

Valutare le strategie di apprendimento negli studenti universitari: primi risultati di una ricerca valutativa condotta all'Università di Bologna*

Elena Luppi¹ - Stefano Benini²

¹ *Alma Mater Studiorum Università di Bologna - Department of Education Studies (Italy)*

² *Alma Mater Studiorum Università di Bologna - Nursery Degree Programme*

DOI: <http://dx.doi.org/10.7358/ecps-2017-016-luppi>

elena.luppi@unibo.it

ASSESSMENT OF UNIVERSITY STUDENTS LEARNING STRATEGIES: FIRST RESULTS OF AN EDUCATIONAL EVALUATION RESEARCH AT THE UNIVERSITY OF BOLOGNA

ABSTRACT

This paper moves from an educational evaluation research conducted in the on the Nursery Degree Programme of Bologna University. Starting from the analysis of transversal competences that are crucial for nurses and from the outcomes of a qualitative exploratory phase of the research, this contribution is focused on the assessment of students' learning strategies, at the beginning and at the end of the degree programme. Such assessment has been conducted through the application of «Learning Strategies Questionnaire QSA», validated from Pellerey in 1996 to 168 students at the first and last year (160 students) of the Nursery Degree Programme. In the meanwhile the questionnaire has been proposed to almost 100 first year University students from other degree programmes and 390 Secondary School's students. Thanks to this second and third sample, results could be compared with the standard group through which the questionnaire was validated in 1996 and with other students attending University and Secondary School nowadays. The results put into evidence a certain urgency in reflecting

* I contenuti e i dati dell'articolo sono stati sviluppati e analizzati dai due autori in modo congiunto. In particolare Stefano Benini ha elaborato i paragrafi 1, 2 e 3. Elena Luppi ha elaborato i paragrafi 4, 5, 6, 7 e 8. Il paragrafo 9 è stato elaborato da entrambi gli autori.

on learning strategies proficiency for students in the last 20 years: in fact the scores of University students now do not appear so far from the results of the students aged 15 in 1996.

Keywords: Assessment, Competences, Learning strategies, Nursery training.

1. PRESENTAZIONE: LA DIDATTICA UNIVERSITARIA PER RISULTATI DI APPRENDIMENTO E PROFILI DI COMPETENZE

Tradurre gli obiettivi formativi in termini di *risultati di apprendimento* (*learning outcomes*) e di *profili di competenze* è un orientamento ormai consolidato nei sistemi accademici internazionali. Tale passaggio va considerato come una risposta messa in campo per armonizzare i vari sistemi europei di *higher education*, come richiesto nel 1999 dal Processo di Bologna ¹.

L'identificazione dei corsi di studi in termini di *risultati di apprendimento e di sviluppo di competenze* ha cambiato sostanzialmente gli scenari pedagogici del mondo dell'istruzione superiore: si è, infatti, passati dalla logica dell'«apprendimento per conoscenze e contenuti» all'«apprendimento per competenze».

Nel 2005 i ministri dell'Istruzione Superiore dei Paesi europei partecipanti al Processo di Bologna hanno realizzato il *Quadro dei titoli per lo Spazio europeo dell'istruzione superiore* (*Qualifications Framework for the European Higher Education Area – QF for the EHEA*) ². Tale Quadro, articolato nei tre cicli principali dell'istruzione superiore (Laurea, Laurea magistrale/specialistica, Dottorato di ricerca) come definiti dal Processo di Bologna, presenta tutti i titoli rilasciati per ciascun ciclo, con riferimento al numero dei crediti ECTS ³ e ai *risultati di apprendimento* definiti dai Descrittori di Dublino.

Numerosi sono stati i tentativi per cercare di accordare il Processo di Bologna con l'*European Qualification Framework*. Tra i lavori presentati assume rilevanza il Progetto Tuning ⁴: un supporto metodologico per progettare, rivedere, sviluppare, attivare e valutare i corsi di studio per ciascuno dei tre cicli. Tale progetto nasce con l'obiettivo di condividere e sintonizzare (*tune*

¹ Cfr.: <http://www.bolognaprocess.it>.

² Reperibile in: <http://www.ehea.info/pid34576-cid102282/working-group-qualifications-frameworks-2005-2007.html>.

³ L'ECTS (European Credit Transfer System) è un sistema che assicura il trasferimento dei risultati accademici (espressi in termini di voti) tra i diversi sistemi nazionali di valutazione, in modo corretto e trasparente.

⁴ *Tuning Project. Introduzione al Tuning Educational Structures in Europa. Il contributo delle università al Processo di Bologna*. Reperibile in: <http://www.unideusto.org/tuningeu>.

it) i diversi corsi di studio per aree disciplinari, nell'intento di renderli trasparenti, compatibili e comparabili, senza la pretesa di creare *curricula* uniformi, prescrittivi o definitivi a livello europeo.

Secondo il Progetto Tuning i programmi di studio vanno concepiti e descritti in termini di esiti dei processi di apprendimento e di competenze generiche e specifiche di ciascuna area disciplinare coinvolta, con una chiara distinzione tra *risultati di apprendimento* (*learning outcomes*) e le *competenze* (*competences*). Se i *risultati di apprendimento* sono definiti dallo staff accademico (con il coinvolgimento dei rappresentanti degli studenti), le competenze vengono, invece, acquisite e sviluppate dallo studente nel corso del processo di apprendimento.

Si può così affermare che i *risultati di apprendimento* descrivono ciò che lo studente deve conoscere, comprendere ed essere in grado di dimostrare alla fine di un percorso formativo che può articolarsi sia unità didattiche/moduli sia come esito di un percorso più articolato.

Lo sviluppo delle *competenze*, invece, descrive la finalità di ogni corso di studio e rappresenta una combinazione dinamica di attributi cognitivi e metacognitivi, conoscenza e comprensioni, attitudini interpersonali, intellettuali e pratiche e valori etici che connotano il profilo professionale in uscita.

Due sono le categorie di *competenza* che il Tuning evidenzia: le competenze specifiche di area disciplinare e le competenze generiche (riferibili a quelle trasversali) suddivise a loro volta in strumentali (capacità cognitive, metodologiche, tecnologiche e linguistiche), interpersonali (di interazione sociale e collaborazione) e sistemiche (concernenti sistemi integrati).

Nella prospettiva del Tuning i corsi di studio non possono essere pensati come un insieme di unità didattiche frammentate e scarsamente in connessione tra loro, ma vengono considerati nella loro organicità per orientare lo sviluppo autonomo, da parte degli studenti, di apprendimenti significativi per le loro vite professionali e personali.

Questa prospettiva richiede un forte coordinamento a livello accademico dei diversi agenti che intervengono nel processo di apprendimento: management universitario – in termini di politiche e strategie; servizi amministrativi di supporto – in relazione all'articolazione dei corsi e alla gestione dei crediti; personale docente – chiamato a concepire i propri insegnamenti con modalità di supervisione, *assessment* e innovazione nelle risorse e infine gli studenti – veri protagonisti del proprio imparare (Serbaggi & Zaggi, 2012).

Per identificare le competenze generali ritenute più significative in ciascuno dei settori disciplinari coinvolti, nella prima fase del Progetto Tuning è stato avviato un processo di consultazione su larga scala di neolaureati, imprese, datori di lavoro e personale accademico. Le aree disciplinari coinvolte in questo progetto afferiscono a: Economia, Chimica, Scienze dell'Educazio-

ne, Studi Europei, Storia, Scienza della Terra, Scienze Matematiche, Scienze Fisiche e Infermieristica.

Con l'accento sulla definizione delle *competenze* e dei *risultati di apprendimento*, l'istruzione superiore è oggi in grado di leggere e di comparare i diversi titoli riguardanti i profili accademici e professionali e, al tempo stesso, ne può identificare e ricercare la qualità e la spendibilità del titolo nel mondo del lavoro.

In linea a queste premesse, il corso di Laurea in Infermieristica del Polo Scientifico didattico di Bologna, nel corso di un sistema di monitoraggio che da tempo sta portando avanti per offrire una formazione sempre più qualificata per gli studenti e rispondente ai bisogni dei cittadini, si inserisce la ricerca *valutativa* avviata con il Dipartimento di Scienze dell'Educazione dello stesso ateneo, il cui disegno generale e i primi risultati verranno di seguito riportati.

2. L'UNIVERSITÀ PER L'ESERCIZIO DELLA PROFESSIONE INFERMIERISTICA

Dal 2001 per esercitare la professione di infermiere in Italia è necessario essere in possesso del diploma di Laurea con valore abilitante all'esercizio professionale. Al termine del corso di studi, infatti, lo studente deve dar prova di aver acquisito le competenze teorico-pratiche-etico/relazionali necessarie all'esercizio professionale descritte dal profilo professionale dell'infermiere (DM 739/94).

L'attuale percorso formativo per l'esercizio della professione infermieristica (e per lo sviluppo di competenze avanzate) rispetta le disposizioni del Decreto del Ministero dell'Università nr. 509, del 3 novembre 1999, e successivamente modificato dal DM nr. 270, del 22 ottobre 2004.

L'offerta formativa universitaria si articola nel primo ciclo con i corsi di studio per il conseguimento della Laurea in Infermieristica abilitante all'esercizio della professione di infermiere. Il corso, con finalità professionalizzante, è regolato da un ordinamento che si articola in: sessioni di insegnamento teorico, laboratori tecnico-pratici; seminari di approfondimento; tirocinio professionalizzanti; momenti di tutorato individuale e di gruppo.

Nello specifico, il tirocinio rappresenta una componente essenziale dell'intero percorso triennale delle Lauree in Infermieristica poiché costituisce l'occasione per sviluppare competenze professionali e pensiero critico, oltre a rappresentare un momento insostituibile per permettere allo studente di comprendere e vivere il ruolo professionale.

Un ulteriore elemento che arricchisce l'offerta formativa è rappresentato dai Master universitari che garantiscono approfondimenti scientifici e di alta formazione permanente ricorrenti in ambiti specifici (area critica, geria-

tria, pediatria, salute mentale, sanità pubblica, *management* infermieristico ecc.), successivi al conseguimento della Laurea in Infermieristica (Master di I livello) o al conseguimento della Laurea Magistrale (Master di II livello).

Il terzo livello è costituito dalla Laurea Magistrale finalizzata a una formazione culturale e professionale avanzata che prepara l'infermiere a intervenire con elevate competenze nei processi assistenziali, gestionali, formativi e di ricerca. In ultimo, la possibilità di accedere al Dottorato di ricerca per acquisire competenze necessarie per esercitare, presso università, enti pubblici o soggetti privati, attività di ricerca e di alta qualificazione.

La formazione universitaria offre alla professione infermieristica un'istruzione costantemente vincolata alla ricerca, alla rivisitazione dei contenuti disciplinari e al pensiero critico; formazione che risente del dialogo costante con i Collegi professionali per definire i *risultati di apprendimento* e il *core competence* che i corsi di studi devono offrire e gli studenti perseguire per poter svolgere la professione una volta conseguito il titolo accademico.

3. IL PROFILO DELLE COMPETENZE NELLA PROFESSIONE INFERMIERISTICA

Per immettere nel mondo del lavoro infermieri con un titolo spendibile e comparabile alle necessità del mercato e dunque in grado di rispondere efficacemente ai bisogni di cura dei singoli cittadini, si stanno portando avanti, su più livelli, riflessioni sulle competenze professionali da acquisire con il raggiungimento della Laurea professionalizzante di I livello.

Nell'ambito dell'organizzazione professionali e in quello accademico si palesa la necessità di formare sempre più neo-laureati capaci di comprendere in maniera approfondita le problematiche prioritarie di salute con particolare riferimento a: l'incremento della longevità; la cronicità; gli effetti sulla salute delle disuguaglianze e delle nuove «povertà»; nonché le esigenze di deospedalizzazione. Oggi più che mai gli infermieri devono essere preparati per lavorare in ambienti sanitari e/o socio-sanitari complessi, spesso in condizioni di carenza cronica di personale. Ciò richiede una loro adesione a *pattern* di competenze trasversali riferibili alle abilità interdisciplinari, alla leadership e alla capacità di partecipazione alle scelte attraverso l'espressione del pensiero critico (Brugnoli *et al.*, 2014).

L'esercizio infermieristico, a differenza di quanto avveniva fino a quasi un trentennio fa, non si esprime con la messa in atto di tecniche assistenziali prescritte dal medico (mettendo in evidenza il carattere di subordinazione-ausiliarità dell'infermiere), ma, come professione sanitaria riconosciuta tra

le professioni intellettuali, si connota per il suo pieno livello di *autonomia e responsabilità*.

Formare alla natura intellettuale della professione infermieristica rappresenta il punto di partenza per raggiungere le competenze che un infermiere deve saper agire a tutela dell'interesse della collettività e della professione stessa.

Per quanto riguarda l'esercizio infermieristico in Italia, nonostante il DM 739/94 delinea la natura dell'assistenza (*tecnica, educativa e relazionale*) e le principali funzioni dell'infermiere (identificare i bisogni di salute e di assistenza infermieristica; pianificare, gestire e valutare l'intervento infermieristico, garantire le corrette applicazioni diagnostico-terapeutiche), manca ancora un livello di esplicitazione dettagliata delle competenze essenziali e dei relativi risultati di apprendimento da acquisire in ambito universitario.

La maggior parte delle pubblicazioni afferenti al settore della formazione infermieristica evidenziano, a tal riguardo, come la mancanza di chiarezza delle competenze specifiche (Watson *et al.*, 2002) possa essere all'origine delle difficoltà per definire i risultati attesi al termine di un percorso di studi. Con ogni probabilità tale difficoltà è intrinsecamente connessa alle caratteristiche stesse della disciplina infermieristica, definita storicamente «arte e scienza» (Wilkinson, 2003).

L'infermiere deve saper combinare un insieme di fattori riferibili alla messa in campo di tecniche e procedure tecnico-scientifiche, insieme ad atteggiamenti, conoscenze e potenzialità che richiamano qualità personali.

In continuità con quanto descritto sulla riforma *higher education*, anche la didattica infermieristica è chiamata a spostare l'attenzione dall'insegnamento «all'apprendimento per competenze», dal processo didattico tradizionale alle *performance* realmente raggiunte, riconoscendo la centralità dello studente rispetto all'intero *curriculum* universitario.

Lo studente che frequenta un corso di studi in Infermieristica deve essere messo nelle condizioni di poter acquisire quel sapere specifico che si sviluppa sull'integrazione di elementi tecnici, scientifici ed umanistici la cui equilibrata combinazione fonda quella competenza di cura infermieristica che porta *ad-sistere* (ovvero stare accanto) le persone in un particolare momento della loro vita.

Ma come declinare le competenze infermieristiche in *learning outcomes* e come rendere tali competenze misurabili e verificabili?

Il Centro di Eccellenza per la Cultura la Ricerca Infermieristica (CECRI) del Collegio IPASVI di Roma ha pubblicato un lavoro dal titolo *Costruzione di un modello per la valutazione delle competenze infermieristiche nell'esame di abilitazione professionale*⁵ per sostenere i docenti e i rappresentanti del Colle-

⁵ Reperibile in: <http://www.centrodiexcellenza.eu/static/documenti/1.13.1LIBRO.pdf>.

gio IPASVI che fanno parte delle commissioni degli esami abilitanti, nell'esercizio della funzione di verifica delle competenze necessarie per esercitare la professione da parte dei neo-laureati⁶. Per la costruzione di un modello uniforme per l'esame di abilitazione, il CECRI ha avviato un percorso di validazione linguistico-culturale del *Tuning Project for Nursing*⁷, riconoscendo quest'ultimo come documento autorevole per valutare conoscenze, attitudini e abilità essenziali che tutti i neolaureati dovrebbero aver acquisito in modo soddisfacente per l'esercizio iniziale della professione di infermiere.

Il *Tuning Project for Nursing* identifica 6 macroaree di competenza distinte rispettivamente nei seguenti domini⁸:

- Dominio 1: *competenze associate ai valori professionali e al ruolo dell'infermiere*;
- Dominio 2: *competenze associate alla pratica infermieristica e al processo decisionale clinico*;
- Dominio 3: *competenze associate all'uso appropriato d'interventi, attività e abilità infermieristiche finalizzate a fornire un'assistenza ottimale*;
- Dominio 4: *conoscenze e competenze cognitive*;
- Dominio 5: *competenze comunicative e interpersonali incluse le tecnologie per la comunicazione*;
- Dominio 6: *competenze di leadership, management e gestione delle dinamiche di gruppo*.

Ogni dominio di competenza viene descritto e reso comprensibile nelle competenze specifiche che delineano quelle capacità che l'infermiere deve essere in grado di esprimere nel corso della pratica quotidiana.

Il *Tuning Nursing* sollecita riflessioni sulla formazione infermieristica italiana e considera le competenze descritte come veri e propri elementi organizzatori degli apprendimenti, delle strategie didattiche, dei contenuti disciplinari e delle modalità valutative dei percorsi formativi infermieristici di I e II ciclo.

⁶ Il conferimento del titolo di abilitazione garantisce ai cittadini la competenza dei diversi professionisti di cui sono obbligati ad avvalersi in caso di bisogno specifico. In caso di mancanza del titolo abilitante, l'esercizio della professione diventa abusivo. Riguardo le professioni sanitarie il titolo abilitante acquisisce un valore molto particolare perché rappresenta una forma di garanzia della salute, intesa come bene individuale e collettivo che lo Stato è interessato a tutelare. Per gli infermieri italiani l'esercizio professionale è subordinato all'iscrizione all'Albo professionale del Collegio provinciale degli Infermieri che prevede, tra i requisiti richiesti, il possesso della Laurea in Infermieristica, il cui esame finale ha, appunto, un valore abilitante.

⁷ Delle aree disciplinari comprese nel Progetto Tuning, tra i gruppi riconosciuti più attivi c'è senz'altro quello infermieristico, coordinato da Mary Gobbi, docente presso l'Università di Southampton (UK), che ha partecipato alla stesura del documento *Tuning Project for Nursing*.

⁸ http://www.unideusto.org/tuningeu/images/stories/key_documents/tuningnursingfinal.pdf.

4. IL DISEGNO DI RICERCA

Sulle premesse sopra riportate è stata avviata una *ricerca valutativa* per riflettere sull'offerta formativa e i programmi didattici del corso di Laurea in Infermieristica, prendendo in considerazione alcune peculiarità del corso. Su esplicita richiesta del Presidente del corso e dei responsabili delle attività professionalizzanti, è stato avviato un monitoraggio del corso di Laurea in Infermieristica del Polo Scientifico didattico di Bologna dell'Università dell'Alma Mater.

Il percorso si pone in un'ottica di ricerca valutativa educativo formativa empirica che può essere ricondotto ad un modello di *Ricerca Azione* e di *Educational Evaluation Research* (Walberg & Haertel, 1990; Becchi & Bondioli, 1994; Husen & Postlethwaite, 1994; Scriven, 1999; Kellaghan & Stufflebeam, 2003), in cui gli strumenti e il disegno della ricerca stessa sono definiti insieme agli attori del contesto di studio e gli esiti sono oggetto di continua riflessione e ridefinizione, in un clima di costante coinvolgimento attivo dei soggetti della ricerca.

Il progetto si propone di effettuare, attraverso vari strumenti di ricerca, un percorso di monitoraggio del corso di Laurea che permetta di acquisire informazioni sui seguenti aspetti:

- caratteristiche degli studenti e livelli di padronanza nelle competenze fondamentali, soprattutto relativamente alle competenze trasversali motivazionali, sociali e affettive (in ingresso, lungo il percorso e in uscita);
- efficacia dell'offerta formativa, dal punto di vista metodologico e didattico, in relazione sia alla promozione delle conoscenze di base e trasversali necessarie all'esercizio della professione infermieristica, sia al potenziamento delle dimensioni etico motivazionali che orientano alla scelta della professione;
- efficacia dei percorsi di tirocinio sia nel far sperimentare agli studenti contesti in cui acquisire competenze operative, sia nello stimolare negli stessi una necessaria capacità di riflessione sulla pratica e nella pratica e sui modelli (impliciti e/o dichiarati) che qualificano l'esercizio della professione.

In questo contributo ci si sofferma sui risultati della prima fase della ricerca, focalizzata sulla definizione delle *competenze trasversali* ritenute irrinunciabili per la formazione infermieristica e la rilevazione delle strategie per l'apprendimento in ingresso e in uscita dal percorso universitario.

Gli infermieri, oltre a esprimere competenze tecniche e psicomotorie, quotidianamente nel rispondere ai bisogni di salute delle persone (come la somministrazione della terapia, la medicazione complessa di una ferita; l'utilizzo di apparecchiatura ad alta tecnologia, ecc.), sono chiamati ad assumere decisioni che riguardano il benessere e la salute del paziente, avviando relazioni interpersonali con l'assistito e i suoi familiari. Sia nei contesti ospeda-

lieri, ambulatoriali e in quelli domiciliari l'infermiere deve saper raccogliere e interpretare informazioni, esprimere giudizi ponderati e assumere livelli di decisionalità che variano in base al tipo di competenza professionale maturata (Wilkinson, 2003).

La prima parte della ricerca si è soffermata sulla rilevazione di quelle che docenti e infermieri ritengono debbano essere le abilità/capacità che lo studente deve avere in ingresso, ma anche saper implementare, per fronteggiare l'intero corso di studi in Infermieristica.

Tale fase ha previsto un primo momento qualitativo-esplorativo teso all'elaborazione di un quadro condiviso delle competenze da sviluppare nel corso degli studi su cui gli studenti sono stati successivamente valutati attraverso strumenti quantitativi.

La definizione di un quadro delle competenze così dette «irrinunciabili» rappresenta il punto di partenza di questo lavoro, nonché la base per la definizione degli strumenti di valutazione. La costruzione condivisa di tale quadro è scaturita dai risultati di due *focus group* che hanno visti coinvolti alcuni membri del Consiglio di corso di Laurea e alcuni infermieri che si occupano della formazione clinica degli studenti.

Nel corso dell'indagine si è potuto constatare quanto la maggior parte di tali competenze oltre a sintonizzarsi pienamente con quanto riportato nel *Tuning Project for Nursing*, rientrano tra le strategie cognitive ed affettive connesse con l'apprendimento prese in considerazione dal test standardizzato *Questionario sulle Strategie di Apprendimento – QSA* (Pellerey, 1996) che è stato così scelto per la rilevazione delle competenze degli studenti. A tale rilevazione quantitativa è stato dedicato il secondo momento della ricerca che ha coinvolto gli studenti immatricolati nell'a.a. 2013/14 durante un'attività didattica del I anno di corso e, successivamente, nell'a.a. 2015/16 al termine del loro percorso di studio. I risultati emersi hanno reso necessario un confronto con altri gruppi di studenti universitari e con studenti della scuola secondaria superiore, questi ultimi presi come riferimento al campione su cui il QSA è stato validato nel 1996.

5. FASE ESPLORATIVO-QUALITATIVA DELLA RICERCA

La fase esplorativo-qualitativa della ricerca, finalizzata alla definizione di un quadro comune e condiviso di tutte quelle competenze ritenute fondamentali per l'esercizio della professione infermieristica ha coinvolto: i docenti (10), i responsabili delle attività professionalizzanti (2), coordinatori/tutori didattici (5) e i tutori clinici del corso (2).

I soggetti che hanno preso parte ai due *focus group* è stato definito in relazione all'esperienza e alla continuità all'interno del corso di Laurea, in numero proporzionato rispetto alla presenza dei vari ruoli (e funzioni) che entrano in campo nella formazione tenendo in considerazione la presenza di docenti di area medica e di area infermieristica.

Le domande poste erano orientate ad aprire una riflessione sulle competenze chiave per la professione infermieristica e sulle possibili modalità di valutazione delle stesse, senza fare riferimento ad alcun documento specifico, come, ad esempio, il *Tuning Project for Nursing*.

Ciascun *focus group* ha previsto il duplice ruolo di un conduttore e un osservatore, per facilitare la formulazione delle domande, la discussione e la raccolta dei dati. I contenuti audio del *focus group* sono stati registrati e, successivamente, trascritti per poter effettuare un'analisi qualitativa del contenuto.

Nel complesso, sono emersi dai contenuti, dal clima e dalle dinamiche comunicative alcuni elementi comuni a tutte e tutti i partecipanti ai *focus group*:

1. motivazione e interesse verso una riflessione critica degli aspetti didattici del corso di Laurea;
2. atteggiamento critico, aperto e problematico alla formazione di base universitaria per lo sviluppo delle competenze infermieristiche;
3. disponibilità a cooperare per la ricerca di progetti e metodologie volte a promuovere lo sviluppo delle competenze professionali degli studenti durante la loro formazione universitaria.

Nello specifico della riflessione sulle competenze irrinunciabili l'analisi testuale dei due *focus group* ha fatto emergere in entrambi i gruppi una focalizzazione su «competenze trasversali» o *soft skills*, piuttosto che sui saperi e sulle tecniche professionali di base, che si ritiene gli studenti riescano ad acquisire lungo il percorso. In particolare, sono state prese in considerazione alcune competenze o atteggiamenti o, ancora, saperi, che ci si aspetta gli studenti abbiano già in ingresso e che andranno poi potenziati lungo tutto l'itinerario formativo che vanno a intraprendere. Si tratta di competenze rispetto alle quali tutti i partecipanti ai *focus group* riscontrano difficoltà di valutazione diagnostico-formativa e di intervento didattico-educativo.

Tali *ambiti di competenza* sono stati estrapolati nell'analisi del discorso e possono essere sintetizzati nell'elenco che segue.

1. *Capacità di autovalutazione*: capacità dello studente di riconoscere le proprie risorse e i limiti riguardanti l'apprendimento e lo studio, attribuzione di causalità equilibrata.
2. *Capacità di riconoscimento e gestione dello stato emotivo*: espressa come capacità di gestire, riconoscere e valorizzare le proprie emozioni, riconoscere e gestire lo stress.

3. *Empatia*: capacità di riconoscere, accogliere le emozioni altrui, leggere i bisogni dell'altro e avviare una relazione di aiuto basata sull'ascolto.
4. *Competenze comunicative*: capacità di codifica (e decodifica) di messaggi comunicativi per promuovere relazioni interpersonali educate e rispettose sia nell'ambito accademico, sia nel contesto clinico.
5. *Capacità di apprendere ad apprendere*: sviluppo di strategie metacognitive per poter acquisire in senso problematico i «saperi» necessari all'esercizio della professione infermieristica.
6. *Acquisizione di un metodo di studio*: possedere criteri, strategie, percorsi, approcci per comprendere, acquisire, elaborare, mantenere e sviluppare i saperi e i contenuti utili all'esercizio della professione infermieristica.
7. *Problem solving*: capacità di applicare le conoscenze acquisite a contesti e problemi complessi, nella futura professione.
8. *Motivazione, intrinseca ed estrinseca*: necessaria allo studio e all'esercizio della professione infermieristica.
9. *Capacità di assunzione del ruolo (nei diversi contesti organizzativi)*: conoscenza delle regole, responsabilità, appartenenza, condotte, ecc.
10. *Saperi di base: literacy e numeracy*.

Le riflessioni sulle competenze chiave per la formazione alla professione infermieristica emerse nei *focus group* hanno messo in luce un quadro ampio all'interno del quale, in particolare, le «competenze trasversali» emergono come aspetti fondamentali.

La maggior parte delle dimensioni emerse trova una corrispondenza nei sei domini di competenza descritti nel *Tuning Project for Nursing* e alle 40 *core competences* specifiche riportate nella versione italiana tradotta e validata sul piano linguistico e culturale dal gruppo di ricerca del CECRI del Collegio IPASVI di Roma (Venturini *et al.*, 2012).

Si tratta di competenze allo stesso tempo imprescindibili, spesso trascurate dalla didattica universitaria, che tende a considerarle acquisite nelle precedenti esperienze educative e formative; competenze che si rifanno ai saperi impliciti rispetto ai contenuti disciplinari che il corso di Laurea ritiene fondanti e valuta in modo sistematico.

Per questa ragione, in accordo con gli stessi docenti, si è deciso di focalizzare l'indagine sulla valutazione delle competenze trasversali e, in particolare le strategie per l'apprendimento, per comprendere, al di là delle impressioni e delle osservazioni non sistematiche, a che livello di padronanza gli studenti si collocassero rispetto a queste competenze fondamentali in entrata e in uscita dal corso.

6. VALUTAZIONE DELLE COMPETENZE COGNITIVE E AFFETTIVE CONNESSE ALL'APPRENDIMENTO

La seconda fase della ricerca valutativa che viene qui presentata è stata dedicata alla valutazione degli studenti in relazione alle competenze strategiche all'apprendimento, con riferimento agli elementi cognitivi ed emotivo-affettivi che ne determinano la padronanza. Per raggiungere tale obiettivo è stato scelto come strumento valutativo il *Questionario sulle Strategie di Apprendimento* (QSA) di Michele Pellery (1996) proprio per il *focus* congiunto sulle strategie per l'apprendimento nelle componenti cognitive e affettive.

Il QSA rileva il livello di consapevolezza e di capacità di gestione dei processi e delle strategie di apprendimento degli studenti. È un questionario di autopercezione concepito per gli studenti al termine del percorso di obbligo scolastico o formativo.

Il questionario QSA si struttura attorno a quattordici fattori che rappresentano altrettante componenti della competenza strategica degli allievi in relazione all'apprendimento. Sette di questi fattori sono di natura prevalentemente cognitiva e sette di natura prevalentemente affettiva.

La scelta del QSA è stata orientata dall'interesse verso le dimensioni indagate, in linea con quanto emerso nei *focus group*, con la consapevolezza di una certa distanza di età fra lo standard di riferimento su cui il QSA è stato validato nel 1996 (primo anno della scuola secondaria superiore) e gli studenti del primo anno di università coinvolti nella ricerca. Tuttavia, la rilevazione effettuata sugli studenti del primo anno del corso di Laurea in Infermieristica ha fatto emergere risultati in linea con quelli dello standard. Questo interessante e inatteso risultato ha portato a rivedere il disegno di ricerca iniziale per poter riflettere sui livelli di padronanza delle competenze strategiche per l'apprendimento della popolazione studentesca negli ultimi 20 anni. A tal fine è stato arricchito *in itinere* il campione della ricerca con due gruppi: uno costituito da altri studenti universitari iscritti al primo anno di università, ma in altri corsi di Laurea; l'altro di studenti del primo anno della scuola secondaria superiore. I dati raccolti sul gruppo del primo anno degli studenti del corso di Laurea in Infermieristica sono stati confrontati con i punteggi standard nazionali, sia della scuola secondaria superiore sia quelli della formazione professionale e con gli esiti di un gruppo di coetanei universitari e di alunni frequentanti le prime classi di scuola secondaria superiore.

7. SCELTA DEL CAMPIONE E MODALITÀ DI SOMMINISTRAZIONE

Il *Questionario sulle Strategie di Apprendimento* è stato somministrato in prima istanza a 168 studenti e studentesse iscritti al primo anno del corso di Laurea in Infermieristica nell'anno accademico 2013/2014 e, allo stesso gruppo al terzo anno, nell'anno accademico 2015/2016 (160 rispondenti sui 168 della prima rilevazione). La somministrazione è stata effettuata nel corso di una lezione.

Poco dopo la prima rilevazione è stata organizzata una somministrazione ad altri studenti iscritti al primo anno dell'Università di Bologna (a.a 2014/15). La somministrazione del questionario è stata realizzata grazie ad un link costruito attraverso Survio, un *software* per questionari e sondaggi. Il link è stato diffuso attraverso pagine Facebook di gruppi chiusi di alcuni corsi di studio universitari: Economia Mercati e Istituzioni; Storia; Scienze Statistiche; Scienze Politiche; Ingegneria Gestionale; Lingue e Letterature Straniere; Lettere; Ingegneria Chimica; Dams. Sulla base dell'appartenenza al gruppo Facebook del corso di studio è stato possibile verificare la coerenza fra le risposte alla domanda «A quale corso sei iscritto/a?», tutte le altre domande anagrafiche non avevano altre misure di controllo poiché il link al questionario non traccia altre informazioni sul rispondente, per garantire l'anonimato nelle risposte. L'anonimato era garantito anche nella somministrazione in aula. Hanno risposto al questionario on line 92 studenti.

Nel complesso gli studenti universitari che hanno partecipato alla prima rilevazione sono 281, in prevalenza femmine (221 studentesse contro 61 studenti), l'età media è di 20,5 anni.

Per ogni link condiviso sulle bacheche pubbliche dei gruppi precedentemente elencati sono stati specificati in allegato le modalità di compilazione e gli obiettivi che si volevano raggiungere attraverso questa indagine.

Infine, il questionario è stato somministrato nell'anno scolastico 2014/2015 ad alcune classi prime di scuole secondarie superiori scelte in relazione alla possibilità di accesso diretto da parte del gruppo di ricerca. A tal proposito sono stati contattati i dirigenti scolastici di diversi istituti superiori di alcune province di Novara. Si è rinunciato a un campionamento probabilistico delle scuole per garantire la possibilità di raccogliere dati su varie differenti indirizzi di scuola secondaria in tempi rapidi e con la piena collaborazione di dirigenti e insegnanti, condizione fondamentale per raccogliere dati validi e attendibili, dato l'impegno in termini di tempo che la compilazione del QSA richiede (circa 45 minuti).

Gli istituti che hanno collaborato con l'indagine sono tre, per un totale di 390 studenti. Le scuole secondarie (Istituti comprensivi) si trovano a Borgomanero e a Gozzano, entrambe in provincia di Novara e sono rispettiva-

mente: il Collegio Don Bosco di Borgomanero, l'Istituto Galileo Galilei della sede di Gozzano e di Borgomanero⁹.

In totale hanno compilato il questionario 390 studenti di classe prima, 193 studentesse e 197 studenti. Il QSA è stato somministrato direttamente durante le ore di lezione, grazie alla disponibilità degli insegnanti coinvolti.

8. RISULTATI

8.1. *Pre-test e confronto con un ulteriore campione di studenti universitari e di studenti di scuola secondaria di secondo grado*

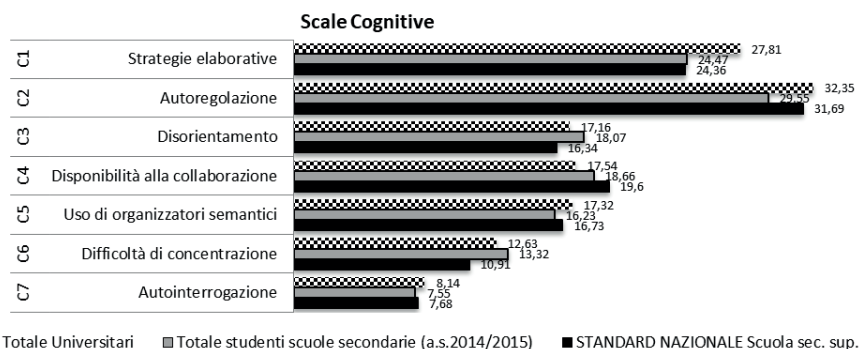
L'analisi degli esiti nelle scale cognitive e affettive del QSA ha riguardato il confronto tra i risultati degli allievi al primo anno del corso di Laurea in Infermieristica a Bologna, la rilevazione su matricole di diversi corsi di Laurea dell'ateneo bolognese (2015) e gli studenti di scuola secondaria superiore della provincia di Novara coinvolti nella rilevazione del 2015. Tutti questi risultati sono stati letti in relazione allo standard su cui il QSA è stato validato: studenti del primo anno della scuola secondaria superiore e della formazione professionale (1996).

Nelle *Figure 1* e *2* sono presentati i confronti fra i punteggi ottenuti dagli studenti universitari (le matricole del corso di Laurea in Infermieristica e quelle di altri corsi di studi), lo standard nazionale QSA e gli studenti del primo anno di scuola secondaria superiore coinvolti nella rilevazione dell'a.s. 2014/15.

Soffermandosi sulle medie nelle scale cognitive, il diagramma a barre riassuntivo mette in evidenza una situazione in cui, per la maggior parte delle scale, il campione degli studenti universitari è assimilabile allo standard dei quindicenni della rilevazione dell'a.s. 1996/97, mentre gli studenti di scuola superiore della rilevazione odierna mostrano, nella maggior parte delle scale, livelli inferiori. Nello specifico fanno riflettere i punteggi sulle scale dell'*autoregolazione*, l'*uso di organizzatori semantici*, l'*autointerrogazione* in cui i

⁹ Il numero degli studenti complessivo è suddiviso per classi e indirizzo come segue: 1. Collegio Don Bosco (Liceo Classico: due classi del primo anno, 52 alunni; Liceo delle Scienze Umane LES: una classe del primo anno 26 alunni); 2. Galileo Galilei Gozzano (Liceo Linguistico: tre classi del primo anno, 75 alunni; Liceo delle Scienze Umane: due classi del primo anno, 54 alunni; Liceo delle Scienze Umane opzione Economico Sociale: due classi del primo anno, 51 alunni); 3. Galileo Galilei Borgomanero (Liceo Scientifico Tradizionale: tre classi del primo anno, 78 alunni; Liceo Scientifico Scienze Applicate: due classi del primo anno, 54 alunni).

punteggi degli attuali universitari sono analoghi a quelli dei quindicenni del 1996/97. Nelle scale relative alla *difficoltà di concentrazione*, alla *disponibilità alla collaborazione* e al *disorientamento* degli studenti universitari hanno, addirittura, punteggi più bassi dello standard. Solo sulle *strategie elaborative* i punteggi medi degli studenti universitari sono più alti di quelli degli studenti di scuola superiore. Se ci si sofferma sui dati dei quindicenni della rilevazione odierna emergono, in particolare, punteggi superiori nelle scale relative alla *difficoltà di concentrazione* e al *disorientamento*.

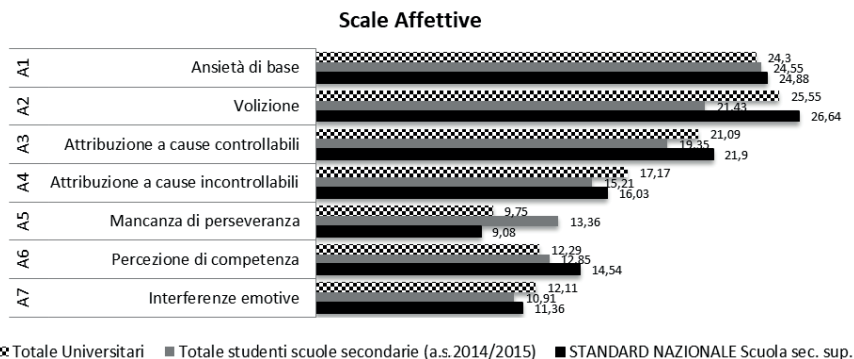


Nota: Le scale C3 e C6 risultano capovolte: i punteggi vanno letti come «positivi» se sono bassi, e «negativi» o «preoccupanti» se sono alti.

*Figura 1. – Punteggi medi nelle scale cognitive QSA:
grafico riassuntivo rilevazioni università (studio Infermieristica a.a. 2013/2014 +
studio a.a. 2014/2015), scuole secondarie a.s. 2014/2015 e standard nazionale a.s. 1996/1997.*

La *Figura 2* ci permette di comparare i punteggi medi nelle scale affettive fra universitari, studenti delle scuole secondarie della rilevazione 2014/15 e lo standard del 1996/97.

Anche in questo caso gli studenti universitari raggiungono punteggi analoghi allo standard dei quindicenni in varie scale: l'*ansietà di base*, la *mancaanza di perseveranza*, l'*attribuzione a cause controllabili* e il *controllo delle interferenze emotive*. I loro punteggi sono lievemente peggiori rispetto alla *volizione*, all'*attribuzione a cause incontrollabili* e alla *percezione di competenza*. Gli studenti delle scuole secondarie della rilevazione 2015/16 ottengono punteggi decisamente peggiori rispetto allo standard nelle scale relative alla *volizione* e alla *mancaanza di perseveranza* (i punteggi sono più alti poiché la scala è capovolta) e medie un po' più basse nell'*attribuzione a cause controllabili* e nella *percezione di competenza*.



Nota: Le scale A1, A5, A7 risultano capovolte: i punteggi vanno letti come «positivi» se sono bassi, e «negativi» o «preoccupanti» se sono alti.

*Figura 2. – Punteggi medi nelle scale affettive QSA:
grafico riassuntivo rilevazioni università (studio Infermieristica a.a. 2013/2014 +
studio a.a. 2014/2015), scuole secondarie a.s. 2014/2015 e standard nazionale a.s. 1996/1997.*

Nelle Tabelle 1 e 2 vengono presentati gli stessi dati, integrati con punteggi minimi e massimi e deviazione standard.

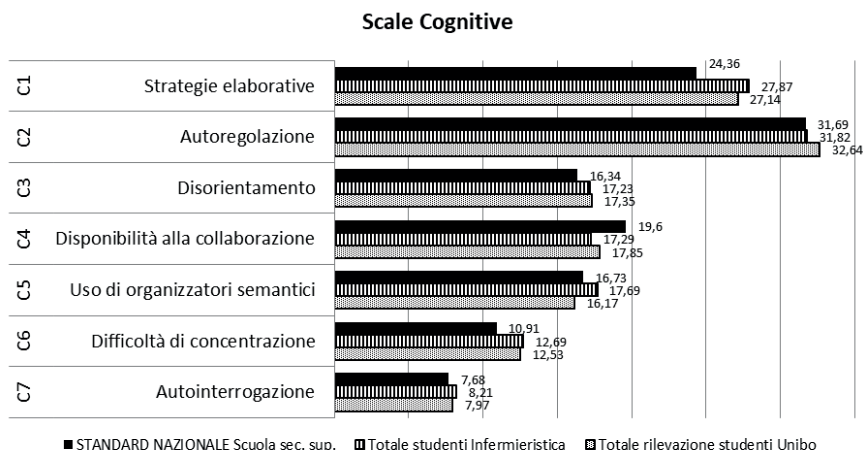
Un ulteriore elemento di riflessione che i dati raccolti ci permettono di effettuare è rappresentato dal confronto fra gli studenti del corso di Laurea in Infermieristica e gli studenti degli altri corsi di studio, in confronto con lo standard nazionale QSA.

Nella *Figura 3* vengono presentati i punteggi medi nelle scale cognitive. Non si riscontrano differenze importanti fra gli universitari di Infermieristica e l'altro gruppo, sebbene, nella scala *disponibilità alla collaborazione* i punteggi degli studenti di Infermieristica si discostino in modo ancora più marcato dallo standard dei quindicenni del 1996/97.

Al contrario delle scale cognitive, si evidenziano alcune differenze più nette fra i gruppi di universitari di Infermieristica e gli altri studenti nei punteggi delle scale affettive. Gli studenti di Infermieristica ottengono punteggi più bassi nella scala relativa alla *mancaanza di perseveranza* e, coerentemente con questo dato, punteggi più alti sulla scala sulla *volizione*. D'altro canto, gli stessi studenti di infermieristica hanno punteggi più alti dei colleghi universitari nella scala *attribuzione a cause incontrollabili* (*Figura 4*).

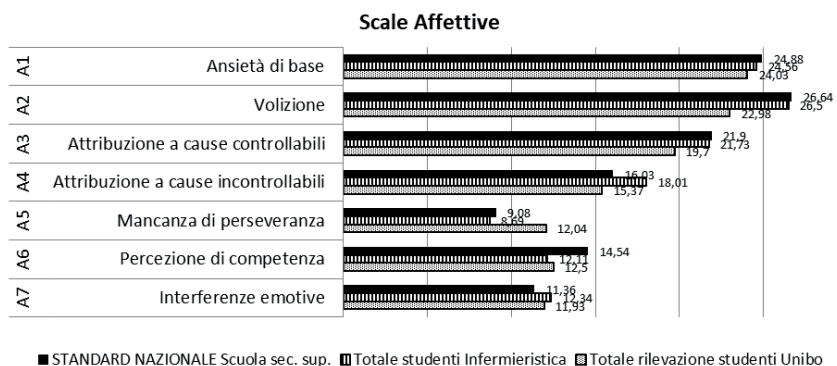
Nelle *Tabelle 3* e *4* vengono presentati i dati completi, integrati con punteggi minimi e massimi e deviazione standard.

Infine, nelle *Tabelle 5* e *6* sono presentati risultati degli studenti di scuola secondaria superiore suddivisi per indirizzo.



Nota: Le scale C3 e C6 risultano capovolte: i punteggi vanno letti come «positivi» se sono bassi, e «negativi» o «preoccupanti» se sono alti.

Figura 3. – Punteggi medi nelle scale cognitive QSA: punteggi studenti Infermieristica, studenti di altri corsi di Laurea e standard nazionale a.s. 1996/1997.



Nota: Le scale A1, A5, A7 risultano capovolte: i punteggi vanno letti come «positivi» se sono bassi, e «negativi» o «preoccupanti» se sono alti.

Figura 4. – Punteggi medi nelle scale affettive QSA: punteggi studenti Infermieristica, studenti di altri corsi di Laurea e standard nazionale a.s. 1996/1997.

Tabella 1. – Misure di tendenza centrale e di dispersione scale cognitive: tabella riassuntiva rilevazioni università (studio Infermieristica a.a. 2013/2014 + studio a.a. 2014/2015), scuole secondarie a.s. 2014/2015, standard nazionale a.s. 1996/1997 (QSA M. Pellery).

SCALE COGNITIVE		C1 Strategie elaborative max teor. 40	C2 Autoregolazione max teor. 44	C3 Disorientamento max teor. 36 (scala capovolta)	C4 Disponibilità alla collaborazione max teor. 28	C5 Uso di organizzatori semantici max teor. 24	C6 Difficoltà di concentrazione max teor. 20 (scala capovolta)	C7 Autointerrogazione max teor. 12
Totale universitari (studio Infermieristica 2013 + studio 2015) N = 281	Media	27,81	32,35	17,16	17,54	17,32	12,63	8,14
	Dev. St.	5,82	4,62	3,59	2,81	4,00	2,20	2,12
	Min - Max	12-40	16-44	10-26	9-26	6-24	6-19	3-12
	Media	24,47	29,55	18,07	18,66	16,23	13,32	7,55
Totale studenti scuole secondarie (a.s. 2014/2015) N = 334	Dev. St.	4,80	4,66	3,85	3,29	3,50	2,52	1,80
	Min - Max	10-38	17-44	9-33	10-26	6-24	5-20	3-12
	Media	24,36	31,69	16,34	19,60	16,73	10,91	7,68
	Dev. St.	4,94	4,66	3,52	4,06	3,61	2,40	2,01
STANDARD NAZIONALE scuola sec. sup. (a.s. 1996/1997)	Min - Max	10-40	11-44	9-36	7-28	6-24	5-20	3-12

Nota: Nella lettura dei dati QSA occorre porre attenzione ad alcune scale che risultano capovolte: C3, C6.

Tabella 2. – Misure di tendenza centrale e di dispersione scale affettive: tabella riassuntiva rilevazioni università (studio Infermieristica a.a. 2013/2014 + studio a.a. 2014/2015), scuole secondarie a.s. 2014/2015, standard nazionale a.s. 1996/1997 (QSA M. Pellery).

SCALE AFFETTIVE		A1 Ansietà di base max teor. 40 (scala capovolta)	A2 Volizione max teor. 36	A3 Attribuzione a cause controllabili max teor. 28	A4 Attribuzione a cause incontrollabili max teor. 32	A5 Mancanza di perseveranza max teor. 20 (scala capovolta)	A6 Percezione di competenza max teor. 20	A7 Interferenze emotive max teor. 16 (scala capovolta)
Totale universitari (studio Infermieristica 2013 + studio 2015) N = 281	Media	24,3	25,55	21,09	17,17	9,75	12,29	12,11
	Dev. St.	5,63	4,65	3,14	3,39	2,65	2,83	2,40
	Min - Max	12-40	14-36	12-28	8-30	5-20	5-20	6-16
	Media	24,55	21,43	19,35	15,21	13,36	12,85	10,91
Totale studenti scuole secondarie (a.s. 2014/2015) N = 334	Dev. St.	5,02	4,28	2,75	3,21	2,30	2,81	1,95
	Min - Max	11-38	8-30	9-27	7-23	7-20	5-20	6-16
	Media	24,88	26,64	21,90	16,03	9,08	14,54	11,36
	Dev. St.	6,05	4,07	3,26	3,56	2,40	2,90	2,28
STANDARD NAZIONALE scuola sec. sup. (a.s. 1996/1997)	Min - Max	10-40	9-36	7-28	8-32	5-20	6-24	4-16

Nota: Nella lettura dei dati QSA occorre porre attenzione ad alcune scale che risultano capovolte: A1, A5, A7.

Tabella 3. – Misure di tendenza centrale e di dispersione: tabella riassuntiva rilevazioni università (studio Infermieristica a.a. 2013/2014 + studio a.a. 2014/2015), scuole secondarie a.s. 2014/2015, standard nazionale a.s. 1996/1997 (QSA M. Pellery). Scale cognitive.

SCALE COGNITIVE		C1 Strategie elaborative max teor. 40	C2 Autoregolazione max teor. 44	C3 Disorientamento max teor. 36 (scala capovolta)	C4 Disponibilità alla collaborazione max teor. 28	C5 Uso di organizzatori semantici max teor. 24	C6 Difficoltà di concentrazione max teor. 20 (scala capovolta)	C7 Autointerrogazione max teor. 12
STANDARD NAZIONALE scuola sec. sup. (MF)	Media	24,36	31,69	16,34	19,60	16,73	10,91	7,68
	Dev. St.	4,94	4,66	3,52	4,06	3,61	2,40	2,01
	Min - Max	10-40	11-44	9-36	7-28	6-24	5-20	3-12
Totale studenti Infermieristica 1° ANNO N = 168	Media	27,87	31,82	17,23	17,29	17,69	12,69	8,21
	Dev. St.	5,72	4,60	3,69	4,53	3,11	2,34	1,98
	Min - Max	14-40	16-43	11-26	12-23	7-24	6-19	3-12
Totale rilevazione studenti Unibo 1° ANNO N = 92	Media	27,14	32,64	17,35	17,85	16,17	12,53	7,97
	Dev. St.	5,83	4,39	3,43	3,78	3,57	1,93	2,26
	Min - Max	12-40	19-44	10-25	9-26	6-24	8-17	3-12

Tabella 4. – Misure di tendenza centrale e di dispersione: tabella riassuntiva rilevazioni università (studio Infermieristica a.a. 2013/2014 + studio a.a. 2014/2015), scuole secondarie a.s. 2014/2015, standard nazionale a.s. 1996/1997 (QSA M. Pellery). Scale affettive.

SCALE AFFETTIVE		A1 Ansietà di base max teor. 40 (scala capovolta)	A2 Volizione max teor. 36	A3 Attribuzione a cause controllabili max teor. 28	A4 Attribuzione a cause incontrollabili max teor. 32	A5 Mancanza di perseveranza max teor. 20 (scala capovolta)	A6 Percezione di competenza max teor. 20	A7 Interferenze emotive max teor. 16 (scala capovolta)
STANDARD NAZIONALE scuola sec. sup. (MF)	Media	24,88	26,64	21,90	16,03	9,08	14,54	11,36
	Dev. St.	6,05	4,07	3,26	3,56	2,40	2,90	2,28
	Min - Max	10-40	9-36	7-28	8-32	5-20	6-24	4-16
Totale studenti Infermieristica 1° ANNO N = 168	Media	24,56	26,50	21,73	18,01	8,69	12,11	12,34
	Dev. St.	5,79	4,39	3,24	3,13	1,99	2,86	2,33
	Min - Max	12-40	16-36	12-28	11-30	5-15	5-19	6-16
Totale rilevazione studenti Unibo 1° ANNO N = 92	Media	24,03	22,98	19,70	15,37	12,04	12,50	11,93
	Dev. St.	5,41	3,91	2,62	3,21	2,40	2,84	2,44
	Min - Max	12-38	14-32	14-26	8-25	7-20	5-20	6-16

Nota: Scale capovolte: C3, C6, A1, A5, A7.

Tabella 5. – Scuole secondarie rilevazione a.s. 2014/2015: misure di tendenza centrale e di dispersione nel QSA nelle scale cognitive.

SCALE COGNITIVE		C1 Strategie elaborative max teor. 40	C2 Autoregolazione max teor. 44	C3 Disorientamento max teor. 36 (scala capovolta)	C4 Disponibilità alla collaborazione max teor. 28	C5 Uso di organizzatori semantici max teor. 24	C6 Difficoltà di concentrazione max teor. 20 (scala capovolta)	C7 Autointerrogazione max teor. 12
Allievi Scientifico Tradizionale 1° ANNO N = 78	Media	26,54	30,83	18,77	18,33	17,01	14,19	8,47
	<i>Dev. St.</i>	2,71	4,11	3,18	3,75	3,11	1,45	1,98
	Min - Max	14-40	26-44	14-26	12-26	8-24	12-16	7-10
Allievi Scientifico Scienze Applicate 1° ANNO N = 54	Media	25,80	32,31	16,70	18,42	19,05	13,66	6,83
	<i>Dev. St.</i>	4,28	2,75	3,12	3,38	1,45	2,08	2,27
	Min - Max	12-32	17-39	10-33	10-24	6-21	7-20	4-12
Allievi Economico Sociale 1° ANNO N = 51	Media	19,45	27,88	18,88	18,17	14,72	13,07	7,09
	<i>Dev. St.</i>	4,27	4,79	3,51	2,49	3,17	2,43	2,05
	Min - Max	10-29	18-40	11-28	13-23	6-21	8-19	3-11
Allievi Linguistico 1° ANNO N = 70	Media	21,87	27,97	17,74	19,11	13,44	12,53	7,18
	<i>Dev. St.</i>	5,80	5,09	4,59	4,00	3,50	3,34	2,27
	Min - Max	10-40	17-39	9-29	11-26	6-20	5-20	3-12
Allievi Scienze Umane Borgomanero 1° ANNO N = 22	Media	25,09	28,54	18,32	18,72	15,77	12,78	7,36
	<i>Dev. St.</i>	3,23	4,20	2,66	2,80	3,71	2,16	1,67
	Min - Max	19-31	21-36	13-24	13-22	7-21	9-17	5-11
Allievi Classico 1° ANNO N = 52	Media	26,21	29,00	18,50	19,84	17,71	13,42	7,69
	<i>Dev. St.</i>	3,14	3,96	3,64	2,71	2,55	2,43	1,80
	Min - Max	20-33	19-38	11-29	15-26	13-23	8-20	4-12
Allievi Scienze Umane Gozzano 1° ANNO N = 59	Media	21,81	28,03	18,37	17,67	15,02	12,97	7,40
	<i>Dev. St.</i>	5,31	5,40	4,58	3,32	3,24	3,25	2,03
	Min - Max	12-32	17-39	10-33	10-24	6-21	7-20	4-12

Tabella 6. – Scuole secondarie rilevazione a.s. 2014/2015: misure di tendenza centrale e di dispersione nel QSA nelle scale affettive.

SCALE AFFETTIVE		A1 Ansietà di base max teor. 40 (scala capovolta)	A2 Volizione max teor. 36	A3 Attribuzione a cause controllabili max teor. 28	A4 Attribuzione a cause incontrollabili max teor. 32	A5 Mancanza di perseveranza max teor. 20 (scala capovolta)	A6 Percezione di competenza max teor. 20	A7 Interferenze emotive max teor. 16 (scala capovolta)
Allievi Scientifico Tradizionale 1° ANNO N = 78	Media	25,67	21,88	19,76	15,77	13,06	13,51	11,49
	<i>Dev. St.</i>	4,72	3,49	4,08	2,99	2,30	2,94	1,30
	Min - Max	18-35	16-30	17-28	12-22	9-18	7-19	9-14
Allievi Scientifico Scienze Applicate 1° ANNO N = 54	Media	24,44	22,77	20,33	14,80	13,37	14,22	9,90
	<i>Dev. St.</i>	1,49	4,98	1,41	2,26	2,05	1,70	1,40
	Min - Max	21-28	11-29	18-23	11-19	11-18	11-18	9-11
Allievi Economico Sociale 1° ANNO N = 51	Media	24,66	19,43	18,00	15,33	12,94	11,50	10,88
	<i>Dev. St.</i>	5,01	4,41	2,83	2,46	1,77	2,72	2,09
	Min - Max	15-36	8-30	13-25	10-22	9-16	7-17	6-15
Allievi Linguistico 1° ANNO N = 70	Media	24,35	20,40	18,93	14,47	12,88	11,85	10,76
	<i>Dev. St.</i>	5,89	5,44	3,56	3,17	2,69	3,34	2,22
	Min - Max	14-38	8-90	9-26	8-23	7-20	5-20	6-16
Allievi Scienze Umane Borgomanero 1° ANNO N = 22	Media	22,00	20,86	19,72	13,54	12,45	13,09	11,18
	<i>Dev. St.</i>	4,20	3,01	3,27	2,84	1,56	2,06	1,62
	Min - Max	13-30	16-26	14-25	9-21	10-15	10-17	8-14
Allievi Classico 1° ANNO N = 52	Media	23,84	21,06	19,44	17,09	14,71	12,54	11,17
	<i>Dev. St.</i>	5,24	3,16	2,74	3,16	2,20	2,25	2,40
	Min - Max	21-28	11-29	18-23	11-19	11-18	11-18	9-11
Allievi Scienze Umane Gozzano 1° ANNO N = 59	Media	24,84	20,35	18,84	14,68	13,49	11,95	10,97
	<i>Dev. St.</i>	6,09	4,10	3,34	3,64	1,88	2,79	2,48
	Min - Max	11-36	12-30	13-27	7-22	9-18	6-17	6-16

Confrontando i punteggi delle scale cognitive fra tutte le scuole secondarie prese in considerazione (*Tabella 5*) si può notare che i licei Scientifico e Classico hanno ottenuto punteggi più alti nelle scale: *strategie elaborative* e *autoregolazione*. Tutte le scuole, a parte il liceo Scientifico delle Scienze Applicate, mostrano medie alte nella scala del *disorientamento*. Tutte le scuole hanno punteggi in media, rispetto allo standard, nella scala relativa alla *disponibilità alla collaborazione*, con medie più alte nel Liceo Classico e di poco inferiori nel Liceo Scienze Umane di Gozzano. Nella scala C5, *uso di organizzatori semantici*, il Liceo Scienze Applicate mostra punteggi medi più alti, seguito da Liceo Classico e Scientifico Tradizionale mentre i valori sono più bassi nel Liceo Linguistico. Tutti gli indirizzi considerati sono, al contrario, allineati nei punteggi delle scale: *difficoltà nella concentrazione* e all'*autointerrogazione*.

La *Tabella 6*, relativa al confronto dei vari indirizzi scolastici nelle scale affettive mostra una marcata superiorità di punteggio nelle prime tre scale (*ansietà di base*, *volizione* e *attribuzione a cause controllabili*) da parte degli studenti del Liceo Scientifico Scienze Applicate. Nella scala A4 (*attribuzione a cause incontrollabili*) e A5 (*mananza di perseveranza*) gli studenti del Liceo Classico hanno ottenuto punteggi superiori, in particolare rispetto agli allievi del Liceo Scienze Umane. Il liceo Scientifico Scienze Applicate ottiene punteggi più alti rispetto agli altri nella scala *percezione di competenza*. In tutte le classi coinvolte si riscontrano medie alte nella scala relativa alle interferenze emotive, in particolare nei Licei Scientifico Tradizionale, Classico e delle Scienze Umane.

I dati nel loro complesso fanno emergere alcune differenze, ma anche molti punti di vicinanza, nonostante le differenze di età. Se, da un lato, il campione degli studenti universitari mostra di possedere più *strategie elaborative* e maggior *autoregolazione* rispetto allo standard e alle scuole secondarie, dall'altro, mette in evidenza un maggiore *disorientamento* e una minor *disponibilità alla collaborazione*. Gli universitari riportano maggiori *difficoltà di concentrazione* rispetto allo standard, ma una buona *capacità di auto interrogazione* e di *uso di organizzatori semantici*. Nell'ambito delle scale affettive gli studenti universitari hanno ottenuto punteggi molto simili allo standard e alle scuole secondarie nell'*ansietà di base* e *attribuzioni a cause controllabili*, mentre punteggi superiori allo standard rispetto all'*attribuzione a cause incontrollabili*, alla *mananza di perseveranza* e alle *interferenze emotive*. Inoltre, gli studenti universitari hanno mostrato punteggi inferiori nella *volizione* solo rispetto allo standard e nella *percezione di competenza* rispetto a standard e scuole secondarie.

Nella lettura complessiva dei dati emerge un quadro in cui gli studenti universitari non si distaccano in modo così netto dallo standard, salvo su alcune singole scale. D'altro canto, il gruppo di studenti quindicenni coinvol-

to nella recente somministrazione mostra, nel complesso, punteggi peggiori rispetto ai coetanei di venti anni fa, seppure con qualche lieve differenza a seconda dell'indirizzo scolastico.

8.2. Post-test

Agli studenti iscritti al corso di Laurea in Infermieristica che hanno partecipato alla rilevazione il QSA è stato somministrato al primo e al terzo anno di studi, in modo da confrontare i livelli di acquisizione delle competenze strategiche per l'apprendimento all'inizio e al termine del percorso formativo.

La seconda somministrazione, come la prima, è stata condotta durante una lezione.

Nella *Figura 5* sono presentati i punteggi medi del post-test, a confronto con il pre-test degli studenti in Infermieristica e con lo standard di studenti di scuola secondaria di secondo grado.

Nel complesso il confronto fra pre- e post-test mostra un miglioramento nei punteggi sulle scale cognitive. In particolare risulta aumentata in modo piuttosto deciso la media nella scala relativa alla *disponibilità alla collaborazione*, che arriva a superare il punteggio dello standard. Un miglioramento è riscontrabile anche rispetto all'*autoregolazione nello studio* e nell'*uso di strategie elaborative*. Risultano punteggi più bassi nella scala del *disorientamento* e in quella della *difficoltà di concentrazione*, con la seconda, in particolare, che non raggiunge ancora lo standard.

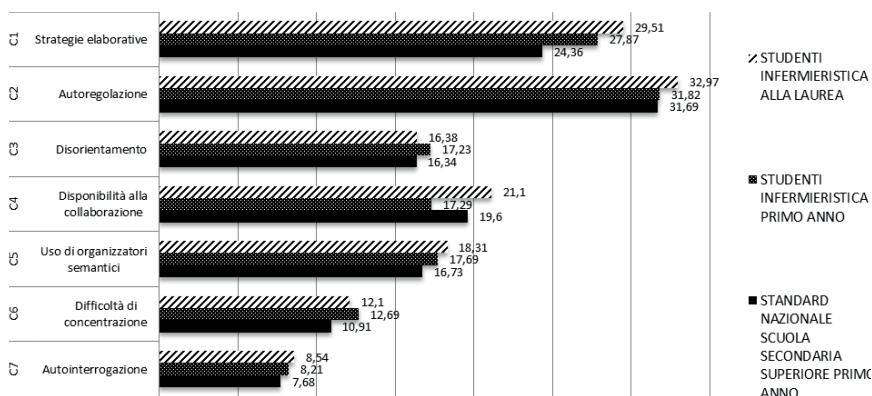


Figura 5. – Punteggi medi nelle scale cognitive QSA: punteggi studenti Infermieristica pre-test, post-test e standard nazionale a.s. 1996/1997.

Gli studenti del corso di Laurea in Infermieristica manifestano un incremento delle competenze connesse all'apprendimento rispetto alle scale cognitive, con punteggi che superano o si avvicinano maggiormente a quelli dello standard, rispetto alle medie del primo anno.

Nella *Figura 6* sono presentati i punteggi nelle scale affettive degli studenti di Infermieristica al primo anno e in prossimità della laurea, a confronto con lo standard degli studenti di scuola secondaria di secondo grado. Anche in questo caso si riscontra, in generale, un miglioramento fra punteggi del pre-test e del post-test, anche se in alcune scale le medie restano inferiori a quelle dello standard. In particolare emerge un forte calo nella scala relativa all'*attribuzione a cause incontrollabili*, segno di miglioramento nelle strategie attributive, cala, tuttavia, anche la media nella scala dell'*attribuzione a cause controllabili*, marcando una certa distanza dallo standard, che non era riscontrabile nel pre-test. Migliorano i punteggi, fra pre- e post-test, nella *percezione di competenza*, pur non raggiungendo ancora la media dello standard. Nella scala relativa all'*ansietà di base* si registra un miglioramento piuttosto marcato fra primo e terzo anno, cala, inoltre, il punteggio sulla scala delle *interferenze emotive*.

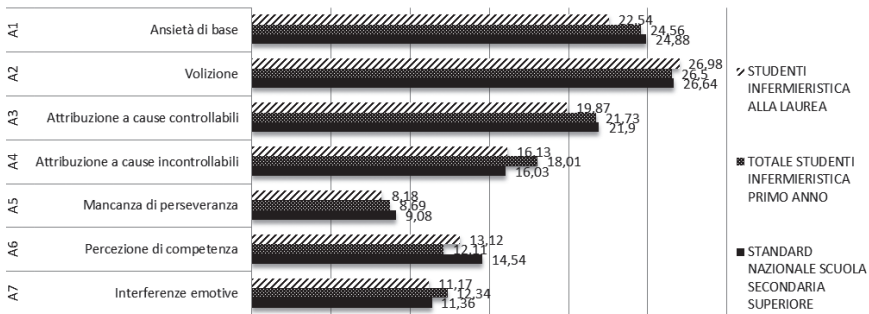


Figura 6. – Punteggi medi nelle scale affettive QSA: punteggi studenti Infermieristica pre-test, post-test e standard nazionale a.s. 1996/1997.

Nel complesso il miglioramento nei punteggi delle scale affettive è meno marcato, ma comunque presente nel confronto fra i punteggi del pre-test e del post-test.

I confronti fra pre-test e post-test mostrano, come si è visto, alcuni miglioramenti, ma spesso non particolarmente marcati né diffusi su tutte le scale. In particolare le scale relative alle componenti affettive delle strategie per l'apprendimento risultano quelle in cui studenti e studentesse del corso di Laurea in Infermieristica mostrano ancora delle fragilità. In sostanza si

possono leggere questi *trend* di lieve miglioramento come indicatori di un progresso nell'acquisizione delle competenze trasversali in un percorso di apprendimento che non si è ancora concluso, ma che, auspichiamo, troverà la sua maturazione in un percorso di Laurea Magistrale o nell'esercizio della pratica professionale e, in generale, nell'abitudine a processi di apprendimento continui.

Questi dati aprono a varie ipotesi interpretative: da un lato le differenze o la mancanza di differenze così marcate come ci si potrebbe aspettare fra campioni di età diverse, potrebbe essere imputabile ai cambiamenti che sono intercorsi negli ultimi 20 anni, nella scuola e nelle agenzie educative più in generale; lo scarto fra i quindicenni odierni e quelli su cui fu validato il QSA confermerebbe questa ipotesi. D'altro canto c'è da interrogarsi su quanto la scuola promuova o abbia promosso, in modo intenzionale o non, le competenze strategiche per l'apprendimento e quanto, conseguentemente, ci si debba aspettare una crescita in tal senso da parte degli studenti. Senz'altro il dibattito sulle competenze trasversali è attualmente molto vivo e da molte direzioni si auspica un investimento in tal senso da parte delle agenzie educative formali e non formali (Delors, 1996; Ananiadou & Claro, 2009; OECD, 2009; EACEA, 2010 e 2012; EU 2012). Probabilmente potremo aspettarci una crescita nelle strategie per l'apprendimento, nei soggetti che intraprendono percorsi scolastici e formativi. Solo quando tali competenze entreranno a pieno titolo nei *curricula*, saranno oggetto di processi intenzionali di insegnamento e apprendimento e non rappresenteranno, come accade ora, saperi imprescindibili, ma il cui raggiungimento viene dato per scontato, come processo implicito, frutto di esperienze educative non meglio identificate.

9. CONCLUSIONI

I risultati che sono stati riportati in questo articolo rappresentano i primi esiti di una ricerca valutativa più ampia, ancora in corso, finalizzata a valutare la qualità del corso di studi in Infermieristica. L'interesse nel presentare questa prima raccolta dati consiste nell'aprire una riflessione sulle strategie cognitive e affettive connesse ai processi di apprendimento nella scuola e nell'università.

I dati degli studenti del primo anno di più corsi di Laurea dell'Università degli Studi di Bologna, confrontati con gli studenti delle prime classi di scuola secondaria superiore (lo standard del 1996 e il campione di studenti del 2015) mettono in evidenza una certa «regressione» delle strategie di ap-

prendimento da un punto di vista cognitivo e affettivo. I dati nel post-test mostrano un quadro di miglioramento e di incremento nell'acquisizione di queste competenze, ma in modo non così marcato né omogeneo, in sostanza gli studenti di Infermieristica che si avvicinano alla Laurea mostrano ancora una serie di fragilità sulle strategie per l'apprendimento e punteggi medi non sempre distanti dallo standard quanto ci si aspetterebbe.

Si tratta di un risultato non generalizzabile all'intera popolazione studentesca universitaria e di scuola secondaria superiore. L'indagine, infatti, è stata condotta su un campione degli universitari non probabilistico e fortemente disomogeneo; ugualmente non probabilistico e alquanto ridotto rispetto allo standard del 1996 è il campione di studenti della scuola secondaria.

Tuttavia, già da questi primi dati, è possibile avviare alcune riflessioni su quanto è emerso dall'analisi dei QSA distribuiti.

Se è vero che le competenze cognitive ed affettive per l'apprendimento sono diminuite nell'arco temporale di 20 anni, sorgono spontanee alcune domande formulate per comprendere e chiarire l'entità di tale fenomeno. E dunque: come le agenzie intenzionalmente educative valorizzano e trasferiscono formalmente le strategie per l'apprendimento agli studenti? In passato i processi cognitivi ed affettivi per l'apprendimento venivano sostenuti e veicolati in modo più marcato e con strumenti diversificati rispetto ad oggi? Come la scuola, l'università e gli altri *setting* formativi supportano concretamente lo sviluppo di tali competenze a fronte anche all'enfasi che si sta dando alla promozione delle *life skills*?

Occorrerebbe, pertanto, avviare una riflessione mirata per comprendere come la didattica, in modo particolare, promuova e potenzi le competenze per l'apprendimento negli studenti sia della scuola secondaria, sia all'università.

Tenuto conto degli obiettivi della ricerca valutativa sul corso di Laurea in Infermieristica (*caratteristica degli studenti, efficacia dell'offerta formativa, efficacia dei percorsi di tirocinio*) e dei dati ottenuti in questa prima fase dell'indagine, la didattica universitaria è oggetto privilegiato di analisi della fase della ricerca attualmente in corso. Nello specifico si stanno indagando gli approcci didattici e metodologici che i docenti mettono in campo nei confronti degli studenti del corso di Laurea in Infermieristica. Tale indagine è stata preceduta da una fase esplorativa qualitativa in cui, attraverso interviste e *focus group*, sono state definite alcune categorie e indicatori poi oggetto di un questionario da somministrare a tutti i docenti del corso di studi. I risultati potranno essere incrociati con i dati relativi agli esiti degli studenti.

Per quanto riguarda la valutazione del tirocinio si prevede la definizione di un percorso di ricerca negoziato insieme a docenti, ai coordinatori, ai *tutor*

clinici e agli studenti. Sarà prevista una fase esplorativo-qualitativa iniziale e la conseguente elaborazione di strumenti più strutturati per acquisire informazioni sugli studenti, sui *tutor* e su tutti gli elementi che sono ritenuti indicatori di qualità del percorso di tirocinio.

I tre livelli di analisi permetteranno di monitorare l'intero percorso del corso di Laurea in Infermieristica del Polo didattico di Bologna nell'ottica del confronto fra dati in ingresso, dati di processo e dati di uscita, tenendo conto delle numerose variabili di contesto legate a un *setting* formativo molto strutturato e altamente complesso.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Ananiadou, K., & Claro, M. (2009). *1st Century skills and competences for new millennium learners in OECD countries*. Paris: OECD Education Working Papers.
- Becchi, E., & Bondioli, A. (1994). La valutazione. Una pratica in via di definizione. In M. Ferrari (a cura di), *La valutazione di contesti prescolari*. Bergamo: Junior.
- Brugnolli, A., Marognolli, O., Palese, E., & Dimonte, V. (2014). Documento di indirizzo per la definizione dei programmi di insegnamento di Infermieristica. *Medicina e Chirurgia*, 62, 2805-2810.
- Delors, J. (1996). *Learning: The treasure within*. Paris: OECD Publishing.
- EACEA & Eurydice (2010). *New skills for new jobs: Policy initiatives in the field of education*. Bruxelles: Eurydice.
- EACEA & Eurydice (2012). *Citizenship education in Europe*. Bruxelles: Eurydice.
- European Commission (2006). *Introduzione a Tuning Educational Structures in Europa. Il contributo delle università al Processo di Bologna*. <http://www.unideusto.org/tuningeu/>
- European Commission (2011). *Reference points for the design and delivery of degree programmes in nursing*. <http://www.unideusto.org/tuningeu/>
- European Commission (2012). *Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions. Rethinking education: Investing in skills for better socio-economic outcomes*. COM 669/3.
- European Department for Education and Skills (2007). *Working group on qualifications frameworks 2005-2007*. <http://www.ehea.info/pid34576-cid102282/working-group-qualifications-frameworks-2005-2007.html>
- Husén, T., & Postlethwaite, T. N. (Eds.). (1994). *International encyclopedia of education* (2nd ed.). New York: Pergamon Press.
- Kellaghan, T., & Stufflebeam, D. L. (Eds.). (2003). *International handbook of educational evaluation*. Dordrecht - Boston - London: Kluwer.

- Pellerey, M., & Orio, F. (1996). *Questionario sulle strategie d'apprendimento (QSA)*. Roma: L.A.S.
- Robertson, S. (2009). *Tuning USA: Reforming higher education in the US, Europe style*. <http://globalhighered.word press.com>
- Scriven, M. (1999). *Evaluation thesaurus*. Newbury Park, CA: Sage.
- Serbati, A., & Zaggia, C. (2012). Allineare le metodologie di insegnamento, apprendimento e valutazione ai learning outcomes. Una proposta per i corsi di studio universitari. *Giornale Italiano della Ricerca Educativa*, 5, 11-26.
- Venturini, G., Pulimeno, A. M. L., Colasant, D., Barberi, S., Sferrazza, S., & De Marinis, M. G. (2012). Validazione linguistico-culturale della versione italiana del questionario sulle competenze infermieristiche del progetto Tuning Educational Structures in Europe. *L'Infermiere*, 3, 15-48.
- Walberg, H. J., & Haertel, G. D. (Eds.). (1990). *International enciclopedia of educational evaluation*. Oxford - New York - Berlin - Frankfurt - São Paulo - Sydney - Tokyo - Toronto: Pergamon Press.
- Watson, R., Stimpson, A., Topping, A., & Porock, D. (2002). Clinical competence assessment in nursing: A systematic review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 39(5), 421-431.
- Wilkinson, J. M. (2003). *Processo infermieristico e pensiero critico* (1ª ed.). Milano: Casa Editrice Ambrosiana.

RIASSUNTO

Il contributo si inserisce all'interno di un percorso di ricerca valutativa sul corso di Laurea in Infermieristica dell'Università di Bologna. Partendo dall'analisi delle competenze trasversali ritenute irrinunciabili per la formazione infermieristica e tenuto conto dei risultati di un'indagine esplorativo-qualitativa volta a definire un quadro coerente e condiviso di tali competenze, il contributo si sofferma sulla rilevazione delle strategie di apprendimento degli studenti in entrata e in uscita dal corso. Tale rilevazione è stata effettuata attraverso la somministrazione del «Questionario sulle Strategie d'Apprendimento» (QSA), messo a punto da Michele Pellerey (1996) su 168 studenti al primo anno del corso e sugli stessi studenti alla fine del terzo anno (160 studenti). In parallelo, il questionario è stato somministrato a circa 100 matricole iscritte ad altri corsi di Laurea dell'ateneo di Bologna e a 390 studenti del primo anno della scuola secondaria superiore. In questo modo è stato possibile confrontare i punteggi del gruppo di riferimento della ricerca, sia con lo standard nazionale di scuola secondaria superiore su cui il QSA è stato validato nel 1996, sia con un campione (seppure non probabilistico) di studenti che si confrontano con le sfide dell'istruzione secondaria superiore e con l'università. I dati hanno fatto emergere la necessità di riflettere sui livelli di padronanza delle strategie di apprendimento della popolazione studentesca negli

ultimi 20 anni, visto che i punteggi nelle scale cognitive e affettive del QSA degli studenti universitari di oggi non si discostano in modo marcato da quelli dei quindicenni su cui il QSA fu validato nel 1996.

Parole chiave: Competenze, Formazione infermieristica, Strategie di apprendimento, Valutazione.

How to cite this Paper: Luppi, E., & Benini, S. (2017). Valutare le strategie di apprendimento negli studenti universitari: primi risultati di una ricerca valutativa condotta all'Università di Bologna [Assessment of university students learning strategies: First results of an educational evaluation research at the University of Bologna]. *Journal of Educational, Cultural and Psychological Studies*, 16, 99-127. doi: <http://dx.doi.org/10.7358/ecps-2017-016-lupp>

