperienze di volontariato e che, in molti casi, proseguono anche durante il corso. Praticamente nella totalità dei casi si tratta di forme di volontariato in settori in qualche modo attinenti alla professione infermieristica, come quello delle pubbliche assistenze (49,7%), quello socio-assistenziale (36%) e i servizi di emergenza-urgenza (12,4%). Non ci sono in merito differenze particolarmente significative tra le sedi, se non una maggiore consistenza del volontariato in emergenza-urgenza a Modena - Reggio Emilia (17,1%) (Tabella 10).

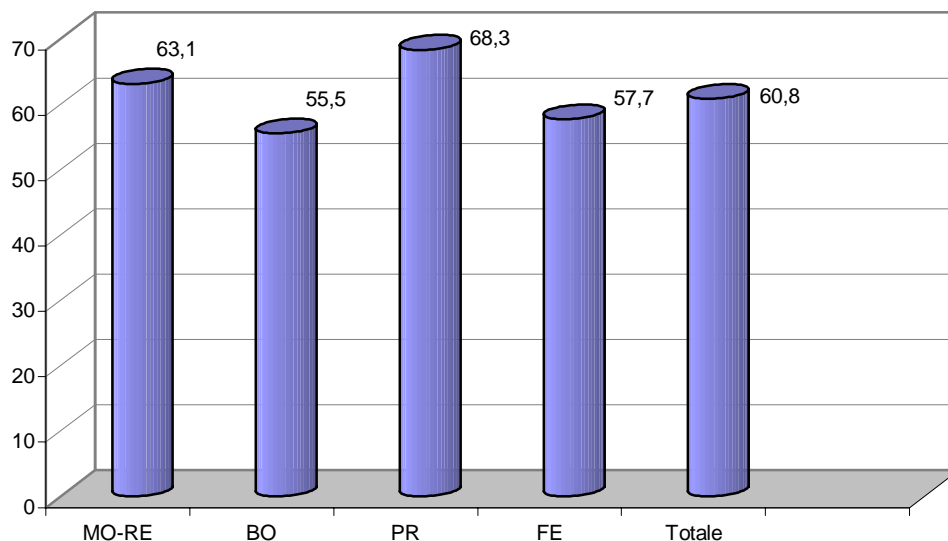
Tabella 10. Settori di esperienza di volontariato

Sedi universit.	MO-RE		BO		PR		FE		Totale	
	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%
Pubblica assistenza	36	47,4	22	55,0	14	50,0	8	47,1	80	49,7
Socio-assistenziale	25	32,9	14	35,0	11	39,3	8	47,1	58	36,0
Emergenza-urgenza	13	17,1	4	10,0	2	7,1	1	5,9	20	12,4
Volontariato internaz.	2	2,6	-	-	1	3,6	-	-	3	1,9
<i>Totale</i>	<i>76</i>	<i>100,0</i>	<i>40</i>	<i>100,0</i>	<i>28</i>	<i>100,0</i>	<i>17</i>	<i>100,0</i>	<i>161</i>	<i>100,0</i>

L'esperienza di volontariato ha offerto a molti l'occasione per scoprire realtà altrimenti sconosciute, rispetto alle quali si ritiene di poter trovare forme di auto-realizzazione altrove non realizzabili.

Io mi sono iscritta dopo aver fatto esperienza per più di un anno in Croce Rossa e aver visto diverse realtà, perché come infermiera finora ho visto solo la realtà del reparto di ospedale e come volontaria dell'ambulanza ho avuto la possibilità di vedere tante possibilità lavorative, anche tante realtà e tante possibilità di vivere la professione di infermiera: in auto medica, in reparto, nel territorio, infermiera psichiatrica. Ci sono tante possibilità. E la gioia che mi ha dato l'essere volontaria non l'avevo trovata in nessun altro lavoro che avevo fatto, perciò ho pensato che poteva essere davvero il lavoro della mia vita (Focus group n. 1, 4).

L'influenza di parenti e amici sulla decisione di iscriversi sembra esser stata trascurabile: ma quanti studenti hanno tra essi qualcuno che svolge o ha svolto la professione infermieristica? Ebbene, ben il 60,8% degli studenti ha un parente o un amico infermiere: un dato che raggiunge il 68,3% a Parma e il 63,1% a Modena - Reggio Emilia (Figura 8). Ciò apparirebbe contrastare con lo scarso rilievo assegnato ad amici e parenti nella decisione d'iscrizione: in realtà, si tratta probabilmente di un'influenza assimilata a tal punto da esser considerata secondaria. Ben il 39,4% di loro non ammette infatti alcuna influenza; mentre il 37,8% riconosce tale influenza come "poca" e solo il 22,7% è disposto a considerarla come "molta" (Tabella 11).

Figura 8. Parenti o amici che hanno svolto o svolgono la professione infermieristica, per sede universitaria**Tabella 11.** Influenza di parenti e amici sulla decisione di iscriversi

Sedi universit.	MO-RE		BO		PR		FE		Totale	
	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%
Nessuna	97	37,9	49	33,1	45	53,6	31	41,3	222	39,4
Poca	96	37,5	59	39,9	30	35,7	28	37,3	213	37,8
Molta	63	24,6	40	27,0	9	10,7	16	21,3	128	22,7
<i>Totale</i>	<i>256</i>	<i>100,0</i>	<i>148</i>	<i>100,0</i>	<i>84</i>	<i>100,0</i>	<i>75</i>	<i>100,0</i>	<i>563</i>	<i>100,0</i>

Qual è stato in generale l'atteggiamento di parenti e amici di fronte alla decisione di iscriversi al corso? Per quanto riguarda i familiari, prevalgono nettamente atteggiamenti positivi di approvazione (50%) e di incoraggiamento (39%); sono assai ridotti gli atteggiamenti negativi di disapprovazione (3%) o addirittura di ostacolo (1,2%). Trascurabili risultano anche gli atteggiamenti ambivalenti di incredulità (4%) e di indifferenza (1,7%) (*Tabella 12*).

Tabella 12. Atteggiamenti dei familiari di fronte alla decisione di iscriversi

Sedi universit.	MO-RE		BO		PR		FE		Totale	
	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%
Approvazione	342	50,9	223	49,5	99	47,6	101	50,0	765	50,0
Incoraggiamento	270	40,1	180	40,0	74	35,5	73	36,1	597	39,0
Incredulità	24	3,6	18	4,0	9	4,3	10	5,0	61	4,0
Disapprovazione	14	2,1	12	2,7	15	7,2	6	3,0	47	3,0
Indifferenza	8	1,2	9	2,0	4	2,0	5	2,4	26	1,7
Ostacolo	6	0,9	5	1,1	2	1,0	6	3,0	19	1,2
Altro	8	1,2	3	0,7	5	2,4	1	0,5	17	1,1
<i>Totale</i>	<i>672</i>	<i>100,0</i>	<i>450</i>	<i>100,0</i>	<i>208</i>	<i>100,0</i>	<i>202</i>	<i>100,0</i>	<i>1.532</i>	<i>100,0</i>

NB Erano possibili massimo 2 risposte.

Anche per quanto riguarda gli amici e i conoscenti, a prevalere nettamente sono stati atteggiamenti positivi di approvazione (37,7%) e di incoraggiamento (33%). Tuttavia, mentre anche qui assai ridotti appaiono gli atteggiamenti negativi di disapprovazione (5,4%) e ostacolo (2,2%), assai più consistenti risultano quelli ambivalenti di incredulità (13,5%) e di indifferenza (7,5%): segno di una certa differenziazione di atteggiamenti di amici e conoscenti rispetto ai familiari (*Tabella 13*).

Tabella 13. Atteggiamenti di parenti e amici di fronte alla decisione di iscriversi

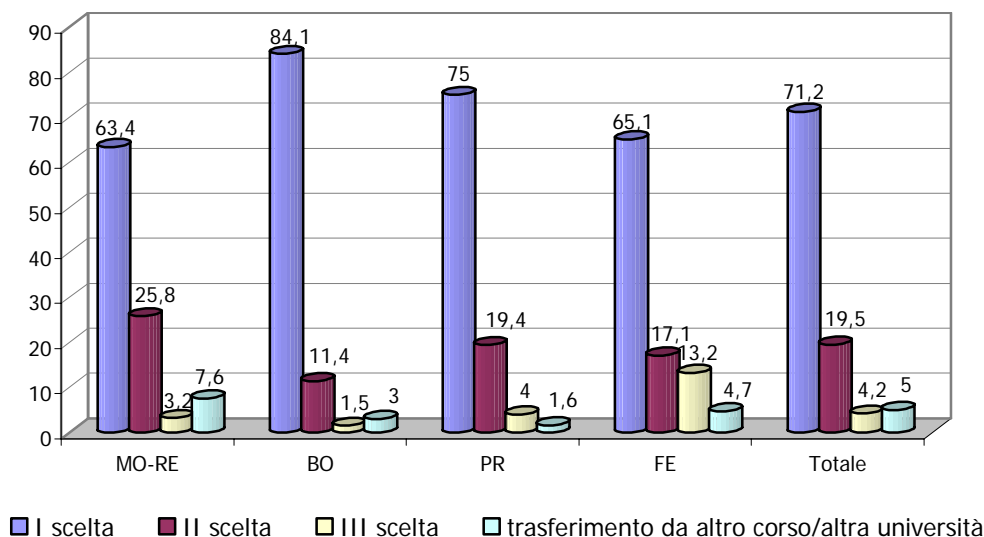
Sedi universit.	MO-RE		BO		PR		FE		Totale	
	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%
Approvazione	252	39,9	159	36,1	66	33,1	79	39,5	556	37,7
Incoraggiamento	216	33,9	145	33,0	65	32,7	61	31,0	487	33,0
Incredulità	75	11,7	65	14,8	31	15,6	28	14,0	199	13,5
Disapprovazione	51	8,0	29	6,6	13	6,6	17	8,5	110	7,5
Indifferenza	26	4,0	26	5,9	18	9,0	9	4,5	79	5,4
Ostacolo	11	1,7	12	2,7	4	2,0	5	2,5	32	2,2
Altro	5	0,8	4	0,9	2	1,0	0	0,0	11	0,7
<i>Totale</i>	<i>636</i>	<i>100,0</i>	<i>440</i>	<i>100,0</i>	<i>199</i>	<i>100,0</i>	<i>199</i>	<i>100,0</i>	<i>1.474</i>	<i>100,0</i>

NB Erano possibili massimo 2 risposte.

Infine, in che misura la scelta effettuata è stata davvero una scelta convinta? Per circa tre quarti degli studenti si è trattato di una prima scelta (71,7%), con un *range* di variazione che va dall'84,1% di Bologna al 63,4% di Modena - Reggio Emilia (*Figura 9*). Comunque significative restano le seconde scelte, specie da corsi come fisioterapista, ostetrica, o anche medicina, che rappresentano quasi un quinto degli studenti (19,5%): anche qui

con un *range* abbastanza ampio e, ovviamente, opposto al precedente, che va dal 25,8% di Modena - Reggio Emilia all'11,4% di Bologna. Più ridotti appaiono sia le terze scelte (4,2%) che i trasferimenti da altri corsi o università (4,7%).

Figura 9. Grado preferenziale di scelta del corso



In molti casi, le II e III scelte sono o il risultato dell'impossibilità di praticare le scelte preferenziali o il frutto di una riflessione più meditata e realistica.

Io avevo dato anche l'esame per Medicina ed ero stato preso, però dopo, 10 anni... la voglia di studiare non è che mi salti addosso. Il mio sogno era fare il medico, anche perché comunque sono tre anni che sono in Croce Rossa e quindi ho visto tante situazioni, tante cose e ho detto che il mio campo era sicuramente quello. Non sapevo se fare il medico o l'infermiere. Alla fine ha prevalso il buon senso, diciamo con un esame di coscienza, nel senso che avrei buttato via degli anni, perché non sarei arrivato fino in fondo. Allora ho deciso di rimanere in ambito sanitario; poi comunque in Croce Rossa ci sono anche infermieri volontari e parlando con loro, confrontandomi, ho deciso (Focus group n. 1, 5).

Io non sono passata a Fisioterapia e quindi... Non avrei mai voluto fare l'infermiera in vita mia e dopo ho cominciato perché era la seconda volta che provavo ad entrare a Fisioterapista ma non ci riuscivo, quindi il primo anno ho continuato a lavorare e quest'anno mi sono detta che almeno avrei potuto studiare qualcosa. Tutto in funzione del prossimo esame. Poi, quando ho cominciato, i primi tempi ero quasi decisa a rimanere. Ho fatto il tirocinio e mi è piaciuto molto, anche se non lo credevo possibile, anche perché io poi avevo molte meno aspettative delle ragazze che erano con me. Però a me è piaciuto molto e sto pensando alla situazione. Ho sempre il desiderio della fisioterapia, perché avrei sempre voluto farlo. Questo dell'infermiere è un gran bel lavoro; non credevo che potesse dare così tanto. Ma non è quello che io voglio fare (Focus group n. 1, 5).

Io ero iscritta a Medicina, poi ho avuto una bimba circa 2 anni fa e quindi, già mi ero persa, per finire ci volevano troppi anni e allora ho scelto qualcosa sempre nell'ambito sanitario e ho deciso di iscrivermi a questo diploma, che forse si trasformerà in laurea, quindi tanto meglio. Mi piace anche perché le materie sono simili: alcune sono uguali, altre cambieranno. Mi ero iscritta a Medicina perché è sempre stato un mio sogno fin da piccola, sia per le materie che mi sono sempre piaciute, sia per il bisogno di aiutare le altre persone a stare meglio (Focus group n. 1, 5).

5.2. La percezione della professione infermieristica: tra gratificazione e responsabilità

Se nella scelta di entrare le motivazioni prevalenti appaiono di ordine valoriale e di tipo oblativo-relazionale, con un'influenza probabile dei legami personali di tipo sia familiare che amicale, mentre meno significative appaiono le motivazioni strumentali (interessi), quale peso può aver avuto la percezione della professione infermieristica? Quale immagine della professione questi studenti hanno introiettato prima di iscriversi al corso?

Appaiono emergere con una certa nettezza i contorni di una immagine idealizzata, nella quale a prevalere sarebbero anzitutto caratteristiche positive come la gratificazione per il rapporto interpersonale con il malato (33,9%) ma anche la responsabilità personale (30%); con un peso non trascurabile di altri attributi pure positivi come l'impegno personale (14%), l'orientamento alla missione (6,8%) e l'autonomia professionale (6,2%). Marginali restano, sullo sfondo, gli attributi negativi come la subalternità al medico (4,2%), lo stress psico-fisico (1,9%), gli orari e i turni di lavoro pesanti (1,9%) e i rischi per la propria salute (1,1%) (Tabella 14).

Tabella 14. Caratteristiche attuali della professione infermieristica

Sedi universit.	MO-RE		BO		PR		FE		Totale	
	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%
Gratificaz. rapporto interpersonale	277	36,1	174	33,7	80	33,2	73	28,4	604	33,9
Responsabilità	223	29,0	151	29,2	71	29,5	90	35,0	535	30,0
Impegno	95	12,4	82	15,9	32	13,3	41	16,0	250	14,0
Missione	70	9,1	28	5,4	12	5,0	12	4,7	122	6,8
Autonomia	44	5,7	34	6,6	15	6,2	18	7,0	11	6,2
Subalternità al medico	37	4,8	24	4,6	4	1,7	9	3,5	74	4,2
Orari e turni pesanti	13	1,7	5	1,0	9	3,7	7	2,7	34	1,9
Stress psico-fisico	6	0,8	14	2,7	6	2,5	7	2,7	33	1,9
Rischio per la propria salute	3	0,4	5	1,0	12	5,0	0	0,0	20	1,1
<i>Totale</i>	<i>768</i>	<i>100,0</i>	<i>517</i>	<i>100,0</i>	<i>241</i>	<i>100,0</i>	<i>257</i>	<i>100,0</i>	<i>1.783</i>	<i>100,0</i>

NB Erano possibili massimo 2 risposte.

Mentre la letteratura riferisce che gli studenti percepiscono il *nursing* come un'occupazione che comporta importanti fatiche fisiche, che è servile, con scarsa autonomia, con compiti e mansioni limitate, con alti livelli di stress e che gode di poco rispetto e considerazione (Hemsley-Brown, Foskett, 1999; Howard, 2001; Mackay, Elliot, 2002), gli studenti considerati in questo studio percepiscono la professione in modo decisamente positivo, connotandola di gratificazione, responsabilità e impegno, e collocando in assoluta marginalità elementi quali lo stress, il lavoro pesante, la subalternità e il rischio per la salute. In questa direzione si colloca anche la visione che, secondo gli studenti, rappresenta l'opinione corrente della popolazione sulla professione infermieristica, intesa quindi come lavoro gratificante, impegnativo, ma positivo, lasciando ancora una volta a livello più marginale la poca considerazione e il peso di questa professione.

Si può notare una visione idealizzata centrata prevalentemente sul rapporto infermiere-paziente rispetto al quale il medico viene visto come più lontano, distaccato ma anche più autorevole:

L'infermiere diciamo che è il "bastone" del paziente, perché è la persona con cui sta più a contatto, quindi riesce ad instaurare anche un rapporto che il medico, perché non vuole o perché non può, non instaura col paziente, quindi chi riferisce effettivamente sullo stato del paziente è l'infermiere. Però, non potendo espletare certe tecniche senza il consenso del medico, perché noi non possiamo dare una terapia, qualunque essa sia, anche se banale. Quindi, è un ruolo fondamentale per quanto riguarda l'assistenza, però, allo stesso tempo, è un po' sottovalutato (Focus group n. 1, 1-2).

L'infermiere è più visto come un amico, come qualcuno che ti sta aiutando, però nel momento in cui parla il medico e parla l'infermiere, di sicuro il paziente ha sempre il focus sul medico e non sull'infermiere. L'infermiere è sempre quello che ti dà una mano, che ti aiuta. Sicuramente avrà riconoscenza da parte del paziente, però la figura del medico è sicuramente più riconosciuta e molto più forte rispetto a quella dell'infermiere (Focus group n. 1, 3).

In che misura questa immagine idealizzata dell'infermiere corrisponde alla opinione corrente maggiormente diffusa tra la popolazione sulla professione? Qui le risposte date esprimono la consapevolezza di un gap, di una discrasia sostanziale con le proprie opinioni (Tabella 15). Infatti, le risposte relative alla domanda n. 14 risultano tutt'altro che univoche nell'indicare un'opinione precisa come diffusa in modo prevalente: se l'opinione indicata come maggiormente diffusa è quella di un "lavoro impegnativo" (22,4%), tuttavia, subito dopo, viene la qualifica di "lavoro gratificante" (19%). Questa coppia di polarità ambivalenti sembra ripetersi anche negli altri casi: è un "lavoro poco considerato" (15,8%) ma comunque "sta cambiando" (16,4%); è un "lavoro pesante" (13%) ma anche "un buon lavoro" (13,4%).

Tabella 15. Opinione corrente maggiormente diffusa sulla professione di infermiere

Sedi universit.	MO-RE		BO		PR		FE		Totale	
	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%
Lavoro impegnativo	148	20,9	112	23,0	63	27,4	46	21,0	369	22,4
Lavoro gratificante	165	23,3	83	17,2	37	16,0	27	12,3	312	19,0
Lavoro che sta cambiando	127	17,9	82	16,9	29	12,6	31	14,1	269	16,4
Lavoro poco considerato	84	11,8	85	17,5	42	18,3	49	22,4	260	15,8
Buon lavoro	124	17,5	54	11,2	16	7,0	26	11,9	220	13,4
Lavoro pesante	62	8,7	69	14,2	43	18,7	40	18,3	214	13,0
<i>Totale</i>	<i>710</i>	<i>100,0</i>	<i>485</i>	<i>100,0</i>	<i>230</i>	<i>100,0</i>	<i>219</i>	<i>100,0</i>	<i>1.644</i>	<i>100,0</i>

NB Erano possibili massimo 2 risposte.

Anche nell'ambito dei *focus group*, questa ambivalenza dell'opinione pubblica rispetto alla figura infermieristica era emersa con evidenza.

C'è chi ne parla bene, c'è chi ne parla male, c'è chi non capisce a fondo il lavoro dell'infermiere, anche perché è un po' nebuloso come inquadramento (Focus group n. 1, 1).

Io ho notato differenze di concetto di infermiere, proprio come ruolo professionale, tra le persone che hanno avuto esperienza, che possono avere una opinione positiva o negativa dell'atteggiamento dell'infermiere, e quelle che non hanno avuto molte esperienze e, quindi, non hanno ben chiaro cosa sia un infermiere (Focus group n. 2, 1).

Nel luogo in cui lavoro (casa di riposo) i dottori e i fisioterapisti hanno considerazione degli infermieri; i familiari dei pazienti no: restano addirittura sorpresi nel sapere che per fare l'infermiere occorre studiare all'università (Focus group n. 2, 2).

Secondo me, è considerata qualificata dalle persone competenti in materia, che lavorano o hanno a che fare con l'ambito sanitario. È considerata meno qualificata fuori, dall'opinione comune della gente (Focus group n. 3, 2).

C'è una grande ignoranza sulla professione. L'infermiere è quello che si occupa di padelle o di cose molto semplici o, comunque, apparentemente deputate dall'alto, dai medici. È quello che si sente dire comunemente dalla gente, dalla televisione ed è la cosa più antipatica che ci si trova a vivere quando poi si dice che si fa questa professione (Focus group n. 3, 2).

L'opinione delle persone dipende anche dalla realtà socioculturale di riferimento: al Sud quello dell'infermiere è considerato un buon lavoro, mentre al Nord questa professione è sottovalutata, se non addirittura snobbata (Focus group n. 4, 1).

Talvolta, è l'esperienza della scarsa conoscenza da parte del pubblico della realtà della professione a costituire il lato prevalente della percezione dell'opinione comune sulla professione medesima.

Però, ad esempio, la mia esperienza personale è che quando ho detto "Vado a studiare da infermiera", tutti mi hanno guardato un po' storto: "Cosa vai a fare! Degli orari assurdi! È un lavoro poco gratificante". Perciò, nella mia esperienza personale, non penso che sia molto valutato, anche perché non è nemmeno molto diffusa la coscienza di una formazione superiore, nel senso di universitaria. Spesso mi è capitato che parlando con amici e parenti dicevo "Sto studiando da infermiera"; "Ah sì? Fai ancora le scuole superiori?", "Fai il corso, no? Cosa sono 2 anni? Vai a scuola?". "No, adesso è una formazione universitaria; è laurea di primo livello", "Cosa vuol dire?". Non c'è ancora la coscienza di questa formazione superiore e, secondo me, una visione migliore, per una professionalizzazione della figura infermieristica, è molto importante (Focus group n. 1, 2).

Nel complesso, la percezione dell'immaginario collettivo relativamente alla professione appare quindi segnato da una sostanziale distanza rispetto all'immagine a tutto tondo disegnata come propria: qui è l'ambivalenza degli attributi a caratterizzare la situazione di una professione il cui percorso di legittimazione appare tuttora incompiuto anche nell'opinione pubblica.

Un'immagine ambivalente che si conferma quando si chiede loro di indicare quali siano gli aspetti maggiormente positivi e negativi della professione: la distanza tra la propria immagine idealizzata della professione e quella ritenuta più diffusa nell'opinione corrente torna a riproporsi nella scelta degli attributi che, trattandosi peraltro almeno nel primo questionario di risposte aperte (domande nn. 15 e 16), rispecchiano maggiormente gli atteggiamenti dei rispondenti. I due attributi positivi prevalenti sono "aiutare chi soffre" (33,6%) e la possibilità di "relazione con il malato" (20,9%), a conferma di quella

motivazione oblativo-relazionale di cui abbiamo parlato. Tutti gli altri aspetti, sia di tipo meramente strumentale come le "buone opportunità di lavoro" (8,6%), la "buona conoscenza medica di base" (3,7%), o la "buona retribuzione" (2,2%), sia di tipo auto-realizzativo come "professione gratificante" (13,5%), "responsabilità" (5%), "autonomia" (3,8%), "crescita personale" (2,2%) o "professione dinamica" (2%), appaiono assai più dispersi e ridotti di consistenza (*Tabella 16*).

Tabella 16. Aspetti maggiormente positivi della professione

Sedi universit.	MO-RE		BO		PR		FE		Totale	
	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%
Aiutare chi soffre	223	35,4	150	33,0	89	36,8	52	25,7	514	33,6
Relazione con il malato	120	19,0	101	22,2	42	17,4	57	28,2	320	20,9
Professione gratificante	85	13,5	63	13,9	31	12,8	27	13,4	206	13,5
Buone opportunità di lavoro	64	10,2	31	6,8	23	9,5	14	6,9	132	8,6
Responsabilità	40	6,3	12	2,6	14	5,8	10	5,0	76	5,0
Autonomia	23	3,7	16	3,5	6	2,5	13	6,4	58	3,8
Buona conoscenza medica di base	23	3,7	19	4,2	12	5,0	3	1,5	57	3,7
Buona retribuzione	4	0,6	13	2,9	5	2,1	12	5,9	34	2,2
Crescita personale	7	1,1	16	3,5	7	2,9	3	1,5	33	2,2
Professione dinamica	9	1,4	12	2,6	5	2,1	5	2,5	31	2,0
Altro	32	5,2	21	4,5	8	3,3	6	3,0	67	4,5
<i>Totale</i>	<i>630</i>	<i>100,0</i>	<i>454</i>	<i>100,0</i>	<i>242</i>	<i>100,0</i>	<i>202</i>	<i>100,0</i>	<i>1.528</i>	<i>100,0</i>

NB Erano possibili più risposte aperte.

Tra gli aspetti positivi, la consapevolezza dell'arricchimento che il rapporto con il paziente nella sua multiforme diversità comporta costituisce un'acquisizione importante.

Secondo me un aspetto positivo è che comunque abbiamo a che fare con delle persone e quindi, in ogni situazione, noi ci possiamo arricchire sempre di qualcosa. E comunque siamo sempre a confronto con molte realtà diverse, perché i pazienti non sono tutti stereotipati, tutti uguali. Provengono da nazioni diverse; ognuno ha la sua situazione, che può essere anche economica, diversa. Quindi anche noi in un certo senso ogni giorno ci rapportiamo con queste situazioni e ci mettiamo comunque anche in discussione (Focus group n. 1, 3).

Oppure, il fatto che la relazione empatica comporta anche una certa capacità di distacco emotivo.

Io sono a disposizione di una persona per aiutarla, non solo materialmente attraverso le cure, ma dandole anche qualcosa di mio, standole vicino, cercando cioè di fare capire a questa persona che emotivamente sono vicino a lei, mantenendo sempre un certo distacco però, per non lasciarsi coinvolgere completamente, altrimenti si passa al di là (Focus group n. 3, 2).

È possibile verificare come in una sorta di negativo la coincidenza tra motivazioni oblativo-relazionali e aspetti ritenuti maggiormente positivi della professione? Le risposte alla domanda relativa agli aspetti ritenuti maggiormente negativi sembrano andare in questa direzione sia per il fatto di essere numericamente assai meno consistenti³ e che il 3,9 % non ne indichi nessuno, sia per il fatto di far emergere già una certa consapevolezza degli aspetti più problematici della professione (Tabella 17). Si è infatti a conoscenza del fatto che è un lavoro che prevede "orari pesanti e turni notturni" (19,1%), che si tratta di una "professione non valorizzata" (15,8%), che il "contagio per le malattie" può comportare rischi per la salute (12,4%), che è un "lavoro pesante" (12,2%), con "scarsa retribuzione" (6,8%) e in posizione di "subalternità al medico" (3,5%). Da sottolineare anche un buon 9,5% che indica la "sofferenza emotiva" come un attributo negativo che si mette già in conto di dover affrontare nel corso della propria attività professionale.

Tabella 17. Aspetti maggiormente negativi della professione

	Sedi universit.		MO-RE		BO		PR		FE		Totale	
	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%
Orari pesanti e turni notturni	65	16,7	56	17,0	30	16,6	49	33,6	200	19,1		
Professione non valorizzata	68	17,4	53	16,1	22	12,2	22	15,1	165	15,8		
Contagio malattie	49	12,6	25	7,6	46	25,4	10	6,8	130	12,4		
Lavoro pesante	45	11,5	40	12,2	22	12,2	21	14,4	128	12,2		
Sofferenza emotiva	36	9,2	44	13,4	9	5,0	10	6,8	99	9,5		
Scarsa retribuzione	29	7,4	18	5,5	13	7,2	11	7,5	71	6,8		
Grande responsabilità	20	5,1	18	5,5	11	6,1	7	4,8	56	5,4		
Subalternità al medico	15	3,8	15	4,6	3	1,7	4	2,7	37	3,5		
Troppo studio e tirocinio	1	0,3	12	3,6	5	2,8	2	1,4	20	1,9		
Impotenza	9	2,3	8	2,4	2	1,1	0	0,0	19	1,8		
Mancanza di personale	2	0,5	3	0,9	1	0,6	4	2,7	10	1,0		
Non saprei	0	0,0	15	4,6	1	0,6	2	11,1	18	1,7		
Altro	24	6,3	15	4,5	12	6,8	1	0,1	52	5,2		
Nessuno	27	6,9	7	2,1	4	2,2	3	2,1	41	3,9		
Totale	390	100,0	329	100,0	181	100,0	146	100,0	1.046	100,0		

NB Erano possibili più risposte aperte.

³ Circa il 30% in meno di quelle alla domanda precedente.

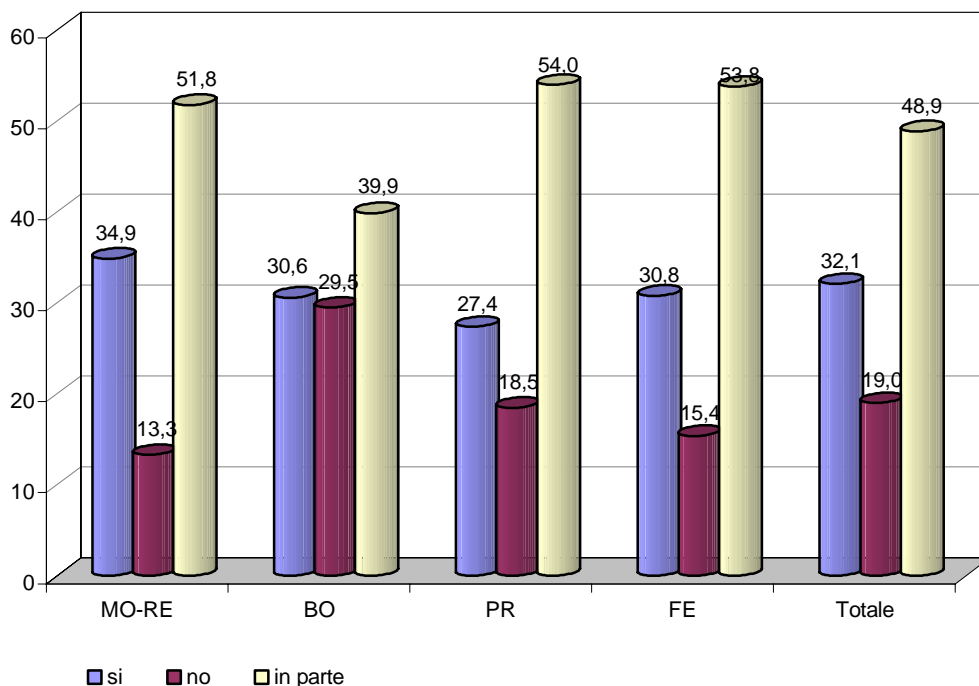
Verrebbe davvero da chiedersi per quale ragione, nonostante la consapevolezza già presente di tutti gli svariati aspetti negativi, questi studenti abbiano comunque deciso di iscriversi al corso: ci pare che questa sia una ultima, definitiva conferma della saldezza della motivazione oblativo-relazionale indicata, che appare travalicare sia l'ambivalenza delle opinioni correnti sulla professione sia i suoi aspetti negativi, di cui si è comunque consapevoli. L'immagine idealizzata di una professione comunque gratificante nella relazione con il malato e responsabilizzante verso un contesto organizzativo percepito come sostanzialmente non gerarchico sembra dunque resistere, offrendo uno spazio cognitivo-emotivo in cui investire le possibilità del proprio futuro professionale:

Ho deciso di iscrivermi perché sapevo più o meno già quello che volevo e perciò non avevo dubbi. Anche adesso non ho dubbi e penso che sarà un lavoro che vorrò fare per tutta la vita. Perciò penso che sia una professione importante e che tocca a noi rivalutarla. Tocca a noi comportarci in modo diverso, in modo che il ruolo dell'infermiere diventi qualcosa di più che la puntura, l'endovenosa. Tocca a noi comportarci con il paziente in modo professionale nel vero senso della parola (Focus group n. 1, 2).

5.3. Le informazioni ricevute: il canale preferenziale degli altri studenti

Sulla scelta di entrare, un certo peso - sia pure relativo - possono averlo anche le informazioni pregresse possedute e quelle ricevute relativamente al Corso: ecco perché è opportuno concludere l'esplorazione degli atteggiamenti che hanno portato a tale scelta con alcune considerazioni relative alle informazioni ricevute.⁴ È da sottolineare innanzitutto il fatto che solo il 32,1% ritiene di aver ricevuto informazioni adeguate relativamente al corso prima dell'iscrizione; la percentuale scende al 27,4% nel caso della sede di Parma e risale al 34,9% di quella di Modena - Reggio Emilia (*Figura 10*). Se poi un 19% si accontenta di un salomonico "in parte" (percentuale che sale al 29,5% nel caso di Bologna), ben il 48,9% - che diviene maggioritario nel caso di tre sedi come Parma (54%), Ferrara (53,8%) e Modena - Reggio Emilia (51,8%) - ritiene decisamente di non aver ricevuto informazioni sufficienti.

⁴ L'indagine si è limitata alle informazioni ricevute, dal momento che quelle pregresse apparivano di ben più difficile esplorazione.

Figura 10. Adeguatezza delle informazioni ricevute prima dell'iscrizione al corso

Se si considerano i canali attraverso i quali tali informazioni hanno raggiunto i potenziali studenti, emerge che nella maggior parte dei casi (31,2%) si è trattato di canali informali, come studenti che hanno frequentato o stanno frequentando il corso (*Tabella 18*). Il passaparola sembra dunque ancora funzionare come principale canale informativo, nonostante gli sforzi indubbi messi in campo dalle diverse sedi universitarie in questi ultimi anni: l'invio di opuscoli informativi e *dépliant* (21,5%), la Segreteria del corso (18,3%) e il personale addetto all'orientamento universitario (10,1%) costituiscono i canali formali mediante i quali un numero consistente di studenti ha potuto documentarsi in anticipo. Da notare è invece il peso più trascurabile che hanno avuto altri canali quali i *mass media* (6,2%) e l'orientamento presso la scuola secondaria superiore (4,9%): si tratta di canali più generici, meno finalizzati e specifici, quindi probabilmente meno utili per ricevere informazioni mirate.

Tabella 18. Modalità di informazione prevalenti

Sedi universit.	MO-RE		BO		PR		FE		Totale	
	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%
c/o scuola superiore	18	4,9	13	6,4	4	3,9	3	2,7	38	4,9
Orientamento universitario	32	8,7	17	8,4	19	18,3	11	10,5	79	10,1
Segreteria corso	76	20,8	23	11,4	19	18,3	24	22,9	142	18,3
Studenti frequentanti	111	30,2	72	35,7	30	28,9	30	28,6	243	31,2
Opuscoli, dépliant	80	21,8	37	18,3	24	23	26	24,8	167	21,5
Mass media	18	4,9	25	12,4	3	2,8	2	1,9	48	6,2
Altro	32	8,7	15	7,4	5	4,8	9	8,6	61	7,8
<i>Totale</i>	<i>367</i>	<i>100,0</i>	<i>202</i>	<i>100,0</i>	<i>104</i>	<i>100,0</i>	<i>105</i>	<i>100,0</i>	<i>778</i>	<i>100,0</i>

NB Erano possibili massimo 2 risposte.

Viene sottolineata anche la discrasia tra quello che viene descritto nei *dépliant* ufficiali rispetto alla realtà del corso.

Si, negli opuscoli "Fai qualcosa di bello per gli altri", c'è scritto che ci sono tutti gli esami, ma non ci si immagina il carico di lavoro! (Focus group n. 1, 8).

È noto che il problema dell'informazione e dell'orientamento degli studenti costituisce una *vexata quaestio* dell'Università italiana; ma in corsi particolarmente impegnativi come quello per infermieri, esso può assumere una connotazione quasi drammatica e rappresenta un'esigenza imprescindibile di miglioramento della qualità dei servizi offerti oltre che una doverosa risposta alle aspettative dell'utenza.

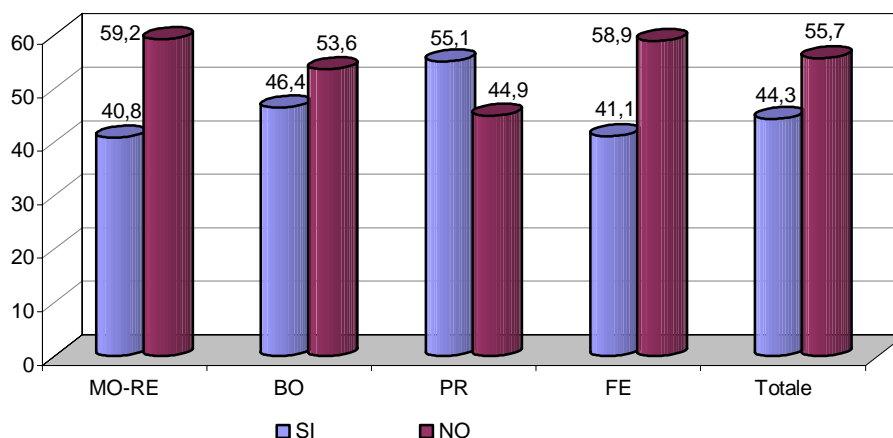
6. Atteggiamenti finali: la scelta di uscire

6.1. Problemi relativi alla parte teorica del corso

Il disegno di ricerca longitudinale ha consentito di indagare *ex post* i fattori soggettivi, strutturali e ambientali così come sono stati presentati nell'ipotesi di ricerca iniziale, grazie alla seconda rilevazione svolta al termine del I anno. Inoltre, mettendo a confronto i risultati di tale indagine con quelli dei *focus group* effettuati con studenti fuori corso, trasferiti ad altri corsi e ritirati, si ha la possibilità di capire se gli atteggiamenti espressi dagli studenti rimasti in corso al termine del I anno siano - e in che misura - condivisi dagli studenti che invece già hanno abbandonato o sono in una situazione (fuori corso) che spesso diviene l'anticamera dell'abbandono. In primo luogo si indagano i fattori strutturali relativi, in particolare, alla parte teorica del corso.

I risultati della seconda rilevazione evidenziano per buona parte degli studenti rimasti difficoltà di apprendimento: ben il 44,3% di loro afferma infatti di avere incontrato una qualche difficoltà di apprendimento teorico, con un *range* che va dal 55,1% di Parma al 40,8% di Modena - Reggio Emilia (*Figura 11*).

Figura 11. Difficoltà di apprendimento teorico



Quali possono essere le ragioni di tali difficoltà secondo gli studenti stessi (*Tabella 19*)? La motivazione assolutamente prevalente è quella relativa alla "concentrazione di molte discipline in poco tempo" (34%), seguita dalla "mancanza di tempo per studiare" (26,7%) e dalla "mancanza di precedente preparazione" (21,7%). Si tratta di tre ordini di motivazioni differenti: la prima è relativa alle modalità di organizzazione della didattica, la seconda ai carichi di studio-tirocinio (ed, eventualmente, lavoro) complessivi, la terza si colloca a livello di curriculum formativo pregresso, giudicato inadeguato, cui si possono aggiungere anche coloro che ritengono di non aver acquisito in precedenza un "metodo

di studio" (4,3%). Più contenute, ma significative, le "difficoltà di relazione con il docente" (8,1%) e le "difficoltà ad affrontare gli esami" (2,9%), segno che anche gli aspetti emotivi e relazionali possono avere un qualche ruolo nell'impedire un apprendimento teorico adeguato.

Tabella 19. Motivazioni delle difficoltà di apprendimento teorico

Sedi universit.	MO-RE		BO		PR		FE		Totale	
	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%
Molte discipline in poco tempo	65	28,5	89	36,8	31	36,0	38	38,8	223	34,0
Mancanza di tempo per studiare	54	23,7	70	29,0	26	30,0	24	24,5	174	26,7
Mancanza precedente preparazione	55	24,1	51	21,0	18	21,0	18	18,4	142	21,7
Difficoltà di relazione con il docente	26	11,4	12	5,0	4	4,7	11	11,3	53	8,1
Mancanza metodo di studio	10	4,4	11	4,5	3	3,6	4	4,0	28	4,3
Difficoltà ad affrontare gli esami	11	4,8	5	2,0	1	1,2	2	2,0	19	2,9
Altro	7	3,1	4	1,7	3	3,5	1	1,0	15	2,3
<i>Totale</i>	<i>228</i>	<i>100,0</i>	<i>242</i>	<i>100,0</i>	<i>86</i>	<i>100,0</i>	<i>98</i>	<i>100,0</i>	<i>654</i>	<i>100,0</i>

NB Erano possibili massimo 2 risposte.

Per quanto riguarda i fattori strutturali, dunque, in accordo con le diverse recenti ricerche sugli abbandoni che identificano nella problematica di tipo accademico l'elemento centrale della maggior parte di cause di difficoltà (Glossop, 2002; Jennings, 2002; Last, Fulbrook, 2003; Timmins, Kaliszzer, 2002), anche il campione considerato in questa indagine pone al primo posto tra i fattori di abbandono l'eccessivo impegno accademico, inteso soprattutto come esigente carico di lavoro per gli studenti e presenza di ritmi stressanti tra lezioni, tirocinio ed esami.

6.2. Problemi relativi al tirocinio

Anche il tirocinio può costituire un'esperienza il cui impatto, data la sua complessità di implicazioni, non sempre risulta di facile sistematizzazione nell'ambito dell'esperienza dei soggetti, con conseguenze talvolta dirimpenti. Occorre comunque identificare anzitutto quale sia la modalità di tirocinio prevalente seguita dallo studente, poiché ciascuna di esse può avere caratteristiche (e conseguenze) assai diverse.

Qui il peso delle peculiarità proprie di ciascuna sede universitaria e del suo modo di organizzarlo appare evidente (*Tabella 20*). Se infatti l'affiancamento 1 a 1 tra studente e infermiere guida costituisce la modalità prevalente (38,8%), essa diviene quella quasi esclusiva scelta dalla sede di Parma (74,3%), mentre assume un peso più ridotto nella sede di Ferrara (32%), nella quale l'affiancamento a un'*équipe* infermieristica (24,3%) e una modalità mista tra queste due (36%) assumono pure un ruolo rilevante. A Modena - Reggio Emilia (27,3%) e, in misura più ridotta, a Bologna (14,5%) una modalità diffusa è invece l'affiancamento a uno studente del III anno assieme all'infermiere guida; in generale, in queste due sedi le modalità risultano comunque più diversificate, dal momento che anche le altre due precedenti - affiancamento a un'*équipe* di infermieri e mista (all'infermiere guida e all'*équipe*) - risultano praticate.

Tabella 20. Modalità di svolgimento del tirocinio

Sedi universit.	MO-RE		BO		PR		FE		Totale	
	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%
Affiancamento studente / infermiere	165	36,0	141	35,4	78	74,3	54	32,0	438	38,8
Affiancamento a studente III anno	125	27,3	58	14,5	1	0,9	3	1,8	187	16,5
Affiancamento a <i>équipe</i> di infermieri	68	14,9	77	19,3	4	3,8	41	24,3	190	16,8
Affiancam. a infermiere guida di tirocinio	92	20,0	95	23,8	22	21,0	61	36,0	270	23,9
Altro	8	1,8	28	7,0	0	0,0	10	5,9	46	4,0
<i>Totale</i>	<i>458</i>	<i>100,0</i>	<i>399</i>	<i>100,0</i>	<i>105</i>	<i>100,0</i>	<i>169</i>	<i>100,0</i>	<i>1.131</i>	<i>100,0</i>

NB Poiché erano possibili più risposte, il numero di risposte non coincide con i soggetti.

Anche per quanto riguarda il tirocinio nell'ambito dei *focus group* erano emerse difficoltà e problemi, soprattutto relativamente alla discrasia fra quanto accade nella realtà e quanto appreso a scuola.

Al corso, la prima cosa che ci insegnano è l'umanità, il rispetto degli altri. Poi, però, ti rendi conto che spesso non è così. In ospedale, ad esempio, si va di fretta e questi aspetti vengono un po' sottovalutati, messi da parte, nonostante siano fondamentali anche per la ripresa del paziente (Focus group n. 4, 1-2).

I primi 2-3 giorni di tirocinio ho visto cose fatte male sui pazienti e mi sono chiesta: ma dove sono finita? Mi veniva da piangere al solo pensiero di andare lì. Poi le cose sono cambiate. Adesso, è ovvio che convivo con entrambe le situazioni, però è molto più leggero sapere che non è tutto così nero (Focus group n. 2, 4).

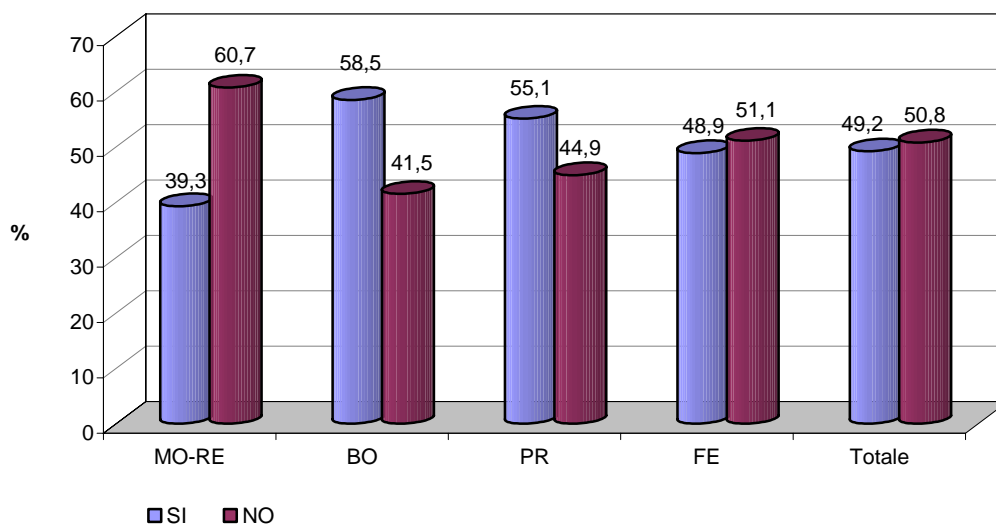
La fortuna di questo corso è che, nonostante il tirocinio sia pesante, se non altro ti rendi subito conto di quello che dovrai fare (Focus group n. 3, 4).

Il tirocinio costituisce la cartina al tornasole definitiva della vocazione o meno alla professione.

Molti studenti si sono ritirati dopo 1-2 settimane dall'inizio del tirocinio: si rendono conto di ciò che effettivamente fa un infermiere e capiscono che non è per loro. Molti, poi, vogliono fare fisioterapista o tecnico di radiologia, perché vedono una figura un po' più rinomata. Il fatto, ad esempio, che durante le festività non lavorino, o che possano avviare una attività per conto proprio, lo vedono già come qualcosa di diverso (Focus group n. 2, 4).

Queste difficoltà risultano confermate anche dalla seconda rilevazione: quasi la metà degli studenti (49,2%) dichiara di averle avute (Figura 12). Si tratta di un dato molto significativo, che arriva al 58,5% a Bologna e al 55,1% a Parma.

Figura 12. Studenti che hanno incontrato difficoltà durante il tirocinio



Ma di che tipo di difficoltà si è trattato? In che misura esse coincidono con quelle già emerse nell'ambito dei *focus group*? Nella maggioranza dei casi (52,3%) si tratta di difficoltà a conciliare studio e attività di tirocinio, più evidenti nelle sedi di Bologna (55,2%), Parma (60%) e Ferrara (55%). Gli altri tipi di difficoltà assumono un peso diverso a seconda della sede universitaria: se infatti a Ferrara e Parma esse hanno un peso tutto sommato ridotto, a Modena - Reggio Emilia le difficoltà sono piuttosto distribuite tra "mancanza di adeguato supporto da parte dell'infermiere guida" (14,9%), "forte impatto emotivo di fronte a situazioni particolari" (13,4%), "difficoltà a mettere

in pratica quanto appreso durante il corso" (9,4%) e "scarsa considerazione da parte degli infermieri di reparto (7,9%). A Bologna, a queste si aggiungono anche le difficoltà dovute a "scarso collegamento tra sede di tirocinio e sede formativa" (4,7%).

Tabella 21. Tipo di difficoltà di svolgimento del tirocinio

Sedi universit.	MO-RE		BO		PR		FE		Totale	
	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%
Conciliare studio e tirocinio	90	44,5	154	55,2	42	60	50	55,0	336	52,3
Forte impatto emotivo	27	13,4	24	8,6	11	15,7	7	7,7	69	10,7
Scarsa considerazione da parte degli infermieri di reparto	16	7,9	38	13,7	2	2,9	7	7,7	63	9,8
Mancanza di supporto da parte degli infermieri	30	14,9	19	6,8	4	5,7	9	9,8	62	9,7
Applicazione apprendimento	19	9,4	16	5,7	4	5,7	4	4,4	43	6,7
Scarso collegamento tra sede tirocinio e sede formativa	7	3,5	13	4,7	2	2,9	3	3,3	25	3,9
Problemi relazionali	6	3,0	2	0,7	1	1,4	0	0,0	9	1,4
Difficoltà di svolgimento delle attività	2	0,9	7	2,5	0	0,0	7	7,7	16	2,5
Altro	5	2,5	6	2,1	4	5,7	4	4,4	19	3,0
<i>Totale</i>	<i>202</i>	<i>100,0</i>	<i>279</i>	<i>100,0</i>	<i>70</i>	<i>100,0</i>	<i>91</i>	<i>100,0</i>	<i>642</i>	<i>100,0</i>

NB Erano possibili massimo 2 risposte.

La difficoltà a correlare teoria con tirocinio, elemento riconosciuto tra i fattori principali di abbandono in recenti studi (Last, Fulbrook, 2003) rimane in questa rilevazione, assolutamente marginale.

Da non trascurare fra i fattori di difficoltà di tirocinio, seppure più marginali rispetto a quelli già descritti, anche la scarsa considerazione da parte degli altri infermieri e la mancanza di supporto da parte dell'infermiere guida, aspetto ben presente nelle cause di abbandono individuate da alcuni studi recenti (Andrews, Chilton, 2000; Last, Fulbrook, 2003).

In altri casi, invece, l'esperienza di tirocinio è del tutto positiva e gratificante, arrivando a costituire la conferma definitiva - come una sorta di rito di passaggio - della propria attitudine alla professione e quindi della propria scelta iniziale.

Il tirocinio mi dà moltissima soddisfazione, molta di più di quello che avrei mai immaginato. Quindi, se prima ero convinta al 99%, adesso proprio alle stelle. Questo anche con la frequenza al tirocinio, perché comunque finché sei a scuola vedi solo la parte teorica. Hai un po' il mito dell'infermiere come "adesso

ti salvo io"; o comunque gli stereotipi della società ti rimangono nelle orecchie: «Vai a spadellare della gente. Pannoloni..., tutto il giorno fai solo quello. Ah, che bello, chissà che schifo con questi vecchietti» e così via.

All'inizio avevo un po' paura, però quando ho iniziato il tirocinio, è vero c'era da spadellare, però c'era il contatto umano che la gente che non fa questo mestiere o vede l'infermiere come solo lo spadellatore ma non vede quest'altro aspetto. È gratificante, moltissimo (Focus group n. 1, 5).

Durante il tirocinio vedi proprio cosa andrai a fare. Un conto, infatti, è dire "Prendete la padella"; un conto è quando lo devi fare e capisci se ti fa proprio schifo. Il vero banco di prova è proprio il tirocinio (Focus group n. 1, 10).

Il tirocinio è comunque una scuola, teorica prima che pratica. Gli infermieri tendono prima a spiegarci come si fanno le cose, poi insegnano la pratica. Il tirocinio è quello che mi ha chiarito tante cose. È una gran scuola anche perché, ad esempio, a me risulta molto più facile ricordarmi tutto quello che mi dicono. Tutto quello che succede lì dentro io l'imparo (Focus group n. 2, 3).

Nel complesso, comunque, il quadro che emerge rispetto al tirocinio è quello di un'esperienza vissuta in maniera più concorrenziale che complementare rispetto allo studio della parte teorica, data la difficoltà a conciliare le due cose. Un peso senz'altro significativo nell'incidere negativamente su questa esperienza possono poi averlo anche altri fattori sia di natura emotiva - dovuti all'impatto di situazioni particolarmente forti relative ai malati - sia relazionali e cognitivi nei confronti di infermieri guida che non paiono offrire il supporto emotivo necessario a costituire il punto di riferimento ricercato per la pratica professionale. Le difficoltà incontrate nell'applicare quanto appreso sul piano teorico si traducono in un primo significativo iato teoria/pratica che viene introiettato con conseguenze spesso irreparabili per il futuro professionale.

6.3. L'esperienza del corso: valutazione complessiva

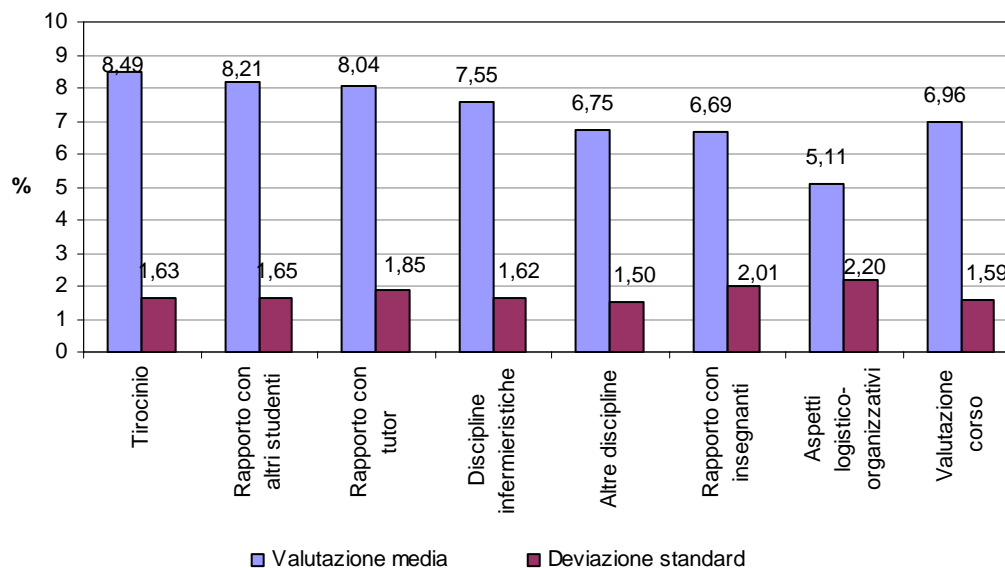
Nel complesso, gli studenti come valutano comunque il corso?

Nella seconda rilevazione è stato chiesto loro di esprimere una valutazione articolata per diversi aspetti e complessiva su una scala di gradimento da 1 (pessimo) a 10 (ottimo). L'aspetto valutato come più positivo è quello del tirocinio (valutazione media = 8,49), seguito dal rapporto con gli altri studenti del corso (8,21) e dal rapporto con i *tutor* (8,04): in tutti e tre i casi si tratta dunque di aspetti legati alla pratica professionale e alle relazioni sociali instaurate nell'ambito del corso. Ciò appare in linea con la tipologia di motivazioni espresse per la scelta del corso. Meno apprezzati, ma comunque ancora positivi,⁵ sono altri aspetti più legati alla parte teorica relativi alle discipline infermieristiche (7,55), alle altre discipline (6,75) e al rapporto con gli insegnanti (6,69). Più decisamente negativa risulta la valutazione sugli aspetti logistico-organizzativi (aule, orari, sussidi didattici, ecc.) del corso (5,11).

Per quanto riguarda la valutazione complessiva del corso, essa risulta mediamente discreta (6,96): è una valutazione che riflette abbastanza fedelmente la sintesi dei diversi aspetti indicati (*Figura 13*).

Considerando le diverse sedi, non si evidenziano sostanziali differenze rispetto all'andamento complessivo; le valutazioni si discostano solo lievemente da quanto indicato (*Figure 14 - 17*).

Figura 13. Valutazioni specifiche e complessiva del corso



⁵ Anche se qui i valori della deviazione standard sono tali da far assumere alla valutazione anche valori negativi (<6).

Figura 14. Valutazioni specifiche e complessiva del corso. Sede di Modena - Reggio Emilia

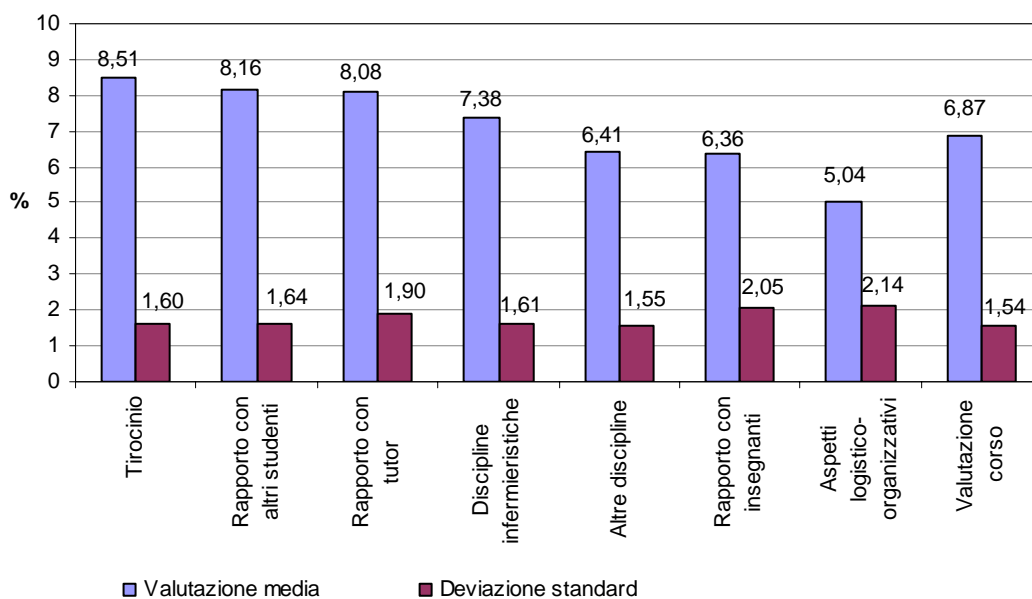


Figura 15. Valutazioni specifiche e complessiva del corso. Sede di Bologna

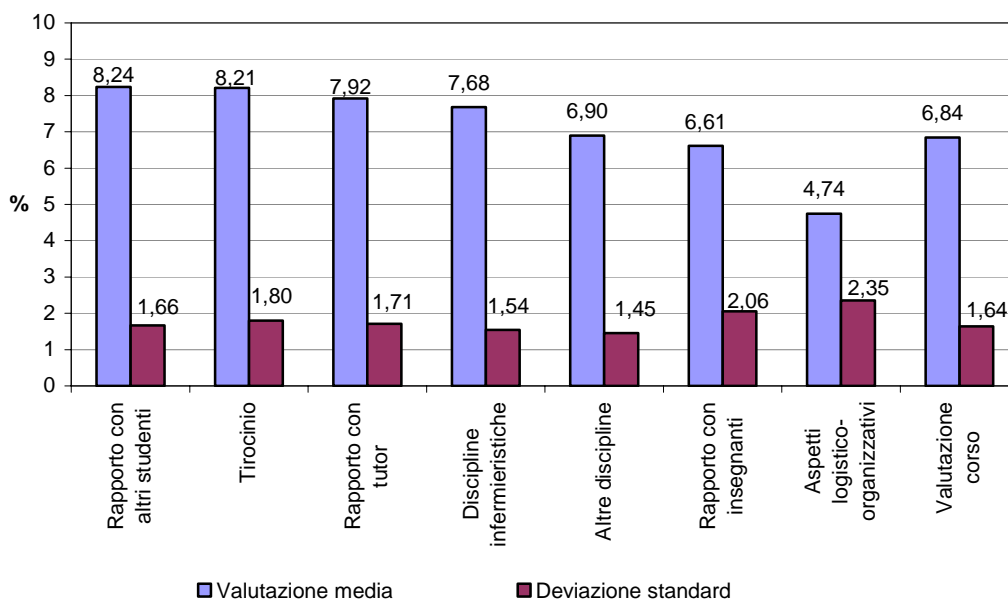


Figura 16. Valutazioni specifiche e complessiva del corso. Sede di Parma

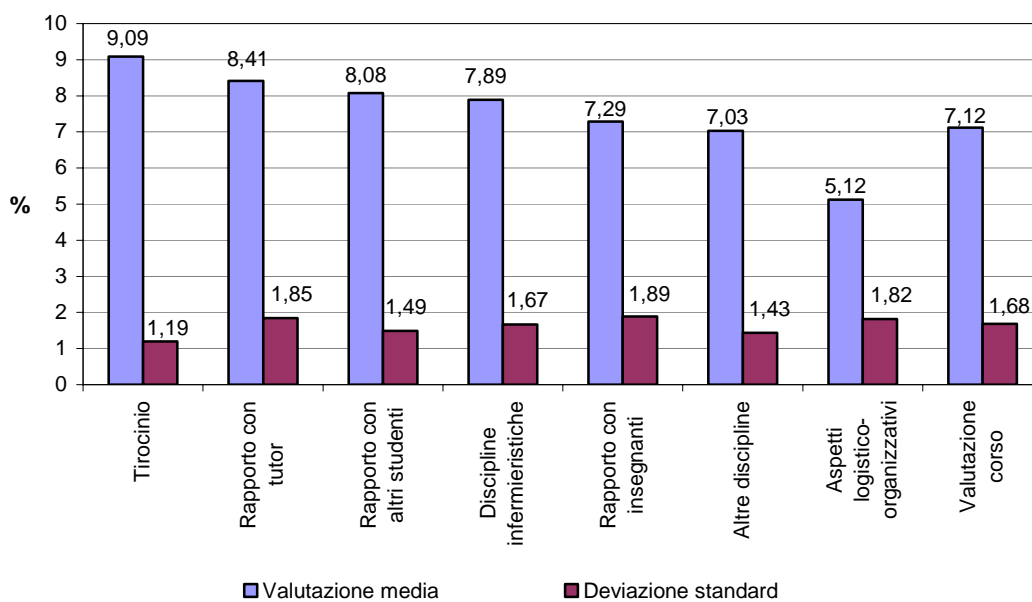
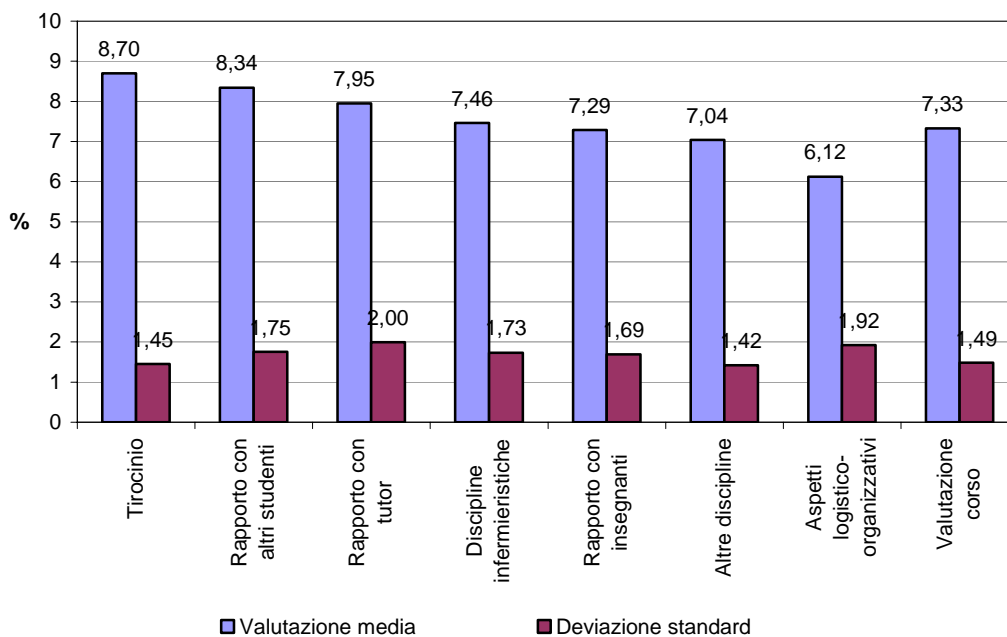


Figura 17. Valutazioni specifiche e complessiva del corso. Sede di Ferrara



6.4. Aspettative ed esperienze della professione infermieristica a confronto

Oltre ai fattori strutturali legati all'organizzazione didattica del corso, si è ipotizzato che anche i fattori soggettivi - connessi alle motivazioni relative alla scelta del corso e all'immagine percepita del ruolo professionale infermieristico - possano influenzare in maniera significativa l'eventuale scelta di abbandonare il corso. Si tratta di fattori particolarmente difficili da rilevare, in quanto meno oggettivi e più dinamici, oltre che spesso influenzati dagli altri due ordini di fattori (strutturali e ambientali) considerati. Si è cercato quindi di coglierli soprattutto attraverso il confronto tra i risultati delle due rilevazioni, pur nella consapevolezza dei limiti di questa scelta.⁶ I dati relativi alle variazioni nel grado di scelta del corso non appaiono, ad esempio, univoci (*Tabella 22*): se le prime scelte infatti complessivamente diminuiscono, il loro andamento è difforme nelle diverse sedi; lo stesso si può dire anche delle seconde (che complessivamente invece aumentano) e delle terze scelte (che complessivamente pure diminuiscono).

Per ovviare almeno in parte al problema, si cercherà di assumere come significative solo le variazioni che superano (in positivo o in negativo) la variazione nella composizione complessiva del campione pari a -9,2%, in modo da compensare eventuali *bias* dovuti ai fattori indicati. Con questo criterio, se si esamina la variazione nelle motivazioni all'iscrizione, si vede che le uniche motivazioni che variano in maniera significativa sono la "certezza del posto di lavoro" (-4,2%), lo "stare a diretto contatto con le persone" (+3,9%) e il "sentirsi portato per la professione di infermiere" (+1,5%) (*Tabella 23*). Il fatto che a diminuire significativamente siano state le motivazioni di carattere più strumentale come la prima, mentre ad aumentare siano quelle di tipo più relazionale e auto-realizzativo come le seconde sembra indicare che, rispetto alla prima rilevazione di inizio anno accademico, a restare sono soprattutto coloro le cui motivazioni risultano più saldamente radicate su solide basi valoriali e relazionali piuttosto che su fini strumentali.

⁶ Nel Paragrafo 2.1 si è visto infatti che la differenza tra le 2 rilevazioni potrebbe non essere dovuta semplicemente alla perdita fisiologica dei *drop out* (e, quindi, sempre comunque negativa), dal momento che in alcune sedi (Bologna e Ferrara) la differenza è positiva, per la presenza sia di iscrizioni tardive sia di studenti che non erano probabilmente presenti per una qualche ragione nel corso della prima giornata di somministrazione.

Tabella 22. Variazioni nel grado di scelta del corso

Scelta corso	II rilevazione										Variazioni % (rispetto alla I rilevazione)				
	MO-RE		BO		PR		FE		Tot		MO-RE	BO	PR	FE	Tot.
	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%					
I scelta	209	63,1	227	75,2	69	76,7	92	70,2	597	69,9	-0,3	-8,9	+1,7	+5,1	-2,4
II scelta	90	27,2	51	16,9	15	16,7	31	23,7	187	21,9	+1,4	+5,5	-2,7	+6,6	+10,8
III scelta	19	5,7	10	3,3	4	4,4	6	4,6	39	4,6	+2,5	+1,8	+0,4	-8,6	-3,9
Trasferimento da altro corso universitario	13	3,9	13	4,3	1	1,1	1	0,8	28	3,3	-3,5	+1,3	-0,5	-2,3	-5,0
Trasferimento da altra Università	-		1	0,3	1	1,1	1	0,8	3	0,4	-	-	-	-0,8	-0,8
<i>Totale</i>	<i>331</i>	<i>100,0</i>	<i>302</i>	<i>100,0</i>	<i>90</i>	<i>100,0</i>	<i>131</i>	<i>100,0</i>	<i>854</i>	<i>100,0</i>					

Tabella 23. Variazioni nel tipo di motivazione per l'iscrizione al corso

Motivazioni iscrizione	II rilevazione					Variazioni % (rispetto alla I rilevazione)				
	MO-RE	BO	PR	FE	Tot.	MO-RE	BO	PR	FE	Tot.
Aiutare chi soffre	143 (23,6%)	129 (23,1%)	37 (22,8%)	49 (19,9%)	358 (22,8%)	-0,8	-3,3	-3,9	-6,8	-1,9
Diretto contatto con le persone	112 (18,5%)	112 (20,1%)	38 (23,5%)	51 (20,7%)	313 (19,9%)	+2,3	+3,8	+7,8	+5,3	+3,9
Certezza del posto di lavoro	101 (16,7%)	91 (16,3%)	21 (13,0%)	43 (17,5%)	256 (16,3%)	-4,1	-4,3	-0,6	-8,5	-4,2
Sentirsi portati	82 (13,6%)	102 (18,3%)	25 (15,4%)	45 (18,3%)	254 (16,2%)	-1,1	+3,5	+0,1	+4,1	+1,5
Volontariato	71 (11,7%)	47 (8,4%)	16 (9,9%)	27 (11,0%)	161 (10,2%)	+0,5	-0,3	-2	+1,7	-
Influenza genitori e/o parenti	31 (5,1%)	23 (4,1%)	6 (3,7%)	10 (4,1%)	70 (4,5%)	+0,4	-1,5	+0,3	+0,4	-0,2
Avevo scelto un altro corso	27 (4,5%)	13 (2,3%)	8 (4,9%)	7 (2,8%)	55 (3,5%)	+0,9	+1,3	-1	-2,5	+0,1
Influenza amici	12 (2,0%)	16 (2,9%)	2 (1,2%)	5 (2,0%)	35 (2,2%)	+1,2	+1,5	+0,8	+0,6	+1,2
Corso breve e meno impegnativo	12 (2,0%)	10 (1,8%)	3 (1,9%)	3 (1,2%)	28 (1,8%)	+0,8	+1	+0,2	+1	+0,7
Uso di nuove tecnologie	6 (1,0%)	3 (0,5%)	2 (1,2%)	0	11 (0,7%)	-0,3	-1,6	+0,8	-	-0,6
Non sapevo cosa fare	5 (0,8%)	3 (0,5%)	2 (1,2%)	0	10 (0,6%)	+0,3	+0,1	+0,8	-	+0,1
Altro	3 (0,5%)	9 (1,6%)	2 (1,2%)	6 (2,4%)	20 (1,3%)	-	-0,3	-3,5	-0,4	-0,5
<i>Totale</i>	<i>605 (100,0%)</i>	<i>558 (100,0%)</i>	<i>162 (100,0%)</i>	<i>246 (100,0%)</i>	<i>1.571 (100,0%)</i>					

NB Erano possibili massimo 2 risposte.

Era stata ipotizzata un'influenza significativa, anche se sostanzialmente inconsapevole, del contesto familiare e amicale nella scelta di iscriversi al corso; è possibile fare altrettanto per quanto riguarda la scelta di abbandonare?

A guardare i risultati delle variazioni nelle risposte alla domanda relativa, si direbbe di no, dal momento che il loro andamento è difforme nelle diverse sedi e solo Parma sembra presentare un dato significativo di forte diminuzione da parte di coloro che hanno familiari e/o amici infermieri (-13,9%) (*Tabella 24*).

Se dalle motivazioni per la scelta del corso si passa all'immagine percepita del ruolo professionale infermieristico, le variazioni rilevate si collocano tutte al di sotto della soglia stabilita (*Tabella 25*). Alcuni dati siano comunque significativi, per esempio quelli che indicano una certa diminuzione di immagini positive come la gratificazione per il rapporto interpersonale con il malato (-5,5%) e, al contrario, una crescita di caratteristiche negative come lo "stress psico-fisico" (+4,2%) e la presenza di "orari e turni di lavoro pesanti" (+2%): segno di un'immagine più realistica della professione prodotta dall'esperienza del I anno?

Tabella 24. Variazioni nella presenza di familiari e/o amici e conoscenti infermieri

Sedi universitarie	II rilevazione						Variazioni % (rispetto alla I rilevazione)
	sì		no		totale		sì
	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%	
MO e RE	203	61,7	126	38,3	329	100,0	-1,4
BO	166	55,1	135	44,9	301	100,0	-0,4
PR	49	54,4	41	45,6	90	100,0	-13,9
FE	84	63,6	48	36,4	132	100,0	+5,9
<i>Totale</i>	<i>502</i>	<i>58,9</i>	<i>350</i>	<i>41,1</i>	<i>852</i>	<i>100,0</i>	<i>-1,9</i>

Tabella 25. Variazioni nelle caratteristiche che si ritiene rispecchino maggiormente la professione infermieristica

Caratteristiche professione	II rilevazione					Variazioni % (rispetto alla I rilevazione)				
	MO-RE	BO	PR	FE	Tot.	MO-RE	BO	PR	FE	Tot.
Responsabilità	200 (31,8%)	182 (31,4%)	59 (34,3%)	86 (33,5%)	527 (32,2%)	+2,8	+2,2	+4,8	-1,5	+2,2
Gratificazione rapporto interpersonale	200 (31,8%)	156 (26,9%)	42 (24,4%)	67 (26,1%)	465 (28,4%)	-4,3	-6,8	-8,8	-2,3	-5,5
Impegno	73 (11,6%)	82 (14,2%)	18 (10,5%)	29 (11,3%)	202 (12,3%)	-0,8	-1,7	-2,0	-4,7	-1,7
Autonomia	44 (7,0%)	30 (5,2%)	7 (4,1%)	21 (8,2%)	102 (6,2%)	+1,3	-1,4	-2,1	+1,2	-
Stress psico-fisico	22 (3,5%)	47 (8,1%)	16 (9,3%)	15 (5,8%)	100 (6,1%)	-2,7	+5,4	+6,8	+3,1	+4,2
Missione	44 (7,0%)	33 (5,7%)	4 (2,3%)	11 (4,3%)	92 (5,6%)	-2,7	+0,3	-2,7	-0,4	-1,2
Orari e turni pesanti	16 (2,5%)	20 (3,5%)	13 (7,6%)	15 (5,8%)	64 (3,9%)	+0,8	+2,5	+3,9	+3,1	+2,0
Subalternità al medico	21 (3,3%)	15 (2,6%)	7 (4,1%)	9 (3,5%)	52 (3,2%)	-1,5	-2,0	+2,4	-	-1,0
Rischio per la propria salute	9 (1,4%)	14 (2,4%)	6 (3,5%)	4 (1,6%)	33 (2,0%)	+1,0	+1,4	-1,5	-	+0,9
<i>Totale</i>	<i>629</i> <i>(100,0%)</i>	<i>579</i> <i>(100,0%)</i>	<i>172</i> <i>(100,0%)</i>	<i>257</i> <i>(100,0%)</i>	<i>1.637</i> <i>(100,0%)</i>					

NB Erano possibili massimo 2 risposte.

Se si considerano gli aspetti che dopo l'esperienza del corso vengono ritenuti maggiormente positivi e negativi nella professione, sembra che i risultati delle variazioni vadano almeno in parte nella direzione indicata: aspetti positivi come "aiutare chi soffre" (-8,4%) e le "relazioni interpersonali con il malato e i familiari" (-2,9%) diminuiscono sostanzialmente, mentre crescono altri come "professione gratificante" (+3,3%), "responsabilità" (+4,5%) e "professione dinamica" (+5,8%), meno a contenuto oblativo-relazionale e più in sintonia con un'immagine realistica della professione (*Tabella 26*), immagine nella quale c'è posto sia per la consapevolezza dei limiti di autonomia attuali della professione sia per rivendicarne l'ampliamento.

Sicuramente tendono a dare molta responsabilità, quindi la responsabilità degli OTA. Tante responsabilità che prima erano di competenza medica adesso vengono delegate all'infermiere, togliendo il mansionario. Però, d'altra parte, l'infermiere deve fare tutto e si ritrova, sia a livello salariale, sia a livello di riconoscimento, davanti all'utente come 20 anni fa. Quindi, è sempre subordinato al medico; è sempre quello che esegue gli ordini, quando invece, secondo me, ha un'autonomia propria e ha gran parte di responsabilità di cui risponde direttamente (Focus group n. 1, 3).

Anche gli aspetti considerati maggiormente negativi subiscono variazioni forse ancor più significative rispetto alla prima rilevazione (*Tabella 27*): se a diminuire in modo evidente sono infatti aspetti come il "lavoro pesante" (-8,2%), gli "orari notturni e i turni pesanti" (-8,1%) e la "sofferenza emotiva" (-2,3%), crescono invece sostanzialmente altri attributi come "professione non valorizzata" (+13,1%), "impotenza" (+8,1%) e "rischio per la salute" derivante dal possibile contagio da malattie (+7,3%). Si ha l'impressione che lo sguardo sulla professione tenda a trascendere lo spazio angusto dell'orizzonte individuale per riuscire a cogliere meglio aspetti di natura più generale, relativi sia all'organizzazione del lavoro sia alla collocazione della professione nella società.

Tabella 26. Variazioni negli aspetti ritenuti più positivi nella professione infermieristica

Aspetti positivi	II rilevazione					Variazioni % (rispetto alla I rilevazione)				
	MO-RE	BO	PR	FE	Tot.	MO-RE	BO	PR	FE	Tot.
Aiutare chi soffre	178 (28,7%)	132 (22,9%)	47 (27,3%)	54 (20,8%)	411 (25,2%)	-6,7	-10	-9,5	-0,5	-8,4
Relazione interpersonale	115 (18,5%)	102 (17,7%)	28 (16,3%)	48 (18,5%)	293 (18,0%)	-0,5	-4,5	-1,10	-2,8	-2,9
Professione gratificante	87 (14,0%)	102 (17,7%)	30 (17,4%)	55 (21,2%)	274 (16,8%)	+0,5	+ 3,8	+4,6	+7,8	+3,3
Responsabilità	48 (7,7%)	62 (10,7%)	17 (9,9%)	30 (11,5%)	157 (9,6%)	+1,4	+8,1	+4,1	+6,5	+4,5
Opportunità di lavoro	61 (9,8%)	49 (8,5%)	24 (14%)	17 (6,5%)	151 (9,2%)	-0,4	+1,7	+4,5	-0,4	+0,6
Professione dinamica	45 (7,2%)	51 (8,8%)	11 (6,4%)	21 (8,1%)	128 (7,8%)	+5,8	+6,2	+4,3	+5,6	+5,8
Autonomia	20 (3,2%)	21 (3,6%)	4 (2,3%)	12 (4,6%)	57 (3,5%)	-0,5	+0,1	-0,2	-1,8	-0,3
Buona retribuzione	4 (0,6%)	9 (1,6%)	0	1 (0,4%)	14 (0,8%)	-	-1,3	0	-5,10	-1,4
Altro	2 (0,3%)	1 (0,2%)	0	0	3 (0,2%)	-4,9	-4,3	0	0	-4,3
<i>Totale</i>	<i>621</i> <i>(100,0%)</i>	<i>577</i> <i>(100,0%)</i>	<i>172</i> <i>(100,0%)</i>	<i>260</i> <i>(100,0%)</i>	<i>1.630</i> <i>(100,0%)</i>					

NB Erano possibili massimo 2 risposte.

Tabella 27. Variazioni negli aspetti considerati maggiormente negativi nella professione infermieristica

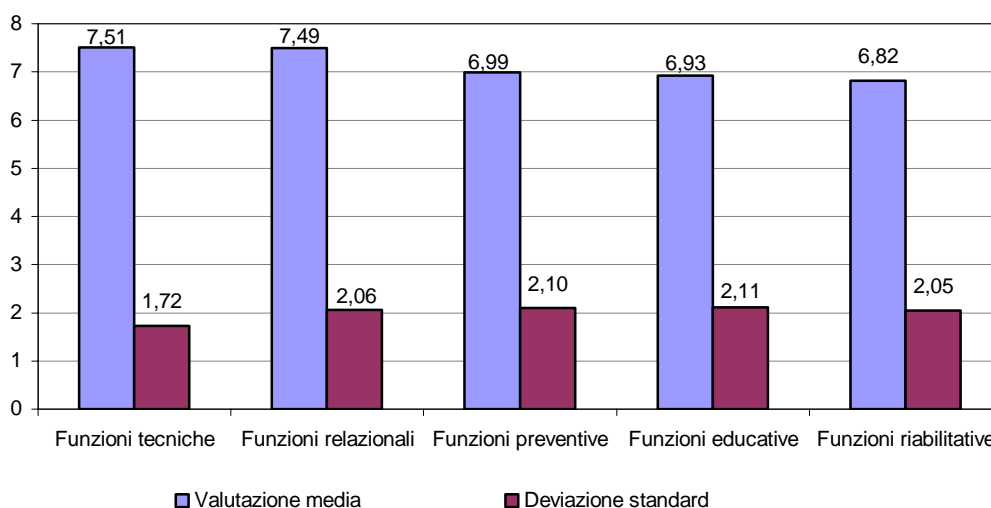
Aspetti negativi	II rilevazione					Variazioni % (rispetto alla I rilevazione)				
	MO-RE	BO	PR	FE	Tot.	MO-RE	BO	PR	FE	Tot.
Professione non valorizzata	179 (31,1%)	142 (25,5%)	47 (28,1%)	78 (32,2%)	446 (28,9%)	+13,7	+9,4	+15,9	+13,8	+13,1
Rischio per la propria salute	126 (21,9%)	109 (19,6%)	34 (20,4%)	35 (14,5%)	304 (19,7%)	+9,3	+12	-5,0	+7,7	+7,3
Orari e turni pesanti	48 (8,3%)	66 (11,8%)	18 (10,8%)	39 (16,1%)	171 (11%)	-8,4	-5,2	-5,8	-17,5	-8,1
Impotenza verso la malattia	55 (9,6%)	63 (11,3%)	19 (11,4%)	15 (6,2%)	152 (9,9%)	+7,3	+8,9	+5,1	0	+8,1
Scarsa retribuzione	50 (8,7%)	35 (6,3%)	14 (8,4%)	25 (10,3%)	124 (8,0%)	+1,3	+0,8	+1,2	+2,8	+1,2
Coinvolgimento emotivo	41 (7,1%)	48 (8,6%)	8 (4,8%)	15 (6,2%)	112 (7,2%)	-2,1	-4,8	-0,2	-0,6	-2,3
Burocratizzazione professione	26 (4,5%)	31 (5,6%)	4 (2,4%)	15 (6,2%)	76 (4,9%)	-2,4	+3,5	+0,2	+4,1	+1,0
Lavoro duro e pesante	14 (2,4%)	31 (5,6%)	5 (3,0%)	13 (5,4%)	63 (4,0%)	-9,1	-6,6	-9,2	-9,0	-8,2
Subalternità al medico	22 (3,8%)	17 (3,1%)	10 (6,0%)	5 (2,1%)	54 (3,5%)	-	-1,5	+4,3	+7,6	-
Altro	1 (0,2%)	3 (0,5%)	1 (0,6%)	0	5 (0,3%)	-6,1	-4,0	-6,2	0	-4,9
<i>Totale</i>	<i>575%</i> <i>(100,0%)</i>	<i>557</i> <i>(100,0%)</i>	<i>167</i> <i>(100,0%)</i>	<i>242</i> <i>(100,0%)</i>	<i>1.541</i> <i>(100,0%)</i>					

NB Erano possibili massimo 2 risposte.

Infine, quale immagine dell'infermiere l'esperienza di tirocinio ha prodotto in questi studenti?

Ad essere considerate come prevalenti sono le funzioni tecniche (7,51), seguite da quelle relazionali (7,49), preventive (6,99), educative (6,93) e riabilitative (6,82) (Figura 18). Anche se le componenti relazionali-educative e quelle preventive e riabilitative non sono certo considerate secondarie, la prevalenza delle funzioni tecnico-assistenziali sembra indicare una sostanziale trasformazione nella percezione della professione alla luce dell'incontro con la sua effettiva realtà attraverso il tirocinio. Si è ormai ben lontani da quella immagine idealizzata della professione che non molti mesi prima ancora sembrava dominare le aspettative relative alla professione: l'esperienza di tirocinio ha reso l'immagine più realistica, pur senza dissolverne l'attrattiva.

Figura 18. Valutazione delle funzioni svolte dagli infermieri



In alcuni casi, la disillusione rispetto alla realtà della professione infermieristica riscontrata appare effettivamente forte, specie nel rapporto con i colleghi.

La gratificazione si trova solo dall'utenza, non dai colleghi. C'è molta competizione. Veniamo formati come un'alta professionalità, una "professione" a tutti gli effetti; poi, fuori, a livello sociale, il riscontro è diverso. Anche da parte degli stessi colleghi di reparto: ci sono molte incongruenze.

Secondo me, non c'è rispetto dei ruoli. Non c'è rispetto nei confronti della professionalità. Per arrivare ad essere infermieri si fatica moltissimo, si è sempre impegnati, ci si sacrifica tantissimo - tempo, famiglia, casa, amici, ... - ma questo rispetto per la professione non l'ho visto tanto!

È un lavoro stressante perché non può essere organizzato prima, perciò uno vive momento per momento l'esigenza di soddisfare di continuo i bisogni del paziente. È stressante anche perché bisogna mettere in secondo piano le proprie emozioni (Focus group n. 3, 2).

Si arriva così ad operare delle distinzioni forse un po' sottili, ma senz'altro utili a conservare intatto il valore della professione.

Secondo me, ci sono due tipi di infermieri: quelli insofferenti con i pazienti - forse sono quelli che si sono diplomati con la vecchia scuola, anche se questa non può essere considerata una giustificazione; e quelli più gentili e disponibili e che cercano di aiutare i pazienti e di spronarli per rimettersi in forze (Focus group n. 2, 1).

In altri casi, è l'aspetto dinamico della professione in fase di trasformazione ad esser ben colto.

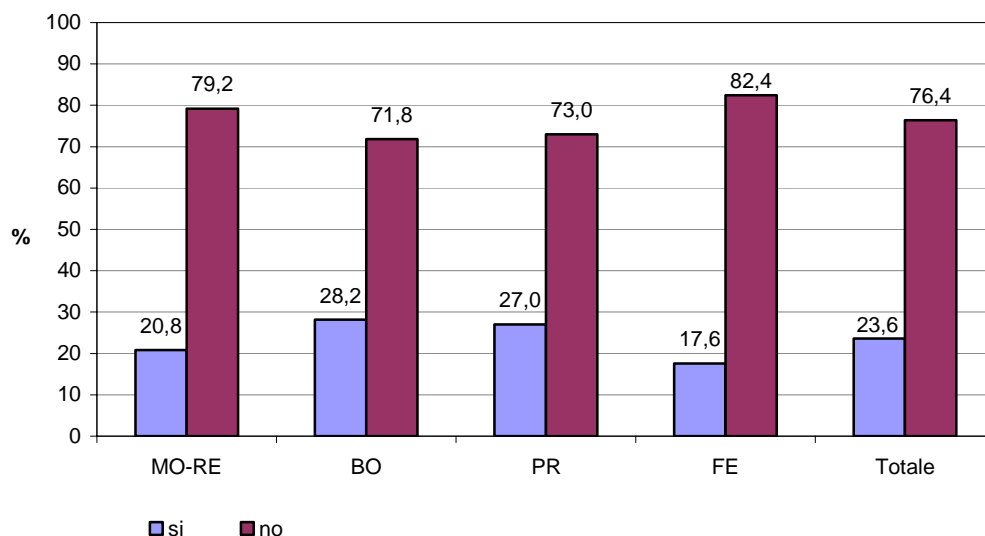
Quella dell'infermiere è una professione dinamica, in evoluzione continua. È cambiata moltissimo negli ultimi anni e spero che cambi e si migliori continuamente. È possibile valutare questo cambiamento solo se si è lavorato all'interno di un presidio ospedaliero, ad esempio, altrimenti è molto difficile rendersene conto. Oggi l'infermiere ha molta più autonomia e questo è molto gratificante e il medico ha rispetto della figura dell'infermiere (Focus group n. 3, 1).

Oggi, l'infermiere mi sembra sempre più considerato, anche dalle persone anziane, con un basso livello d'istruzione, poco acculturate. Considerato, sia a livello umano sia dal punto di vista tecnico, perché si rendono conto che l'infermiere è una persona competente, non al livello di un medico, ma, interagendo con lui, ha delle conoscenze e, per il suo nuovo ruolo un po' più esteso, la capacità di esprimerle. Quindi, vedo che ci sono riconoscimenti continui dell'utenza riguardo a questo. Lo esprimono verbalmente e chiaramente, senza reticenze (Focus group n. 3, 1-2).

6.5. Motivazioni della scelta di *drop out*

I tassi di abbandono nei corsi di laurea per infermiere sono notoriamente piuttosto elevati. Essi si concentrano tuttavia soprattutto nel I anno, quando l'impatto con la realtà del corso (specie del tirocinio) mette a dura prova la tenuta delle motivazioni iniziali. Prima di entrare nel merito delle motivazioni, è interessante considerare un aspetto: quella di ritirarsi è una tentazione diffusa anche in chi resta. Lo afferma il 23,6% di studenti che, pur essendo arrivati al termine del I anno, confessa di aver pensato di interrompere il corso; questa percentuale arriva al 28,2% a Bologna e al 27% a Parma (Figura 19).

Le motivazioni possono essere raggruppate in 4 categorie: innanzitutto, problemi di organizzazione cognitiva ("troppo impegnativo": 32,2%; "difficoltà a superare gli esami": 7,9%; "difficoltà di apprendimento": 1,4%); in secondo luogo, "difficoltà relazionali" (20,2%); seguono problematiche di tipo economico ("motivi economici": 11,3%; "incompatibilità con il lavoro": 6,5%); infine, la "disillusione riguardo la professione infermieristica" (10,6%) e, in misura ridotta, "problemi di salute" (3,1%) (Tabella 28).

Figura 19. Studenti che hanno pensato di interrompere il corso**Tabella 28.** Motivazioni per interrompere il corso

Sedi universit.	MO-RE		BO		PR		FE		Totale	
	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%
Troppo impegnativo	34	32,3	37	29,9	13	40,7	10	32,2	94	32,2
Problematiche relazionali	26	24,8	24	19,3	3	9,4	6	19,3	59	20,2
Motivi economici	10	9,5	16	12,9	2	6,2	5	16,1	33	11,3
Disillusione	10	9,5	13	10,5	4	12,5	4	12,9	31	10,6
Difficoltà a superare esami	7	6,7	10	8,0	5	15,7	1	3,2	23	7,9
Incompatibilità con il lavoro	5	4,8	11	8,9	2	6,2	1	3,2	19	6,5
Problemi di salute	3	2,8	3	2,4	1	3,1	2	6,4	9	3,1
Difficoltà di apprendimento	2	0,5	2	1,6	0	0,0	0	0,0	4	1,4
Altro	8	7,6	8	6,4	2	6,2	2	6,4	20	6,8
Totale	105	100,0	124	100,0	32	100,0	31	100,0	292	100,0

NB Erano possibili massimo 2 risposte.

Le difficoltà di ordine cognitivo - dovute al notevole carico di studio (specie in materie medico-scientifiche) aumentato dal tirocinio, alle difficoltà di apprendimento connesse e al non saper affrontare gli esami per molti studenti, in particolare per coloro che provenivano da una scuola superiore professionale e probabilmente non avevano acquisito un adeguato metodo di studio - possono divenire difficoltà davvero insormontabili.

Secondo me è un corso molto difficile, non nelle materie in sé, però è impegnativo. Ci chiedono tanti esami già al primo anno. Si proviene da diverse scuole e trovandosi il 1 anno a dover dare 21 esami in 8 mesi. Facendo il tirocinio e gli esami, più la frequenza obbligatoria tutti i giorni, finivamo alle 5 tutti i giorni; sei a casa alle 6 e ti metti lì a studiare. Gli esami poi li devi dare in quella determinata data e per me è molto impegnativo, anche se ti piace, hai volontà, ma obiettivamente è tanto (Focus group n. 1, 6).

Secondo me il problema di questo corso è che non tengono in considerazione la provenienza delle superiori. Io mi ritengo una delle super fortunate, avendo fatto Tecnico di laboratorio chimico-biologico specializzato in analisi chimico-cliniche. Quindi tutte le materie che ho visto quest'anno io alle superiori le avevo già fatte. Per me è un ripasso, ma mi rendo conto che di fronte ad alcune domande del professore è stato difficilissimo per me che l'ho fatta per 5 anni, non oso immaginare per chi non ha mai visto niente! In 15 ore lui ha fatto tutto il programma che io ho fatto in 5 anni di superiori (Focus group n. 1, 8).

Si arriva a casa sfiniti. Poi arrivi alla fine dei corsi e ti ritrovi con tutti questi esami uno attaccato all'altro. Uno li fa, ma non è che hai una gran resa! (Focus group n. 2, 3).

Tre anni sono pochi, meglio quattro. Lo studente ha il tempo di fare bene il tirocinio, senza essere preoccupato di scappare a casa perché deve studiare. Sono tutti stati d'ansia che uno vive. Con un anno in più hai il tempo di studiare, di fare bene il tirocinio, di fare tutti i tuoi esami ed essere nei tempi (Focus group n. 3, 3).

Gli studenti riferiscono che i programmi di alcune materie sono troppo vasti e troppo concentrati nel tempo; inoltre, essi hanno la sensazione di ricevere un insieme di nozioni generali senza un reale approfondimento e un'adeguata propedeuticità.

Penso che sia un problema anche la propedeuticità: qui non esiste. Non c'è una linea marcata che ci dica, per chi ne ha bisogno ovviamente, come procedere. Per darti una strada da seguire (Focus group n. 1, 7).

Sono soprattutto coloro che avevano motivazioni meno salde a "soccombere" in questi casi.

Io mi sono iscritta l'anno scorso, ma sinceramente non so per quale motivo. Mi piaceva, ma sono andata fuori corso perché vedevo che non riuscivo più a passare gli esami. Mi è venuta la depressione e ho mandato all'aria tutto (Focus group n. 1, 6).

Ma, anche se meno rilevanti, le difficoltà relazionali non sono da sottovalutare: esse appaiono concentrarsi sull'esperienza di tirocinio per quanto riguarda sia gli infermieri guida (16,9%) sia gli altri infermieri in generale (23%). Decisivo è anche il rapporto con il *tutor* del corso (24,6%), più ancora che con gli altri docenti (20%). Irrilevanti sono invece i rapporti con altre figure (medici, OTA, altri studenti, ecc.) (*Tabella 29*).

Tabella 29. Persone con le quali si sono incontrate difficoltà relazionali

Sedi universit.	MO-RE		BO		PR		FE		Totale	
	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%
<i>Tutor</i>	7	10,7	5	7,6	1	1,5	3	4,6	16	24,6
Infermieri	5	7,6	9	13,8	0	0,0	1	1,5	15	23,0
Docenti	5	7,6	3	4,6	2	3,0	3	4,6	13	20,0
Guide tirocinio	2	3,0	8	12,3	0	0,0	1	1,5	11	16,9
Altri studenti del corso	2	3,0	2	3,0	0	0,0	0	0,0	4	6,1
Medici	2	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	3,0
OTA	0	0,0	0	0,0	1	1,5	0	0,0	1	1,5
Altro	2	3,0	1	1,5	0	0,0	0	0,0	3	4,6
<i>Totale</i>	<i>25</i>	<i>100,0</i>	<i>28</i>	<i>100,0</i>	<i>4</i>	<i>100,0</i>	<i>8</i>	<i>100,0</i>	<i>65</i>	<i>100,0</i>

NB Erano possibili più risposte.

La differenza di relazioni con i *tutor* infermieri rispetto ai docenti universitari delle altre materie appare molto significativa.

Si, hanno una diversa visione della professione. Il prof è il prof. Arriva in ritardo, apre il libro, lucido, "Buongiorno" e va via. All'esame è quello.

Il prof del diploma arriva un po' prima; ci chiede come va. Si fa il dibattito e ci lascia le indicazioni per rintracciarlo in caso di bisogno. È uno stereotipo, però ... Dipende anche dalle materie, effettivamente (Focus group n. 1, 9).

In particolare, sono il ruolo e la funzione del *tutor* ad essere percepiti come fondamentali, nel bene e nel male.

Sono infermieri professionali che hanno fatto un corso di specializzazione per essere guide. Ci fanno alcune lezioni; si occupano delle simulazioni, della parte più concreta, ma anche delle lezioni. Non vengono con noi in reparto; vanno in reparto per il loro turno.

Secondo me, la figura del tutor è molto positiva, perché è un modello, come infermiere, e poi è veramente un sostegno. Il rapporto è confidenziale. Secondo me, è una figura molto umana e molto importante, che in altre realtà non esiste assolutamente. Io trovo che sia fondamentale, perché quando entri all'Università è completamente diverso dalle superiori. Alle superiori sei seguito, invece all'Università ti devi organizzare i tempi, gli studi, le modalità di studio, gli esami.

Io, ad esempio, quando devo fare un piano di studi chiedo sempre al mio tutor. Ti guida molto. È stato utilissimo, perché io quando sono entrata ero disorientata (Focus group n. 1, 9).

Lo vediamo come una persona che ci può ostacolare, più che aiutare! Non ci contiamo mai su di lui: questa figura è come se non ci fosse. Noi lo vediamo soltanto come una figura che viene, ci dà delle informazioni riguardo la Facoltà, o per quello che dobbiamo fare e basta. Il tutor dovrebbe essere una persona con cui abbiamo un rapporto stretto: invece, con il tutor meno ci parlo e meglio è, forse, per me per i miei studi. È lui che ci demoralizza: all'inizio dell'anno ci dice che bisogna fare fuori il 50% degli iscritti. È già stabilito quanti infermieri dovranno uscire da Parma! (Focus group n. 4, 3).

Il terzo gruppo di motivazioni della possibile scelta di *drop out* è di tipo economico: è una difficoltà condivisa anche da molti di coloro che non hanno pensato di abbandonare, visto che oltre la metà degli studenti (52,3%) dichiara di aver dovuto affrontare problemi di questo tipo (Figura 20).

Passando a considerare queste difficoltà in dettaglio, esse si concentrano sul "mantenimento economico" (52,6%), seguite dal problema dell'alloggio per i fuori sede (18,8%), dai trasferimenti domicilio-Università non sempre agevoli (12,5%) soprattutto per chi abita in zone montane, da "problemi familiari" (11,2%) in particolare per i più adulti, e - da non sottovalutare - le difficoltà di integrazione sociale (2,6%) sempre per gli studenti fuori sede provenienti per lo più dalle regioni meridionali (Tabella 30).

Figura 20. Studenti che hanno incontrato difficoltà di natura socio-economica

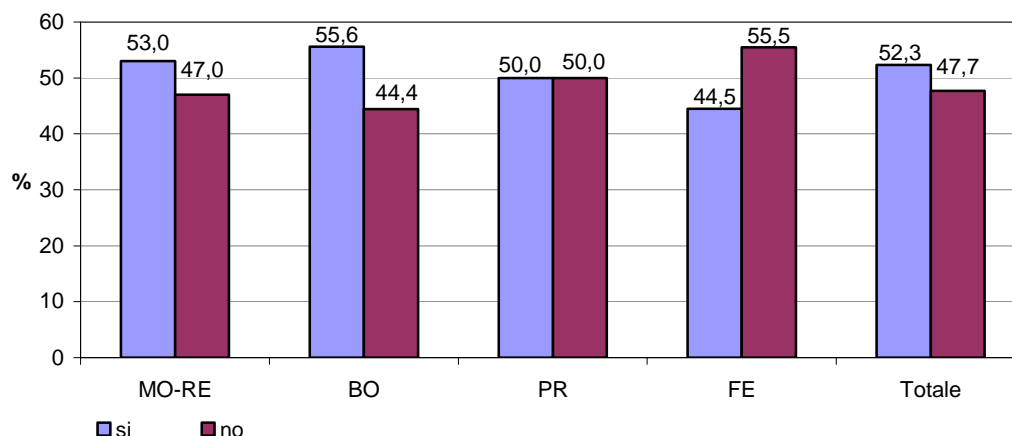


Tabella 30. Tipi di difficoltà socio-economiche

Sedi universit.	MO-RE		BO		PR		FE		Totale	
	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%
Mantenimento economico	121	49,0	128	55,0	31	49,2	47	58,7	327	52,6
Alloggio	72	29,1	27	11,6	13	20,6	5	6,2	117	18,8
Trasferimenti	22	9,0	30	13,0	9	14,3	17	21,2	78	12,5
Problemi familiari	25	10,1	30	13,0	7	11,1	8	10,0	70	11,2
Difficoltà di integrazione sociale	5	2,0	8	3,5	1	1,6	2	2,6	16	2,6
Altro	2	0,8	9	3,9	2	3,2	1	1,3	14	2,3
<i>Totale</i>	<i>247</i>	<i>100,0</i>	<i>232</i>	<i>100,0</i>	<i>63</i>	<i>100,0</i>	<i>80</i>	<i>100,0</i>	<i>622</i>	<i>100,0</i>

NB Erano possibili massimo 2 risposte.

Le difficoltà socio-economiche si riverberano anche sul rendimento nello studio e sull'effettivo apprendimento.

Dopo aver fatto 8 ore di tirocinio, non è che abbiamo tanta voglia di studiare. Poi non è che qui abbiamo la mamma e il papà: dobbiamo fare tutto da soli, lavare, cucinare, ... Ovviamente, nessuno prende in considerazione i nostri bisogni e si va avanti per questa strada. Poi gli esami sono tanti: tante informazioni che fai fatica a ricordare e dopo un bombardamento di 8 ore al giorno di nozioni. Si studia non per imparare le cose ma per passare gli esami: impari la "pappardella" a memoria, vai là e dici: il giorno dopo l'esame non sai più niente, vai in ospedale e non sai le cose (Focus group n. 4, 2).

Io sono lontana dalla mia famiglia: sono arrivata qui senza conoscere nessuno. A volte mi vengono delle crisi di pianto, perché ti fanno sempre i paragoni con gli studenti degli anni passati. Allora io mi sento inferiore e dico: "Perché gli altri ce la fanno e io no?". Qui non c'è nessuno che mi dia una mano, una parola di conforto: lo devo fare da sola! Così mi sento molto sola ed abbandonata a me stessa (Focus group n. 4, 3).

Visto che una parte di studenti, seppure ridotta, ha menzionato anche la "incompatibilità con il lavoro" tra le motivazioni dell'abbandono, si è verificato se tra la prima e la seconda rilevazione la percentuale di studenti che aveva smesso di lavorare risultava significativa o meno. I dati non sono univoci: in due sedi (Bologna e Modena - Reggio Emilia) gli studenti che lavoravano sono addirittura aumentati rispetto all'inizio del corso, mentre nelle altre due (Parma e Ferrara) sono effettivamente diminuiti, anche se in maniera non particolarmente consistente (Tabella 31). Resta comunque significativo il dato che circa un quarto degli studenti è costretto a svolgere un'attività lavorativa per potersi mantenere.

Tabella 31. Studenti che svolgono attività lavorativa

Sedi univer	I rilevazione						II rilevazione						Var. % sì
	sì		no		Totale		sì		no		Totale		
	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%	
MO e RE	73	18,1	330	81,9	403	100,0	66	20,4	258	79,6	324	100,0	+2,3
BO	74	27,4	196	72,6	270	100,0	100	33,6	198	66,4	298	100,0	+6,2
PR	26	21,0	98	79,0	124	100,0	14	15,6	76	84,4	90	100,0	-5,4
FE	31	24,0	98	76,0	129	100,0	32	24,4	99	75,6	131	100,0	+0,4
<i>Totale</i>	<i>204</i>	<i>22,0</i>	<i>722</i>	<i>78,0</i>	<i>926</i>	<i>100,0</i>	<i>212</i>	<i>25,1</i>	<i>631</i>	<i>74,9</i>	<i>843</i>	<i>100,0</i>	<i>+3,1</i>

Riuscire a conciliare i ritmi pesanti di studio e tirocinio con quelli di lavoro diviene in alcuni casi una situazione del tutto insostenibile che, di fatto, costringe a eliminare uno dei due corni del dilemma.

Io lavoro sulle ambulanze e vedendo tutto il giorno questo, mi ha spinto verso il ruolo dell'infermiere, sempre in funzione dell'emergenza-urgenza, o comunque dell'area critica. Poi, durante il tirocinio - io l'ho fatto in Medicina a Guastalla - ho capito che effettivamente il ruolo dell'infermiere è diverso. Cioè, non è solo quello dell'emergenza-urgenza, ma ricopre tutto quello che riguarda il paziente. Non pensavo, ma a me piaceva comunque. Mi piaceva anche l'infermiere di medicina: l'infermiere che segue il paziente in un modo diverso da quello che ho sempre immaginato.

Il problema per me è che il mio lavoro mi piace tantissimo e non ero disposto ad abbandonarlo al I anno per una scuola che magari al II non mi sarebbe più piaciuta, o che non sarei riuscito a fare. Per me era diventato insostenibile fare la scuola e il lavoro, quindi, siccome ero al I anno, ho deciso di tenere il mio lavoro, di cui sono innamorato, e di abbandonare una cosa di cui resto innamorato, ma che non sarei riuscito a portare avanti come avrei voluto. Per me era proprio insostenibile: ad esempio, durante il tirocinio io lavoravo sull'auto-medica, dove lavoro adesso, e facevo mattina e notte a lavorare e pomeriggio tirocinio. Andavo a casa dopo 4 giorni. Diventava distruttivo. Non vedevo più i miei amici, la ragazza. Ero a lavorare o in ospedale.

Resto comunque innamorato del ruolo dell'infermiere, che, nonostante sia visto da tutti quanti come il subordinato del medico, rimane secondo me un ruolo molto operativo e con un grande focus sul paziente (Focus group n. 1, 6).

È un corso molto impegnativo. Potrebbero venirci incontro, ad esempio, con rimborsi durante il tirocinio. Perché, bene o male, siamo operativi e questo per non costringerci a fare altri lavori per poterci mantenere agli studi, che alla fine si rischia di fare male tutte e due le cose. Ci vorrebbero più aiuto, per formarci, e più controlli a livello di frequenza e di preparazione (Focus group n. 3, 3).

Tra le ragioni dell'abbandono, compare anche la scarsa o nulla selezione all'ingresso al corso.

Viene fatto un esame di ammissione. Teoricamente questo esame viene fatto per selezionare, per 180 posti disponibili. Si presentano 130 persone e loro continuano a fare arrivare gente fino a dicembre, anche se le lezioni le abbiamo iniziate a ottobre. Il fatto che questa selezione non ci sia crea molti più casi di abbandono. C'è gente che si è iscritta alla scuola per infermieri senza aver fatto quell'esame! È la scuola che dà questa possibilità. Io, ad esempio, all'esame forse non sarei passata (Focus group n. 1, 8-9).

Da non sottovalutare è il fatto che tra i motivi di abbandono al quarto posto per importanza è collocata la disillusione riguardante la professione infermieristica relativa alla non corrispondenza tra le proprie aspettative e la realtà incontrata, fattore già identificato nello studio di White e altri (1999).

Nei *focus group* alcuni degli studenti affermano di avere avuto un'idea dell'infermiere al momento dell'iscrizione che è cambiata a contatto soprattutto con il tirocinio. Infatti, il confronto tra gli aspetti positivi e negativi della professione indicati dagli studenti all'inizio del corso e dopo la loro prima esperienza di tirocinio mette in evidenza una diminuzione della dimensione positiva dell'aiuto a chi soffre e della relazione interpersonale, a fronte di un aumento di burocratizzazione e senso di impotenza quali fattori negativi. Si tratta di sostanziali motivi di disillusione: l'aspetto di aiuto all'altro, idealizzato al momento dell'iscrizione, lascia il posto a una visione più realistica e che probabilmente contrasta con l'ideale iniziale. Gli studenti incontrano una dimensione operativa in cui la relazione di aiuto è a volte frustrata dalla *routine* del reparto che tende a standardizzare anziché personalizzare e dalla propria percezione di impotenza, relativa al non possedere strumenti e capacità per affrontare le problematiche dei malati più difficili.

Il fattore della disillusione potrebbe aprire una pista di approfondimento e di indagine ulteriore certamente molto interessante.

Conclusioni

L'ipotesi iniziale di ricerca considerava l'abbandono come un fenomeno di tipo multidimensionale risultante dall'intreccio di tre diversi tipi di fattori: fattori soggettivi (motivazioni relative alla scelta del corso e immagine percepita del ruolo professionale infermieristico), fattori strutturali (motivazioni legate a modalità organizzative dei corsi, carichi di studio, rapporto tra teoria e pratica, impatto con l'esperienza di tirocinio, relazioni con *tutor* e infermieri guida) e fattori ambientali (problemi connessi spesso con lo spostamento di residenza che la frequenza del corso in molti casi implica, sia di natura economica che di integrazione socio-culturale). Giunti al termine del lavoro, si può cercare di dipanare tale intreccio assegnando alle tre categorie di fattori un peso relativo.

Sulla base sia delle motivazioni espresse dagli studenti frequentanti al termine del I anno (vedi *Tabelle 28 - 30*) sia di quanto emerso dai *focus group* con i *drop out*,⁷ i fattori strutturali interni sembrano assumere un peso assolutamente preponderante: sono la struttura e l'organizzazione studio-tirocinio del corso, con i carichi di lavoro che comporta, che rendono il corso stesso troppo impegnativo per gli studenti che hanno difficoltà di apprendimento o non sono in grado di organizzare cognitivamente il lavoro richiesto con un metodo adeguato. Se a ciò si aggiungono anche difficoltà di ordine relazionale con coloro che dovrebbero essere i punti di riferimento e di sostegno dello studente, ovvero il *tutor* e l'infermiere guida di tirocinio (e, più in generale, gli altri infermieri di reparto), allora i fattori strutturali interni al corso assumono un peso che arriva al 94,7% dei casi (*Figura 21*).

Per quanto riguarda invece i fattori soggettivi, dovuti principalmente al mutamento di atteggiamenti per la disillusione riguardo la professione (effetto soprattutto dell'impatto con la realtà di tirocinio), ma anche a problemi di salute o ad altro, essi appaiono pesare per circa un terzo dei casi.

Non si deve neppure sottovalutare il peso che i fattori ambientali assumono nella decisione di abbandonare: motivazioni economiche per le difficoltà di mantenersi, incompatibilità dello studio con il lavoro, difficoltà di integrazione socio-culturale dovute alla situazione dei fuori sede. Tutto questo appare pesare in oltre un quarto dei casi degli studenti intervistati.

⁷ Si assume qui, avendolo potuto verificare, che esista una sostanziale coincidenza di motivazioni tra gli studenti *drop out* incontrati nei *focus group* e quelli intervistati nella seconda rilevazione.

Figura 21. Distribuzione del peso dei diversi fattori nella motivazione d'abbandono

Fattori strutturali	94,7%
Fattori soggettivi	31,7%
Fattori ambientali	27,4%

NB Sono possibili sovrapposizioni tra più fattori.

Anche se non è possibile capire esattamente la distribuzione dei tre fattori nei singoli casi, la loro sovrapposizione fa facilmente intuire l'esistenza di forti sinergie, in particolare tra i fattori strutturali e una delle altre due tipologie. Benché solo un'analisi statistica più complessa (*factor analysis*) - in questa occasione non realizzabile - potrebbe provarlo, si può induttivamente sostenere che esistono probabilmente tre tipologie di abbandono:

- quello nel quale a fattori strutturali interni al corso si associano fattori ambientali di ordine economico e socio-culturale: riguarda circa un quarto degli abbandoni, prevalentemente di fuori sede;
- quello nel quale a fattori strutturali si associano fattori soggettivi dovuti alla disillusione nei confronti della professione o a problemi di diversa natura (salute, familiari, ecc.): riguarda circa un terzo degli abbandoni, prevalentemente di residenti;
- quello nel quale i fattori strutturali interni al corso sono sufficienti da soli a demotivare lo studente, specie laddove questo incontri difficoltà di ordine cognitivo nell'apprendimento e nella capacità di organizzare percorsi di studio-tirocinio-esami: per differenza, riguarderebbe il restante oltre un terzo degli abbandoni, senza particolari distinzioni tra studenti fuori sede e residenti.

Ovviamente, si tratta di ipotesi induttive che andrebbero verificate sede per sede nel loro (probabilmente) diverso andamento. Tuttavia, resta il fatto che, al di là del loro diverso peso nella varie combinazioni possibili, questi sono i fattori rilevanti dal punto di vista degli studenti.

Per concludere, si può affermare che, se i fattori strutturali sono all'origine della cosiddetta selettività interna - ovvero, il prodotto dell'impatto con l'Università, che richiede una capacità di autonomia e competenze che lo studente può non possedere e produce fenomeni di dissonanza cognitiva o rifiuto dovuti allo scontro con l'organizzazione degli studi o la realtà di tirocinio -, è quest'ultima ad operare in maniera quasi sempre preminente nel determinare il processo di abbandono. In quasi due terzi dei casi tuttavia, essa non opera da sola: la sua azione interseca sinergicamente la cosiddetta selettività esterna - ovvero, il prodotto dell'azione del contesto sociale esterno a livello sia cognitivo (motivazioni, immagine professionale, ecc.) che relazionale (soggetti sociali di riferimento come la famiglia) e materiale (condizioni economiche, abitative, ecc.) - composta quindi da quei fattori soggettivi e ambientali implicati nel determinare il processo di abbandono.

A questo punto ci si può chiedere in che misura considerare il fenomeno dell'abbandono come la risultante dell'evolversi degli atteggiamenti che dall'iniziale motivazione all'iscrizione conducono all'eventuale decisione di abbandonare il corso. Sulla base di quanto constatato, gli atteggiamenti finali dello studente risultano solo in parte sostanzialmente diversi dai suoi atteggiamenti iniziali. Certamente, soprattutto per quanto riguarda la professione, l'immaginario dello studente appare modificato in senso assai più realistico rispetto all'immagine idealizzata iniziale, ma rispetto ai fattori soggettivi si è visto che quelli strutturali assumono un peso molto rilevante. L'abbandono può essere quindi considerato solo in misura ridotta come la risultante di un differenziale significativo di atteggiamenti prodotti tra il momento iniziale di iscrizione e il termine delle lezioni del I anno di corso. Ad agire in maniera preponderante è quella selettività interna al corso che opera nella quasi totalità dei casi, unendosi sinergicamente in alcuni casi a una selettività esterna dovuta sia a fattori soggettivi (nei quali è presente anche il differenziale di atteggiamenti) sia a fattori ambientali.

Non pare quindi azzardato concludere che l'abbandono nei corsi per infermiere costituisca in molti casi più una "non scelta" dovuta al peso insostenibile di fattori strutturali interni al corso e fattori ambientali esterni, che una reale scelta dovuta a determinati fattori soggettivi come il mutamento di atteggiamento nei confronti della professione. Quando il peso dei fattori esterni arriva a condizionare il corso di azione dei soggetti al punto da renderlo univoco, determinandone selettivamente le possibilità di scelta a disposizione, allora più che di una "scelta" si tratta davvero di una "non scelta". Una scelta non più semplicemente condizionata ma determinata da fattori esterni diviene infatti l'espressione non tanto della volontà del soggetto quanto del concorso schiacciante dei fattori strutturali e ambientali esterni. Operare per modificare tali fattori, oltre che una necessità di natura politica, professionale e organizzativa per evitare lo spreco di risorse umane ed economiche che il fenomeno dell'abbandono costituisce, diviene a questo punto anche un imperativo etico, se si vuole restituire ai soggetti la libertà di scegliere il proprio destino.

Sulla scorta dei risultati emersi, considerando le raccomandazioni avanzate dalla letteratura analizzata e tenendo conto anche della personale esperienza di formatori degli autori, si possono individuare due ipotesi di intervento per affrontare il problema "abbandono".

In primo luogo, in risposta alla prima causa di abbandono identificata nell'eccessivo impegno accademico, sarebbe positiva l'identificazione di una figura di *manager* didattico con funzioni di ottimizzazione della programmazione curricolare, con particolare attenzione all'alternanza teoria/tirocinio, in modo che il carico di lavoro e di studio per lo studente sia adeguatamente ponderato.

In secondo luogo, in considerazione del rilievo che la dimensione relazionale assume nel determinare disagio e desiderio di abbandonare, in accordo con Last e Fulbrook (2003) si individuerebbe nella figura del *tutor* l'elemento chiave per sostenere lo studente in tutto il percorso di apprendimento, nella funzione di *tutor* personale o pedagogico per l'aspetto teorico e nella funzione di *tutor* clinico per l'apprendimento in situazione. Condividendo pienamente l'ipotesi di Jeffrey (2002), si riconoscono in un sistema

tutoriale ben strutturato e nella presenza del *counselor* di Facoltà gli elementi significativi di ritenzione degli studenti. Poiché tuttavia, nella realtà italiana, la figura del *counselor* di Facoltà non è facilmente inseribile, si potrebbe optare per lo sviluppo di competenze di *counseling* nel *tutor* infermiere, attraverso appositi percorsi formativi.

In accordo con Matteson-Kane e Clarren (2003) si ritiene che sia responsabilità specifica dei formatori identificare al più presto gli studenti a rischio di abbandono accademico, al fine di sviluppare strategie di sostegno adeguate a favorire il successo negli studi.

Bibliografia

- American Association of Colleges of Nursing. *Position statement on defining scholarship for the discipline of nursing*. 1999.
Disponibile sul sito <http://aacn.nche.edu/publications/positions/scholar.htm>
- Andrews M., Chilton F. Student and mentor perceptions of mentoring effectiveness. *Nurse Education Today*, 20 (7): 555-562, 2000.
- Artioli G. *Evoluzione storica dell'assistenza e della formazione infermieristica*. Milano, Area Qualità, 2000.
- Artioli G. Percorsi di formazione: laurea di I e II livello, master e dottorato. *Atti del XXIII Congresso nazionale GISE, sezione tecnico-infermieristica*. 2002. pp. 23-35.
- Artioli G. Formazione di base e specialistica: peculiarità e prospettive. In Cipolla C., Artioli G. (a cura di). *La professionalità del care infermieristico. Risultati della prima indagine nazionale*. Milano, FrancoAngeli, 2003.
- Boughn S. Why do men choose nursing? *Nursing Health Care*, 15: 406-411, 1994.
- Boughn S., Lentini A. What women nursing students want. *Nursing and Health Care perspectives*, 28: 286-291, 1997.
- Brodie D.A., Andrews G.J., Andrews J.P., Thomas G.B., Wong J., Rixon L. Perceptions of nursing: confirmation, change and the student experience. *International Journal of Nursing Studies*, 41: 721-733, 2004.
- Brown B., Carpio M., Roberts J. The use of an autobiographical letter in the nursing admissions process: initial reliability and validity. *Canadian Journal of Nursing*, 23 (2): 9-19, 1991.
- Carli E. Infermieri in Università: cosa cambia? *G. Gerontol*, 52: 433-437, 2004.
- Castelli C., Saiani L. Caratteristiche dei frequentanti e della scelta del DUSI: il primo triennio a Trento. *Assistenza Infermieristica e Ricerca*, 18 (2): 72-79, 1999.
- Chaffer D. The great education debate. *Nursing Standard*, 13 (29): 22-23, 1999.
- Charnley E. Occupational stress in the newly qualified staff nurse. *Nursing Standard*, 13 (29): 32-36, 1999.
- Cipolla C., Artioli G. (a cura di). *La professionalità del care infermieristico. Risultati della prima indagine nazionale*. Milano, FrancoAngeli, 2003.
- Corrao S. *Il focus group*. Milano, FrancoAngeli, 2000.
- Costantino V., Perissinotto E., Scattolin A., Vian F. Motivazioni e aspettative degli studenti neo iscritti al Diploma universitario di infermiere dell'Università di Padova. *Prof Inferm*, 53 (1): 17-25, 2000.
- Dimonte V. *Da servente a infermiere, una storia dell'assistenza infermieristica in Italia*. Torino, Cespi Editore, 1993.

- Ehrenfeld M., Rotemberg A., Sharon R., Bergman R. Reasons for student attrition on nursing courses: a study. *Nursing Standard*, 11 (23): 34-38, 1997.
- Federazione nazionale Collegi IPASVI. *Indagine sulla formazione universitaria degli infermieri. Rapporto 2001/2002*.
Disponibile sul sito <http://www.ipasvi.it/content/osservatorio/Indagine%202001-2002.pdf> (286 Kb)
- Federazione nazionale Collegi IPASVI. *Indagine sulla formazione universitaria degli infermieri. Rapporto 2002/2003*.
Disponibile sul sito <http://www.ipasvi.it/content/osservatorio/Indagine%202002-2003.pdf> (441 Kb)
- Ferguson C., Cerinus M. Students in employment: learning and working. *Nurse Education Today*, 16 (5): 373-375, 1996.
- Foskett N.H., Hemsley-Brown J.V. *Perceptions of nursing as a career, among young people in schools and colleges*. London, Department of Health, 1998.
- Fulbrook P., Rolfe G., Albarran J., Boxall F. Fit for practice: Project 2000 student nurses' views on how well the curriculum prepares them for clinical practice. *Nurse Education Today*, 20 (5): 350-357, 2000.
- Glassick C., Huber M., Maeroff G. *Scholarship assessed: evaluation of the professoriate*. Jossey-Bass, San Francisco, CA, 1997.
- Glossop C. Student nurse attrition from pre-registration course: investigating methodological issue. *Nurse Education Today*, 21: 170-180, 2001.
- Glossop C. Student nurse attrition: use of an exit-interview procedure to determine students' leaving reasons. *Nurse Education Today*, 22: 375-386, 2002.
- Godfrey K. Don't believe the hype. *Nursing Time*, 96 (28): 28-29, 2000.
- Happell B. When I grow up I want to be a ...? Where undergraduate student nurses want to work after graduation. *Journal of Advanced Nursing*, 29: 499-505, 1999.
- Harvey V.C., McMurray N.E. Students perceptions of nursing: their relationship to attrition. *Journal of Nursing Education*, 36 (8): 383-389, 1997.
- Hemsley-Brown J.V., Foskett N.H. Career desirability. Young people's perceptions of nursing as a career. *Journal of Advanced Nursing*, 29: 1342-1350, 1999.
- Howard D. Student nurses' experiences of Project 2000. *Nursing Standard*, 15 (48): 33-38, 2001.
- Jeffreys M. Students' perceptions of variables influencing retention. *Nurse Educator*, 27 (1): 16-19, 2002.
- Jennings K. Nursing: it is vital to raise the profile of the nursing sector. *The Independent*, 26 March 2002, p. 2.
- Kelly N.R., Shoemaker M., Steel T. The experience of being a male student nurse. *Journal of Nursing Education*, 35 (4): 170-174, 1996.
- Kersten J., Bakewell K., Meyer D. Motivation Factors in a Student's Choice of Nursing as a Career. *Journal of Nursing Education*, 30 (1): 30-33, 1991.

- Kranji G.K. *100 statistical tests*. London, SAGE Publications, 1993.
- Lamboglia E. Lo sviluppo storico e sociale della conoscenza infermieristica in Italia. *Nursing Oggi*, 1: 20-40, 1999.
- Land L.M. The student nurse selection experience: A qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*, 20 (6): 1030-1037, 1994.
- Larsen P.D., McGill J.S., Palmer S.J. Factors influencing career decision: perspectives of nursing students in three types of programs. *Journal of Nursing Education*, 42 (4): 168-173, 2003.
- Last L., Fulbrook P. Why do student nurses leave? Suggestions from a Delphi Study. *Nurse Education Today*, 23: 449-458, 2003.
- Leninger M. Current issues, problems, and trends to advance qualitative paradigmatic research methods for the future. *Qualitative Health Research*, 2 (4): 392-415, 1992.
- Mackay L., Elliot J. Nursing recruitment: school daze. *Health Service Journal*, 112 (5801): 30-31, 2002.
- Manzoni E. La formazione infermieristica dalle Scuole convitto all'Università. Relazione tenuta a Bologna, 25 febbraio 2000.
- Marcadelli S. L'infermiere tra crescita culturale e di ruolo. In Cipolla C., Artioli G. (a cura di). *La professionalità del care infermieristico. Risultati della prima indagine nazionale*. Milano, FrancoAngeli, 2003.
- Marzi A.M. La ricerca delle fonti: i risultati di una indagine campione. In Martelletti E. (a cura di). *Per una storia dell'assistenza infermieristica in Italia*. Roma, Federazione dei Collegi IPASVI, 1993.
- Masi V. Analisi delle tendenze di crescita della professione infermieristica. *Management Infermieristico*, 4, IV trimestre, 2001.
- Mastrillo A. Dati sull'accesso ai corsi e modalità di iscrizione nell'anno accademico 2002/2003. Relazione presentata alla Conferenza nazionale dei Corsi di laurea delle professioni sanitarie. Ancona, 4-5 ottobre 2002.
- Matarese M. Il sapere infermieristico in una nuova prospettiva. *Int Nurs Persp*, 2 (1): 1-2, 2002.
- Matarese M., De Marinis M.G., Tartaglini D. Un nuovo modello per il sapere infermieristico accademico in Italia. *Int Nurs Persp*, 2 (1): 11-15, 2002.
- Matteson-Kane M., Clarren D.S. Recruiting students is one thing; keeping them in another. *Nurse educator*, 28 (6): 281-283, 2003.
- Maurer M.C. An identification of factors influencing pre-professional socialization of aspirants to the nursing profession. Dissertation. *Abstract international*, 1-146 (UMI Dissertation Services), 1994.
- McSherry W., Marland G.R. Student discontinuations: is the system failing? *Nursing Education Today*, 19: 578-585, 1999.

- MIUR. Ministero dell'istruzione dell'Università e della ricerca, Comitato nazionale per la valutazione del sistema universitario. *Quinto rapporto sullo stato del Sistema universitario*, 2004.
- MIUR. Ministero dell'istruzione dell'Università e della ricerca. *Quaderni della Direzione generale per gli studi e la programmazione. Università in cifre 2005*. Le Monnier, 2005.
- Newton G. Talking up Nursing. *Nursing Standard*, 11 (2): 16-17, 1996.
- O'Brien-Pallas L. Where to from here? *Canadian Journal of Nursing Research*, 33 (4): 3-14, 2002.
- Regione Emilia-Romagna, Assessorato formazione professionale, lavoro, scuola e Università. *Programma triennale di studi per infermieri professionali*. aprile 1993.
- Rhèame A., Woodside R., Gautreau G., Ditommaso E. Why students choose nursing. *Canadian Nurse*, 99 (5): 25-29, 2003.
- Rolfe G. Towards a new model of nursing research. *Journal of Advanced Nursing*, 19 (5): 969-975, 1994.
- Rongstand M. Recruitment to and motivation for nursing education and the nursing profession. *Journal of Nursing Education*, 41 (7): 321-325, 2002.
- Rongstand M. Helping Motives in Late Modern Society: Values and attitudes among nursing students. *Nursing Ethics*, 11 (3): 227-239, 2004.
- Rosenstein A.H. Nurse-physician relationships: impact on nurse satisfaction and retention. *American Journal of Nursing*, 102 (6): 26-34, 2002.
- Sanders C. Dropout rate hits nursing targets. *The Times Higher Education Supplement*, 15 December 2000.
- Spouse J. An impossible dream? Images of nursing held by pre-registration students and their effect on sustaining motivation to become nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 32 (3): 730-739, 2000.
- Timmins F., Kaliszer M. Aspects of nurse education programmes that frequently cause stress to nursing students. Fact-finding sample survey. *Nurse Education Today*, 22 (3): 203-211, 2002.
- Tousijn W. *Il sistema delle occupazioni sanitarie*. Bologna, Il Mulino, 2000.
- TREELLLE. *Università italiana, università europea? Dati, proposte e questioni aperte*, 1ª edizione, Genova, 2003.
- UFI University for Industry. *Doctor and Nurses crisis in our playground. University for Industry*. Learndirect, 2002. Disponibile sul sito <http://www.ufi.com/press/>
- United Kingdom Central Council. *Fitness for Practice: UKCC Commission for Nursing and Midwifery Education*. London, UKCC, 1999.
- Vanhanen L., Hentinen M., Janhonen S. Students' orientation to nursing at the beginning of nursing education. *Vard I Norden*, 19 (3): 18-23, 1999.
- Veit A.C. Motives for choosing a profession and expectation from the professional nurse. *Pflege*, 9 (1): 61-71, 1996.

- West M. Communication and teamwork in healthcare. *Nursing Time Research*, 4 (1): 8-17, 1995.
- While A., Blackman C. Reflections on nursing as a career choice. *Journal of Nursing Management*, 6 (4): 231-237, 1998.
- White J., Williams R., Green B.F. Discontinuation, leaving reasons, and course evaluation comments of students on the common programme. *Nurse Education Today*, 19: 142-150, 1999.
- William D. Why I ... believe dropout rates are too low. *The Time Higher Education Supplement*, 21 February 2003.
- Wolfer J. Aspects of reality and ways of knowing in nursing: in search of an integrating paradigm. *Image Journal of Nursing Scholarship*, 25 (2): 141-146, 1993.
- Worthington J. Student nurse attrition. Why do they leave? *Proceedings of Annual Nursing Research conference*. Sheffield, RCN, 2000.
- Zani B., Ravenna M., Vicoli M.A. *Da custode dei matti a operatori di salute mentale, Indagine sugli infermieri psichiatrici*. Milano, FrancoAngeli, 1984.

Allegati

Allegato 1.

Focus group con studenti drop out, fuori corso e del I anno

Scaletta

- 1. La professione infermieristica: immagine sociale e considerazioni personali**
 - 1.1 Qual è, a vostro parere, l'opinione comune sulla professione infermieristica?
 - 1.2 Qual è, secondo la vostra opinione, il ruolo dell'infermiere professionale nell'ambito dei servizi alla persona?
 - 1.3 Quali ritenete che siano gli aspetti positivi della professione dell'infermiere?
 - 1.4 Quali ritenete che siano gli aspetti negativi della professione dell'infermiere?

- 2. L'iscrizione al corso di laurea per infermieri: motivazioni**
 - 2.1 Quando avete deciso di iscrivervi al corso per infermiere?
 - 2.2 Quali sono le ragioni che vi hanno portato ad iscrivervi al corso?
 - 2.3 Avete cercato informazioni sul tipo di corso che avreste frequentato?
 - 2.4 Se sì, a chi vi siete rivolti? (parenti, amici, segreteria didattica del corso, ...)
 - 2.5 C'è qualcuno nella vostra famiglia che svolge la professione di infermiere?
 - 2.6 C'è qualcuno tra i vostri amici e/o conoscenti che svolge la professione infermieristica?

- 3. Il corso**
 - 3.1 Quali sono le vostre considerazioni generali sul corso?
 - 3.2 Ritenete che abbia corrisposto alle vostre aspettative?
 - 3.3 Quali sono state le materie in cui avete incontrato maggiori difficoltà? Perché?
 - 3.4 Quali sono state le modalità di svolgimento del tirocinio?
 - 3.5 Quali sono stati gli aspetti maggiormente positivi?
 - 3.6 Quali sono stati gli aspetti maggiormente negativi?
 - 3.7 Avete incontrato qualche difficoltà durante lo svolgimento del corso? Se sì, quali? Cosa avete fatto per superarle? (chiesto aiuto agli insegnanti, ai compagni di corso, ...)
 - 3.8 Come giudicate il rapporto con gli insegnanti? E quello con i tutor?
 - 3.9 Come giudicate il rapporto con gli altri studenti del corso?

4. L'abbandono

- 4.1 Quando avete deciso di interrompere il corso? (oppure: Avete mai pensato di interrompere il corso?)
- 4.2 Quali sono le ragioni principali che vi hanno spinto ad interrompere il corso?
- 4.3 Avete incontrato difficoltà di apprendimento teorico?
- 4.4 Avete incontrato difficoltà nel tirocinio?
- 4.5 Avete incontrato particolari difficoltà di natura socio-economica? (alloggio, mantenimento economico, necessità di un lavoro *part time*, trasferimenti domicilio-Università, problemi familiari, ...)
- 4.6 Qual è stata la reazione delle persone a voi vicine di fronte alla vostra decisione?

Allegato 2.

Il fenomeno degli abbandoni dei corsi per infermiere: motivazioni, problemi e prospettive

I questionario

Università di

Sede

1. Sesso

- M
- F

2. Età

- 19-24 anni
- 25-30 anni
- 31-36 anni
- oltre 36 anni

3. Comune di residenza

(Provincia di))

4. Scuola secondaria di provenienza

- Liceo classico
- Liceo scientifico
- Liceo artistico
- Liceo linguistico
- Istituto magistrale
- Istituto tecnico
- Istituto professionale
- Altro

5. La tua scelta del corso per infermiere è stata una:

- I scelta
- II scelta
- III scelta
- Trasferimento da altro corso universitario
- Trasferimento da altra Università
(con iscrizione allo stesso corso precedentemente seguito)

5.1. Se il corso per infermiere non è stato una I scelta, specificare quale era stata la I scelta

.....

6. Secondo la tua opinione, quali tra i seguenti aspetti rispecchiano maggiormente le caratteristiche attuali della professione infermieristica (max 2 risposte)

- Gratificazione per il rapporto interpersonale con il malato
- Subalternità alla figura del medico
- Responsabilità
- Stress psico-fisico
- Impegno
- Orari e turni di lavoro pesanti
- Missione
- Rischio per la propria salute
- Autonomia

7. Quali tra le seguenti motivazioni ti hanno fatto decidere per l'iscrizione al corso universitario per infermiere? (max 2 risposte)

- Influenza di genitori e/o parenti
- Influenza di amici
- Esperienza di volontariato
(specificare in quale settore)
- Corso più breve e meno impegnativo rispetto a un corso di laurea tradizionale
- Certezza del posto di lavoro
- Professione che consente di aiutare chi soffre
- Professione che consente di stare a diretto contatto con le persone
- Professione che consente l'utilizzo di nuove tecnologie
- Mi sento portato/a per la professione di infermiere
- Non sapevo cosa fare
- Avevo scelto un altro corso, ma non mi hanno preso
(specificare quale)
- Altro (specificare)

8. Nella tua famiglia o tra i tuoi amici e conoscenti, c'è qualcuno che svolge o ha svolto la professione di infermiere?

- Sì (specificare chi)
- No

8.1. Se sì, quanta influenza ha avuto sulla tua decisione di iscriverti?

- Nessuna influenza
- Poca influenza
- Molta influenza

9. Prima dell'iscrizione al corso, ritieni di aver ricevuto informazioni adeguate riguardanti lo stesso?

- Sì
- No
- In parte

9.1. Se sì, secondo quali modalità? (max 2 risposte)

- Da persone che sono venute presso la mia scuola superiore
- Da personale addetto all'orientamento universitario
- Presso la segreteria del corso
- Da studenti che stanno frequentando o hanno frequentato il corso
- Opuscoli informativi, dépliant
- Mass media (tv, radio, giornali locali)
- Altro (specificare)

10. Qual è stato l'atteggiamento dei tuoi familiari di fronte alla decisione di iscriverti al corso? (max 2 risposte)

- Approvazione
- Incoraggiamento
- Incredulità
- Disapprovazione
- Ostacolo
- Indifferenza
- Altro (specificare)

11. Qual è stato l'atteggiamento di amici e conoscenti di fronte alla tua decisione di iscriverti al corso? (max 2 risposte)

- Approvazione
- Incoraggiamento
- Incredulità
- Disapprovazione
- Ostacolo
- Indifferenza
- Altro (specificare)

12. Attualmente stai svolgendo una qualche attività lavorativa?

- Sì (specificare)
- No

13. Precedenti esperienze lavorative

- Nessuna
- Nel/i settore/i

14. A tuo parere, qual è l'opinione corrente maggiormente diffusa sulla professione di infermiere? (max 2 risposte)

- È un buon lavoro
- È un lavoro pesante
- È un lavoro gratificante
- È un lavoro impegnativo
- È un lavoro poco considerato
- È un lavoro che sta cambiando

15. Quali ritieni siano gli aspetti maggiormente positivi della professione infermieristica?

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

16. Quali invece gli aspetti maggiormente negativi?

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

Allegato 3.

Il fenomeno degli abbandoni dei corsi per infermiere: motivazioni, problemi e prospettive

Il questionario

Università di

Sede

1. Sesso

- M
- F

2. Età

- 19-24 anni
- 25-30 anni
- 31-36 anni
- oltre 36 anni

3. Comune di residenza

(Provincia di))

4. Scuola secondaria di provenienza

- Liceo classico
- Liceo scientifico
- Liceo artistico
- Liceo linguistico
- Istituto magistrale psico-socio-pedagogico
- Istituto tecnico
- Istituto professionale
- Altro

5. La tua scelta del corso per infermiere è stata una:

- I scelta
- II scelta
- III scelta
- Trasferimento da altro corso universitario
- Trasferimento da altra Università
(con iscrizione allo stesso corso precedentemente seguito)

6. Quali tra le seguenti motivazioni ti hanno fatto decidere per l'iscrizione al corso universitario per infermiere? (max 2 risposte):

- Influenza di genitori e/o parenti
- Influenza di amici
- Esperienza di volontariato
(specificare in quale settore)
- Corso più breve e meno impegnativo rispetto ad un Corso di laurea tradizionale
- Certezza del posto di lavoro
- Professione che consente di aiutare chi soffre
- Professione che consente di stare a diretto contatto con le persone
- Professione che consente l'utilizzo di nuove tecnologie
- Mi sento portato/a per la professione di infermiere
- Non sapevo cosa fare
- Avevo scelto un altro corso, ma non mi hanno preso
(specificare quale)
- Altro (specificare)

7. Nella tua famiglia o tra i tuoi amici e conoscenti, c'è qualcuno che svolge o ha svolto la professione di infermiere?

- Sì (specificare chi)
- No

8. Attualmente stai svolgendo una qualche attività lavorativa?

- Sì (specificare)
- No

9. Secondo la tua opinione, quali tra i seguenti aspetti rispecchiano maggiormente le caratteristiche attuali della professione infermieristica (max 2 risposte)

- Gratificazione per il rapporto interpersonale con il malato
- Subalternità alla figura del medico
- Responsabilità
- Stress psico-fisico
- Impegno
- Orari e turni di lavoro pesanti
- Missione
- Rischio per la propria salute
- Autonomia

10. Dopo la tua esperienza al corso, quali ritieni siano gli aspetti maggiormente positivi della professione infermieristica? (max 2 risposte)

- Aiutare chi soffre
- Relazione interpersonale con il malato e i familiari
- Buone opportunità di lavoro
- Buona retribuzione
- Professione gratificante
- Autonomia
- Responsabilità
- Professione dinamica
- Uso di nuove tecnologie
- Lavoro in équipe
- Altro

11. E quali invece gli aspetti maggiormente negativi? (max 2 risposte)

- Rischio per la propria salute
- Professione non valorizzata e poco considerata
- Orari e turni pesanti
- Scarsa retribuzione
- Subalternità alla figura del medico
- Lavoro duro e pesante
- Coinvolgimento emotivo nella sofferenza dei malati e dei familiari
- Burocratizzazione della professione
- Impotenza di fronte alla malattia e alla morte
- Esecuzione di mansioni poco gratificanti
- Altro (specificare:.....)

12. Secondo la tua esperienza di tirocinio, in che misura le funzioni espresse sono svolte dagli infermieri?

(barra, per ciascuna voce indicata, la casella che corrisponde alla tua valutazione nella scala da 1 = minimo a 10 = massimo)

• *Funzioni tecniche*

Minimo										Massimo
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

• *Funzioni relazionali*

Minimo										Massimo
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

• *Funzioni educative*

Minimo										Massimo
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

• *Funzioni preventive*

Minimo										Massimo
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

• *Funzioni riabilitative*

Minimo										Massimo
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

13. Durante il corso hai incontrato qualche difficoltà di apprendimento teorico?

- Sì. Specificare, in ordine di difficoltà, in quali materie
 - 1.
 - 2.
 - 3.
- No

13.1. Se sì, perché? (max 2 risposte)

- Mancanza di precedente preparazione
- Difficoltà di relazione con il docente
- Mancanza di tempo per studiare
- Mancanza di metodo di studio
- Concentrazione di diverse discipline in poco tempo
- Difficoltà ad affrontare gli esami
- Altro

14. Quali sono state le modalità di svolgimento del tirocinio? (è possibile indicare più di una risposta)

- Affiancamento 1/1: studente/infermiere guida
- Affiancamento a studente di III anno e infermiere guida
- Affiancamento ad una équipe di infermieri
- Affiancamento all'infermiere guida e all'équipe di infermieri
- Altro

15. Hai incontrato qualche difficoltà durante il tirocinio?

- Sì
- No

15.1. Se sì, di che tipo? (max 2 risposte)

- Difficoltà a conciliare studio e attività di tirocinio
- Scarsa considerazione da parte degli infermieri di reparto
- Difficoltà a mettere in pratica quanto appreso durante il Corso
- Problemi relazionali con i pazienti
- Forte impatto emotivo di fronte a situazioni particolari
- Difficoltà a svolgere adeguatamente le mansioni richieste
- Mancanza di adeguato supporto da parte dell'infermiere guida
- Scarso collegamento tra sede di tirocinio e sede formativa
- Altro

16. Hai mai pensato di interrompere il corso?

- Sì
- No

16.1. Se sì, per quale/i motivo/i? (max 2 risposte)

- Problematiche di tipo relazionale - Specificare con quali persone:
 - Docenti
 - Tutor
 - Medici
 - Guide di tirocinio
 - Infermieri
 - OTA
 - Altri studenti del corso
 - Altro
- Troppo impegnativo (studio + tirocinio)
- Disillusione riguardo la professione infermieristica
- Motivi economici
- Problemi di salute
- Incompatibilità con il lavoro
- Difficoltà di apprendimento
- Difficoltà a superare esami
- Altro

17. Hai incontrato difficoltà di natura socio-economica?

- Sì
- No

17.1. Se sì, di che tipo? (max 2 risposte)

- Per l'alloggio
- Per il mantenimento economico
- Trasferimenti domicilio-Università
- Problemi familiari
- Difficoltà di integrazione/adattamento
- Altro

18. Quali sono le tue considerazioni generali sul corso riguardo a:

(barra per ciascuna voce indicata, la casella che corrisponde al tuo indice di gradimento nella scala di valutazione che va da 1 = pessimo a 10 = ottimo)

- *Discipline infermieristiche*

Pessimo										Ottimo
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

- *Altre discipline*

Pessimo										Ottimo
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

- *Rapporto con gli insegnanti*

Pessimo										Ottimo
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

- *Rapporto con i tutor del corso*

Pessimo										Ottimo
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

- *Rapporti con gli altri studenti del corso*

Pessimo										Ottimo
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

- *Esperienza di tirocinio*

Pessimo										Ottimo
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

- *Aspetti logistico-organizzativi (aule, orari, sussidi didattici, ...)*

Pessimo										Ottimo
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

19. Esprimi una valutazione complessiva sul corso

(barra la casella che corrisponde al tuo indice di gradimento nella scala di valutazione che va da 1 = pessimo a 10 = ottimo)

Pessimo										Ottimo
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

COLLANA DOSSIER

a cura dell'Agenzia sanitaria regionale

1. Centrale a carbone "Rete 2": valutazione dei rischi. Bologna, 1990. (*)
2. Igiene e medicina del lavoro: componente della assistenza sanitaria di base. Servizi di igiene e medicina del lavoro. (Traduzione di rapporti OMS). Bologna, 1990. (*)
3. Il rumore nella ceramica: prevenzione e bonifica. Bologna, 1990. (*)
4. Catalogo collettivo dei periodici per la prevenzione. I edizione - 1990. Bologna, 1990. (*)
5. Catalogo delle biblioteche SEDI - CID - CEDOC e Servizio documentazione e informazione dell'ISPESL. Bologna, 1990. (*)
6. Lavoratori immigrati e attività dei servizi di medicina preventiva e igiene del lavoro. Bologna, 1991. (*)
7. Radioattività naturale nelle abitazioni. Bologna, 1991. (*)
8. Educazione alimentare e tutela del consumatore "Seminario regionale Bologna 1-2 marzo 1990". Bologna, 1991. (*)
9. Guida alle banche dati per la prevenzione. Bologna, 1992.
10. Metodologia, strumenti e protocolli operativi del piano dipartimentale di prevenzione nel comparto rivestimenti superficiali e affini della provincia di Bologna. Bologna, 1992. (*)
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, 1992. (*)
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, 1992. (*)
13. Catalogo collettivo dei periodici per la prevenzione in Emilia-Romagna. 2ª edizione. Bologna, 1992. (*)
14. Amianto 1986-1993. Legislazione, rassegna bibliografica, studi italiani di mortalità, proposte operative. Bologna, 1993. (*)
15. Rischi ambientali, alimentari e occupazionali, Attività di prevenzione e controllo nelle USL dell'Emilia-Romagna. 1991. Bologna, 1993. (*)
16. La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica delle USL dell'Emilia-Romagna, 1991. Bologna, 1993. (*)

(*) volumi disponibili presso l'Agenzia sanitaria regionale. Sono anche scaricabili dal sito http://asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr/collana_dossier/archivio_dossier_1.htm

17. Metodi analitici per lo studio delle matrici alimentari. Bologna, 1993. (*)
18. Venti anni di cultura per la prevenzione. Bologna, 1994.
19. La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica dell'Emilia-Romagna 1992. Bologna, 1994. (*)
20. Rischi ambientali, alimentari e occupazionali, Attività di prevenzione e controllo nelle USL dell'Emilia-Romagna. 1992. Bologna, 1994. (*)
21. Atlante regionale degli infortuni sul lavoro. 1986-1991. 2 volumi. Bologna, 1994. (*)
22. Atlante degli infortuni sul lavoro del distretto di Ravenna. 1989-1992. Ravenna, 1994. (*)
23. 5a Conferenza europea sui rischi professionali. Riccione, 7-9 ottobre 1994. Bologna, 1994.
24. La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica dell'Emilia-Romagna 1993. Bologna, 1995. (*)
25. Rischi ambientali, alimentari e occupazionali, Attività di prevenzione e controllo nelle USL dell'Emilia-Romagna. 1993. Bologna, 1995. (*)
26. La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica dell'Emilia-Romagna. Sintesi del triennio 1992-1994. Dati relativi al 1994. Bologna, 1996. (*)
27. Lavoro e salute. Atti della 5a Conferenza europea sui rischi professionali. Riccione, 7-9 ottobre 1994. Bologna, 1996. (*)
28. Gli scavi in sottterraneo. Analisi dei rischi e normativa in materia di sicurezza. Ravenna, 1996. (*)
29. La radioattività ambientale nel nuovo assetto istituzionale. Convegno Nazionale AIRP. Ravenna, 1997. (*)
30. Metodi microbiologici per lo studio delle matrici alimentari. Ravenna, 1997. (*)
31. Valutazione della qualità dello screening del carcinoma della cervice uterina. Ravenna, 1997. (*)
32. Valutazione della qualità dello screening mammografico del carcinoma della mammella. Ravenna, 1997. (*)
33. Processi comunicativi negli screening del tumore del collo dell'utero e della mammella (parte generale). Proposta di linee guida. Ravenna, 1997. (*)
34. EPI INFO versione 6. Ravenna, 1997. (*)
35. Come rispondere alle 100 domande più frequenti negli screening del tumore del collo dell'utero. Vademecum per gli operatori di front-office. Ravenna, 1998.
36. Come rispondere alle 100 domande più frequenti negli screening del tumore della mammella. Vademecum per gli operatori di front-office. Ravenna, 1998. (*)
37. Centri di Produzione Pasti. Guida per l'applicazione del sistema HACCP. Ravenna, 1998. (*)
38. La comunicazione e l'educazione per la prevenzione dell'AIDS. Ravenna, 1998. (*)

39. Rapporti tecnici della Task Force D.Lgs 626/94 - 1995-1997. Ravenna, 1998. (*)
40. Progetti di educazione alla salute nelle Aziende sanitarie dell'Emilia Romagna. Catalogo 1995 - 1997. Ravenna, 1999. (*)
41. Manuale di gestione e codifica delle cause di morte, Ravenna, 2000.
42. Rapporti tecnici della Task Force D.Lgs 626/94 - 1998-1999. Ravenna, 2000. (*)
43. Comparto ceramiche: profilo dei rischi e interventi di prevenzione. Ravenna, 2000. (*)
44. L'Osservatorio per le dermatiti professionali della provincia di Bologna. Ravenna, 2000. (*)
45. SIDRIA Studi Italiani sui Disturbi Respiratori nell'Infanzia e l'Ambiente. Ravenna, 2000. (*)
46. Neoplasie. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2000.
47. Salute mentale. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001.
48. Infortuni e sicurezza sul lavoro. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001. (*)
49. Salute Donna. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2000.
50. Primo report semestrale sull'attività di monitoraggio sull'applicazione del D.Lgs 626/94 in Emilia-Romagna. Ravenna, 2000. (*)
51. Alimentazione. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001. (*)
52. Dipendenze patologiche. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001.
53. Anziani. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001. (*)
54. La comunicazione con i cittadini per la salute. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001. (*)
55. Infezioni ospedaliere. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001. (*)
56. La promozione della salute nell'infanzia e nell'età evolutiva. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001.
57. Esclusione sociale. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001.
58. Incidenti stradali. Proposta di Patto per la sicurezza stradale. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001.
59. Malattie respiratorie. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001. (*)

60. AGREE. Uno strumento per la valutazione della qualità delle linee guida cliniche. Bologna, 2002.
61. Prevalenza delle lesioni da decubito. Uno studio della Regione Emilia-Romagna. Bologna, 2002.
62. Assistenza ai pazienti con tubercolosi polmonare nati all'estero. Risultati di uno studio caso-controllo in Emilia-Romagna. Bologna, 2002.
63. Infezioni ospedaliere in ambito chirurgico. Studio multicentrico nelle strutture sanitarie dell'Emilia-Romagna. Bologna, 2002.
64. Indicazioni per l'uso appropriato della chirurgia della cataratta. Bologna, 2002. (*)
65. Percezione della qualità e del risultato delle cure. Riflessione sugli approcci, i metodi e gli strumenti. Bologna, 2002. (*)
66. Le Carte di controllo. Strumenti per il governo clinico. Bologna, 2002.
67. Catalogo dei periodici. Archivio storico 1970-2001. Bologna, 2002.
68. Thesaurus per la prevenzione. 2a edizione. Bologna, 2002. (*)
69. Materiali documentari per l'educazione alla salute. Archivio storico 1970-2000. Bologna, 2002. (*)
70. I Servizi socio-assistenziali come area di policy. Note per la programmazione sociale regionale. Bologna, 2002. (*)
71. Farmaci antimicrobici in età pediatrica. Consumi in Emilia-Romagna. Bologna, 2002. (*)
72. Linee guida per la chemiopprofilassi antibiotica in chirurgia. Indagine conoscitiva in Emilia-Romagna. Bologna, 2002. (*)
73. Liste di attesa per la chirurgia della cataratta: elaborazione di uno score clinico di priorità. Bologna, 2002. (*)
74. Diagnostica per immagini. Linee guida per la richiesta. Bologna, 2002. (*)
75. FMEA-FMECA. Analisi dei modi di errore/guasto e dei loro effetti nelle organizzazioni sanitarie. Sussidi per la gestione del rischio 1. Bologna, 2002. (*)
76. Infezioni e lesioni da decubito nelle strutture di assistenza per anziani. Studio di prevalenza in tre Aziende USL dell'Emilia-Romagna. Bologna, 2003. (*)
77. Linee guida per la gestione dei rifiuti prodotti nelle Aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna. Bologna, 2003.
78. Fattibilità di un sistema di sorveglianza dell'antibioticoresistenza basato sui laboratori. Indagine conoscitiva in Emilia-Romagna. Bologna, 2003. (*)
79. Valutazione dell'appropriatezza delle indicazioni cliniche di utilizzo di MOC ed eco-color-Doppler e impatto sui tempi di attesa. Bologna, 2003. (*)
80. Promozione dell'attività fisica e sportiva. Bologna, 2003. (*)
81. Indicazioni all'utilizzo della tomografia ad emissione di positroni (FDG - PET) in oncologia. Bologna, 2003. (*)

82. Applicazione del DLgs 626/94 in Emilia-Romagna. Report finale sull'attività di monitoraggio. Bologna, 2003. (*)
83. Organizzazione aziendale della sicurezza e prevenzione. Guida per l'autovalutazione. Bologna, 2003.
84. I lavori di Francesca Repetto. Bologna, 2003. (*)
85. Servizi sanitari e cittadini: segnali e messaggi. Bologna, 2003. (*)
86. Il sistema di incident reporting nelle organizzazioni sanitarie. Sussidi per la gestione del rischio 2. Bologna, 2003. (*)
87. I Distretti nella Regione Emilia-Romagna. Bologna, 2003. (*)
88. Misurare la qualità: il questionario. Sussidi per l'autovalutazione e l'accreditamento. Bologna, 2003. (*)
89. Promozione della salute per i disturbi del comportamento alimentare. Bologna, 2004. (*)
90. La gestione del paziente con tubercolosi: il punto di vista dei professionisti. Bologna, 2004. (*)
91. Stent a rilascio di farmaco per gli interventi di angioplastica coronarica. Impatto clinico ed economico. Bologna, 2004. (*)
92. Educazione continua in medicina in Emilia-Romagna. Rapporto 2003. Bologna, 2004. (*)
93. Le liste di attesa dal punto di vista del cittadino. Bologna, 2004. (*)
94. Raccomandazioni per la prevenzione delle lesioni da decubito. Bologna, 2004. (*)
95. Prevenzione delle infezioni e delle lesioni da decubito. Azioni di miglioramento nelle strutture residenziali per anziani. Bologna, 2004. (*)
96. Il lavoro a tempo parziale nel Sistema sanitario dell'Emilia-Romagna. Bologna, 2004. (*)
97. Il sistema qualità per l'accreditamento istituzionale in Emilia-Romagna. Sussidi per l'autovalutazione e l'accreditamento. Bologna, 2004. (*)
98. La tubercolosi in Emilia-Romagna. 1992-2002. Bologna, 2004. (*)
99. La sorveglianza per la sicurezza alimentare in Emilia-Romagna nel 2002. Bologna, 2004. (*)
100. Dinamiche del personale infermieristico in Emilia-Romagna. Permanenza in servizio e mobilità in uscita. Bologna, 2004. (*)
101. Rapporto sulla specialistica ambulatoriale 2002 in Emilia-Romagna. Bologna, 2004. (*)
102. Antibiotici sistemici in età pediatrica. Prescrizioni in Emilia-Romagna 2000-2002. Bologna, 2004. (*)
103. Assistenza alle persone affette da disturbi dello spettro autistico. Bologna, 2004. (*)

104. Sorveglianza e controllo delle infezioni ospedaliere in terapia intensiva. Indagine conoscitiva in Emilia-Romagna. Bologna, 2004. (*)
105. SapereAscoltare. Il valore del dialogo con i cittadini. Bologna, 2005. (*)
106. La sostenibilità del lavoro di cura. Famiglie e anziani non autosufficienti in Emilia-Romagna. Sintesi del progetto. Bologna, 2005. (*)
107. Il bilancio di missione per il governo della sanità dell'Emilia-Romagna. Bologna, 2005. (*)
108. Contrastare gli effetti negativi sulla salute di disuguaglianze sociali, economiche o culturali. Premio Alessandro Martignani - III edizione. Catalogo. Bologna, 2005. (*)
109. Rischio e sicurezza in sanità. Atti del convegno Bologna, 29 novembre 2004. Sussidi per la gestione del rischio 3. Bologna, 2005.
110. Domanda di cure domiciliare e donne migranti. Indagine sul fenomeno delle badanti in Emilia-Romagna. Bologna, 2005. (*)
111. Le disuguaglianze in ambito sanitario. Quadro normativo ed esperienze europee. Bologna, 2005. (*)
112. La tubercolosi in Emilia-Romagna. 2003. Bologna, 2005. (*)
113. Educazione continua in medicina in Emilia-Romagna. Rapporto 2004. Bologna, 2005. (*)
114. Le segnalazioni dei cittadini agli URP delle Aziende sanitarie. Report regionale 2004. Bologna, 2005. (*)
115. Proba Progetto Bambini e antibiotici. I determinanti della prescrizione nelle infezioni delle alte vie respiratorie. Bologna, 2005. (*)
116. Audit delle misure di controllo delle infezioni post-operatorie in Emilia-Romagna. Bologna, 2005. (*)
117. Dalla Pediatria di comunità all'Unità pediatrica di Distretto. Bologna, 2006. (*)
118. Linee guida per l'accesso alle prestazioni di eco-color doppler: impatto sulle liste di attesa. Bologna, 2006. (*)
119. Prescrizioni pediatriche di antibiotici sistemici nel 2003. Confronto in base alla tipologia di medico curante e medico prescrittore. Bologna, 2006. (*)
120. Tecnologie informatizzate per la sicurezza nell'uso dei farmaci. Sussidi per la gestione del rischio 4. Bologna, 2006. (*)
121. Tomografia computerizzata multistrato per la diagnostica della patologia coronarica. Revisione sistematica della letteratura. Bologna, 2006. (*)
122. Tecnologie per la sicurezza nell'uso del sangue. Sussidi per la gestione del rischio 5. Bologna, 2006. (*)
123. Epidemie di infezioni correlate all'assistenza sanitaria. Sorveglianza e controllo. Bologna, 2006. (*)
124. Indicazioni per l'uso appropriato della FDG-PET in oncologia. Sintesi. Bologna, 2006. (*)

125. Il clima organizzativo nelle Aziende sanitarie - ICONAS. Cittadini, Comunità e Servizio sanitario regionale. Metodi e strumenti. Bologna, 2006. (*)
126. Neuropsichiatria infantile e Pediatria. Il progetto regionale per i primi anni di vita. Bologna, 2006. (*)
127. La qualità percepita in Emilia-Romagna. Strategie, metodi e strumenti per la valutazione dei servizi. Bologna, 2006. (*)
128. La guida DISCERNere. Valutare la qualità dell'informazione in ambito sanitario. Bologna, 2006. (*)
129. Qualità in genetica per una genetica di qualità. Atti del convegno Ferrara, 15 settembre 2005. Bologna, 2006. (*)
130. La root cause analysis per l'analisi del rischio nelle strutture sanitarie. Sussidi per la gestione del rischio 6. Bologna, 2006. (*)
131. La nascita pre-termine in Emilia-Romagna. Rapporto 2004. Bologna, 2006. (*)
132. Atlante dell'appropriatezza organizzativa. I ricoveri ospedalieri in Emilia-Romagna. Bologna, 2006.
133. Reprocessing degli endoscopi. Indicazioni operative. Bologna, 2006. (*)
134. Reprocessing degli endoscopi. Eliminazione dei prodotti di scarto. Bologna, 2006. (*)
135. Sistemi di identificazione automatica. Applicazioni sanitarie. Sussidi per la gestione del rischio 7. Bologna, 2006. (*)
136. Uso degli antimicrobici negli animali da produzione. Limiti delle ricette veterinarie per attività di farmacovigilanza. Bologna, 2006. (*)
137. Il profilo assistenziale del neonato sano. Bologna, 2006. (*)
138. Sana o salva? Adesione e non adesione ai programmi di screening femminili in Emilia-Romagna. Bologna, 2006. (*)
139. La cooperazione internazionale negli Enti locali e nelle Aziende sanitarie. Premio Alessandro Martignani - IV edizione. Catalogo. Bologna, 2006. (*)
140. Sistema regionale dell'Emilia-Romagna per la sorveglianza dell'antibioticoresistenza. 2003-2005. Bologna, 2006. (*)
141. Accredimento e governo clinico. Esperienze a confronto. Atti del convegno Reggio Emilia, 15 febbraio 2006. Bologna, 2007. (*)
142. Le segnalazioni dei cittadini agli URP delle Aziende sanitarie. Report regionale 2005. Bologna, 2007. (*)
143. Progetto LaSER. Lotta alla sepsi in Emilia-Romagna. Razionale, obiettivi, metodi e strumenti. Bologna, 2007. (*)
144. La ricerca nelle Aziende del Servizio sanitario dell'Emilia-Romagna. Risultati del primo censimento. Bologna, 2007. (*)
145. Disuguaglianze in cifre. Potenzialità delle banche dati sanitarie. Bologna, 2007. (*)

146. Gestione del rischio in Emilia-Romagna 1999-2007. Sussidi per la gestione del rischio 8. Bologna, 2007. (*)
147. Accesso per priorità in chirurgia ortopedica. Elaborazione e validazione di uno strumento. Bologna, 2007. (*)
148. I Bilanci di missione 2005 delle Aziende USL dell'Emilia-Romagna. Bologna, 2007. (*)
149. E-learning in sanità. Bologna, 2007. (*)
150. Educazione continua in medicina in Emilia-Romagna. Rapporto 2002-2006. Bologna, 2007. (*)
151. "Devo aspettare qui?" Studio etnografico delle traiettorie di accesso ai servizi sanitari a Bologna. Bologna, 2007. (*)
152. L'abbandono nei Corsi di laurea in infermieristica in Emilia-Romagna: una non scelta? Bologna, 2007. (*)