

Elena Cristofori  
Alessandro Delli Poggi  
Paolo Serreri

# IL LABORATORIO PROFESSIONALE NELLA FORMAZIONE

---

## 2 Metodi, tecniche e applicazioni



CASA EDITRICE AMBROSIANA

Elena Cristofori · Alessandro Delli Poggi · Paolo Serreri

# IL LABORATORIO PROFESSIONALE NELLA FORMAZIONE

---

*2. Metodi, tecniche e applicazioni*



CASA EDITRICE AMBROSIANA

# Indice

---

<i>Curatori</i>	IX
<i>Collaboratori</i>	XI
<i>Prefazione di Maria Grazia De Marinis</i>	XV
<b>1 Il laboratorio nei corsi di laurea</b>	<b>1</b>
<i>di Valerio Dimonte, Alvisa Palese, Elena Cristofori, Antonello Cocchieri, Alessandro Delli Poggi</i>	
1. La riforma della formazione infermieristica in Italia	1
1.1 L'infermiera professionale e la sua formazione	1
2. Descrittori di Dublino e competenze-esito del laureato in Infermieristica	9
2.1 <i>Learning outcomes</i> e descrittori di Dublino	10
2.2 Gli approcci prevalenti nella formazione infermieristica	13
2.3 Le competenze-esito e i descrittori di Dublino nell'infermieristica	14
Riferimenti bibliografici	21
3. Il laboratorio professionale nella didattica professionalizzante	22
Riferimenti bibliografici	26
4. Risultati di apprendimento per il 1°, 2° e 3° anno del corso di laurea in Infermieristica	28
4.1 Esperienza di insegnamento/apprendimento per il 1° anno	28
4.2 Esperienza di insegnamento/apprendimento per obiettivi trasversali al curriculum formativo per il 2° anno	34
Riferimenti bibliografici	37
4.3 Esperienza di insegnamento/apprendimento per il 3° anno	37
Riferimenti bibliografici	41
<b>2 Il laboratorio, una comunità che apprende</b>	<b>43</b>
<i>di Daniela Tartaglino, Nadia Daffinà, Maria Matarese, Francesca Marocchini</i>	
1. Il valore del gruppo che impara facendo e accorgendosi di imparare: lo studente infermiere come ricercatore pratico	43
1.1 Modelli di apprendimento	44
1.2 Modalità di apprendimento	45
1.3 Il laboratorio: luogo e ambito di sperimentazione scientifica	46
2. Riempire di emozioni le esperienze di apprendimento	47

2.1 Emozioni, mappe mentali e apprendimento	48
2.2 Clima educativo, competenze del docente e metodologie didattiche	50
Riferimenti bibliografici	51
3. La valutazione delle competenze cliniche attraverso l'esame clinico obiettivo strutturato (OSCE)	51
3.1 introduzione	51
3.2 Definizione delle competenze professionali	53
3.3 Identificazione dei risultati di apprendimento	54
3.4 Organizzazione della sessione OSCE	56
3.5 La preparazione dello studente all'OSCE	64
3.6 Valutazione e feedback allo studente	68
3.7 Esempi di stazioni OSCE	70
Riferimenti bibliografici	77
<b>3 Vivere il laboratorio</b>	79
<i>di Fabrizio Consorti, Elena Cristofori, Alessandro Delli Poggi</i>	
1. Briefing e costruzione di senso	79
1.1 Fondamenti pedagogici	81
1.2 Una sintesi	83
1.3 Il senso del <i>briefing</i> nella pratica infermieristica	84
Riferimenti bibliografici	87
2. Anatomia e fisiologia di un laboratorio: ricerca, riflessione e confronto, produzione e analisi	88
2.1 Obiettivi	89
2.2 Metodologia adottata	90
2.3 Sedute di simulazione	92
2.4 Obiettivi e risultati attesi	93
2.5 Strutture necessarie alla realizzazione di un laboratorio centro di simulazione	93
Riferimenti bibliografici	94
3. Il feedback, il <i>debriefing</i> e la restituzione di senso	94
3.1 Il feedback	95
3.2 Il <i>debriefing</i>	97
3.3 Conclusione	98
Riferimenti bibliografici	99
<b>4 Il laboratorio cognitivo secondo il metodo PBL</b>	101
<i>di Loredana Sasso, Annamaria Bagnasco</i>	
1. Focus sul metodo PBL	101
2. La conoscenza tacita e il PBL	103
2.1 Valutazione dell'apprendimento basato sulle unità P4	105
3. Il PBL nella formazione sanitaria	106
4. Domande di autoverifica	107
Riferimenti bibliografici	107
<b>5 Il laboratorio dei gesti (o <i>skill lab</i>)</b>	109
<i>di Rosaria Alvaro, Loreana Macale, Gennaro Scialò, Ercole Vellone</i>	
1. Apprendimento e insegnamento di specificità/particolarità: l'osservazione della manovra nel laboratorio dei gesti e la costruzione della check-list	109

1.1 Esempi di organizzazione dei moduli in cui afferiscono gruppi di studenti dei vari anni accademici	110
1.2 Il laboratorio dei gesti come tempo e spazio di un fare come «far divenire» (novizio, principiante avanzato, competente, abile ed esperto): la valorizzazione dell'atto e non del fatto	116
Riferimenti bibliografici	120
<b>6 Il laboratorio delle abilità comunicativo-relazionali</b>	121
Progettazione, metodologie e strumenti	
<i>di Loredana Gamberoni, Michele Dal Pozzo</i>	
1. Premessa	121
2. Progettazione	123
2.1 Tipologie di laboratori	124
3. Esempi di laboratori	134
3.1 Laboratorio dell'empatia	135
3.2 Laboratorio di consapevolezza corporea (livello base)	138
3.3 Laboratorio di consapevolezza del proprio io nella relazione (livello intermedio)	142
3.4 Laboratorio di consapevolezza del proprio io nella relazione (livello avanzato)	142
4. Strumenti di osservazione e di analisi dei vissuti	143
4.1 Scheda di analisi del vissuto (studente/attore)	143
Modello semplificato da utilizzarsi per la discussione post <i>role-playing</i>	
4.2 Scheda di osservazione di un <i>role-playing</i> (osservatore)	144
Modello semplificato da utilizzarsi per la discussione post <i>role-playing</i>	
5. Strumenti di valutazione	145
5.1 Strumenti di valutazione dell'esperienza da parte degli studenti	147
Riferimenti bibliografici	154
<b>Glossario</b>	157
<i>di Elena Cristofori, Alessandro Delli Poggi</i>	
<i>Indice analitico</i>	161

# Prefazione

---

di Maria Grazia De Marinis

In questo momento, tutte le Facoltà universitarie devono necessariamente confrontarsi con il fenomeno della globalizzazione, che ha prodotto forti interconnessioni tra i diversi Paesi; la stessa disciplina infermieristica deve inevitabilmente fare riferimento a un contesto sociale e sanitario influenzato da orientamenti e scelte sovranazionali.

Il testo a cura di Elena Cristofori, Alessandro Delli Poggi e Paolo Serreri, muovendo da un excursus storico dell'evoluzione della formazione infermieristica, si sofferma opportunamente sul Processo di Bologna del 1999, con il quale l'Europa ha dato avvio a un percorso di rinnovamento del sistema di istruzione superiore a carattere internazionale, con l'obiettivo di creare uno Spazio Europeo dell'Istruzione Superiore in cui si riorganizzano in senso comunitario le politiche formative, per consentire alle Università di aprirsi con maggiore incisività alla dimensione internazionale del sapere e di permettere agli studenti, ai docenti e al personale amministrativo di circolare liberamente nello Spazio Europeo. Lo strumento che le Università hanno a disposizione per armonizzare i loro sistemi formativi e per consentire la libera circolazione dei saperi e delle competenze su tutto il territorio europeo è costituito dai *learning outcomes*, i cosiddetti «risultati formativi» attesi.

Ai protagonisti della formazione infermieristica italiana si impone, pertanto, un'attenta riflessione non solo sul concetto di competenza – che è oggetto di numerose definizioni ed è interpretabile, nel campo sanitario, come un'integrazione di conoscenze, abilità e atteggiamenti necessari a risolvere problemi professionali in specifici contesti di cura – ma anche su quali competenze specifiche gli infermieri del futuro dovranno poter esprimere la loro professionalità per fare fronte al crescente livello di bisogni sanitari della comunità globale. Si tratta di individuare quelle conoscenze, attitudini e abilità essenziali che tutti i neolaureati dovrebbero acquisire in modo completo e permanente per l'esercizio iniziale della professione di infermiere e che dovrebbero poi rappresentare le fondamenta culturali e intellettuali su cui organizzare e realizzare la formazione permanente, l'aggiornamento professionale e la formazione nelle aree cliniche di attività specialistica; ciò postula un vero e proprio cambio di prospettiva nella progettazione dei corsi di studio. Questa non potrà più essere basata su una visione meramente disciplinare di contenuti e ore di insegnamento, bensì dovrà incentrarsi sui *learning outcomes* riconosciuti e

condivisi dalla comunità professionale nazionale e internazionale, quale compendio di ciò che lo studente dovrà conoscere, comprendere e applicare al termine del proprio percorso formativo, così da divenire un professionista in grado di fornire risposte ai bisogni di salute anche oltre i confini del territorio nazionale.

Di conseguenza, ai docenti è richiesto in primo luogo un ripensamento della filosofia educativa che presidia tutte le attività didattiche e che vede il discente quale attore principale del suo percorso formativo, che possiede in sé il sapere dell'esperienza, che, a sua volta, è un sapere situato e concreto. Ne deriva che la didattica deve necessariamente superare i modelli di formazione basati sulla semplice trasmissione della conoscenza e utilizzare strategie che promuovano il pieno sviluppo delle potenzialità dei discenti e ne rafforzino il senso di autostima, autoefficacia e autodeterminazione, coerentemente con i traguardi professionali che si vogliono raggiungere.

Si tratta di cambiamenti che richiedono l'impegno dei formatori – non soltanto di quelli afferenti alla disciplina infermieristica, peraltro da tempo sensibili ai nuovi approcci didattici, ma anche di quelli delle discipline di area medica e umanistica – teso all'acquisizione di nuove competenze pedagogiche che finora sono rimaste sullo sfondo di un'attività che, segnatamente nelle Facoltà di Medicina, è stata caratterizzata da incalzanti obiettivi assistenziali e di ricerca scientifica.

Il testo *Il laboratorio professionale nella formazione – Metodi, tecniche e applicazioni* offre, in questo senso, un importante contributo all'aggiornamento dei docenti interessati ai processi di insegnamento-apprendimento e che vogliano sperimentare e utilizzare metodologie didattiche attive nella costruzione e valutazione di specifiche attività e qualità professionali di cui si compone la competenza infermieristica.

Il focus del testo riguarda l'impiego della Simulazione quale metodo per condurre lo studente a "imparare facendo, accorgendosi di imparare", utilizzando non solo l'esperienza del fare, ma soprattutto quella del "riflettere sul fare", con l'aiuto dei docenti, dei tutor e di tutto il gruppo dei discenti.

Il contesto simulato consente di perseguire molteplici obiettivi relativi non solo alle abilità tecniche, ma anche al pensiero critico, alle capacità decisionali, alle abilità comunicative attraverso esperienze formative graduali che, in questo testo, vengono selettivamente descritte e inserite nella programmazione di 1°, 2° e 3° anno mediante alcuni esempi concreti. È importante sottolineare che l'efficacia dell'apprendimento in Simulazione è data soprattutto dalla possibilità che gli studenti hanno di poter ricevere un feedback costruttivo e orientato al miglioramento della loro performance, in particolar modo nella fase di *debriefing*, che consente ai discenti di ritornare con atteggiamento riflessivo sulla performance svolta, apprendendo anche dagli errori commessi.

La Simulazione, sempre più diffusa nella formazione infermieristica e in genere in quella di area medica, è uno dei metodi che consentono di sviluppare e mantenere le competenze attese negli studenti garantendo, al contempo, cure sicure e di qualità alle persone assistite nei contesti sanitari dove si svolgono i tirocini clinici.

In oltre un ventennio, grazie a un continuo perfezionamento dei vari strumenti didattici impiegati nelle aule di Simulazione, sono stati realizzati ambienti che riproducono sempre più fedelmente i contesti clinici reali. È assai probabile che vi

sarà un'ulteriore evoluzione nei risultati raggiunti grazie all'impiego di tecnologie sempre più sofisticate, le quali potranno consentire anche un contenimento dei costi che attualmente, a causa della loro rilevanza, costituiscono un limite alla diffusione sempre maggiore della Simulazione; ciò richiederà un corrispondente e costante affinamento delle competenze didattiche dei formatori.

La Simulazione, oltre a fornire utili apporti formativi nelle specifiche professioni, quale quella infermieristica, può costituire anche un'opportunità di avvio, implementazione e miglioramento delle competenze interprofessionali necessarie a favorire la pratica collaborativa. Invero, già nel 2011, la Society for Simulation in Healthcare (SSH) e la National League for Nursing (NLN) individuavano la Simulazione tra i metodi consigliati per promuovere il clima di collaborazione tra i diversi professionisti, migliorando significativamente le loro abilità comunicativo-relazionali. È noto, infatti, che le non trascurabili difficoltà di collaborazione tra professioni riguardano proprio la comunicazione interpersonale e che solo migliorando le capacità di condivisione dei reciproci saperi, fin dai primi anni di formazione, esse possono essere superate. In questo senso la Simulazione e il successivo *debriefing* offrono un contesto concreto in cui fare esperienza di dialogo sul contributo che ciascun profilo professionale può offrire alla gestione dei diversi problemi clinico-assistenziali nei quali oggi ci si imbatte senza disporre di strumenti culturali e metodologici appropriati.

È di tutta evidenza che le specificità della didattica in Simulazione richiedono un'adeguata formazione dei formatori in termini di progettazione e di conduzione concreta delle esperienze di apprendimento per massimizzarne l'efficacia, per utilizzare al meglio le risorse disponibili e per sviluppare la necessaria motivazione negli studenti.

Per tali ragioni, questo testo appare di grande utilità per introdurre i docenti e i tutor interessati o responsabili della didattica in Simulazione alla comprensione degli elementi teorici che la sottendono e all'acquisizione di specifiche metodologie quali il *debriefing*, il feedback e la valutazione, che fanno di questo metodo un'opportunità per la necessaria innovazione della didattica nei nostri Corsi di Laurea.



# Il laboratorio nei corsi di laurea

di Valerio Dimonte, Alvisa Palese, Elena Cristofori, Antonello Cocchieri,  
Alessandro Delli Poggi

## 1. La riforma della formazione infermieristica in Italia

(di Valerio Dimonte)

### 1.1 L'infermiera professionale e la sua formazione

La formazione infermieristica in Italia ha attraversato tre grandi riforme.

La prima risale agli anni Venti e Trenta del Novecento. Lo sviluppo della scienza e della medicina tra fine Ottocento e inizio Novecento contribuì a trasformare l'ospedale da luogo di ricovero per poveri ed emarginati in luogo di cura. A questo nuovo ospedale cominciano a rivolgersi anche gli strati di popolazione più abbienti, per interventi medici sempre più complessi non praticabili a domicilio. A fronte di una sempre maggiore capacità di intervento efficace della medicina appare evidente, però, la scarsa qualità del personale di assistenza, che spesso compromette i risultati dell'intervento medico. Sono soprattutto i medici, perciò, che premono per una riforma della formazione del personale addetto all'assistenza per elevarne la qualità.

Con l'istituzione delle scuole convitto nel 1925<sup>1</sup>, e la loro regolamentazione nel 1929<sup>2</sup>, anche l'Italia si dota di una rete per la formazione di infermiere professionali con indicazioni omogenee per tutto il paese. Il nuovo sistema formativo si ispira al modello della riforma inglese dell'assistenza avvenuta circa mezzo secolo prima a opera di Florence Nightingale: formazione biennale con possibilità di ulteriore sviluppo per diventare caposala o assistente sanitaria visitatrice, accesso riservato esclusivamente alle donne senza carichi familiari, insegnamento anche da parte delle infermiere. A differenza di quanto è accaduto in Inghilterra, però, la responsabilità didattica delle scuole convitto, così come dell'assistenza, rimane in capo al medico, riservando all'infermiera direttrice l'organizzazione della scuola

1. Regio decreto legge 15 agosto 1925, n. 1832. «Gazzetta Ufficiale», 5 novembre 1925, n. 257.

2. Regio decreto 21 novembre 1929, n. 2330. Approvazione del regolamento per l'esecuzione del regio decreto legge 15 agosto 1925, n. 1832, riguardante le scuole convitto professionali per infermiere e le scuole specializzate di medicina, pubblica igiene e assistenza sociale per assistenti sanitarie visitatrici. «Gazzetta Ufficiale», 1° febbraio 1930, n. 26.

convitto e il controllo della moralità delle allieve. Seguiranno nel 1938 l'emanazione di un programma nazionale di studi<sup>3</sup> e nel 1940 il primo mansionario<sup>4</sup>.

Si delinea, così, la prima riforma dell'assistenza e della formazione infermieristica in Italia, in parte caratterizzata dall'adesione ai valori e al modello della riforma inglese di Nightingale, in parte contestualizzata alla realtà italiana. Nasce la figura di un'infermiera tecnicamente capace e «fidata», anche nella gestione del personale generico, su cui il medico può contare per la buona riuscita di interventi sempre più complessi sui malati.

### **La formazione infermieristica nell'epoca delle grandi riforme sociali**

Quel sistema resta in vigore, con poche modifiche, per circa mezzo secolo, fino alla riforma avvenuta in particolare negli anni Settanta, gli anni dei diritti civili e delle grandi riforme sociali, tra cui quella del Servizio sanitario nazionale nel 1978<sup>5</sup>. L'abolizione dell'obbligatorietà dell'internato nelle scuole convitto, e soprattutto l'estensione anche ai maschi della possibilità di accesso alla parte qualificata della formazione infermieristica<sup>6</sup> anticipano nel 1971 la più generale riforma che si svilupperà negli anni immediatamente successivi. Nel 1973 anche l'Italia ratifica l'accordo di Strasburgo sulla formazione delle infermiere<sup>7</sup>, che altri paesi avevano già stipulato nel 1967. Questo accordo stabilisce gli standard minimi della formazione infermieristica per permettere la libera circolazione degli infermieri tra i paesi aderenti. Gli standard minimi riguardano la scolarità obbligatoria per l'accesso alla formazione, portata a dieci anni, la durata della formazione, innalzata da due a tre anni, pari a un minimo di 4600 ore (di cui almeno la metà di pratica clinica e un terzo di teoria), l'obbligatorietà di insegnamenti specifici svolti da infermieri. Nel percorso di studio sono inseriti anche insegnamenti umanistici (come pedagogia, psicologia, sociologia) e si concepisce il ruolo dell'infermiere come non limitato all'ambiente ospedaliero, ma che trova posto anche nelle scuole e in altri luoghi di vita e di lavoro. Gli standard formativi definiti nel 1973 sono poi stati resi obbligatori per tutti i paesi della Comunità Europea e sono validi ancora oggi. Di conseguenza, alla ratifica dell'accordo di Strasburgo si modifica anche il mansionario nel 1974<sup>8</sup>. Dove, fra le attribuzioni dell'infermiere, si elencano

3. Decreto ministeriale 30 settembre 1938. Approvazione dei programmi d'insegnamento e di esame per le Scuole convitto professionali per infermiere e per le Scuole specializzate per assistenti sanitarie visitatrici. «Gazzetta Ufficiale», 20 ottobre 1938, n. 241.
4. Regio decreto 2 maggio 1940, n. 1310. Determinazione delle mansioni delle infermiere professionali e degli infermieri generici. «Gazzetta Ufficiale», 25 settembre 1940, n. 255.
5. Legge 23 dicembre 1978, n. 833. Istituzione del Servizio sanitario nazionale. «Gazzetta Ufficiale», 28 dicembre 1978, n. 360.
6. Legge 25 febbraio 1971, n. 124. Estensione al personale maschile dell'esercizio della professione di infermiere professionale, organizzazione delle relative scuole e norme transitorie per la formazione del personale di assistenza diretta. «Gazzetta Ufficiale», 3 aprile 1971, n. 83.
7. Legge 15 novembre 1973, n. 795. Ratifica ed esecuzione dell'accordo europeo sull'istruzione e formazione delle infermiere, adottato a Strasburgo il 25 ottobre 1957. «Gazzetta Ufficiale», 19 dicembre 1973, n. 325.
8. DR 14 marzo 1974, n. 225. Modifiche al regio decreto 2 maggio 1940, n. 1310, sulle mansioni degli infermieri professionali e infermieri generici. «Gazzetta Ufficiale», 18 giugno 1974, n. 157.

**ESEMPIO 2 – Individuazione di due aree core per la formazione infermieristica: progettazione di due obiettivi di apprendimento**

1° anno del Corso di Laurea in Infermieristica, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma (anno accademico 2014/2015)

**Learning outcome 1 (LO1)**

- Costruzione di capacità di ricercare le fonti bibliografiche più attendibili nelle banche dati scientifiche e non, attraverso la conoscenza dei motori di ricerca e banche dati:
  - Google Scholar;
  - IISI;
  - PubMed;
  - Cinahl;
  - Ovid.
- Costruzione della capacità di lettura di una scheda bibliografica e di valutazione critica di un articolo scientifico, attraverso la scheda bibliografica e di lettura del Collegio IPASVI di Roma e la conoscenza della metodologia di valutazione critica di un articolo scientifico.
- Integrazione delle discipline del 1° anno di corso:
  - statistica sanitaria (capacità di leggere e comprendere informazioni da tabelle e grafici);
  - epidemiologia, igiene e problemi prioritari di salute (capacità di lettura di un fenomeno e inquadramento dei PPS in relazione alla prospettiva infermieristica);
  - infermieristica preventiva e sicurezza (capacità di rendere operativi i saperi allo scopo di sviluppare sinergicamente funzioni di prevenzione e tutela della salute in un'ottica salutogenica: individuazione e conoscenza dei determinanti di salute e degli interventi con cui l'infermiere può implementare le risorse di resistenza e la *self-efficacy* della persona e dei caregiver).

**Learning outcome 2 (LO2)**

- Individuazione dei bisogni assistenziali di bassa e media complessità attraverso la comprensione delle esigenze assistenziali della persona assistita che si esprime in lingua inglese.
- Costruzione della capacità di lettura, comprensione della letteratura scientifica in lingua inglese e comprensione di una lezione in lingua inglese.

**Fasi per entrambi i learning outcomes:**

1. Start (stesura del progetto e analisi di fattibilità con il gruppo docenti).
2. Fase di sviluppo (tempi, modalità di conduzione e modalità di valutazione).
3. Interim report.
4. Fase di consolidamento.
5. Fase di valutazione.
6. Fase di follow-up (come impatta sulla costruzione di nuovi apprendimenti e competenze).

## Cronogramma

	START	SVILUPPO	INTERIM REPORT	CONSOLIDAMENTO	VALUTAZIONE	FOLLOW-UP
Sett./Ott.	■					
Novembre		■				
Dicembre			■			
Gennaio		■	■	■		
Marzo		■				
Aprile						
Maggio		■			■	
Giugno			■	■	■	
Luglio					■	■
Settembre						■

N.B. Febbraio e agosto non sono indicati perché mesi di sospensione attività.

Legenda: ■ LO1 ■ LO2

## LO1

## 1. Start

Tempi: 30 settembre-31 ottobre 2014.

Attività: incontro/i con i docenti coinvolti (docente di statistica di base, docente di epidemiologia, igiene e PPS, docente di infermieristica preventiva e sicurezza, docente di metodologia della ricerca, docente di statistica per la ricerca) per analisi della fattibilità del LO1.

## 2. Sviluppo

Tempi: gennaio (attività propedeutiche al tirocinio)-marzo-maggio 2015.

Attività: didattica in aula con lezioni frontali specifiche e integrate. Navigazione in rete in seduta plenaria con simulazioni di ricerca. Lavori in piccoli gruppi per lettura critica di articoli selezionati dal culture della materia. Report con presentazione in aula dei gruppi di studenti e seduta di precisazione del docente.

## 3. Interim report

Tempi: 1-10 giugno 2015.

Attività: incontro/i con il gruppo docenti e valutazione dei progressi del gruppo studenti. Valutazione delle aree di miglioramento e dei punti di forza e debolezza.

## 4. Consolidamento

Tempi: giugno 2015.

Attività: lavoro in piccoli gruppi di 8 studenti guidati a distanza da un tutor (docente di riferimento del gruppo formativo LO1) e redazione di analisi di 3 articoli scientifici in lingua italiana (se

possibile, si valuti anche la capacità del gruppo di redazione del lavoro partendo da un articolo in lingua inglese).

### 5. Valutazione

Esame del lavoro da parte del tutor e restituzione del feedback al piccolo gruppo con valutazione formativa.

Tempi: 7 giorni tra giugno e luglio 2015.

Attività: valutazione dell'adempimento alle fasi di lettura critica degli articoli e del merito del lavoro prodotto con criteri condivisi e prestabiliti.

### 6. Follow-up

Il gruppo formatori costruisce e condivide indicatori attraverso i quali poter monitorare la crescita e lo sviluppo degli apprendimenti delle conoscenze previste dal LO1.

Tempi: settembre 2015.

Attività: incontri e progettazione di indicatori e strumenti di monitoraggio dell'apprendimento.

## LO2

### 1. Start

Tempi: settembre 2014.

Attività: incontro preliminare con la coordinatrice del servizio linguistico di ateneo in data 23/09, ore 11.00, e lo staff formativo del corso di laurea.

### 2. Sviluppo

Set point degli obiettivi formativi previsti per il 1° e il 2° anno di corso alla luce della normativa vigente e del piano di studi secondo il DM 270/2004. Individuazione dei punti di forza del servizio linguistico di ateneo e della possibilità di uso del laboratorio linguistico come sviluppo della competenza linguistica per gli studenti che vengono esonerati dalla frequenza del corso al 1° anno perché valutati già idonei in base all'attestazione di certificazione PET.

Obiettivi di apprendimento:

- Lo studente, al termine del 1° anno di corso (30 ore di attività didattica frontale), sarà in grado di instaurare un dialogo in lingua inglese con la persona assistita che ne abbia la necessità, manifestando competenza di comprensione delle esigenze di assistenza infermieristica di base e competenza interlocutoria in una relazione professionale.
- Metodi e strumenti di insegnamento e apprendimento: lezioni frontali (30 ore) con i docenti di lingua inglese, supporti audiovisivi a cura del docente, selezione di almeno due lezioni di infermieristica clinica 1 svolte in lingua italiana e in lingua inglese. Sostegno allo sviluppo dell'inglese scientifico attraverso la lettura guidata e la valutazione critica della letteratura scientifica e professionale sia in italiano sia in inglese appositamente selezionata e tarata sui contenuti del 1° anno (ad esempio, AA.VV., *Guideline for prevention of surgical site infection*, 1999, «Infection Control and Hospital Epidemiology», vol. 20, n. 4; corso interattivo online gratuito CDC Atlanta al link: <http://www.cdc.gov/handhygiene/training/interactiveEducation/>; *Guideline for Hand Hygiene in Health-Care Settings*, «CDC Morbidity and Mortality Weekly Report», Recommendations and Reports, vol. 51, n. RR-16, October 25, 2002).

### 3. Interim report

Tempi: dicembre 2014 e gennaio 2015/1° semestre anno accademico 2014/2015.

Attività: lezioni frontali con i docenti di lingua inglese e lezioni frontali con il docente di infermieristica clinica 1. Predisposizione di laboratori di tecniche infermieristiche di base svolti di concerto

### ESERCIZIO 1 – Io sono

- Prendere possesso dello spazio. Camminare nello spazio occupandolo tutto.
- *Posizione neutra* (mentale e fisica): assumere una posizione eretta, senza rigidità alcuna del collo e delle spalle. Tenere le gambe leggermente piegate, in modo da non sentirne la rigidità. Sguardo avanti. Rilassarsi, concentrarsi, ascoltarsi.
- *Camminare* nello spazio cercando di ascoltarsi, porsi delle domande: “Come sto? Come cammino? Come si muove il corpo?”.
- Camminare liberamente nello spazio, cercando di sentire il proprio corpo, in ogni arto e articolazione, con padronanza e al tempo stesso naturalezza dei movimenti. Mantenere una postura tonica.
- *Stop*: prendere una posizione nello spazio.
- Aumentare la velocità di camminata.
- Rallentare al massimo la camminata, sentire il movimento del piede, tacco-punta, tacco-punta. Percepire il movimento anche se quasi non ci si muove: sguardo avanti.
- Sentire il peso del corpo, il senso di pesantezza. *Posizione prona*: chiudere gli occhi. Mani e braccia lungo i fianchi, dorso delle mani per terra, gambe leggermente divaricate. Rilassarsi e concentrarsi. Tutti i muscoli si rilassano.
- Girare il corpo come un «sacco di patate», stendersi in *posizione supina*. Mani lungo i fianchi. Palmi delle mani verso l’alto. Rilassarsi a occhi chiusi.
- Voltarsi, *posizione fetale*, «coccolarsi» un po’.
- *Alzarsi* da terra pensando ai movimenti che ci aiutano a farlo.
- *Camminare e salutare* (dire un “Ciao” con gioia, però vero!), non fingere, fare solo quello che ci si sente di fare. Aggiungere un gesto al saluto: vero, quello che ci si sente di fare.
- *A coppie*: guardarsi negli occhi (è difficilissimo!!! Se scappa da ridere non fa niente: continuare a guardarsi, concentrarsi). Cominciare a giocare, a fare degli scherzi l’un l’altro: aumentare, giocare, utilizzare tutto il corpo.
- *Camminare strano*: percezione del corpo, mantenere una postura tonica, cambiare modo di camminare, cambiare ritmo.
- Camminare. *Stop*: assumere una forma e tenerla.
- Camminare. *Stop*: assumere una forma e tenerla ⇒ forma *istintuale*, però tenere a mente la forma. Dopo qualche forma il tutor chiede: “Fare la terza forma”, poi la quinta, la prima, ecc.
- Camminare. *Stop*: assumere una forma e tenerla ⇒ descrivere la forma assunta: “Dov’è il mio piede? La mia testa? Le mie mani, dove sono?”, ecc.
- Camminare. *Stop*: fermarsi, pensare a una forma e poi prenderla.

**Mandato per gli studenti:** scrivere le sensazioni, le emozioni provate.

### ESERCIZIO 2 – Lo specchio

*A coppie uno di fronte all’altro*: uno conduce l’altro in modo identico, a specchio «ricopia» tutti i movimenti. Il movimento delle coppie deve essere quasi perfettamente all’unisono, dal di fuori non si deve capire chi è lo specchio e chi il conduttore; questo avviene quando si viene a creare una buona relazione tra i due partecipanti: il conduttore deve realizzare movimenti e gesti semplici e lentissimi, lo specchio deve sviluppare un buon ascolto.

Dopo un po’ cambiare conduttore.

Lo specchio può essere eseguito nelle tre dimensioni: in piedi, in ginocchio, a terra.

Lavorare anche sui ritmi degli spostamenti.

Lavorare a coppie. Percepire la relazione: occhi negli occhi, non guardare il movimento dell’altro con lo sguardo, *percepire* il movimento dell’altro nella relazione: concentrazione, ascolto, osservazione.

**Mandato per gli studenti:** scrivere le sensazioni, le emozioni provate.

**Mandato per il gruppo:** mettere in scena il caso reale di Mustafà (ogni studente sceglie la parte da recitare).

### **ROLE-PLAYING – Il caso di Mustafà**

Mustafà è un tirocinante di origine araba che sta finendo il 2° anno di corso di laurea in Infermieristica. Sta svolgendo il tirocinio presso una UO di Medicina generale e sta affiancando il suo tutor nelle attività di reparto.

L'infermiere impegnato nella somministrazione della terapia, mentre rientra in stanza infermieri, chiede a Mustafà di andare a controllare se il signor Rossi Mario è uscito dal bagno, perché non è stata praticata la terapia; se è presente, dice a Mustafà di somministrarla e lo informa che la terapia è nella bacinella reniforme sul comodino del signor Rossi. Mustafà entra nella camera del signor Rossi e, dopo aver accertato l'identità dell'assistito, prende la siringa nella reniforme e, convinto che si tratti di insulina, pratica l'iniezione nel deltoide dell'assistito. Terminata la manovra, riporta il materiale per lo smaltimento in stanza infermieri e riferisce di aver praticato l'insulina all'assistito per la registrazione.

Il tutor si rende conto che Mustafà ha confuso la siringa dell'eparina con quella dell'insulina.

#### **Mandato per il gruppo dopo il *role-playing***

- Valutare la comunicazione recitata in questo episodio, e in particolare: Mustafà ha sbagliato perché è straniero?
- Quali sono i punti su cui intervenire per modificare l'esito del caso?
- Come dire a Mustafà che ha sbagliato?
- E se...?

## **4. Strumenti di osservazione e di analisi dei vissuti**

Si propongono in questo paragrafo alcuni strumenti di osservazione e di autosservazione (citati in precedenza nel paragrafo sulle tipologie di laboratori). Nella predisposizione degli stessi deve essere valutata la coerenza degli strumenti con gli obiettivi, la facilità di utilizzo, la comprensione della terminologia, il tempo da impiegarsi per la stesura da parte degli studenti (può rientrare nei tempi previsti per i laboratori).

### **4.1 Scheda di analisi del vissuto (studente/attore)**

#### **Modello semplificato da utilizzarsi per la discussione post *role-playing***

Viene consegnata a ciascun studente/attore al termine del *role-playing* con la richiesta di autovalutarsi seguendo lo schema proposto. Il tutor può fornire le motivazioni delle domande o farlo successivamente, quando effettua la sintesi degli apprendimenti, partendo appunto dal testo dei quesiti (scheda n. 1).

**SCHEDA N. 1 (studente/attore)**

Ruolo \_\_\_\_\_

Competenze agite (identificazione) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_Cosa ho fatto \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_Come l'ho fatto \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_Cosa non ho fatto e avrei dovuto fare \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_Cosa ho fatto e non avrei dovuto fare \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_Considerazioni conclusive \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_**4.2 Scheda di osservazione di un *role-playing* (osservatore)****Modello semplificato da utilizzarsi per la discussione post *role-playing***

Entrando più nello specifico dell'azione recitata nel *role-playing*, viene presentato un esempio dei campi di analisi dell'interazione infermiere/paziente (vero o simulato), liberamente tratto dall'articolo di Patrizia Massariello et al. (2015), citato in bibliografia (scheda n. 2).

Il tutor predispone prima del *role-playing* una scheda di analisi utilizzando i campi definiti e costruendo una serie di indicatori (scheda chiusa), oppure lasciando libera l'osservazione, definendo solo i campi (apertura, tipologia di comunicazione verbale/non verbale, caratteristiche dell'ascolto, chiusura). Ogni criterio va scandito in più indicatori. La scelta di una scheda strutturata o libera deve essere ben valutata; di norma si predilige la scheda strutturata per gli studenti del 1° anno di corso e la scheda libera per gli studenti del 3° anno.



# IL LABORATORIO PROFESSIONALE NELLA FORMAZIONE

## 2 *Metodi, tecniche e applicazioni*

Grazie alla ricchezza dei numerosi contributi di Colleghi di diversi Atenei italiani, è stato possibile predisporre un volume che raccogliesse le esperienze e le *best Practice* della formazione attraverso il laboratorio professionale nei Corsi di Laurea in infermieristica.

La prima parte descrive la cornice curricolare della formazione infermieristica in Italia in linea con le Direttive emanate dall'Unione Europea in materia e che tiene conto degli indirizzi comunitari sul riordino dei Piani di Studio. Una breve rassegna della letteratura introduce il lettore alla prospettiva della dimensione che il laboratorio ha nella formazione delle professioni della Salute: esso rappresenta la modalità trasversale che può caratterizzare tutta la didattica disciplinare e interdisciplinare per promuovere nei discenti una preparazione completa e capace di continuo rinnovamento. In questa luce vengono descritti esempi di risultati di apprendimento che si costruiscono nei vari anni di corso.

La seconda parte del volume cura le tre componenti fondamentali della competenza (il sapere concettuale, il sapere operativo, e la modalità dell'azione o comportamento), coniugandola alle sue emozioni, alla valutazione delle competenze e ad esempi di esperienze in merito.

Le parole chiave sono fortemente legate alle fondamenta disciplinari del primo volume in merito alla formazione degli adulti, alla costruzione della consapevolezza attraverso il lavoro narrativo e di autodirezione dell'apprendimento, unite alle *specifiche key word* del presente volume come *role play*, *simulazione*, *briefing* e *debriefing*.

CRISTOFORI\*LAB PROFES FORMAZ 2 (CEA M

ISBN 978-88-08-68002-0



9 788808 680020