

BUONE PRASSI – BEST PRACTICES

DAL PERCORSO ACCADEMICO ALLA PROFESSIONE: COME INTEGRARE GLI APPRENDIMENTI FORMALI CON QUELLI DELLA PRATICA LAVORATIVA NEL CAMPO DELLE PROFESSIONI DI CURA

*di Silvia Kanizsa, Germana Mosconi**

L'ingresso nel mondo del lavoro dei professionisti della cura e dell'educazione è spesso vissuto come traumatico e angosciante. La prima esperienza lavorativa è infatti occasione per mettere a confronto i saperi formali acquisiti in accademia con i saperi che la pratica quotidiana richiede. Tutto ciò avviene non senza difficoltà. Per questo motivo sarebbe necessario ripensare al ruolo e alla funzione del tutor-mentore di reparto che accompagna il neo-laureato nella transizione dal periodo di studio all'inserimento nel nuovo contesto lavorativo e prevedere un percorso formativo che offra gli strumenti per aiutare il neoassunto a integrare gli apprendimenti formali con quelli della pratica lavorativa.

The transition from an educational setting to practice setting is often a real shock for the new graduate nurses. During the first working experience they sure enough compare their formal knowledge with the issues of the practice. All this is very difficult for professionals. The role of the tutor/mentor is very important in order to support the transition of new graduate nurses: the tutor/mentor is a significant resource during the transition because he/she provides teaching, knowledge and guidance. An aimed

* Il presente contributo è frutto del lavoro congiunto delle due autrici. In particolare S. Kanizsa ha scritto il paragrafo 3, G. Mosconi il paragrafo 1, 2 e le Conclusioni.

vocational training of the mentor could be an effective opportunity to achieve the instruments and the strategies to support and help the new employees to integrate formal learning with those of working practice.

1. *Sapere formale e sapere pratico*

Il tema del rapporto tra il sapere formale e il sapere della pratica, il sapere che si acquisisce sul campo, facendo esperienza diretta in uno specifico contesto lavorativo, interroga da tempo chi si occupa della formazione dei professionisti della cura, ma anche di altre figure professionali, quali ad esempio quelle di insegnante. A questo proposito Bruner (2001) sostiene che «la sfida è sempre quella di *situare* la nostra conoscenza nel contesto reale in cui si presenta il problema» (p. 57). Insegnare la pratica a partire dalla conoscenza teorica è uno degli aspetti su cui è certamente necessario soffermarsi non solo durante gli anni della formazione ma anche nel momento in cui il professionista inizia a esercitare il suo lavoro sul campo.

Molti studiosi (Mortari, 2003; Schon, 1993) hanno messo in evidenza come il sapere del pratico non si traduce nella pedissequa trasposizione di quanto si è appreso sul piano teorico, quanto piuttosto nella capacità di saper deliberare (Mortari, 2003). In una parola, di essere in grado di far fronte ai dilemmi quotidiani di intraprendere delle decisioni, di individuare risposte pertinenti alle variegate e numerose richieste del contesto lavorativo e di coloro che lo vivono, di operare un processo riflessivo che a partire dalla pratica ritorni a essa, non prima di aver interpellato e interrogato la teoria.

Alcuni studi sulle caratteristiche dei processi cognitivi (Kitchener, 1983, cit. in Mezirow, 2016) consentono di intravedere un *continuum* tra il sapere teorico e quello pratico che si snoda attraverso differenti passaggi posti su più livelli: al primo livello appartiene l'attività di memorizzazione, computazione e comprensione della conoscenza; al secondo livello entra in gioco la meta cognizione, mentre il terzo livello è caratterizzato da una «cogni-

zione epistemologica» (Mezirow, 2016, p. 230), a conferma di come «gli esseri umani monitorino il proprio processo di *problem solving* quando sono impegnati in problemi non strutturati, per esempio quelli che non hanno in assoluto una corretta soluzione» (Mezirow, 2016, p. 230) e che richiama dunque l'attenzione sui contenuti della conoscenza, ma anche sui processi che vi conducono.

È soprattutto quest'ultimo aspetto che porta a riflettere sulle modalità attraverso le quali la conoscenza acquisita diviene spendibile e utilizzabile a fronte di situazioni che necessitano competenze deliberative e interventi risolutivi, quali, ad esempio, quelli che i professionisti della cura si trovano a vivere quotidianamente nei contesti lavorativi. È in questi contesti che il soggetto ha la possibilità di sperimentare un apprendimento consapevole (Langer, 1997, cit. in Mezirow, 2016), realizzato attraverso la continua elaborazione di nuove categorie interpretative, la disponibilità ad accogliere nuove informazioni e la consapevolezza dell'esistenza di punti di vista plurimi che danno vita a prospettive polisemiche. In altre parole, il professionista della cura (ma anche l'insegnante o un qualsiasi altro professionista che lavora in contesti socio-sanitari o educativi) diviene il protagonista di un *apprendimento trasformativo* (Mezirow, 2016), attraverso il quale impara a pensare, negoziare e agire a partire dalle proprie conoscenze, valori, sentimenti e significati fino a giungere in alcuni casi a modificare le proprie cornici di riferimento grazie all'incontro e alla conoscenza di quelle altrui «allo scopo di renderle più inclusive, aperte al cambiamento, riflessive e capaci di discriminare, così che possano generare credenze e opinioni che si dimostreranno più vere o giustificate nell'orientare l'azione» (Mezirow, 2016, p. 69).

Il riferimento alla teoria dell'apprendimento trasformativo richiama l'attenzione al contesto, e più nello specifico al contesto lavorativo, nel quale l'individuo declina le proprie conoscenze e le rimette continuamente in discussione attraverso un rapporto di reciprocità dinamica con le persone che vi appartengono e che a loro volta fanno riferimento alle loro prospettive di significato (Mezirow, 2016), credenze e rappresentazioni in merito alla loro

professionalità e alle modalità attraverso le quali essa viene esercitata. Ciascuno dunque nell'esercizio della professione si avvale di un sapere formale acquisito durante la formazione che viene ri-contestualizzato, ri-visto e a volte trasformato in sapere pratico.

Il rapporto tra sapere formale e sapere pratico è regolato e costruito sulla base del sapere personale di ciascuno, che trae la sua origine «inevitabilmente dalle “impronte” neuro-fisiologiche e genetiche» (De Mennato, 2003, p. 53), ed è nello stesso tempo «il risultato mai definitivo di un dialogo costruttivo» (De Mennato, 2003, p. 53) che il soggetto intrattiene con la propria cultura, con le sue esperienze di vita e con i contesti di esperienza. E ciò è evidente non solo nelle professioni di cura ma anche in tutte le professioni che agiscono in ambito educativo, e in particolar modo negli insegnanti.

A questo si aggiunga che

la formazione degli insegnanti [ma anche di tutti gli altri professionisti che lavorano in ambito educativo e socio-sanitario] costituisce una sfida chiave non solo sul piano del padroneggiamento di conoscenze disciplinari accreditate, ma anche sul piano di una costruzione di una consapevolezza degli aspetti impliciti della professione (De Mennato, 2003, p. 113),

quegli aspetti cioè che non si imparano in un'aula scolastica o universitaria ma che si generano nello svolgimento del lavoro quotidiano e che sono frutto della stratificazione delle esperienze di ciascuno e dell'osservazione di ciò che accade tutti i giorni intorno a noi.

Risulta evidente che il professionista debba divenire consapevole degli aspetti impliciti del proprio lavoro e che attui un processo di autocoscienza, e cioè di un processo di *autoriflessione* cui sono chiamati gli insegnanti, ma anche tutti gli altri professionisti, e che consiste nel riflettere esplicitamente sui loro assunti, «allo scopo di farli uscire dal limbo delle conoscenze inesprese» (Bruner, 2001, p. 60), in una parola, di farli diventare oggetto di consapevolezza, perché sia evidente la loro utilità nel processo di integrazione tra saperi formali e saperi della pratica.

2. Sapere formale e sapere pratico nelle professioni di cura

È ormai noto in letteratura che l'ingresso nel mondo del lavoro degli infermieri neolaureati è un momento alquanto delicato sia sul piano professionale che su quello emotivo (Duchscher, 2009), tanto da essere stato definito come un reale shock (Kramer, 1974). Esso costituisce il più delle volte un vero e proprio banco di prova non solo delle conoscenze e competenze acquisite dai neoassunti durante il momento formativo (capacità e competenze "tecniche"), ma anche delle loro abilità relazionali e della loro capacità di rispondere in modo adeguato da un punto di vista emotivo a momenti e situazioni particolarmente difficili e complessi (*softskills*). In altre parole, i neoassunti nel passaggio tra il mondo accademico e quello lavorativo si trovano ad affrontare tutta una serie di problemi e di criticità, che a volte ostacolano il desiderio o la possibilità di sperimentare e/o mettere in gioco e utilizzare le conoscenze acquisite durante gli anni della formazione. Tra le principali difficoltà ritroviamo, ad esempio, quella di socializzare all'interno del nuovo contesto lavorativo e di reperire le necessarie informazioni che facilitano il processo di inserimento del neoassunto (Houghton, 2014). Del resto questo è tipico di tutti i professionisti che operano in ambiti complessi, ad esempio quello scolastico e sanitario, nei quali affrontano quotidianamente tutta una serie di *problematiche aperte* (Mortari, 2003), non risolvibili affidandosi esclusivamente al sapere tecnico, a un sapere cioè fatto di strumenti e strategie di intervento predefiniti e standardizzati.

Situare la conoscenza, trasformare le conoscenze acquisite durante la formazione in saperi e competenze professionali, essere in grado di risolvere i problemi che il contesto lavorativo ogni giorno presenta ai professionisti della salute, in particolar modo se si tratta di neolaureati che per la prima volta si affacciano alla professione, sono tutti aspetti che negli ultimi due decenni hanno spinto e condotto a notevoli cambiamenti nell'ambito della formazione accademica. In una parola, il passaggio da studente a la-

voratore chiama spesso in causa il rapporto tra il sapere formale e le conoscenze e competenze che sono richieste al professionista della cura. Spesso quindi i professionisti della cura vivono il primo periodo lavorativo come uno shock, dal momento che per la prima volta si sentono davvero responsabili delle loro scelte di fronte ai pazienti, ai colleghi e più in generale all'istituzione (Duchscher, 2009; Halfer & Graf, 2006; Innes & Calleja, 2018).

Le difficoltà connesse all'ingresso dei neoassunti nei luoghi di lavoro da alcuni studiosi/ricercatori sono ritenute causa di profonde insoddisfazione e frustrazione e in alcuni casi conducono il professionista della salute a prendere in considerazione la possibilità di lasciare il reparto in cui lavora, soprattutto se si tratta di un reparto di cure intensive e a elevata criticità, oppure a conformarsi a pratiche di cui non comprende o non ne condivide la ragione (Duchscher, 2008; 2009; Innes & Calleja, 2018).

Nella formazione universitaria il tirocinio rappresenta un'esperienza di «socializzazione anticipatoria al lavoro» (Sasso, Lotti & Gamberoni, 2015, p. 33), pensata per “far toccare con mano” ai discenti la futura vita lavorativa e consentire loro spazi di riflessione e di ripensamento sulle pratiche che maggiormente caratterizzano le professioni di cura. Ciò per rendere meno traumatico il passaggio alla vita lavorativa. Tutto questo rende evidente come la questione del rapporto tra teoria e pratica sia ritenuta di fondamentale importanza nella formazione dei professionisti della salute.

In realtà, come succede con chiunque parli con operatori sanitari neoassunti, risulta che nel momento dell'assunzione vengono richieste competenze che non sempre la pratica del tirocinio riesce a fornire. Questo perché non sempre esiste un rapporto stretto tra il lavoro di tirocinio e le competenze più specifiche richieste dai reparti nei quali poi le persone si troveranno a lavorare. In alcuni casi i neoassunti si trovano a dover contenere il loro desiderio di sperimentare e di mettere in gioco le proprie competenze (cose che il tirocinio ha spinto a fare) perché vengono inseriti in reparti in cui viene richiesto di conformarsi senza discutere alle pratiche già in uso.

La necessità che nell'ambito del percorso formativo, ma anche in quello professionale, teoria e pratica trovino uno spazio all'interno del quale coniugarsi e dialogare in modo reciproco e costante è stata messa in luce dagli ormai classici studi di Lave e Wenger sull'apprendimento situato, dalla teoria dell'apprendimento trasformativo (TL) di Mezirow e dalle più recenti ricerche sul Problem-based Learning (PBL), di cui anche in Italia vi sono state eccellenti applicazioni (Sasso, Lotti & Gamberoni, 2015). Questi studi evidenziano come la questione del rapporto tra teoria e pratica nell'ambito della formazione dei professionisti della salute può essere analizzata a partire da differenti angolazioni che riguardano 1) l'importanza dell'esperienza pratica e diretta del soggetto in formazione o già inserito in uno specifico contesto lavorativo (PBL), 2) il rapporto che l'individuo intrattiene con il contesto. Non è dunque sufficiente che il futuro professionista della cura apprenda le conoscenze necessarie al lavoro da svolgere, ma diventa necessario che ci sia la consapevolezza che l'apprendimento di cui il soggetto si appropria durante gli anni di formazione universitaria, benché affiancato da numerose esperienze di tirocinio sul campo, non sarà del tutto sufficiente a preservare il futuro professionista da incertezze e dubbi in merito al suo intervento professionale, sia nei confronti della persona malata e sia nella relazione con i colleghi e con la cultura del contesto lavorativo.

Quanto appena affermato implica che, nonostante vi sia da tempo una reale attenzione a coniugare teoria e pratica all'interno del percorso formativo, permanga una "zona d'ombra" che si colloca tra l'esperienza formativa accademica e il passaggio al contesto lavorativo.

3. Il tutor-mentore

Certamente la pratica del tirocinio contribuisce a creare un dialogo proficuo e costante tra lo studio delle differenti discipline e l'agire concreto nei contesti di cura. Ancor prima che agli infer-

mieri venisse richiesto di frequentare un corso di laurea in Scienze Infermieristiche, era maturata l'idea che i professionisti della cura dovessero sin dall'inizio del loro percorso formativo confrontarsi con le reali situazioni lavorative e dovessero sviluppare specifiche competenze di *problem solving*. Questo aspetto altamente professionalizzante caratterizza tutt'ora il percorso di formazione accademica nel suo complesso articolarsi di momenti dedicati all'acquisizione di conoscenze teoriche e momenti destinati al fare sul campo.

Il *tutor accademico* e il *tutor clinico*, in accordo con i docenti del corso di laurea, sono coloro che operano a favore di un dialogo sempre più ricco tra la teoria e la pratica, che equivale a dire tra il mondo accademico e quello lavorativo. Il termine di tutor (dal latino *tueor*) nella sua etimologia rimanda a una persona che, grazie alle sue conoscenze e alle esperienze maturate in diversi campi, è in grado di proteggere e di difendere coloro che non sono ancora esperti e che dunque hanno ancora molto da imparare in relazione a come muoversi e agire in un nuovo contesto lavorativo.

Tra le diverse funzioni del tutor vi è quella finalizzata a favorire l'integrazione tra un individuo e un'organizzazione «permettendo allo studente di acquisire un'identità professionale, integrando tra loro la dimensione individuale e quella professionale» (Sasso, Lotti & Gamberoni, 2015, p. 20). Il tutor ha inoltre una funzione di mediatore tra «il mondo delle certezze proprio dell'ambito accademico e il mondo dell'incertezza e disordine proprio della complessità organizzativa» (Sasso, Lotti & Gamberoni, 2015, p. 20).

Certamente l'attività di tutoraggio si pone come obiettivo la facilitazione degli apprendimenti e una possibile trasposizione sul campo di ciò che si è appreso. Il tutor si fa garante della continuità dell'apprendimento attraverso un attento monitoraggio delle esperienze di tirocinio e ne valuta i risultati, pianificando continui interventi di supporto agli studenti e di creazione di spazi di riflessione, nei quali la pratica viene rivisitata attraverso il continuo ricorso alla teoria.

Ciò che appare evidente è che, nonostante il percorso di formazione in Scienze Infermieristiche si articoli in un'alternanza di teoria e di pratica (si pensi alla quantità delle ore di tirocinio soprattutto a partire dal secondo anno del corso di studi), l'infermiere neoassunto si trova a dover affrontare situazioni lavorative complesse che cerca di gestire al meglio, a volte improvvisando soluzioni sulla base di ciò che osserva nel contesto lavorativo, altre volte conformandosi all'agire comune e abitudinario di coloro che in quel contesto lavorano da più tempo e che dunque si arrogano, seppur in buona fede, il diritto di essere riconosciuti come gli "esperti", come coloro cioè in grado di affrontare e risolvere qualsiasi situazione. Il desiderio di conformarsi è strettamente correlato a vissuti di inadeguatezza, insicurezza e scarsa fiducia nelle proprie capacità che in alcuni casi pervadono il neoassunto, con il risultato che egli attribuisce all'istituzione e alla sua organizzazione una funzione di protezione e di difesa verso le paure che lo animano.

Se la pratica del tirocinio insieme alla guida e alla supervisione dei tutor costituiscono una preziosa occasione per il futuro professionista della salute di avvicinarsi, in quanto studente, a quello che diventerà il suo futuro ambito lavorativo, di assaporarne in anteprima il "clima emotivo" e di comprenderne in generale il funzionamento, l'ingresso nel nuovo contesto lavorativo trasforma in un colpo il neoassunto in un soggetto dal quale, vista la sua abilitazione alla professione di cura, tutti si aspettano sia dotato di competenze tecniche e relazionali, sia capace di assumersi le responsabilità e di gestire situazioni spesso critiche e problematiche. Tali aspettative a volte vengono disattese per un'oggettiva difficoltà del neoassunto a rispondere in modo adeguato e performante alle continue richieste di intervento che provengono da più fronti (coordinatore, responsabile di reparto o unità operativa, colleghi, pazienti, famigliari, ecc.), anche perché non sempre tali richieste sono coincidenti con quanto ha sperimentato nella pratica di tirocinio, durante gli anni formazione universitaria.

Mentre esistono molti studi sulla funzione e sul ruolo del tutor accademico e del tutor clinico di reparto durante gli anni della

formazione e della sua importanza (Camuccio, Bobbo, Opportuni & Bottacin, 2017; Sasso, Lotti & Gamberoni, 2015; Zannini, 2005), sono ancora pochi quelli che riguardano ruolo e funzione di chi accoglie e accompagna il neolaureato in Scienze Infermieristiche durante i primissimi periodi di lavoro. In una parola, le evidenti difficoltà relative al passaggio del professionista della cura dal periodo di formazione all'inserimento nel nuovo contesto lavorativo richiedono che vengano messi a tema il ruolo e la formazione di colui che si fa carico dell'inserimento del neoassunto, vale a dire il *tutor-mentore* di reparto¹.

Nella realtà la figura del *tutor-mentore* si presenta in forme differenti a seconda della situazione nella quale opera. Ci riferiamo in particolar modo alle decisioni e alle scelte dei vertici delle Aziende Ospedaliere; alla disponibilità di fondi da investire nella formazione del personale interno alle Istituzioni, e in particolare di quella dei tutor-mentori e infine, ma non per questo meno importante, all'immagine che Dirigenti e Coordinatori possiedono dei loro Servizi (ad esempio in genere si ritiene che l'inserimento sia molto più complesso e difficoltoso in alcuni reparti piuttosto che in altri. Nelle aree critiche l'accompagnamento richiede un tempo molto più lungo rispetto ai reparti dove si curano patologie meno complesse o gravi o alle RSA). Ad esempio, ciò è convalidato da una ricerca effettuata nei diversi ospedali della Regione Lombardia (Valsecchi, 2009) da cui emerge chiaramente come nel 94,7% dei casi vi sia l'adozione e l'applicazione di Protocolli relativi all'inserimento dei neoassunti, ma nel 21,1% dei casi ciò avvenga solo in determinate Unità Operative. Inoltre le procedure di inserimento del neoassunto e gli strumenti di valutazione del suo operato variano da regione a regione con il risultato che non esistono criteri validi e condivisi a livello nazionale.

Come risulta dalle pagine precedenti, per poter inserire in maniera corretta i neolaureati sarebbe necessario che tutte le realtà

¹ Per una maggior conoscenza delle differenti tipologie di *tutorship* si consultino i testi di Sasso L., Lotti A., & Gamberoni L. (2015). *Il tutor per le professioni sanitarie*. Roma: Carocci Faber; e di Zannini L. (2005), *La tutorship nella formazione degli adulti. Uno sguardo pedagogico*. Milano: Guerini Scientifica.

ospedaliere prevedessero un percorso simile di accompagnamento del neoassunto da parte del tutor clinico e/o mentore la cui principale funzione dovrebbe essere quella di facilitare il suo inserimento nel contesto lavorativo.

La figura del *tutor-mentore* presenta diverse criticità. A questo proposito, alcuni studi (Henderson & Eaton, 2013) hanno sottolineato una scarsa preparazione del *tutor-mentore* per sostenere e facilitare l'apprendimento di persone meno esperte e di conseguenza l'incapacità a individuare i bisogni formativi dei neoassunti. Per questo è necessario prevedere un percorso di formazione che consenta al *tutor-mentore* di assolvere al suo compito di sostegno e di guida con metodo e consapevolezza professionale, questo dal momento che spesso egli non possiede una specifica formazione pedagogica specifica.

In genere infatti il *tutor-mentore* di reparto è un professionista che svolge il suo lavoro da alcuni anni, ha specifiche conoscenze tecniche raggiunte attraverso l'esperienza sul campo, spesso decide di svolgere tale ruolo su base volontaria, per interessi personali o perché è considerato dai colleghi e dal responsabile di reparto come una persona affidabile, saggia e competente. La necessità che vi sia una formazione specifica per il *tutor-mentore* è strettamente connessa alla centralità e alla funzionalità del suo ruolo rispetto all'impatto che la nuova esperienza lavorativa ha sul neoassunto, sia su un piano di orientamento all'interno delle pratiche lavorative quotidiane (cosa fare, come farlo e quando) e sia su un piano di gestione delle relazioni interpersonali che si intrecciano con modalità più o meno complesse all'interno del contesto lavorativo.

Alcuni studi (Ferguson, 2011) sottolineano l'importanza della figura del mentore all'interno dei contesti lavorativi, nei quali egli ha principalmente la funzione di supervisore nel periodo iniziale e di prova del neoassunto; quella di supporto professionale e infine quella di promuovere lo sviluppo della conoscenza pratica. In realtà, spesso la figura del *tutor-mentore* è assente o, nel migliore dei casi, si occupa dell'ingresso del neoassunto solo per un periodo di tempo molto limitato, con il risultato che questi deve arrabattarsi

con difficoltà per trovare una collocazione all'interno del nuovo contesto che si configuri come "confortevole" all'esercizio della professione e non eccessivamente foriera di ansie e di angosce.

Il *tutor-mentore*, oltre a essere una guida che facilita l'ingresso del neoassunto in reparto o in un Servizio, potrebbe assolvere alla funzione di mediatore tra la realtà accademica e quella organizzativa anche perché la figura del mentore, seppur a volte non riconosciuta ufficialmente all'interno dell'organizzazione lavorativa, esercita un'enorme influenza nella definizione del ruolo del neoassunto (Bonetti, Destrebecq & Nucchi, 2008). In una parola, egli potrebbe avere una funzione determinante nel facilitare il dialogo tra il sapere formale acquisito dal neoassunto durante gli anni della formazione e il sapere pratico che si ridefinisce continuamente nel corso dell'esperienza lavorativa.

4. Conclusioni

Il passaggio dei professionisti socio-sanitari e dell'educazione dalla formazione accademica all'ingresso nel nuovo contesto lavorativo è caratterizzato da tutta una serie di difficoltà che richiederebbero di essere assunte e affrontate sia da parte dell'Università che da parte delle organizzazioni.

Un maggior riconoscimento del ruolo e della funzione del *tutor-mentore* di reparto avrebbe come risultato quello di facilitare l'ingresso dei neo laureati nel contesto lavorativo, aiutandoli prima di tutto a trovare strategie e metodi che consentano loro di far dialogare in modo proficuo il sapere formale precedentemente acquisito e il sapere che la pratica lavorativa quotidiana richiede.

La formazione dei *tutor-mentori* potrebbe costituire il punto di partenza di un processo di riconoscimento e di valorizzazione della loro funzione in relazione all'ingresso dei neoassunti nel contesto lavorativo e indipendentemente dal tempo di accompagnamento stabilito dalla singola organizzazione.

Certamente l'idea di formare i *tutor-mentori* comporta tutta una serie di riflessioni che riguardano da un lato le conoscenze e le

competenze che essi devono possedere per assolvere alla loro funzione e al loro ruolo e dall'altro l'ente che si deve occupare della loro formazione.

Tra gli obiettivi del percorso formativo vi dovrebbero essere 1) la capacità di insegnare all'interno dei contesti lavorativi, 2) lo sviluppo di capacità relazionali, sia nei confronti del neoassunto che in quelli del contesto in generale 3) la capacità di organizzare e pianificare il lavoro.

Rispetto alla capacità di insegnare, occorre tener presente che il tutor-mentore accompagna nel loro ingresso lavorativo persone abilitate che si avvalgono di un importante bagaglio culturale e di conoscenze sia di tipo teorico che di tipo pratico acquisite con il tirocinio. Il *tutor-mentore* dovrà essere in grado di coniugare il sapere formale del neoassunto con i problemi contingenti dell'agire pratico quotidiano, in un'ottica di formazione continua e integrata.

Perché ciò avvenga sarà necessario che il *tutor-mentore* sia in grado di instaurare con il neoassunto una buona relazione interpersonale, rispettandolo sia in quanto professionista e sia come persona. Egli dovrà inoltre tener conto della qualità delle relazioni tra il neoprofessionista e tutti gli attori presenti nel contesto lavorativo (colleghi, responsabili, pazienti, familiari).

Infine il *tutor-mentore* dovrebbe possedere capacità gestionali che gli consentano di organizzare il lavoro del reparto, pianificando spazi e tempi di intervento del neoassunto che prevedano momenti di riflessione sull'agire pratico e di confronto sull'esercizio della professione.

Tutto ciò, indipendentemente da chi si occupa della formazione del tutor-mentore (questione peraltro ancora aperta), non solo offrirebbe dignità e riconoscimento al ruolo di chi accompagna il neoassunto nella nuova esperienza lavorativa, ma consentirebbe di valorizzare e promuovere nel tempo il dialogo tra saperi formali e saperi della pratica, garantendo un *continuum* tra gli anni della formazione e quelli del lavoro.

Bibliografia

- Bonetti L., Destrebecq A., & Nucchi, (2008). Relazione tra mentore e neofita: Indagine fenomenologica sulla socializzazione del novizio infermiere in area critica. *Professioni Infermieristiche*, 61(3), 149-157.
- Bruner J. (2001). *La cultura dell'educazione. Nuovi orizzonti per la scuola*. Milano: Universale Economica Feltrinelli.
- Camuccio C.A., Bobbo N., Opportuni I., & Bottacin M. (2017). Studenti in infermieristica, tirocinio clinico in rianimazione e medicina narrativa: indagine qualitativa degli aspetti meta cognitivi dell'apprendimento in una esperienza di assegnazione precoce in unità operative complesse. *Tutor*, 5-20.
- De Mennato P. (2003). *Il sapere personale. Un'epistemologia della professione docente*. Milano: Guerini Scientifica.
- Duchscher J.E.B. (2008). A process of becoming: the stage of new nursing graduate professional role transition. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 10, 441-450.
- Duchscher J.E.B. (2009). Transition shock: the initial stage of role adaptation for newly graduated Registered Nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 65(5), 1103-1113.
- Ferguson L.M. (2011). From the perspective of new nurses: What do effective mentors look like in practice? *Nurse Education in practice*, 11, 119-123.
- Halfer D., & Graf E. (2006). Graduate nurse perceptions of the work experience. *Nursing Economics*, 3, 150-155.
- Henderson A., & Eaton E. (2013). Assisting nurses to facilitate student and new graduate learning in practice settings: What "support" do nurses at the bedside need? *Nurse Education in Practice*, 13, 197-201.
- Houghton C.E. (2014). "Newcomer adaptation": a lens through which to understand how nursing students fit in with the real world of practice. *Journal of clinical Nursing*, 23, 2367-2375.
- Innes T., & Calleja P. (2018). Transition support for new graduate and novice nurses in critical care settings: An integrative review of the literature. *Nurse Education in Practice*, 30, 62-72.
- Kramer M. (1974). *Reality shock: Why nurses leave nursing*. St Louis, MO: Mosby.
- Mezirow J. (2016). *La teoria dell'apprendimento trasformativo. Imparare a pensare come un adulto*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Mortari L. (2003). *Apprendere dall'esperienza. Il pensare riflessivo nella formazione*. Roma: Carocci.

- Sasso L., Lotti A., & Gamberoni L.(2015). *Il tutor per le professioni sanitarie*. Roma: Carocci Faber.
- Schon D.A. (1993). *Il professionista riflessivo*. Bari: Edizioni Dedalo.
- Valsecchi V. (2009). Indagine conoscitiva sul ruolo dell'infermiere esperto nell'inserimento del principiante nelle Aziende Ospedaliere pubbliche lombarde. *Io infermiere*, 2, 24-29.
- Zannini L. (2005). *La tutorship nella formazione degli adulti. Uno sguardo pedagogico*. Milano: Guerini Scientifica.