

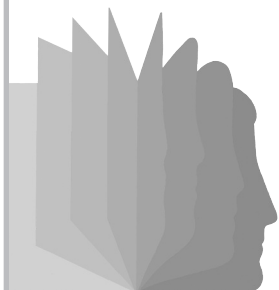
L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

Serie del Centro Studi Riccardo Massa

**diretta da Pierangelo Barone
e Cristina Palmieri**

La serie "Pratiche pedagogiche", nata dalla collana "Clinica della formazione" propone di riflettere sull'esperienza educativa, nei diversi contesti in cui accade: nei servizi educativi, a scuola, nella vita diffusa e nelle istituzioni che, come il carcere e l'ospedale, producono effetti educativi oltre le loro finalità principali. L'accento è posto sulle modalità attraverso cui si può pensare il fare educazione, nell'intento di promuovere opportunità di riflessione e possibilità di sviluppare consapevolezza pedagogica, con un'attenzione particolare agli aspetti metodologici dell'educare, formale e informale. Punti di riferimento importanti, a questo proposito, oltre al paradigma clinico, così come elaborato in pedagogia dalla *Clinica della Formazione*, sono gli approcci pedagogici di tipo fenomenologico, problematicista, sistemico, critico.

I volumi proposti saranno rivolti agli studenti e alle studentesse dei Corsi di Laurea in Scienze dell'Educazione, a educatori ed educatrici che lavorano in servizi educativi, a operatori e operatrici sanitari, a insegnanti, a genitori e a tutti coloro che vogliano interrogarsi sulle pratiche educative che li vedono protagonisti. La collana vuole offrire uno spazio di approfondimento e di confronto, per tornare alle pratiche pedagogiche con sguardi, pensieri e opzioni diversi da quelli abituali.



ISBN: 9788891778123

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

Comitato scientifico

Giuseppe Annacontini, *Università del Salento*

Alain Bainbridge, *Canterbury Christ Church University*

Daniele Bruzzone, *Università Cattolica, Piacenza*

Francesco Cappa, *Università di Milano-Bicocca*

Marco Dallari, *Università di Trento*

Duccio Demetrio, *Università di Milano-Bicocca*

Alessandro Ferrante, *Università di Milano-Bicocca*

Franco Floris, *"Animazione sociale"*

Jan Fook, *Leeds Trinity University*

Laura Formenti, *Università di Milano-Bicocca*

Rosa Gallelli, *Università di Bari*

Paola Marcialis, *Centro Studi Riccardo Massa*

Alessandro Mariani, *Università di Firenze*

Luigina Mortari, *Università di Verona*

Jole Orsenigo, *Università di Milano-Bicocca*

Manuela Palma, *Università di Milano-Bicocca*

Loredana Perla, *Università di Bari*

Giorgio Prada, *Centro Studi Riccardo Massa*

Massimo Recalcati, *Università di Pavia*

Ennio Ripamonti, *Università di Milano-Bicocca*

Andrea Traverso, *Università di Genova*

Mario Vergani, *Università di Milano-Bicocca*

Lucia Zannini, *Università degli Studi di Milano*

Coordinamento scientifico

Anna Rezzara, *Università di Milano-Bicocca*

Ogni volume è sottoposto a referaggio a "doppio cieco". Il Comitato scientifico svolge anche le funzioni di Comitato dei referee.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

DIVENTARE PROFESSIONISTI DELLA SALUTE E DELLA CURA

Buone pratiche e ricerche

a cura di

Lucia Zannini e Marika D'Oria

FrancoAngeli

ISBN: 9788891778123

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

Copyright © 2018 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

Ristampa	Anno
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	2018 2019 2020 2021 2022 2023 2024 2025 2026 2027

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

Sono vietate e sanzionate (se non espressamente autorizzate) la riproduzione in ogni modo e forma (comprese le fotocopie, la scansione, la memorizzazione elettronica) e la comunicazione (ivi inclusi a titolo esemplificativo ma non esaustivo: la distribuzione, l'adattamento, la traduzione e la rielaborazione, anche a mezzo di canali digitali interattivi e con qualsiasi modalità attualmente nota od in futuro sviluppata).

Le fotocopie per uso personale del lettore possono essere effettuate nei limiti del 15% di ciascun volume dietro pagamento alla SIAE del compenso previsto dall'art. 68, commi 4 e 5, della legge 22 aprile 1941 n. 633. Le fotocopie effettuate per finalità di carattere professionale, economico o commerciale o comunque per uso diverso da quello personale, possono essere effettuate a seguito di specifica autorizzazione rilasciata da CLEARedi, Centro Licenze e Autorizzazioni per le Riproduzioni Editoriali (www.clearedi.org; e-mail autorizzazioni@clearedi.org).

Stampa: Global Print s.r.l., Via degli Abeti n. 17/1, 20064 Gorgonzola (MI)

ISBN: 9788891778123

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

Indice

Prefazione , di <i>Patrizia de Mennato</i>	Pag.	9
Introduzione , di <i>Lucia Zannini e Marika D'Oria</i>	»	13
Parte prima Formare e riflettere		
Cura di sé e cura dell'altro nella relazione educativa d'aiuto come lavoro sull'interiorità , di <i>Marisa Musajo</i>	»	29
Apprendere la relazione nella cura , di <i>Lorenza Franceschini, Riccarda Camellini, Elena Casadei-Turroni, Rita Fantuzzi, Valentina Giorgi, Cinzia Gradellini e Daniela Mecugni</i>	»	41
L'accompagnamento degli studenti fragili: l'esperienza del Corso di Studio in Infermieristica dell'Università degli Studi di Brescia , di <i>Daniela Guarneri, Maurizio Rota e Paolo Carlo Motta</i>	»	50
I "Laboratori delle relazioni di cura" e la prospettiva del problematicismo pedagogico nella <i>nursing education</i> , di <i>Stefano Benini</i>	»	60

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

Salute: dalla complessità all'originaria unità corpo-mente. Ipotesi e sperimentazione di una buona pratica , di <i>Rita Casadei</i>	»	72
La riflessione che "cura": narrazione di un'esperienza formativa , di <i>Laura Selmo</i>	»	84
Formare alla cura del fine-vita: il collage come strategia riflessiva per i partecipanti di un Master in Cure Palliative , di <i>M. Benedetta Gambacorti-Passerini, Anne Destrebecq, Stefano Terzoni e Lucia Zannini</i>	»	95
La medicina grafica nella formazione dei professionisti della cura e nell'educazione terapeutica dei pazienti , di <i>Micaela Castiglioni e Carola Girotti</i>	»	105
Generare riflessività nella medicina generale. Metafore linguistiche fra formazione e pratica clinica , di <i>Marika D'Oria</i>	»	115
Una sperimentazione formativa e riflessiva: il percorso nazionale per dirigenti associativi di "Diabete Italia" , di <i>Maria Paola Mostarda, Salvatore Caputo, Rossella Iannarelli, Antonietta Maria Scarpitta e Umberto Valentini</i>	»	126
I-learning e Digital Storytelling: sperimentazione di nuovi modelli formativi nell'educazione continua del personale infermieristico , di <i>Antonella Cinzia Punziano e Simona Rumiano</i>	»	135
Riformulare le sfide professionali attraverso l'Action Learning Conversation nelle organizzazioni sanitarie , di <i>Maura Striano</i>	»	145

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

Parte seconda Ricercare e riflettere

“<i>Bambini invisibili</i>” : un progetto di ricerca-formazione nei servizi per l'infanzia, di <i>Moira Sannipoli</i>	» 175
Transizioni riflessive: i pazienti nello sguardo dei tirocinanti , di <i>Diego Di Masi e Alessio Surian</i>	» 185
Pronti per la professione? La percezione di professionisti sanitari neoassunti e il ruolo del mentore nell'accompagnamento , di <i>Antonella Lotti e Eleonora Di Giacomo</i>	» 195
Social Network come luogo di <i>nursing</i> online post-degenza: il ruolo dell'infermiere/tutor , di <i>Stefano Bonometti e Danila Maculotti</i>	» 207
La <i>Group Care</i> come cura educativa e clinica. La persona con diabete tipo 1, il vissuto e il processo di adattamento alla malattia , di <i>Marina Trento, Stefano Merlo, Olga Durando, Serena Rapetti, Franco Cavallo e Massimo Porta</i>	» 217
Soddisfare i bisogni culturali dei pazienti migranti e le loro famiglie nelle cure palliative: le percezioni dei professionisti sanitari , di <i>Carmen Diana Pantaru, Lorenza Garrino e Valerio Dimonte</i>	» 226
Conclusione , di <i>Marika D'Oria</i>	» 241
Gli Autori	» 243

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

ISBN: 9788891778123

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

Prefazione

di *Patrizia de Mennato*

Viandante, non c'è un cammino.

Il cammino si fa con l'andare.

Antonio Machado

Piccola storia di un gruppo di ricerca

Questa è la *piccola storia di un gruppo di ricerca* che ha riunito – a partire dagli anni '90 – quei pedagogisti che concentravano la loro attività di ricerca nei contesti della formazione medica e sanitaria. In contesti, quindi, non considerati in prima istanza educativi, ma nei quali è presente – anche se spesso rimossa o implicita – una forte “domanda pedagogica”. Il processo di costruzione del gruppo di ricerca SIPED.CARE è il risultato della “messa in comune” di approcci e di punti di vista che ci hanno consentito – pur nell'autonomia dei singoli ricercatori – di comunicare e di imparare reciprocamente. Gli incontri, devo dire, sono stati inizialmente determinati da affinità personali e dal fatto che pochi erano i pedagogisti che avevano concentrato, in maniera sistematica, la loro ricerca sulla *pedagogia delle professioni della salute della cura*.

A partire dal suo nucleo più ristretto, il gruppo di ricerca – con il contributo già consolidato di Silvia Kanizsa – si è concentrato sulla formazione di professionisti ai quali dovesse competere l'azione di cura. Professionisti responsabili non soltanto verso l'altro, ma responsabili verso se stessi, verso il proprio “sapere” e verso la propria formazione. Responsabili di incorporare nella loro esperienza di vita professionale l'impegno della competenza cognitiva, delle relazioni e di una deontologia. Per questa ragione, il gruppo delinea nella pratica riflessiva, condotta sui vissuti e nei “saperi personali”, il modo di consolidare una sempre più rigorosa competenza di intervento. Questa comune riflessione pedagogica ha, così, prodotto una frattura epistemologica ormai irrinunciabile: di riconoscere la natura educativa di ogni forma di azione di cura e di imparare a vedere di fronte a sé una “persona viva e concreta” – non riducibile ai propri organi, alla propria patologia, alle terapie prescelte – che è osservata da un professionista che agisce, anch'esso, come “persona viva e concreta”.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

Queste nuove condizioni interpretative hanno disegnato una *epistemologia* degli operatori a partire da un “salto” concettuale che ha affermato la natura *biografica della professione*. Abbiamo voluto concentrarci sulla ricorsività della pratica riflessiva, come d'altronde è proprio dell'esistere, ricercando nuove forme di analisi scientifica che potessero legittimare la dimensione singolare del “sapere personale” della professione – o meglio dei professionisti. Accettando il valore epistemico di un discorso “in prima persona”, riconosciamo che le trasformazioni del nostro atteggiamento mentale nei confronti della professione avvengono non solo grazie all'accrescimento delle conoscenze e delle abilità specifiche richieste, ma grazie alla riflessione sull'agire professionale quotidiano. La formazione è, allora, concentrata nell'impegno a un apprendimento che nasce dalla pratica esperata e acquista consapevolezza nella riflessione su di essa.

Il gruppo SIPED.CARE ha sempre più maturato una “epistemologia della pratica riflessiva” e ha costruito propri specifici strumenti di esercizio. Abbiamo ritenuto che una reale competenza agisca assumendo la capacità di “contestualizzare” le cose che sappiamo, le azioni intraprese, i risultati conseguiti, i progetti e i fallimenti, facendoli diventare propri oggetti di riflessione. Altissima, infatti, diventa l'attenzione all'esperienza e al “repertorio personale di pratiche esperte” maturate nel tempo. Un patrimonio di azioni professionali che riverberi all'interno del contesto di lavoro e che delinea vere e proprie “comunità di buone pratiche”. Contesti complessi e mutevoli che l'esperienza “vitale” deve decrittare secondo un pensiero consapevolmente riflessivo.

È caratteristica dei saperi complessi, infatti, la presenza di domini di conoscenza e campi esecutivi diversificati, contemporanei e non unificabili. A volte in contrasto tra loro e inconciliabili. E non possiamo non pensare che l'aver ridato valore al proprio “sguardo”, inteso come il complesso di un proprio universo di discorso, di un proprio ordine, possa dare un senso alle scelte che compiamo ed al conseguente sistema delle “mosse”. Le dimensioni implicite di sé e del contesto costituiscono sempre elementi determinanti nel prefigurare il *fare lavorativo concreto*. Tale “paesaggio”, sotto traccia, impatta con una moltitudine di variabili di sistema (socio-culturali, organizzative, relazionali, emozionali, cognitive) che sono esplicitamente e tacitamente iscritte nel contesto stesso. Rispetto a tale dialettica, la formazione cerca di offrire modelli interpretativi e previsionali adeguati, orientamenti all'azione efficaci a fronteggiare la complessità e la variabilità dei contesti lavorativi. L'evidenza è che ogni neofita, frequentemente, avverte il senso di incongruenza tra le conoscenze codificate e la mutevole *concretezza della situazione*, lasciandolo spesso disorientato e portandolo ad azio-

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

ni meccanicamente professionalizzate, improvvisate, intuitive e spesso inadeguate alla complessità della situazione.

La *piccola storia del gruppo di ricerca* SIPED.CARE ha evidenziato che la formazione della quale parliamo debba concentrarsi sulla necessità di riconfigurare se stessi e i propri saperi in forma di consapevolezza riflessiva e di capacità critica. Per dare senso a questa linea, abbiamo bisogno di costruire una “sensibilità osservativa” che ci faccia riconoscere variazioni anche impercettibili dei propri ragionamenti e dei propri vissuti, delle posizioni all'interno di una relazione, rendendo capaci i protagonisti di contestualizzare l'agire di cura e di comprenderne il valore costruttivo del pensiero sulla realtà. Ciò può avvenire nella circolarità ricorsiva di due processi mentali riflessivi: il primo dalla capacità critica *inquieta* nei confronti di ciò che si osserva, il secondo, invece, dal riconoscere quanto anche gli aspetti impliciti del proprio pensiero intervengano concretamente nel proprio agire.

La stessa formazione al *medical professionalism*, oggi, riporta in luce «una competenza globale, che renda capaci di operare scelte professionalmente competenti quando sono in gioco elementi dilemmatici o di complessità» (Consorti, Potasso e Toscano, 2011), riconoscendo la legittimità della profonda inquietudine che la responsabilità del proprio compito attiva. Richiede, dunque, di concentrarsi in un processo operativo ricorsivo “reticolare”, dove la competenza riflessiva sulle proprie azioni va molto al di là dell'*expertise* necessaria per svolgere un ruolo. Costituisce, cioè, un “compito” – come dice Morin – assumendo, cioè, la categoria dell’“impegno”. La “domanda pedagogica” posta alla formazione richiede che vengano attivate esperienze che sappiano educare i professionisti della salute al pensiero riflessivo (*self assessment, regulation and reflection*), che li accompagnino a comprendere il valore costruttivo del proprio pensiero sulla realtà (dimensione riflessiva) e a riconoscere le matrici e le variazioni anche impercettibili dei propri ragionamenti (dimensione metacognitiva).

Ciò non avviene nel vuoto di sentimenti ed emozioni che, con il loro potentissimo valore cognitivo, chiedono di elaborare i vissuti emozionali inevitabilmente connessi alla posizione dei protagonisti all'interno del rapporto di cura (dimensione relazionale).

Questi processi costruiscono una personalissima “teoria della pratica” purtroppo molte volte implicita e “incosciente” nel senso letterale del termine, tanto da essere noncurante delle possibili conseguenze del proprio atteggiamento e irresponsabile. Una personalissima “teoria della pratica”, dicevo, che sappia rendere capaci i professionisti di contestualizzare il pro-

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

prio agire di cura (dimensione pragmatica) e di negoziarlo intersoggettivamente.

L'obiettivo, dunque, è quello di formare futuri professionisti della salute e della cura capaci di riflessività «[...] poiché i problemi medici non sono solo questioni di scienza e di tecnica, ma anche di saggezza, riguardo alla capacità di formulare giudizi e di dare indirizzi, spesso in condizioni non facili, nonché di prendere e proporre decisioni, spesso in condizioni difficili» (Cosmacini, 2009, p. 78), e quindi capaci di assumere una responsabilità etica in ambiti “reali” di ricerca ed in *contesti lavorativi concreti*. In queste direzioni e in molte altre, nel corso del tempo e con l'inserimento di tanti giovani ricercatori, il gruppo SIPED.CARE ha inanellato un notevole numero di ricerche e di esperienze di formazione che, pur nella loro forte diversificazione, hanno condiviso questa matrice riflessiva. E la raccolta riportata in questo volume ne è testimonianza.

Bibliografia

- Consorti F., Potasso L. e Toscano E. (2011), “Formazione della professionalità: una sfida antica e nuova per i CLM in Medicina”, *Medicina e Chirurgia*, 52: 2307-11.
- Cosmacini G. (2009), *Prima lezione di medicina*, Laterza, Roma-Bari.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

Introduzione

di *Lucia Zannini e Marika D'Oria**

Pratiche pedagogiche

Questo volume collettaneo, i cui presupposti per così dire “storici” ed epistemologici verranno meglio illustrati nel paragrafo successivo, viene proposto all'interno della collana “Pratiche pedagogiche”, che si propone di riflettere sull'esperienza educativa che accade anche in contesti non principalmente a essa deputati, come per esempio il carcere e l'ospedale. La finalità della collana è quella di pubblicare studi ed esperienze allo scopo di sviluppare una consapevolezza pedagogica nei formatori, con un'attenzione particolare agli aspetti metodologici dell'educare, sia quando si tratta di attività formali e strutturate sia quando ci si riferisce a processi più informali, come per esempio i tirocini e le esperienze di formazione sul campo.

I saggi contenuti in questo volume si riferiscono tutti a esperienze educative o di ricerca sviluppate in contesti di prevenzione e cura e riguardano in gran parte pratiche formative, qui riportate con lo scopo di farle conoscere ad altri, ma anche, crediamo, con la finalità d'interrogarsi su di esse. I vari capitoli, infatti, sono il risultato di una rielaborazione della presentazione e condivisione della propria esperienza educativa/formativa e di ricerca, condotta non solo da pedagogisti, ma anche da operatori sanitari, che nel 2017 hanno partecipato alla prima giornata di studio del gruppo di lavoro “Pedagogia delle professioni della salute e della cura”, interno alla Società Italiana di Pedagogia (SIPED), più sinteticamente denominato “SIPED.CARE”. Lo scopo della giornata di studio era appunto quello di condividere le proprie esperienze/ricerche e interrogarsi su di esse, sviluppando consapevolezza pedagogica.

* Questa Introduzione è il frutto di un lavoro collaborativo e di scambio continuo tra le due autrici. Ai soli fini concorsuali, si specifica che il primo e il terzo paragrafo sono stati scritti da Lucia Zannini, mentre il secondo da Marika D'Oria.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

Interrogarsi sulle pratiche pedagogiche vuol dire, innanzitutto, interrogarsi sui modi concreti, sugli strumenti, sui metodi del fare formazione nei contesti (sanitari). L'interesse per il metodo deriva da una cultura pedagogica nella quale il *dispositivo educativo in atto* (Massa, 1986; Rezzara, 2010), che comprende l'aspetto metodologico della formazione, pur non esaurendosi in esso, è centrale per progettare, realizzare e anche valutare la formazione. L'analisi del dispositivo educativo in atto è cruciale per comprendere gli effetti che esso produce e per riflettere criticamente su determinate pratiche pedagogiche, sui presupposti che le guidano, i saperi taciti che le accompagnano, le emozioni che suscitano, i cambiamenti che producono (Mariani, 1997).

La "Clinica della Formazione" (Massa, 1992), la collana madre di cui "Pratiche pedagogiche" rappresenta una gemmazione, è un approccio alla formazione, alla ricerca e alla supervisione nel quale la dimensione della riflessività è cruciale. Tale riflessione si concentra sul «mondo della formazione», intesa come «insieme organizzato di azioni formative» (*ivi*, p. 17) cercando di evidenziarne «i significati più nascosti e intricati» (*ivi*, p. 19). Clinica della formazione, dunque, come un'attività interpretativa, caratterizzata cioè da un atteggiamento di tipo ermeneutico, che analizza i processi formativi nella loro costruzione, nella loro quotidianità, nella loro materialità.

Certamente le esperienze formative qui riportate non vengono in genere analizzate e rielaborate dagli autori con l'approccio decostruzionista che caratterizza lo sguardo della Clinica della formazione (Massa, 2000), anche quando questo sguardo si rivolge agli "oggetti" tipici della formazione nei contesti sanitari (la salute, la malattia, la cura, la riabilitazione ecc.) (Foucault, 1969; Zannini, 2003); riteniamo tuttavia che questi scritti siano un punto di partenza importante per condividere esperienze e cominciare a ragionare sui saperi che le hanno guidate, attraverso i fondamentali strumenti – tra loro interconnessi – della riflessione e della narrazione, strumenti che caratterizzano intrinsecamente l'approccio di Clinica della formazione.

Il gruppo di lavoro SIPED.CARE

L'idea che la riflessione sull'esperienza sia intrecciata col miglioramento delle pratiche formative e di cura si introduce timidamente nel dibattito internazionale sulla *healthcare professionals' education* già a partire dalla seconda metà degli anni Ottanta. Tale intreccio è volto alla definizione di teorie e pratiche soddisfacenti per coloro che si occupano di cura e segna immancabilmente quello stretto rapporto che intercorre fra pensiero e azio-

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

ne. Di questo intreccio, e di molti altri, si è occupato il gruppo di lavoro SIPED.CARE che, attraverso la direzione scientifica di Patrizia de Mennato, Vasco d'Agnese e Lucia Zannini, ha visto la crescita e la ri-definizione di progetti di formazione, ricerche e pratiche inerenti le professioni di cura e che racchiude in questo testo alcuni dei suoi frutti.

Nel gennaio del 2017, presso l'Università degli Studi di Milano-Bicocca, si è tenuta la prima giornata di studi promossa da questo gruppo di lavoro. Il tema della giornata di studi verteva sul "Diventare professionisti della salute e della cura", con il duplice obiettivo di promuovere il valore educativo dell'esperienza e della riflessione su di essa, all'interno della formazione nelle professioni di cura, e, in secondo luogo, di dare un giusto riconoscimento alle modalità di accompagnamento di discenti e operatori sanitari nei momenti di passaggio *alla e nella* professione (es. tirocinio, inserimento nel mondo del lavoro). Per sviluppare questo tema, nella giornata di studi sono stati considerati principalmente due processi strettamente interconnessi (*riflessività e narratività*) che abbiamo voluto discutere, in una prospettiva pedagogica, attraverso l'esposizione e l'analisi di esperienze formative e di ricerca.

Promuovere riflessività nei contesti di cura significa innanzitutto acquisire una certa "sensibilità osservativa", per consentire al professionista di riconoscere le origini e le variazioni dei propri ragionamenti, delle proprie azioni e dei propri vissuti immanenti in ogni relazione di cura (de Mennato e Pennacchini, 2015). L'acquisizione di tale sensibilità può condurre a diversi esiti, che vanno dal riconoscimento di esperienze critiche, alla ristrutturazione di significato nelle pratiche fino all'analisi delle loro ricadute trasformative (Mann, Gordon e MacLeod, 2009; de Mennato et al., 2012; Zannini, 2013).

La riflessività viene ormai considerata indispensabile nei contesti sanitari, perché diventare professionisti della cura è un percorso complesso che richiede una formazione costante, lo sviluppo di un'*expertise* tecnica e la capacità di interrogare criticamente teorie e pratiche, riflettendo sia *sulle* azioni, per comprenderne i significati, sia *durante* le azioni per regolare l'agire in corso (Schön, 1983). Come è noto, la pratica medica e, in generale, delle professioni sanitarie si fonda su un'epistemologia positivista, per la quale le attività preventive, diagnostiche, terapeutiche e riabilitative, si devono basare su solide evidenze scientifiche (Sackett, Rosenberg, Gray, Haynes e Richardson, 1996). Ciò ha portato a rendere le azioni dei professionisti sanitari il più possibile protocollabili e standardizzabili. Tale epistemologia, tuttavia, riporta dei limiti strutturali nel momento in cui deve affrontare la complessità insita nel mondo delle cure, come riconosciuto dagli stessi fautori dell'*evidence-based medicine* (*ibidem*). Sebbene la lette-

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

ratura di settore non sia riuscita a dimostrare la presenza di un collegamento “evidente” fra riflessività e un effettivo miglioramento delle pratiche (Mann, Gordon e MacLeod, 2009), le ricerche infermieristiche tuttavia insistono molto su questo collegamento, poiché rende i professionisti più analitici e consapevoli delle proprie attività, aiutandoli anche a individuare i possibili bisogni formativi che sono loro necessari per poter svolgere al meglio il proprio lavoro (Timmins, 2006).

L'importanza della riflessività è stata indicata da anni nell'ambito dell'educazione degli adulti, ove si sostiene che la connessione silenziosa fra riflessività e miglioramento delle pratiche non segua percorsi lineari né standardizzati bensì complessi e imprevedibili (Fabbri, Striano e Melacarne, 2008), dubitando della pretesa di un modello formativo che possa dirsi basato sulle evidenze.

In questo contesto la riflessione viene a configurarsi come costante “emergenza” nel corso dell'agire educativo e formativo, al quale conferisce senso e significato attraverso molteplici declinazioni. Essa si configura, infatti, come uno dei segmenti di un processo circolare in cui il professionista riesce a “guardare all'indietro” attivando processi di ricostruzione delle strategie apprenditive e cognitive esercitate nelle esperienze e nelle pratiche agite [...], mettendo a fuoco le intenzionalità, le motivazioni nonché i condizionamenti culturali e socio-politici sottesi al loro agire [...], ricostruendo dinamiche affettivo-relazionali implicate nelle situazioni e negli eventi vissuti (Striano, 2006, p. 37).

Dunque, esercitare la riflessività potrebbe aiutare i professionisti sanitari a riconoscere, esplicitare, valutare e legittimare i bisogni delle singole persone coinvolte nell'attività professionale (pazienti, bambini, persone con “fragilità esistenziali” ecc.); ancora, l'esercizio riflessivo implica imparare a percepire quali identità e quali ruoli si giocano nella relazione di cura dove, talvolta, le aspettative individuali e quelle istituzionali non sempre coincidono; si rivela cruciale, poi, per accompagnare coloro che sono affidati al professionista della cura o al ricercatore nei momenti di difficoltà e transizione. Ma come generare riflessività?

Principalmente, sono i metodi pensati e utilizzati all'interno dei contesti formativi che consentono ai partecipanti di esercitare una riflessività critica, “inquietata”, come dice de Mennato, nei confronti delle esperienze che si presentano loro, come quelle in forma laboratoriale, sul campo o altre proposte integrate nei percorsi curricolari (de Mennato et al., 2012). L'inquietudine, l'incertezza, il dubbio, si rivelano poi indispensabili per generare un “apprendimento trasformativo” (Mezirow, 2003) che destruttura le conoscenze pregresse, muova i discenti verso territori inaspettati e ristrutturati profondamente le credenze personali. Nello stesso tempo, la spe-

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

rimentazione di strumenti diversi (es. la scrittura riflessiva come metodo a sé stante o abbinata alla "lettura" di testi diversi: letterari, filmici, pittorici, ecc.) può essere finalizzata a implementare la riflessività dei discenti, per reinterrogare ciò che è noto e per generare soluzioni innovative. La riflessività è inoltre fortemente auspicata anche nell'attività di ricerca, in particolare con quella condotta con metodi qualitativi. Molti metodi, come ad esempio la *Grounded Theory* (Glaser e Strauss, 1967), prevedono formalmente la scrittura di *memo* durante tutto il processo di ricerca, al fine di garantire una costante riflessività su quanto sta accadendo (Mortari e Zannini, 2017).

Il secondo processo è legato alla *narratività*, intesa come modo di organizzare i discorsi umani, nelle sue più diverse declinazioni (Bruner, 1992). Il processo della narrazione, strettamente connesso con la riflessività, consente di ragionare sulle implicazioni di determinate pratiche e attività di ricerca. Infatti, la narrazione ha una potente funzione cognitiva ed epistemica che permette di innescare:

[...] elaborazione, interpretazione, comprensione, rievocazione di esperienze, accadimenti, fatti; in questo modo essi assumono una particolare *forma* che rende possibile: raccontarli ad altri; spiegarli alla luce delle circostanze, delle intenzioni, delle aspettative di chi ne è protagonista, conferire loro senso e significato culturali, inscrivendoli all'interno di copioni, routine repertori socio-culturalmente codificati (Striano, 2006, p. 45).

Com'è noto, poi, la narrazione non si avvale solo di linguaggi verbali, ma anche iconici e, addirittura, corporei. Per esempio, accorgersi che il corpo non è semplicemente una struttura vivente con funzioni biologiche ma anche un'entità narrante, capace cioè di raccontarsi mediante gesti, sguardi, odori e suoni, può cambiare radicalmente il modo di osservare e ascoltare qualcuno nei contesti di cura (Gamelli, 2002).

Ma la narrazione consente, anche e soprattutto in un contesto di gruppo, l'ampliamento di prospettive, l'individuazione del significato dell'esperienza, la conoscenza di sé e l'introspezione (Mortari, 2009). In questo modo, si aprono nuove strade per studiare i significati presenti nei contesti di cura, si creano i presupposti per interrogare quei saperi taciti che, da tempo, aspettano di essere raccontati: la *narratività* diventa dunque un luogo transizionale (Demetrio, 2008) dove riattivare discorsi, codici emotivi e far uscire dall'impasse professionale e personale; tutto ciò, come si è detto, esprimendosi mediante linguaggi, forme diverse. Basti pensare, ad esempio, all'uso di espedienti estetici (es. metafore, collage, fumetti) per recuperare saperi che difficilmente potrebbero essere acquisiti mediante i metodi tradizionali, così come alle risorse digitali (es. *digital storytelling*, social network) strutturate per avviare nuove modalità di relazione e dialogo.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

Naturalmente, la narratività è cruciale anche nella ricerca qualitativa e si manifesta nelle forme conversazionali più classiche come le interviste, volte a dar voce a pensieri, concetti, idee. Vi sono poi strumenti come il focus group, utili per cogliere le premesse che tengono in vita i team di lavoro, così come si possono strutturare strategie comunicative più complesse, come l'*Action Learning Conversation* (O'Neil e Marsick, 2009), che stimolano la creazione di prospettive intersoggettive, partendo da vissuti individuali non ancora compresi che hanno occasione di essere riformulati con l'aiuto del gruppo. Ciascuna strategia scelta può avvalorare il potenziale della narratività, servendosi di linguaggi differenti, tenendo presente l'armonica relazione tra la *forma* e il *contenuto* di questo processo: ciò implica che la modalità espressiva di ogni narrazione sarà tanto rilevante quanto il contenuto della narrazione stessa (Bruner, 1992).

Talvolta, la riflessività può essere confusa con un modello di "ragionamento" positivista, basato su distinzioni dicotomiche (per esempio, teoria e pratica appartengono a due sfere separate): ciò limita il fare e l'agire clinico, perché li priva di quella ricchezza che ogni situazione professionale offre (de Mennato e Pennacchini, 2015). Analogamente, l'interesse per la narratività può assumere posizioni ambivalenti nel mondo della cura: si pensi alla medicina narrativa, per la quale il dibattito scientifico si divide fra coloro che ne riconoscono l'importanza per la relazione terapeutica, il benessere dei pazienti e la formazione sanitaria (Charon e Wyer, 2008) e altre posizioni che, invece, ne sottolineano limiti e criticità (Woods, 2011) dal momento in cui tali pratiche rivelano molto sul sé, sollevando questioni etiche di non poco rilievo.

La prospettiva pedagogica scelta in questo saggio ridiscute, dunque, il valore della formazione dei professionisti della salute e della cura, costruendo una professionalità riflessiva che agisce, *in primis*, come costruzione di una sensibilità osservativa capace di riconoscere anche i più impercettibili processi di pensiero, i vissuti, le narrazioni e le posizioni dei protagonisti in una relazione di cura. Il lavoro sulla riflessività e sulla narratività si traduce concretamente nell'imparare a vedere le connessioni che si stabiliscono fra saperi taciti ed espliciti nelle teorie e nelle pratiche professionali (Fabbri, Striano e Melacarne, 2008). Per queste ragioni, il gruppo di ricerca SIPED.CARE ha voluto riconoscersi in una pedagogia capace di agire come responsabilità narrativa e riflessiva dei soggetti a cui compete l'azione di cura (Zannini, 2015).

Durante la giornata di studi, il confronto con prospettive diverse ha permesso di rileggere criticamente gli stili, le metodologie e le strategie di intervento attuate in diversi contesti del territorio nazionale, favorendo la crescita. Citando Mortari (2009), quando manca il confronto dialogico con

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

l'altro, si finisce per consumare le energie in un cammino illusorio, dove non vi è spostamento alcuno e, dunque, non vi è crescita. La “domanda pedagogica” posta ai partecipanti della giornata di studi è stata quella di riportare esperienze che educino i professionisti al pensiero riflessivo e che li accompagnino a comprendere il valore costruttivo della narritività che veicola emozioni, ragionamenti, relazioni e saperi. L'esigenza di studiare queste tematiche è stata supportata dal generare intenzionalmente nuovi pensieri e progetti, oltre ad aver cura di quella «vita della mente» (*ivi*, p.63) collettiva, che elabora processi di significato per costituire e implementare pratiche formative che possano migliorare e rispondere sempre più adeguatamente alle esigenze degli utenti e dei pazienti.

Un accompagnamento alla lettura del testo

Come si è già detto, il volume raccoglie soprattutto contributi inerenti la descrizione di pratiche formative e degli effetti da esse prodotti. Esso è diviso in due parti: “Formare e riflettere” e “Ricerca e riflettere”. Ciò infatti che taglia trasversalmente tutti i contributi è l'adesione, più o meno esplicita e più o meno completa, al quadro epistemologico trattato nel paragrafo precedente, che riconosce e valorizza la “svolta riflessiva” nella pratica educativa e nella ricerca che ha caratterizzato il dibattito pedagogico dell'ultimo trentennio. Questa svolta è molto presente anche nei contesti formativi sanitari, come si evince dalla letteratura internazionale sulla *healthcare professionals' education*.

La prima parte, “Formare e riflettere”, si apre con il saggio di Musaio, che sottolinea con forza, parlando di professionisti della cura, l'importanza di una particolare tipologia di riflessione: quella su se stessi. L'auto-riflessione, infatti, aiuta il professionista della relazione di aiuto a «coltivare il proprio “centro interiore”, come l'ambito che custodisce non solo la propria storia, le proprie aspirazioni e motivazioni, ma anche la mappa della propria esistenza, che aiuta ad assegnare significato alle cose e ai fatti» (*infra*, p. 34). Questa esplorazione di sé è, al tempo stesso, presupposto della riflessione sull'esperienza e condizione di quest'ultima, anche e soprattutto nei contesti sanitari, perché non è possibile aver cura dell'altro senza aver cura di sé, attività che ha luogo, come è noto fin dai tempi dell'antichità, attraverso l'introspezione e il γνῶθι σεαυτόν (conosci te stesso) (Palmieri, 2000).

Questa sezione del testo prosegue con la descrizione di una serie di pratiche formative, inerenti molto spesso le professioni infermieristiche – per

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

definizione, le professioni del *caring* –, presentate nell'ordine che va dalla formazione di base a quella permanente.

Il contributo di Franceschini e colleghi descrive un percorso laboratoriale articolato sui tre anni del CdL in Infermieristica, finalizzato a implementare le competenze relazionali dello studente. In questo percorso, si alternano attività esercitative di vario genere (impennate sulla corporeità, il role playing ecc.) con momenti di riflessione. La finalità è infatti quella di costruire «un agire sapiente, consapevole e capace di riflettere sulle azioni di cura, riconoscendone le matrici intellettuali, scientifiche e operative, ma anche l'impegno a riflettere su se stesso, sulle proprie emozioni e su come esse influiscono sia sulla percezione di sé» (*infra*, p. 37).

Nel capitolo successivo, Guarneri e colleghi riportano invece un intervento formativo rivolto a un target specifico del CdL in Infermieristica, quello degli studenti “fragili”, intesi, in questo contesto, come quei soggetti che, nel corso di studi, presentano difficoltà nelle aree della conoscenza, della pratica in genere, della sicurezza e delle relazioni interpersonali. A questi studenti “fragili” è rivolto un percorso ad hoc, di nuovo a carattere laboratoriale, che si basa molto sul fare esperienze supplementari (analisi di casi assistenziali, laboratori di *skill* pratiche), soprattutto in condizioni protette, nonché sull'accompagnamento tutoriale e sulla riflessività, intesa come funzione cruciale della *tutorship*.

Benini, nel suo capitolo, torna ancora sulla questione della formazione degli infermieri alla *relazione* di cura, descrivendo un altro percorso laboratoriale, nel quale gli studenti hanno soprattutto la possibilità di «riflettere e condividere le esperienze riguardanti le relazioni con gli assistiti, con i familiari e con i tutor di tirocinio, ma anche con se stessi, con il proprio corpo, con l'immagine della professione che andranno ad esercitare ed altro ancora» (*infra*, p. 58). L'esperienza sulla quale si riflette in questi laboratori è quindi soprattutto quella reale, affrontata nella prospettiva del problematicismo (Bertin e Contini, 1983), per «promuovere nello studente un atteggiamento critico-progettuale sulle conoscenze acquisite e sulle esperienze vissute, ponendo lo sguardo non soltanto su quanto accaduto, ma anche sul futuro» (*infra*, p. 61).

Le parole chiave del contributo di Casadei, in assoluta continuità con i capitoli precedenti, sono: *laboratorio*, *corporeità*, *riflessività* e *salute*, in un incessante rimando tra riflessione e sperimentazione. In questo caso, l'attività formativa descritta è rivolta a educatori, considerati anch'essi professionisti della cura, chiamati ad “allenarsi” non solo nei termini di un'applicazione delle teorie, ma anche di un'esplorazione e sperimentazione di sé e del proprio corpo, inteso come parte integrante e irrinunciabile della relazione di cura.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

Selmo, descrivendo l'esperienza condotta con gli studenti della laurea magistrale in Scienze della riabilitazione, ritorna sul tema della cura di sé, che viene realizzata attraverso una riflessione sul proprio percorso personale e professionale. Le pratiche riflessive, condotte in questo caso all'interno della didattica formale del corso di Pedagogia sanitaria, vengono sostenute dalla scrittura narrativa. La valutazione conclusiva del percorso, svolto – lo ricordiamo – con studenti laureati, spesso già inseriti in contesti lavorativi, ha messo in luce come esso abbia promosso consapevolezza, non solo in termini conoscenza di sé, ma anche di comprensione di cosa si vuole essere e cosa si vuole fare, evidenziando anche la valenza di orientamento della scrittura riflessiva.

Nel capitolo successivo, Gambacorti-Passerini e colleghi illustrano un'altra esperienza formativa post-base, inserita nella cornice di un Master di primo livello in Cure palliative. Qui troviamo il primo esempio di forme "altre" di scrittura dell'esperienza, ossia il collage, che, tanto in contesti formativi quanto di ricerca, può essere proposto come uno stimolo per pensare, scrivere e/o discutere e, quindi, riflettere sull'esperienza. Il collage è imperniato sul linguaggio dell'immagine e della metafora e, proprio per questo, consente l'accesso a una serie di significati (professionali e personali) altrimenti inaccessibili. Per questo motivo, questa strategia riflessiva è stata utilizzata con i professionisti della cura per riflettere sulla loro idea di "buona morte", tema cruciale per chi si occupa di cure palliative.

Il contributo che segue, di Castiglioni e Girotti, in soluzione di continuità con quello che lo precede, illustra esperienze, reperite in letteratura, basate sul fumetto, che, interconnettendo parole e immagini, permette agli studenti/operatori di riflettere sulle modalità conversative che intrattengono con i pazienti, più in profondità, «poiché mediante la *grammatica* del fumetto si può accedere sia alle *parole dette* (contenute all'interno di un *balloon* disegnato in modo *lineare*) sia ai *pensieri* dei personaggi (contenuti in *balloons* con linea *ondeggiata*)» (*infra*, p. 104).

Anche D'Oria, nel capitolo successivo, si sofferma sul linguaggio delle immagini e delle metafore, quale strategia potente per generare riflessività. L'Autrice, rifacendosi a una ricerca bibliografica effettuata sulle banche dati mediche, mette in luce come le metafore vengano spesso utilizzate in modo inconsapevole da docenti/operatori per educare studenti/pazienti. Riconoscere e analizzare le metafore che vengono utilizzate nei contesti sanitari permetterebbe l'emergenza di latenze, ovvero di premesse e teorie apprese inconsapevolmente, ma che guidano le pratiche di cura e che connotano l'esperienza di malattia (a seconda che si studino le comunicazioni dei curanti o dei pazienti).

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

Con il contributo di Mostarda e colleghi entriamo appieno nell'ambito della formazione permanente. Viene qui illustrata un'esperienza formativa rivolta ai dirigenti delle associazioni italiane riunite in "Diabete Forum", che ha previsto momenti di auto-analisi individuali e di riflessione, «considerati essenziali per figure manageriali per le quali non contano tanto (o soltanto) nuove conoscenze, quanto l'affinare la capacità di risolvere problemi, l'attitudine a porsi domande, la competenza progettuale, la disponibilità a rielaborare l'esperienza, l'abilità di gestire gruppi, la disponibilità a ri-vedere criticamente se stessi: in una parola, a riflettere» (*infra*, p. 124).

Anche il capitolo di Punziano e Rumiano si riferisce a un'esperienza svolta nell'ambito della formazione continua dei professionisti della cura. Si tratta di un'attività sperimentale, basata sull'*I-learning*, (dall'inglese *I*, cioè io, e *learning*, apprendimento), che valorizza la narrazione come prassi educativa, utilizzando il *digital storytelling*. Nonostante il corso ECM avesse un carattere abbastanza tecnico (la gestione delle emergenze da parte dell'infermiere), oltre alla ricerca bibliografica e alla condivisione di esperienze professionali e conoscenze pregresse, è stato chiesto ai partecipanti di costruire una "storia digitale" per condividere, attraverso il racconto, ciò che è stato appreso e, dunque, riflettere sull'esperienza.

Infine, la prima sezione del volume si conclude con il corposo capitolo di Striano, che si riferisce a esperienze di formazione basate sul modello dell'*Action Learning Conversation*. Questo approccio ha come focus un progetto reale o un problema che non richiede una soluzione specialistica, «ma una esplorazione multiprospettica e critico-riflessiva attraverso sessioni di lavoro a piccoli gruppi eterogenei» (*infra*, p. 144) supportati dalla figura di un *coach*. Chi propone il problema coinvolge il gruppo per chiedere aiuto e farsi sostenere, attraverso un processo riflessivo, nella esplorazione della questione e nella individuazione di possibili piani di azione. Questa metodica è stata sperimentata, attraverso la formula del workshop, sia all'interno di convegni di società scientifiche sia nella formazione post-base (laurea magistrale in Scienze infermieristiche), nella quale è stata proposta come attività elettiva. L'Autrice descrive in dettaglio, attraverso quattro studi di caso, le attività riflessive sviluppate nei diversi workshop, a partire dalle situazioni problematiche individuate dai partecipanti.

La seconda sezione del testo, "Ricerca e riflettere", si apre con il progetto di ricerca-formazione di Sannipoli, rivolto al personale educativo dei servizi per la prima infanzia di due comuni umbri, nato dal bisogno di far fronte a un aumento esponenziale delle famiglie che richiedono una valutazione funzionale dei piccoli e dalla crescente difficoltà dell'equipe educativa di comprendere alcuni comportamenti dei bambini di oggi. «Lo scopo di questo percorso è stato quello di ripartire dai vissuti del personale per atti-

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

vare forme di riflessività che permettessero di dare un nome alle proprie idee, ripensare il proprio sguardo e al tempo stesso provare a interrogare le proprie pratiche di individualizzazione e personalizzazione, soprattutto verso i bambini e le bambine che con maggior difficoltà trovavano uno spazio di conoscenza e comprensione» (*infra*, p. 172). La ricerca, dunque, si è basata su attività di osservazione e scrittura, che hanno stimolato nei partecipanti una comprensione più approfondita delle loro pratiche e della rappresentazione degli utenti dei loro servizi: i bambini.

La ricerca presentata da Di Masi e Surian aveva lo scopo d'indagare, da una parte, lo sviluppo dell'immagine professionale di un gruppo di studenti che frequentano il terzo anno del CdL magistrale in Medicina e Chirurgia e, dall'altra, le competenze che emergono nel racconto delle loro esperienze di tirocinio in ospedale. Lo strumento di indagine presentato mostra di poter combinare insieme elementi sull'immagine professionale negli ambiti di cura e modalità di lavoro utili ad alimentare percorsi riflessivi e formativi, in contesti di istruzione superiore.

Lotti e Di Giacomo si concentrano, nel loro studio, sulla transizione degli infermieri neolaureati al mondo del lavoro, analizzando il ruolo della figura del mentore, in questo delicato passaggio. I partecipanti alla ricerca non sono solo i neolaureati, ma anche i coordinatori, ai quali viene richiesto di illustrare come le organizzazioni supportino i neofiti, al momento del loro inserimento. Come spesso accade negli studi qualitativi, l'effettuazione delle interviste ha comportato, oltre all'acquisizione di dati preziosi, anche alla sollecitazione di una riflessione, sia nei neolaureati che nei coordinatori, sugli aspetti che maggiormente favoriscono il passaggio dall'università al mondo del lavoro.

La ricerca di Bonometti e Maculotti indaga se, e a quali condizioni, una *chat* di gruppo in WhatsApp, guidata da un'infermiera tutor specializzata, possa aiutare ad assistere i pazienti, anche dopo la loro dimissione ospedaliera. Lo sviluppo dei sistemi sanitari e la costante attenzione alla razionalizzazione delle risorse comporta l'aumento della richiesta ai pazienti di gestire in autonomia, e a domicilio, la propria malattia, riducendo significativamente la permanenza ospedaliera. Il ruolo dell'infermiera, esperta nella patologia e nella gestione dei gruppi, si è rivelato cruciale, in quanto molti *post* esprimevano la paura per la situazione incerta vissuta, l'ansia rispetto alla cura, in molti casi chemioterapica, e per i suoi effetti collaterali. Ecco quindi che una *chat* su WhatsApp può rivelarsi una strategia importante, oltre che per prolungare la relazione assistenziale – educando i pazienti a gestire a casa i problemi sollevati dalla malattia –, anche per far emergere vissuti e preoccupazioni, sui quali riflettere e far riflettere.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

L'aspetto della condivisione delle problematiche legate alla propria malattia e della riflessione comune, in un gruppo supportivo, è molto presente anche nel modello di educazione del paziente diabetico proposto da Trento e colleghi: la *Group Care*. Questo modello prevede, oltre alle classiche visite di controllo dei pazienti diabetici, una serie di incontri in piccolo gruppo, finalizzati a conoscere la malattia e individuare le strategie da utilizzare per affrontare la gestione di essa nella vita quotidiana. La ricerca sperimentale presentata dimostra, sia con dati di laboratorio che con somministrazione di scale e test, che i pazienti che seguono il progetto della *Group Care* stanno meglio, riescono maggiormente a modificare atteggiamenti e percezioni della loro malattia, rispetto al gruppo di controllo. Soprattutto, il percorso educativo ha favorito la riflessione sui vissuti di malattia, sostenendo il graduale sviluppo dell'autonomia nelle persone con diabete tipo 1.

Infine, la seconda sezione del testo si chiude con la ricerca di Pantaru e colleghi, che aveva lo scopo di esplorare i processi sociali che guidano l'agire degli operatori sanitari delle cure palliative nell'assistere i migranti e le loro famiglie, arrivando a costruire una teoria esplicativa alla base di tali processi. Attraverso interviste a infermieri del servizio di assistenza domiciliare di cure palliative, che si prendono cura dei migranti in situazione di terminalità, è emerso il costante impegno degli operatori a soddisfare i bisogni culturali di questi pazienti in fase terminale e delle loro famiglie, affrontando difficoltà linguistiche, socio-culturali e la mancanza di risorse. Alla luce di queste difficoltà, gli autori concludono sottolineando la necessità di «pianificare un adeguato piano di formazione aziendale, che supporti i professionisti sanitari nell'affrontare le sfide assistenziali del contesto multiculturale, privilegiando metodologie didattiche attive, come il role playing e la riflessione [sull'esperienza]» (*infra*, p. 232).

In conclusione, il volume offre una ricca gamma di esempi di pratiche pedagogiche e di ricerca nelle quali la riflessività – e la conseguente possibilità di individuare saperi taciti, presupposti e valori spesso dati per scontati – gioca un ruolo importante. Ci auguriamo che il lettore sensibile ai temi della riflessione e della narrazione, come strategie cruciali nella formazione dei professionisti della cura, trovi in queste pagine non solo nuovi spunti per le sue attività formative, ma anche nuovi stimoli per riflettere sul suo lavoro e gli “oggetti” che lo caratterizzano: il paziente, la malattia, il disagio, la sofferenza, la cura, la relazione, il corpo e molto altro.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

Ringraziamenti

Si ringrazia la Direzione scientifica della prima giornata di studi del gruppo SIPED.CARE, ossia le Proff. Patrizia de Mennato, Silvia Kanizsa e Cristina Palmieri. La giornata di studi non sarebbe stata possibile senza il paziente lavoro di revisione degli abstracts del Comitato scientifico, che ringraziamo calorosamente. Un grazie affettuoso anche alla segreteria organizzativa e quindi a la Dr.ssa Benedetta Gambacorti-Passerini.

Bibliografia

- Bertin G.M. e Contini M. (1983), *Costruire l'esistenza: il riscatto della ragione educativa*, Armando, Roma.
- Bruner J. (1992), *La ricerca del significato. Per una psicologia culturale*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Charon R. e Wyr P. (2008), "Narrative evidence based medicine", *The Lancet*, 371, 9609, 296-7.
- de Mennato P., Formiconi A.R., Orefice C., e Ferro Allodola V. (2012), *Esperienze estensive: la formazione riflessiva nella Facoltà di Medicina di Firenze*, Pensa Multimedia, Lecce.
- de Mennato P. e Pennacchini M. (2015), "Simulazione e riflessività", *MEDIC*, 23, 2: 24-30.
- Demetrio D. (2008), *La scrittura clinica. Consulenza autobiografica e fragilità esistenziali*, Raffaello Cortina, Milano.
- Fabbi L., Striano M. e Melacarne C. (2008), *L'insegnante riflessivo. Coltivazione e trasformazione delle pratiche professionali*, FrancoAngeli, Milano.
- Foucault M. (1969), *Nascita della clinica. Una archeologia dello sguardo medico*, Einaudi, Torino.
- Gamelli I. (a cura di) (2002), *I laboratori del corpo*, Raffaello Cortina, Milano.
- Glaser B.G. e Strauss A.L. (1967), *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*, Aldine Transaction, New Brunswick, NJ.
- Mann K., Gordon J. e MacLeod A. (2009), "Reflection and reflective practice in health professions education: a systematic review", *Advances in Health Sciences Education*, 14, 595-621.
- Mariani A. (a cura di) (1997), *Attraversare Foucault. La soggettività, il potere, l'educazione*, Unicopli, Milano.
- Massa R. (1986), *Le tecniche e i corpi. Verso una scienza dell'educazione*, Unicopli, Milano.
- Massa R. (1992), *La clinica della formazione. Un'esperienza di ricerca*, FrancoAngeli, Milano.
- Massa R. (2000), *Cambiare la scuola*, Laterza, Bari-Roma.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

- Mezirow J. (2003), *Apprendimento e trasformazione. Il significato dell'esperienza e il valore della riflessione nell'apprendimento degli adulti*, Raffaello Cortina, Milano.
- Mortari L. (2009), *Ricercare e riflettere. La formazione del docente professionista*, Carocci, Roma.
- Mortari L., Zannini L. (a cura di) (2017), *La ricerca qualitativa nei contesti sanitari*, Carocci, Roma.
- O'Neil J. e Marsick V.J. (2009), "Peer mentoring and action learning", *Adult Learning*, 20, 1-2, 19.
- Palmieri C. (2000), *La cura educativa. Riflessioni ed esperienze tra le pieghe dell'educare*. FrancoAngeli, Milano.
- Rezzara A. (2010), *Un Dispositivo che educa. Pratiche pedagogiche nella scuola*, Mimesis, Udine.
- Sackett D., Rosenberg W., Gray J., Haynes R. e Richardson S. (1996), "Evidence based medicine: what is it and what it isn't", *British Medical Journal*, 312, 71.
- Schön D.A. (1983), *The reflective practitioner. How professionals think in action*, Basic Books, New York, NY.
- Timmins F. (2006), "Critical practice in nursing care: analysis, action and reflexivity", *Nursing Standard*, 20, 49-54.
- Woods A. (2011), "The limits of narrative: provocations for the medical humanities", *Medical Humanities*, 37, 73-78.
- Zannini L. (2003), *Salute, malattia e cura. Teorie e percorsi di clinica della formazione per gli operatori sanitari*, FrancoAngeli, Milano.
- Zannini L. (2013), "La valutazione delle pratiche riflessive nella formazione medica: esperienze, metodi e ruolo delle tecnologie", *Educational Reflective Practices*, 1, 77-96.
- Zannini L. (2015), *Fare formazione nei contesti di cura e prevenzione. Modelli, strumenti, narrazioni*, Pensa Multimedia, Lecce.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

Parte prima

Formare e riflettere

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

ISBN: 9788891778123

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

Cura di sé e cura dell'altro nella relazione educativa d'aiuto come lavoro sull'interiorità

di *Marisa Musaio*

Il profilo specifico dei professionisti della salute e della cura riporta al centro della riflessione il significato della cura di sé e dell'altro con riferimento all'attenzione per le *dimensioni interiori* della persona. Richiamare l'originaria vocazione all'interiorità che ci costituisce come esseri umani, significa riconoscersi reciprocamente come esseri che "abitano" l'interno di sé, e che in quanto tali, hanno bisogno di imparare a guardarsi dentro, per riconoscere l'alternanza vissuta tra desideri e fatiche, solitudini e relazioni, motivazioni a realizzarsi e difficoltà a rintracciare significati per i quali valga la pena vivere e impegnarsi.

L'interiorità e la fuga da sé

La cultura occidentale ha da sempre indagato la soggettività individuale come esigenza di esercitare l'introspezione e il dialogo con se stessi, se pensiamo all'invito a riflettere su di sé presente in quel tracciato di pensiero che si snoda da Socrate a sant'Agostino a Pascal. Ma il richiamo all'interiorità risulta adombrato ai nostri giorni dalla tendenza a vivere fuori di sé, a disperdere la propria interiorità nell'insignificanza di stili di vita e di comunicazione strumentali al raggiungimento di risultati o all'immagine di sé, identifica quella condizione esistenziale che David Le Breton ha di recente descritto come «fuga da se stessi». L'autore spiega in proposito come in una società dominata da velocità, flessibilità, urgenza, concorrenza, efficienza, l'essere se stessi non sia più qualcosa di ovvio:

Il compito di essere un individuo è arduo, specie quando si tratti, per l'appunto di divenire sé stessi. Trovare sostegno alla propria autonomia e bastare a sé non è da tutti. Non tutti gli individui dispongono delle medesime capacità [...]. Nel costruire sé stesso l'individuo è ormai privo di orientamento, o per meglio dire, si trova di

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

fronte a una moltitudine di possibilità, che lo rimandano alle risorse di cui dispone (Le Breton, 2016, p.12).

L'esistenza talvolta pesa, e possiamo essere indotti o a sottrarci agli obblighi che ci impone, quasi come se volessimo «prendere vacanza da noi stessi», oppure, a propendere, come rileva Julián Marías (2011), per forme di «occultamento» della persona, quando qualcosa si interpone tra la persona e la visione che ha di se stessa e degli altri, impedendole di conseguire quella «trasparenza» (*ivi*, p. 80) che è invece «radice dell'umano» (*ivi*, p. 82) e del suo autentico formarsi.

In un mondo nel quale l'individuo fatica a riconoscersi, troppo grave è per lui riuscire a essere veramente se stesso. E mentre lo spezzarsi dei legami sociali lo restituisce alla sua libertà e al godimento della propria autonomia, cresce di contro in lui il senso dell'inadeguatezza e dello scacco personale, tanto che, come rileva Le Breton (2016):

L'individuo che non disponga di solide risorse interiori per adattarsi e attribuire senso e valore agli avvenimenti, o che non abbia sufficiente fiducia in sé, si sentirà molto più vulnerabile, e pertanto, costretto a darsi da solo il sostegno che non può aspettarsi dalla comunità (*ivi*, p.11).

L'insieme di queste difficoltà personali, che l'autore sintetizza indicando come condizione di “soglia” delle identità contemporanee, dà luogo a stati interiori dominati dall'inquietudine, dal dubbio, dalla tensione, da un senso di pressione e di sforzo necessario per continuare a essere sé stessi in ogni momento e circostanza. Ecco perché “l'individuo ipermoderno” ha necessità di poter disporre di risorse interiori che siano continuamente rinnovate, che gli consentano di affrontare lo stato di «biancore», vale a dire lo stato di assenza e di congedo da sé, che si accompagna di frequente a depressione, stati di *burnout*, indifferenza, venir meno di rapporti significativi con gli altri, vita impersonale, fino a non essere più nessuno.

Ai fini della possibilità di ridefinire il profilo dei professionisti della cura, risultano interessanti, soprattutto per quanto attiene il significato specifico della relazione d'aiuto, le rilevazioni di numerosi stati e vissuti ricolligibili allo stato di *blank*, ossia di bianco, di spazio vuoto, come se i soggetti fossero indotti a vivere la propria vita come una pagina bianca, inerti, indifferenti verso tutto e tutti, e verso ogni responsabilità, sino a muoversi come errabondi in una vita che si delinea sempre più come terra di nessuno. Il biancore della propria vita non è altro che «un distacco dall'identità, un non luogo nel quale vengono meno le costrizioni imposte dal mondo circostante» (*ivi*, p. 18), il sottrarsi ai legami sociali, il prendere le distanze dalle passioni, il percepirsi come “estranei” a ogni situazione. E se la compren-

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

sione antropologica, psicologica e sociale di tali stati risulta necessaria per poter riportare al centro la singolarità delle diverse storie personali, altrettanto lo è per comprendere che cosa veramente accade al nostro interno quando, come sottolinea Le Breton, l'individuo è presente, ma è sempre altrove, è presente senza più esserlo, ha preso congedo dalla sua personalità (*ivi*, p. 21).

Di contro a tali difficoltà, l'attenzione per quanto accade nell'interiorità si riconferma un fronte di indagine quanto mai interessante, perché carico di rimandi antropologici, psicologici, etici, valoriali, sul quale riportare l'attenzione per delineare il "centro" della cura di noi stessi, della nostra educazione e formazione, quel nucleo di sintesi delle esperienze umane che viviamo e che implicano sempre un'elaborazione della persona dal suo interno, per poi manifestarsi nel rapporto interpersonale con gli altri.

Il riferimento esperienziale all'interiorità è adottato, in questo contributo, rinviando in particolare alla *relazione d'aiuto* nei contesti educativi nei quali risulta praticata la consulenza pedagogica per l'attivazione di spazi di ascolto dei bisogni e delle difficoltà di crescita e di relazione di ragazzi e adolescenti, ma anche delle difficoltà degli stessi adulti, genitori, insegnanti ed educatori, nel relazionarsi con loro. Per articolare la pratica di cura verso forme di disagio che si manifestano in modo sempre più "sfumato", i professionisti sono chiamati a interrogarsi non solo per saper fornire la risposta immediata ai bisogni dell'altro, ma per essere in grado di abbozzare percorsi di consapevolezza condivisa e partecipata tra chi opera per la cura e chi invece la riceve.

Nella relazione d'aiuto si attivano, infatti, dinamiche sia di comunicazione sia di interazione che rispecchiano il bisogno dei soggetti di vedere comprese le proprie esigenze più profonde. *Comprendere l'altro* è peculiarità che appartiene sia al soggetto in quanto paziente, cliente, educando, sia all'operatore chiamato a saper prendere dentro di sé il soggetto, per aiutarlo nel processo di significazione della propria esistenza (Mortari, 2006; Palmieri, 2008; Carkhuff, 2012; Gaggero, 2013; Canevaro e Chierigatti, 2015; Masci, 2016).

A motivo delle connotazioni proprie dell'attuale contesto culturale e sociale, si profila la necessità di comprendere forme sempre più implicite di difficoltà personali, per le quali può risultare utile articolare la pratica di cura in due momenti interni:

1. l'ermeneutica delle fatiche esistenziali, dei disagi, delle solitudini, che angosciano oggi le persone, nel tentativo di dare un nome all'*implicito interiore* di carattere problematico che le abita;

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

2. la ri-significazione che il professionista compie in relazione al significato della cura, attraverso un'autoriflessione che lo renda capace prima di tutto di prendersi cura di sé per essere in grado di prendersi cura dell'altro.

Le fatiche contemporanee

I segnali di una condizione di “lontananza da se stessi” e di difficoltà nel saper stare nella propria interiorità, risultano ravvisabili tanto nei soggetti in crescita, quanto nei soggetti adulti i quali vivono un magma di demotivazioni, disinteressi, bisogni impliciti, non sempre estrinsecati, che hanno attinenza per esempio con la motivazione allo studio per i primi, o con la motivazione professionale a svolgere compiti educativi da parte dei secondi, difficoltà che, in tutti i casi, si intrecciano con l'influenza invasiva esercitata dalla tecnologia, e che si riflettono nei contesti di vita nei quali i soggetti si muovono perlopiù in modo isolato. Per dare un nome a queste fatiche, possiamo attingere ad alcuni dei principali interpreti del quadro della tarda modernità e delle sue conseguenze sulla vita interiore.

Sul fronte del condizionamento dei bisogni interiori da parte dei modelli tecnologici, il filosofo Jean Michel Besnier (2013) sottolinea come sia in atto una sorta di delega della propria esistenza al mondo digitale, che sta producendo dei cambiamenti profondi nei comportamenti: rinuncia al confronto interpersonale, rifugio nei dispositivi tecnologici, sino a una semplificazione dell'umano (*ivi*, pp. 35-36) con la conseguenza di uno sfiancamento della coscienza e della sua capacità di riflettere;¹ in sostanza, la tecnologia ci riduce ad automatismi che sfiancano la coscienza e l'auto-riflessione.

Se le tecnologie hanno determinato un «uomo aumentato» per quanto attiene il versante delle potenzialità, hanno altrettanto determinato una semplificazione dell'umano, che sta depotenziando l'esercizio di capacità specificatamente umane come il linguaggio, la memoria, l'immaginazione, l'emozione². Sempre sul fronte dell'impatto della virtualità sul piano interiore, e più propriamente intrapsichico, il filosofo sudcoreano Byung-Chul Han individua il disagio dell'uomo della tardo modernità nel *burnout*, e in

¹ Diversamente dall'uomo semplice o dal saggio che vive a contatto con la natura, l'uomo semplificato non è felice. È vittima delle sue macchine che lo riducono a niente, degli automatismi che queste sviluppano per facilitargli la vita, ma che finiscono per sfiancarne la coscienza e la capacità di riflettere, (*ivi*, p. 37).

² «La semplificazione alla quale si abbandona affidando il comando alla tecnica è il sintomo di una rinuncia che equivale a un suicidio» (Besnier, 2013, p. 52).

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

un eccesso di malattie neurologiche quali la depressione, i deficit di attenzione, i disturbi di personalità, che deriverebbero dall'elaborazione di un eccesso di positività: il soggetto, divenuto soprattutto "soggetto acquisitore", "imprenditore di se stesso", rigetterebbe la negatività, sostituendo il verbo "should" [dovrei] con l'illimitatezza del verbo "can" [posso], e riconoscendo l'imperativo dell'«achievement society», a differenza della società precedente che si delineava come una «disciplinary society» (Han, 2015) retta invece sul rispetto degli obblighi e delle leggi.

L'eccesso di positività come eccesso di stimoli, informazioni e impulsi, viene a modificare l'attenzione e la percezione, sempre più frammentata e sparpagliata, affermando il prevalere del "multitasking" attuale, che piuttosto che rappresentare un progresso di civilizzazione, tende invece a delineare una regressione che ci accomuna allo stato degli animali chiamati a esercitare il multitasking, al fine di poter sopravvivere in uno stato selvaggio (*ivi*, p. 12).

Una società del raggiungimento del risultato muta la negatività delle proibizioni e degli obblighi in società della libertà (*ivi*, p. 36), con conseguenze non trascurabili sul piano intrapsichico: se nella concezione psicoanalitica il soggetto era dominato dalla negazione, nella tardo modernità è invece un soggetto di affermazione (*ibidem*), le cui massime non sono più l'obbedienza, la legge e la realizzazione dell'obbligo, ma piuttosto la libertà, il piacere e l'inclinazione (*ibidem*), la ricerca della soddisfazione nel lavoro, l'agire per piacere e non in relazione all'altro, l'attenzione esclusiva per l'acquisizione, i risultati e la realizzazione, in definitiva, la sua identificazione con uno stato di autoreferenzialità che lo porta a competere solo con se stesso. L'*achievement-subject* non è un soggetto *in rapporto a*, ma è un soggetto che libera se stesso soltanto all'interno di un progetto e di finalità produttive, sfruttando se stesso sino a rischiare il *burnout* (*ivi*, p. 47).

Anche Adriano Pessina (2016, p. 8) concorda sugli effetti negativi di una vita satura di possibilità, di ansia di futuro, di prestazioni, di possibili miglioramenti, che si è trasformata per l'io in un nuovo imperativo categorico. Di conseguenza, la categoria dell'io insoddisfatto intercetta e interpreta il soggetto, non perché sia insoddisfatto per mancanza di stabilità economica, di affetti, di socialità, di certezze e modelli sicuri, ma a motivo di una pienezza e di un presente saturo: «L'insoddisfazione dell'io [...] non si colloca nell'alveo della privazione e dell'indigenza, ma nel contesto dell'abbondanza di prospettive, di possibilità [...] è piuttosto la percezione che non si faccia mai abbastanza, che ci sia sempre ancora qualcosa da fare, che l'orizzonte delle possibilità non debba mai essere chiuso» (*ivi*, pp. 52-53).

In questo senso l'insoddisfazione non è espressione del disagio della civiltà, ma è una categoria antropologica che si sta delineando, un modo di

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

esistere dell'io dell'immanenza, che aspira a superare il limite e il recinto dell'esperienza umana, senza riconoscere un interlocutore oltre se stesso, smettendo di interrogarsi sul senso dell'esistenza e della storia (*ivi*, p. 53), andando incontro così anche a un impoverimento delle sue radici e dei suoi riferimenti interni.

Le richieste di aiuto dell'uomo stanno delineando un'identità antropologica, «un modo di essere dell'io dell'immanenza che riapre il progetto antropologico soprattutto in relazione a un modo di essere *esperimento* di se stessi» (*ibidem*), non privo di problematicità, così come evidenzia anche la psicoanalista Catherine Ternynck (2012) quando rileva che le diverse forme di fatica implicita vissute oggi dai soggetti, rimanderebbero a un «suolo umano» impoverito: i profili dei soggetti che emergono dalle storie e dai racconti di analisi, sia soggetti in crescita sia adulti, rispecchiano una «debolezza delle radici», un profilo personale «anemico, friabile, inconsistente»³ (*ivi*, p. 9), come se la ricchezza dell'humus sociale e culturale e la memoria collettiva si fossero decomposte.

L'uomo ordinario, rileva la Ternynck (2012), è uomo che «chiede di essere ascoltato in certi tormenti, di essere illuminato davanti a certe scelte, di essere sostenuto nelle prove, anche se sfugge di continuo: manifesta un profilo evanescente, [...]. Quest'uomo dai contorni fluttuanti non la finisce di volersi definire» (*ivi*, p. 10); sfugge di continuo come un enigma. Per tali ragioni l'autrice utilizza la metafora dell'uomo di sabbia per esprimere la debolezza di un uomo che fa fatica a portare avanti la sua vita, che dubita del tragitto e del senso, che chiede riconoscimento, assicurazione; in sostanza, un personaggio dai tratti incerti, dai percorsi continuamente spezzati, incompiuti, contraddistinto da un precoce individualismo e da forme diverse di solitudine (*ivi*, p. 11).

L'uomo di oggi, quest'uomo che pensa molto, che decide la propria vita e la organizza, è uomo che si caratterizza per i seguenti tratti: 1) è un soggetto "psichicamente affaticato", perché vive sotto il peso di un carico invisibile, messo di fronte a una libertà che lo obbliga, di fronte all'autoriferimento interiorizzato di sé, costretto a decidere, scegliere, volere, procedendo per tentativi ed errori, contando solo sulla sua soggettività e sul suo discernimento (*ivi*, pp. 13-18); 2) è un uomo indebolito dalle contraddizioni: se è più potenziato ed evoluto, è al tempo stesso anche più in-costante; se è cerebrale, è contemporaneamente carico di pulsioni; se più libero, è al tempo stesso minacciato da numerose forme di dipendenza e di dibattito etico e interiore:

³ «Il suolo umano stava perdendo il suo humus. Virava alla sabbia. Stavamo diventando uomini di sabbia» (Ternynck, 2012, p. 9).

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

Nell'antropologia contemporanea, l'etica dell'alterità è piuttosto debole. Per l'individuo che ha un acuto senso di sé come persona, l'ordine primario è l'ordine dell'io. La necessità culturale di portare da soli la propria traiettoria di vita è di una tale forza che impegna ognuno a stringere un patto con se stesso, un patto esigente, [...], al quale le relazioni con gli altri possono venir subordinate o ridotte alla dimensione contrattuale: ne sono esempio le forme di dematrimonio, del vivere liberi ma insieme, di stanchezza nei sentimenti, di pretesa di un figlio per sé, di forme in cui il soggetto si abitua a passare il meno possibile dall'altro, forme di vivere in "carenza di alterità", di difetto dell'altro in sé (*ivi*, p. 39).

La difficoltà a relazionarsi con l'altro si accompagna però a un desiderio di relazioni e di riconoscimento, di compassione e di tenerezza, se pensiamo per esempio alle tante soggettività in condizioni di sofferenza, che manifestano, come rileva Jean Vanier (2002, pp. 215-218), un'«emergenza dell'io», ossia la difficoltà per ogni persona di sapersi riconoscere attraverso gli occhi e i gesti di un altro, di riuscire a comprendere che ognuno di noi può essere una persona capace di amare e di donare la vita agli altri, di riconoscere i propri limiti e fragilità, perché quanto più sono in grado di essere presente a me stesso, tanto più potrò essere prossimo all'altro riducendo il senso dell'estraneità che ci separa. La relazione d'aiuto si profila, di conseguenza, come una relazione di vicinanza in umanità, perché non si tratta di essere simili, di essere come gli altri, ma di farsi prossimi, di nascere insieme dall'interno di una "relazione di prossimità" all'interno di una "reciprocità di umanità" (Lurol, 2002, p. 210).

Le difficoltà personali connesse a una carenza di alterità interessano, inoltre, tanto i singoli quanto la famiglia, la scuola, e tendono a esprimersi nel mondo dell'educazione sotto forma di carenza di consapevolezza educativa e pedagogica, di fallimenti scolastici, di demotivazione dei ragazzi e degli insegnanti, di difficoltà di apprendere, a motivo delle continue oscillazioni vissute nel quotidiano per via del permanere da un lato in ambienti educativi e scolastici ingessati dalla trasmissione contenutistica, e dal vivere, dall'altro, in un contesto esterno sempre più sfumato, senza confini e caratterizzato dall'immediatezza, così come avviene per il contesto del virtuale. I cambiamenti, inoltre, interessano anche l'esercizio delle funzioni cognitive, le capacità di assimilazione della conoscenza da parte degli studenti e le facoltà di attenzione sempre più ridotte, mentre crescono capacità come il multitasking e la gestione delle informazioni. Sia in famiglia sia a scuola, i ragazzi crescono in una "insoddisfazione interiore" che conduce i soggetti più tranquilli e silenziosi a ricercare l'adattamento e l'approvazione degli adulti, e i soggetti più spontanei a rifiutare le regole di vita e a vivere con noia le proposte avanzate dalla famiglia e dalla scuola, con la conseguenza che i ragazzi risultano o eccessivamente uniformati o troppo disallineati,

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

ma in ogni caso in difficoltà nel riuscire a rintracciare l'interesse e esercitare la concentrazione su qualcosa per cui impegnarsi.

Ri-significare la cura: prendersi cura di sé per prendersi cura dell'altro

L'interpretazione del magmatico quadro di bisogni esistenziali e delle fatiche connesse all'essere se stessi e a stare in relazione in una società complessa, frammentata e delle soggettività autoreferenziali, risulta cruciale nel lavoro svolto dal professionista della cura. Al fine di non cristallizzare la propria pratica nell'esercizio di modalità che potrebbero risultare "scollate" rispetto alla realtà vissuta dalle persone, egli è chiamato a esercitarsi nell'interpretazione di stati, vissuti e difficoltà, e a integrarla con l'autoriflessione in quanto cardine di una consapevolezza professionale che si articola su due livelli fondamentali:

- le premesse e le ragioni fondanti del prendersi cura dell'altro e dei processi di crescita, individualizzazione e realizzazione personale;
- le competenze, gli atteggiamenti e le abilità da esercitare in concreto.

Al centro dell'autoriflessione non risultano esserci soltanto le competenze connesse alla relazione. Infatti, sempre più operatori riportano la differenza vissuta tra il piano della relazione come mera gestione in risposta ai bisogni rilevati, e il piano di una relazione che riflessivamente guarda allo spazio che le due persone costruiscono reciprocamente dall'interno di una soluzione condivisa, all'insegna di una base etica e valoriale comune, in vista di un'etica della cura che ponga l'accento sul valore del legame umano e della relazione con l'altro.

Pur riconoscendo la centralità rivestita dalle competenze specifiche inerenti alla relazione d'aiuto (pensiamo alla consapevolezza delle emozioni, all'esercizio dell'intenzionalità, al riconoscimento della singolarità personale, al riconoscimento e gestione dei conflitti, alla promozione della reciprocità ecc.), il prendersi cura necessita oggi di saper *ripensare* le condizioni di vita e di relazione al fine di *custodire l'umano* avendo la padronanza delle premesse, dei quadri interpretativi ed etici per dare voce alle difficoltà e al bisogno di reciprocità che emerge non in modo diretto ma soprattutto tra le pieghe dell'esistenza e dell'educazione. La ri-significazione dei processi di cura dovrebbe avvenire, di conseguenza, in relazione all'interpretazione dei bisogni registrabili nell'attuale epoca:

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

- bisogni che emergono in maniera sempre più allusiva e non esplicita;
- bisogni interiori che rimandano alla stanchezza e alla demotivazione sia dei ragazzi sia degli adulti;
- bisogni interiori come riflesso di un desiderio profondo di etica e di senso oggi sempre più avvertito;
- bisogni emergenti attraverso modalità non più dirette e comunicative, ma in forme sfumate, deboli, emotive, da cogliere attraverso sotto forma di sguardi, gesti, attese, emozioni come la rabbia, le frustrazioni, il senso di impotenza o di inerzia vissute nel quotidiano.

Come rileva Hillman (2010) i problemi che l'uomo si trova a affrontare sono situati non tanto nell'ambito esterno a sé, ma dentro di sé,⁴ per questo appare necessario esercitare una *riflessione* che riporti al centro l'attenzione per «l'uomo interiore», a motivo del nostro vivere in un mondo di persone, all'interno di una rete e all'interno di incontri (*ivi*, 2010, p. 17) per i quali i professionisti della cura e dell'aiuto sono tali non a motivo dell'esistenza dei disturbi, delle difficoltà o della malattia in sé:

i problemi umani non sono qualcosa che la gente ha, ma qualcosa che la gente è. In psicologia, il problema è l'individuo stesso, così come io sono il mio problema. [...] e quindi la terapia non può mai essere la sua eliminazione ma il prendersi cura della persona che incontriamo. Il lavoro di cura inizia con l'incontro umano (*ivi*, p. 18).

Lo spazio della relazione di cura si delinea pertanto nei seguenti termini:

- come spazio in cui entrambi i soggetti sono presenti con i propri bisogni: chi aiuta, ossia il professionista, ha bisogno della persona per esprimere la sua capacità di dare aiuto (*ivi*, p. 19); conoscere l'altro non è l'esito di un'osservazione distaccata, ma di domande che cercano una risposta, che evocano, come sottolinea Hillman, delle «rispondenze» (*ivi*, p. 30) intorno alla natura umana;
- come spazio non della mera interrogazione, dell'incasellamento e investigazione clinica, ma dell'incontro all'insegna di un'etica che si prende cura dell'umano, lo tutela, lo svela, lo promuove e ne sa abbozzare e costruire trame di relazioni, progettualità e condivisioni;
- come spazio dell'intreccio tra momenti di attività e di passività, di interiorità e di esteriorità, e, soprattutto, spazio nel quale la dimensione

⁴ «... i disturbi storici odierni non stanno semplicemente nel "fuori" e sappiamo che noi non siamo semplicemente vittime passive incappate nel caso clinico della storia del mondo, senza peso sulla bilancia degli eventi, impotenti a "cambiare le cose". Poiché sappiamo che questi disturbi e queste dipendenze riflettono la scissione polare nell'archetipo che più di tutti attiene alla storia» (Hillman, 2001, p. 66).

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

esperienziale prende avvio dal concreto vissuto e dagli avvenimenti che l'uomo si trova a vivere ogni giorno.

Fanno eco in tal senso le parole di Marías (1996) quando afferma che per comprendere l'umano bisogna «concettualizzare l'evidenza» (*ivi*, p. 86), che non significa concettualizzare la realtà personale, ridurla a concetti che finiscono per cosificarla, ma situarsi all'interno della *vita umana*, nelle esperienze radicali che determinano chi siamo, cosa facciamo e cosa ci accade, situandosi nella vita personale così com'è effettivamente vissuta, senza sovrapporre a essa; rileva Marías (*ibidem*), alcuno schema estraneo che non sorga direttamente da essa stessa, da qui l'importanza di esercitarsi a un *metodo narrativo* nei confronti della persona, al fine di ricostruire il fluire della vita, le sue forme di connessione e di giustificazione, tenendo in considerazione che per «il possibile accesso alla realtà della persona è necessario “dirla”» (*ivi*, p. 88). Il professionista della cura dovrà pertanto restare fedele alla condizione reale della persona; comprenderla a partire dalla sua corporeità, temporalità, dalle diverse forme di convivenza, di proiezione e di intimità; evocare il mondo della persona nei diversi piani, dai più esterni ed esteriori, fino a quelli più interni, riflettendone aspirazioni, incontri, progetti (*ibidem*). Ma affinché questo esercizio possa concretizzarsi è necessario che il professionista conosca il proprio mondo interiore, nel quale rifluiscono motivazioni, passioni, sentimenti, ideali, segreti, aspetti intimi e misteriosi dell'essere umano, ma soprattutto quel “centro interiore”, come direbbe Romano Guardini, che si nutre di passione, di slancio e di progetti razionali, e che ci aiuta metterci nei panni degli altri, a dare valore alle esperienze e alle diverse realtà conosciute, che rappresentano per noi il punto equilibratore tra interno ed esterno, essenziale per non lasciarci assorbire completamente dall'esterno e per non atrofizzare la nostra parte interna. Se siamo completamente rivolti verso ciò che accade fuori di noi, infatti, finiamo per vivere come “alla finestra di noi stessi”, alienandoci dal nostro vero essere. Al contrario, per essere in grado di esercitare una relazione d'aiuto, occorre riscoprire il “centro” in cui risulta custodita la nostra consapevolezza, il contatto con ciò in cui crediamo e che amiamo, con ciò che dà senso alla nostra vita.

Per il professionista della relazione d'aiuto, esercitarsi nell'auto-riflessione vorrà dire allora coltivare il proprio “centro interiore” come l'ambito che custodisce non solo la propria storia, le proprie aspirazioni e motivazioni, ma anche la mappa della propria esistenza che aiuta ad assegnare significato alle cose e ai fatti, per essere capaci di rintracciare ed elaborare non solo risposte ma anche, e soprattutto, “rispondenze” nei confronti dell'altro. Il fine ultimo della relazione d'aiuto è identificabile

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

nell'*esercizio della cura dell'umano nella sua integralità*, di contro a una società che si limita riduttivamente a stimolare l'istintività e l'appagamento dei bisogni, o a dei contesti scolastici e formativi sempre più proiettati verso la promozione delle dimensioni attinenti allo sviluppo cognitivo-intellettivo e all'acquisizione delle competenze, a scapito di una crescita armonica della persona che contempli anche la sua sfera emotiva, relazionale, etica, spirituale; e a una società virtuale che mentre sollecita sul piano dell'immediatezza del sentire, lascia interamente scoperta la "sfera interiore" della persona, che ci costituisce come esseri chiamati primariamente a saper riconoscere e "abitare" il proprio interno (Musaio, 2010).

Bibliografia

- Besnier J. M. (2012), *L'homme simplifié. Le syndrome de la touche étoile*, Fayard, Paris (trad. it.: *L'uomo semplificato*, Vita e Pensiero, Milano, 2013).
- Breton D. (2015), *Disparaître de soi. Une tentation contemporaine*, Éditions Métailié, Paris (trad. it.: *Fuggire da sé. Una tentazione contemporanea*, Raffaello Cortina, Milano, 2016).
- Canevaro A. e Chierigatti A. (2015), *La relazione di aiuto. L'incontro con l'altro nelle professioni educative*, Carocci, Roma.
- Carkhuff, R. (1987), *The art of helping*, Human Resource Development Press, Amherst (trad. it.: *L'arte di aiutare*, Erickson, Trento, 2012).
- Gaggero G. (2013), *Comprendere l'altro: il circolo ermeneutico della relazione d'aiuto*, Mimesis, Milano.
- Han B-C. (2015), *The burnout society*, Stanford University Press, Stanford, CA.
- Hillman J. (1964), *Senex and Puer. An Aspect of the Historical and Psychological present*, Agenzia letteraria Roberto Santachiara (trad. it.: *Puer Aeternus*, Adelphi, Milano, 2001).
- Hillman J. (1967), *Insearch: Psychology and Religion*, Charles Scribner's Sons, New York, NY (trad. it.: *La ricerca interiore. Psicologia e religione*, Moretti&Vitali editori, Bergamo, 2010).
- Marias J. (1996), *Persona*, Alianza Editorial, Madrid (trad. it.: *Persona. Mappa del mondo*, Marietti, Genova, 1820, 2011).
- Masci S. (2016), *Le buone pratiche del counseling: le regole fondamentali per costruire una relazione d'aiuto ottimale*, FrancoAngeli, Milano.
- Mortari L. (2006), *La pratica dell'aver cura*, Mondadori, Milano.
- Musaio M. (2010), *Pedagogia della persona educabile. L'educazione tra interiorità e relazione*, Vita e Pensiero, Milano.
- Musaio M. (2016), *Realizzo me stesso. Educare i giovani alla ricerca delle possibilità*, Mimesis, Milano-Udine.
- Palmieri C. e Prada G. (2008), *Non di sola relazione. Per una cura del processo educativo*, Mimesis, Milano.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

Pessina A. (2016), *L'io insoddisfatto. Tra Prometeo e Dio*. Vita e Pensiero, Milano.
Ternynck C. (2012), *L'homme de sable. Pourquoi l'individualisme nous rende ma-
late*, Seuil, Paris (trad. it.: *L'uomo di sabbia*, Vita e Pensiero, Milano, 2012).

In sintesi

Sempre più frequentemente i professionisti della cura educativa si trovano a dover interpretare segnali di malessere diffuso, forme di disagio implicito e sfumato, espressione di una condizione generalizzata, diffusa ai nostri giorni, di non coincidenza del soggetto con se stesso, di un «suolo umano» impoverito (Ternynck, 2012), svuotato del suo humus di relazioni, legami e responsabilità, fragile e «insoddisfatto» (Pessina, 2015). Sia che si tratti della fatica di crescere da parte dei giovani, sia della difficoltà di educare da parte degli adulti, un magma di bisogni profondi inascoltati, tratteggia situazioni esistenziali che richiedono riflessione e competenze educative volte a riportare al centro l'attenzione per «l'uomo interiore» (Hillman, 2001). Ogni persona, infatti, è chiamata a vivere la ricerca di se stessa come percorso verso la propria interiorità (Musaio, 2010), riconoscendosi come essere che «abita» l'interno. In rapporto a tale rilevazione, i professionisti pedagogici della cura si trovano a dover interpretare una vera e propria *grammatica dell'interiorità* scritta oggi dai soggetti attraverso le loro fatiche, solitudini, ricerche interiori, motivazioni a realizzarsi. Con riferimento all'ambito operativo della consulenza pedagogica e della relazione d'aiuto, il contributo avanza la proposta di *un'ermeneutica educativa* per i professionisti pedagogici al fine di accrescerne alcune aree di competenza: a) l'interpretazione degli attuali bisogni esistenziali; b) l'autoriflessione come capacità di guardare dentro di sé per saper guardare all'altro da sé; c) la cura delle dimensioni interiori che ogni persona porta con sé, fondamentali tanto nella formazione delle identità quanto nella promozione del desiderio di esprimersi, di attuare il senso della propria personalità, di dare espressione alle proprie ricerche profonde. È dall'interiorità, infatti, che prende slancio il desiderio di costruirsi sul piano di una vita personale e relazionale. È l'interiorità che si rivela ambito depositario di quanto di più proprio l'essere umano porta con sé, e al tempo stesso nucleo centrale di una *relazione educativa d'aiuto* che prende avvio dall'assunto del prendersi cura di sé per essere in grado di prendersi cura degli altri e di chi ci viene affidato.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

Apprendere la relazione nella cura

di *Lorenza Franceschini, Riccarda Camellini, Elena Casadei-Turroni, Rita Fantuzzi, Valentina Giorgi, Cinzia Gradellini e Daniela Mecugni*

Introduzione

La professione infermieristica è definibile come una professione altamente “arrischiante” (Casadio, 2007) poiché l'incontro costante con l'esistenza ferita dalla malattia pone i professionisti in una condizione di continuo confronto con gli aspetti dell'essere e del sapere. *Assistere e infermo* sono parole che declinano l'essenza della professione, ovvero, dedicare tempo e prendersi cura di chi, smarrito dalla malattia, non riesce a ri-significare il proprio tempo di vita.

Ogni essere umano si trova nel mondo per abitarlo con altri esseri umani; è dunque in una situazione di con-essere, in uno spazio di relazione e di incontro di progettualità che può diventare co-progetto, quando siano convergenti le intenzionalità verso un unico fine. È proprio in questo spazio che la relazione assume un aspetto di cura. Questa significa l'aver a cuore l'esserci dell'altro e del suo progetto di vita e impone il confronto con il proprio (Iori, 2006). Lo studente che sceglie di intraprendere questa professione è costretto a uscire dalla rassicurante realtà di studio teorico per realizzare, nei luoghi di tirocinio, esperienze relazionali intense che richiedono competenze specifiche (Amanducci e Franceschini, 2007).

L'obiettivo del percorso accademico triennale è quello di formare un professionista consapevole del proprio sé, capace di sviluppare, mantenere e alimentare quelle competenze che sono le «qualità umane del professionista della cura» (Bruzzone, 2014, p.16): l'abilità comunicativa, la capacità empatica, ma anche gentilezza, rispetto, attenzione, attitudine riflessiva, equilibrio emozionale, motivazione, resilienza, flessibilità, spirito cooperativo e doti di *leadership* (*ibidem*).

Le competenze distintive della relazione di aiuto richiedono la capacità di sostare, nell'incertezza e nel tempo fermo della malattia, senza pre-

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

tendere risposte salvifiche immediate e universali, ma rispettando l'individualità dell'assistito. Il tempo della cura, infatti, permette di accogliere dubbi e ricercare senso sulla paura della fine, della solitudine, così come sulla vergogna di un corpo-persona, a volte dolente e scomodo. Questo diventa soggetto di emozioni, rivendicando ascolto, solidarietà e comprensione (Amanducci e Franceschini, 2007).

Le competenze relazionali sono trasversali a ogni attività assistenziale che lo specifico professionale richiede. La formazione ha, dunque, il dovere di accompagnare lo studente ad acquisire consapevolezza, capacità di rileggersi, di legittimarsi, di fare manutenzione delle proprie competenze, dando nuovi significati alla luce di nuove esperienze. Lo studente infermiere deve acquisire rapidamente competenze cognitive, imparare a gestire relazioni complesse ed esperienze di limite, come il contatto con il dolore, la malattia e la morte.

È, dunque, nella complessità, la discriminante forte che si oppone al fatto che lo studente possa “conoscere” la teoria ma non sappia “agire” nei confronti del malato. Il sapere marcato dalla complessità (Morin, 2000) richiede la formazione dello studente a un agire sapiente, consapevole e capace di riflettere sulle azioni di cura, riconoscendone le matrici intellettuali, scientifiche e operative, ma anche l'impegno a riflettere su se stesso, sulle proprie emozioni e su come esse influiscono sia sulla percezione di sé, sia sulla modalità di agire la relazione.

Obiettivo della formazione è di non lasciare lo studente “a mani nude” (Casadio, 2007), ma di accompagnarlo a lavorare sulle proprie risorse emotive, sulle abilità comunicative e riflessive. Tali elementi risulteranno utili per vivere efficacemente la relazione con se stesso e con gli altri, ma anche per non divenire vittima dell'anaffettività richiesta dai tempi organizzativi.

Offrire percorsi didattici di riflessione sulla propria identità, nei suoi diversi significati impone, ai formatori, una costante analisi e ricerca, al fine di elaborare un modello capace di guidare l'acquisizione di conoscenze, competenze e rendendo leciti incertezza e dubbio. Risulta evidente che gli stessi formatori debbano lasciarsi condurre là dove lo studente ha necessità di andare e debbano essere in grado di lavorare sul contesto d'aula, utilizzando strategie e strumenti personalizzati. Inoltre, il ruolo del formatore è anche quello di vigilare sulla dimensione degli affetti, dei significati e dei tempi della relazione, sviluppando consapevolezza di sé come strumento educativo e come modello.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

Il percorso didattico

La metodologia formativa scelta dal Corso di Studi (CdS) in Infermieristica dell'Università di Modena e Reggio Emilia, sede di Reggio Emilia, per accompagnare lo studente all'apprendimento delle competenze comunicativo-relazionali, è orientata al recupero delle esperienze degli studenti (Bruzzone, 2014): partendo dai vissuti dello studente, si promuove la riflessività sull'esperienza stessa al fine di renderla consapevole e formativa. Identificare e nominare le proprie emozioni, provando a decostruire schemi rigidi di analisi/pensiero, stimola la ricerca di senso, guida l'esplorazione di nuove possibilità, riconoscendo la ricchezza del dubbio e diventando un'ottima palestra formativa del sé umano e professionale.

La complessità di tale modello formativo richiede una declinazione delle attività didattiche sui tre anni di corso, che tenga in considerazione un aumento di complessità sulla base delle competenze precedentemente acquisite. Nella declinazione di tali competenze si fa riferimento a *hard* e *soft skill*. Se per *hard skill* si intendono le conoscenze specialistiche e tecniche specifiche, le *soft skill* o abilità trasversali, sono di carattere cognitivo, sociale, emotivo e relazionale che permettono di approcciarsi positivamente ai cambiamenti e alle relazioni. Sono, dunque, un insieme di abilità personali necessarie per co-costruire relazioni, comportamenti e atteggiamenti che impattano positivamente sulla vita personale e professionale dell'infermiere.

La finalità del percorso triennale è quella di permettere allo studente di:

- sviluppare e maturare la capacità di esercitare la riflessività, in contesti progressivamente più complessi dal punto di vista relazionale;
- sensibilizzare ai valori professionali e personali implicati nell'assistenza;
- analizzare i principali stereotipi e pregiudizi sulla professione e sull'utenza;
- attivare un percorso di consapevolezza sul riconoscimento e la legittimazione delle emozioni del professionista e della persona/famiglia;
- sperimentare le principali tecniche di conduzione del colloquio di aiuto;
- sensibilizzare al tema della resilienza e alle strategie di adattamento nelle malattie croniche;
- sviluppare competenze di comunicazione assertiva;
- sperimentare ambiti di etica applicata;
- sperimentare la responsabilità nella presa in carico in contesti interculturali.

Si specifica che il gruppo di formatori, tutor del CdS, ha una preparazione specifica avanzata sulla relazione d'aiuto (Corsi di Perfezionamento

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

in Counseling o Master di 1° livello). Le strategie utilizzate sono diverse e specifiche per anno di corso.

Le attività per il primo anno prevedono due laboratori: il primo appropria le caratteristiche della comunicazione, il riconoscimento delle emozioni e la consapevolezza di eventuali stereotipi e pregiudizi, segue un'esercitazione esperienziale che ha lo scopo di costruire un *setting* che favorisca il contatto con la dimensione emotiva correlata alla messa in atto di alcuni atti assistenziali, come occuparsi dell'igiene della persona, imboccare e mobilizzare, tutti agiti da paziente e infermiere.

In questo laboratorio viene utilizzata l'inversione di ruolo (Alonzi e Dell'Olio, 2003) che consiste nel provare a mettersi nei panni dell'altro. Tale inversione viene attivata nel momento in cui la persona prova a vedere il punto di vista dell'altro, tentando di percepire la stessa sensazione. In questo contesto, gli studenti sono stimolati a riflettere sui gesti di cura e sulla dimensione emotivo-relazionale percepita nel ruolo dell'infermiere e del paziente.

Per lo svolgimento del laboratorio, gli studenti vengono accolti in plenaria e introdotti all'esperienza attraverso un esercizio di riscaldamento che utilizza il movimento come veicolo per scoprire la propria identità in relazione all'altro. Tale passaggio si basa sul presupposto che mente, corpo e relazione costituiscono la consapevolezza emotiva dei corpi in un uno scambio comunicativo reciproco e continuo (Bellia, 2007). Successivamente, piccoli gruppi di dieci/dodici studenti, vengono accompagnati all'interno dei diversi *step*:

- imboccare ed essere imboccati;
- il piacere della toeletta;
- sollevare ed essere sollevati.

All'interno di ogni stazione lo studente sperimenta sia il ruolo del paziente, sia il ruolo dell'infermiere. Al termine dell'attività, il formatore conduce alla riflessione considerando più livelli:

1. livello cognitivo: ricordo e re-visione di cosa è successo attraverso la focalizzazione delle azioni compiute;
2. livello emotivo: finalizzato allo sviluppo della consapevolezza personale;
3. livello proiettivo: ricerca delle analogie e delle differenze con il ruolo professionale immaginato.

Quest'ultimo livello risulta un passaggio fondamentale per l'apprendimento perché stabilisce un ponte di significatività tra ciò che si sta simu-

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

lando e il futuro professionale. Per lavorare sui tre livelli descritti si utilizzano le seguenti domande stimolo sottoposte agli studenti:

- cosa è successo?
- nel ruolo di paziente: Come mi sono sentito nei panni del paziente? Cosa mi è piaciuto? C'è qualcosa che mi ha infastidito? Se sì, cosa?
- nel ruolo di infermiere: Come mi sono sentito? Quali analogie e differenze ho identificato con il mio futuro di infermiere?
- cosa ho imparato?

Al termine, agli studenti viene richiesto di riportare su post-it la risposta alle domande che verranno successivamente condivise dal formatore, sottolineando i passaggi significativi. Nella conclusione del laboratorio, gli studenti rientrano in plenaria per una breve condivisione dell'esperienza.

Per i due laboratori del secondo anno di corso si utilizza il role playing per simulare relazioni complesse realmente accadute. Questa strategia viene utilizzata in più laboratori del triennio, per favorire esperienze che permettono l'apprendimento delle abilità comunicative e relazionali, attraverso lo sperimentare se stessi in relazione agli altri e all'incertezza delle situazioni (Zannini, 2015). Per questo laboratorio, il CdS collabora con attori professionisti, esperti di relazione d'aiuto.

Nel primo laboratorio, l'attore gioca il ruolo del paziente, uno studente volontario il ruolo dell'infermiere. Il copione descrive il percorso assistenziale di una persona degente in contesto chirurgico, a cui viene diagnosticata una neoplasia. Durante la degenza il paziente viene considerato una persona indisponente: stargli vicino è difficile perché appare incontentabile e spesso reagisce con rabbia. Lo svolgimento del laboratorio ripercorre i seguenti passaggi:

- presentazione al gruppo (venti studenti) della metodologia utilizzata;
- individuazione dello studente, consegna del copione e preparazione da parte del tutor conduttore;
- suddivisione del gruppo in due sottogruppi e condivisione dei mandati di osservazione di attore (I gruppo) e studente (II gruppo) relativamente agli aspetti della comunicazione e ai vissuti percepiti attraverso una griglia di lettura strutturata;
- svolgimento del role-playing;
- riflessioni e commenti su quanto emerso;
 - conclusioni a cura del formatore che riprende e sottolinea i comportamenti che hanno generato effetti positivi, recuperando gli aspetti non efficaci nella comunicazione e nella relazione d'aiuto (Castagna, 2002).

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

Il secondo laboratorio, previsto durante il periodo di tirocinio, si svolge con circa dieci studenti a cui viene dato il mandato di portare una situazione vissuta in tirocinio, caratterizzata da dinamiche relazionali difficili. Lo svolgimento del laboratorio ripercorre i seguenti passaggi:

- condivisione delle narrazioni;
- scelta condivisa di una narrazione che verrà agita in role-playing;
- costruzione del copione semi-strutturato e attribuzione dei ruoli;
- svolgimento del role-playing;
- riflessioni e conclusione a cura del formatore.

Anche per il terzo anno di corso sono previsti due laboratori, che attraverso l'uso di copioni semi-strutturati, role-playing e narrazioni, portate dagli studenti dalle loro esperienze di tirocinio, permettono di sperimentare la comunicazione assertiva in situazioni conflittuali in-equipe, riflettere sulle caratteristiche della *leadership* e identificare il proprio ruolo nella relazione in contesti ad alta complessità organizzativa.

Valutazione del percorso didattico

La valutazione dell'attività didattica, soprattutto se relativa ad abilità affettivo-relazionali, risulta essere difficile laddove i contesti clinici non richiedono, apparentemente, competenze di questo tipo e dove le priorità assistenziali sono più orientate al tecnicismo. Spesso gli studenti infermieri riportano difficoltà, non tanto nel gestire abilità psicomotorie, quanto nel comprendere e capire se, in un *setting* relazionale complesso, essi siano stati efficaci, se gli studenti abbiano realmente compreso empaticamente il vissuto dell'assistito e/o se si siano fatti "travolgere" dalle proprie emozioni. Più elevato è il livello di tecnicismo del contesto, più alto risulta essere questo disagio. Tale elemento si riscontra con meno frequenza nei contesti in cui lo studente vive situazioni affettivo-relazionali complesse, dove è presente e tangibile una spiccata sensibilità degli operatori verso una presa in carico centrata sulla persona e non sulla malattia. In questo contesto, lo studente spesso riporta un adeguato livello di *performance* e vede agire modelli di comportamento che sono congruenti con quanto proposto dalla formazione universitaria.

Alla luce della complessità descritta, sono stati previsti diversi momenti e modalità di valutazione dell'attività di laboratorio. Una prima valutazione viene effettuata al termine del laboratorio con la compilazione di *post-it*, da parte dei partecipanti, presentati con semplici domande stimolo: cosa ti è

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

piaciuto; cosa non ti è piaciuto; cosa cambieresti di questo laboratorio. L'analisi dei commenti porta ad affermare che i laboratori hanno sempre avuto un alto livello di gradimento da parte degli studenti.

Un secondo strumento di valutazione è un questionario anonimo che viene somministrato, per tutte le attività didattiche svolte, a fine semestre. Il questionario è formato da sette domande chiuse, una domanda aperta e indaga: correlazione con la teoria, raggiungimento degli obiettivi, tempo dedicato, trasferibilità delle competenze, eventuali suggerimenti.

Dai questionari raccolti, somministrati a 70 studenti, emerge che il 97% riferisce di aver raggiunto gli obiettivi di apprendimento e che il 96% considera che il laboratorio potrà essere utile nel suo futuro professionale.

La parte di valutazione più ardua, relativa agli aspetti affettivo-relazionali, richiede una costante valutazione, in termini di ricaduta formativa, durante il percorso di tirocinio. Si specifica che la scheda di valutazione delle attività di tirocinio (SVAT) propone una sezione che analizza la dimensione affettivo-relazionale, con relativo *grading* (Finotto et al., 2017), che viene anche utilizzata come indicatore della ricaduta del laboratorio.

Nell'anno accademico 2016-2017, sono state effettuate complessivamente 570 valutazioni di tirocinio. Considerando esclusivamente le 45 valutazioni insufficienti, 28 (62.2%) evidenziano una valutazione media di 24/30, nell'area affettivo-relazionale.

Nonostante gli studenti affermino che il piano di studi dovrebbe dedicare più tempo agli aspetti relazionali nelle attività di laboratorio, i dati relativi alle valutazioni di tirocinio ci portano a considerare tale area come la meno problematica. Un'ulteriore conferma dell'efficacia dell'attività didattica, sono i dati emersi da uno studio descrittivo sulle competenze infermieristiche del neo-laureato (Mecugni et al., 2013). Tale studio analizza la percezione dei coordinatori relativamente alle competenze nelle aree della presa in carico: comunicazione-relazione, e deontologia professionale sono le competenze che hanno ottenuto i valori medi più alti.

Nonostante le competenze menzionate siano molto legate alle esperienze precedenti, si può supporre che il percorso formativo abbia fornito una base per sviluppare attenzione e competenza nella relazione con utenti e colleghi.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

Conclusioni

Da quanto riportato dagli studenti nella loro valutazione, le attività sulle tematiche affettivo-relazionali risultano gradite ma, soprattutto, efficaci nel raggiungimento degli obiettivi didattici. Inoltre, gli studenti ritengono che quanto appreso risulta sicuramente spendibile nel futuro professionale.

Negli anni, le valutazioni e i suggerimenti sono sempre stati considerati. Questo ha portato a un incremento dei tempi dedicati alla riflessione e alla programmazione di ulteriori laboratori/rientri nei tre anni di corso. Alla luce di tali risultati, per portare avanti un discorso omogeneo sulla difficile relazione d'aiuto, si è iniziato a proporre anche agli infermieri guida di tirocinio un percorso specifico, gestito dagli stessi formatori e riconosciuto con crediti ECM, per aiutarli ad accompagnare gli studenti nella crescita delle competenze relazionali.

Considerando l'indiscutibile difficoltà legata agli argomenti in oggetto e nonostante l'incentivazione, negli anni, delle attività dedicate, la formazione, per gli studenti, rimane ancora non esaustiva. Tale richiesta nasconde la ricerca di ricette che la competenza relazionale non ha, ma allo stesso modo evidenzia l'acquisizione di un importante livello di consapevolezza.

Bibliografia

- Alonzi C. e Dell'Olio R. (2003), *Prender corpo nel corpo*, in Giorgino E. e Tousijn W (a cura di), *Attraversando terre incognite: una sfida per la professione infermieristica*, *Salute e Società*, II, 1, FrancoAngeli, Milano.
- Amaducci G. e Franceschini L. (2007), *Formazione e professionalità infermieristica: i sentimenti come risorsa*, in Bruzzone D. e Musi E. (a cura di), *Vissuti di cura. Competenze emotive e formazione nelle professioni sanitarie*, Guerini Scientifica, Milano.
- Bellia V. (2007), *“Se la cura è una danza”: la metodologia espressivo-relazionale nella danzaterapia*, FrancoAngeli, Milano.
- Bruzzone D. (2014), *“Il fattore umano e l'approccio fenomenologico nella formazione al lavoro di cura”*, *Encyclopaideia*, XVIII, 39: 9-20.
- Casadio I. (2007), *Il coraggio di partire da sé per tornare a sé*, in Bruzzone D. e Musi E. (a cura di), *Vissuti di cura. Competenze emotive e formazione nelle professioni sanitarie*, Guerini Scientifica, Milano.
- Castagna M. (2002), *Roleplaying, autocasi ed esercitazioni psicosociali. Come insegnare comportamenti interpersonali*, FrancoAngeli, Milano.
- Finotto S., Gradellini C., Bandini S., Burrai F., Lucchi Casadei S., Villani C., Vincenzi S. e Mecugni D. (2017), *“Validazione multicentrica di uno strumento di valutazione delle attività di tirocinio (SVAT) degli studenti infermieri”*; *Professioni Infermieristiche*, 70, 2: 85-92.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

Iori V. (2006), *Quando i sentimenti interrogano l'esistenza. Orientamenti fenomenologici nel lavoro educativo e di cura*, Guerini Scientifica, Milano.

Mecugni D., Sforacchi F., Amaducci G., Iemmi M. e Finotto S. (2013), "Competenze infermieristiche e formazione di base: studio descrittivo", *Assistenza Infermieristica e Ricerca*, 32: 139-146.

Morin E. (2000), *La testa ben fatta*, Raffaello Cortina, Milano.

Zannini L. (2015), *Fare formazione nei contesti di prevenzione e cura. Modelli, strumenti e narrazioni*, Pensa MultiMedia, Lecce.

In sintesi

Le competenze relazionali sono trasversali a ogni attività assistenziale: la formazione ha, dunque, il dovere di accompagnare lo studente ad acquisire consapevolezza e abilità. La complessità di tale modello formativo richiede una declinazione delle attività didattiche sui tre anni di corso che tenga in considerazione un aumento di complessità sulla base delle competenze acquisite. Per valutare il progetto didattico triennale sono stati previsti diversi momenti e modalità di valutazione. Dalla valutazione del progetto didattico emerge che le attività svolte risultano gradite, efficaci e spendibili nel futuro professionale.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

L'accompagnamento degli studenti fragili: l'esperienza del Corso di Studio in Infermieristica dell'Università degli Studi di Brescia

di *Daniela Guarneri, Maurizio Rota e Paolo Carlo Motta*

Background

Nella realizzazione di attività formative professionalizzanti (tirocini), il termine “studente fragile” indica sovente colui che presenta difficoltà nelle aree della conoscenza, della pratica in genere, della sicurezza e delle relazioni interpersonali. Nei suoi confronti, è pertanto essenziale rinegoziare e riadattare i percorsi formativi, prevedendo un piano d'azione personalizzato e valutando la necessità di integrare ulteriori esperienze e occasioni di apprendimento (Conferenza Permanente dei Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie, 2010).

L'insuccesso accademico degli studenti infermieri è un fenomeno di crescente interesse generale, non solo per il suo impatto economico ma anche per le ripercussioni negative sulla disponibilità di futuri infermieri da inserire nei diversi sistemi sanitari (Lancia et al., 2013). In Italia, l'insuccesso accademico degli studenti infermieri non è ancora sistematicamente documentato; il tasso medio di abbandono degli studi è pari al 19-20% (Destrebecq et al., 2008) mentre, secondo stime della Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI (2010), il tasso complessivo di insuccesso accademico (che comprende l'abbandono) si attesterebbe intorno al 35-37%. Il fenomeno è associato a una complessa interazione di fattori individuali (ad esempio età, genere, etnia),¹ istituzionali (ad esempio strategie di reclutamento e selezione) e politici (ad esempio l'immagine socialmente riconosciuta di infermiere) (Urwin et al., 2010). L'analisi della letteratura evidenzia una maggiore attenzione verso lo studio di caratteristiche intrinseche dello studente infermiere, come i dati socio-anagrafici; meno considerati risultano i

¹ Lo studio a cui fa riferimento Urwin è stato condotto in UK dove si era osservato che studenti provenienti da Irlanda e Zimbabwe avevano minori probabilità di concludere il corso di studi.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

fattori organizzativi e strutturali dei corsi di studio o i fattori politici e professionali che rappresentano il contesto in cui questi si sviluppano (Dante et al., 2011).

Malgrado la riconosciuta multifattorialità del fenomeno (Urwin et al., 2010) gli studi si concentrano quasi sempre sulla verifica di un'unica variabile quale possibile determinante di successo o insuccesso (Dante et al., 2011). Inoltre, non è ancora disponibile una definizione condivisa di insuccesso accademico. La definizione fornita da Taylor (2005), che annovera gli studenti che per qualsiasi motivo lasciano il corso di studi, stima prevalentemente l'abbandono; quella fornita precedentemente da Glossop (2002), invece, si focalizza sulla differenza tra il numero di studenti iscritti al corso e il numero di coloro che lo completano nei tempi previsti, includendo nel tasso di insuccesso non solo gli studenti che abbandonano, ma anche quelli che, pur rimanendo iscritti, non riescono a completare il percorso nei tempi previsti (Dante et al., 2011).

Secondo la revisione di Pitt et al. (2012), i fattori che maggiormente impattano sull'insuccesso accademico degli studenti infermieri sono riconducibili a quattro categorie: fattori demografici, accademici, cognitivi e legati a tratti di personalità e caratteriali. I fattori demografici includono età, genere, etnia e impiego lavorativo. Per quanto riguarda i fattori demografici, molti autori hanno rilevato maggiori probabilità di successo accademico per gli studenti maturi (di età pari o superiore a 26 anni), altri per quelli di genere femminile. I fattori di rischio per insuccesso accademico includono, invece, mantenere, contestualmente al corso di studi, un'attività lavorativa per più di 16 ore settimanali (*ibidem*) e gestire un carico familiare. La presenza di una rete di supporto familiare, amicale, universitaria e di comunità durante il percorso di studi impatta favorevolmente sul successo accademico dello studente. Tra i fattori accademici, un punteggio elevato al test di ammissione è fattore predittivo di migliori performance durante il corso di studi (Pitt et al., 2013). L'abilità di elaborare informazioni e di ragionamento sono tra le qualità essenziali richieste a un professionista infermiere. La letteratura suggerisce l'esistenza di una possibile relazione tra competenze di pensiero critico e performance accademiche (Pitt et al., 2012). Infine, studenti con elevati livelli di ansia tendono a commettere più errori durante le loro performance cliniche (Cheung e Au, 2011).

Secondo la letteratura, feedback efficaci, elevati livelli di supervisione e ricorso a una pratica autoriflessiva promuovono l'apprendimento dello studente (Black e William 1998). L'adozione di metodologie tutoriali, soprattutto quando offerte in modo intensivo, sembra influenzare il successo accademico (Palese et al., 2007; McGann e Thompson, 2008), così come il

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

differenziamento del sostegno tutoriale offerto agli studenti, supportando maggiormente i più fragili (Cadorin et al., 2011; Watts, 2011).

Analisi di contesto

La motivazione principale che ha condotto alla progettazione degli interventi di accompagnamento risiede nella numerosità degli studenti che non superano o decidono di non sostenere l'esame finale di tirocinio. Per poter sostenere l'esame finale di tirocinio devono essere soddisfatte le seguenti condizioni: aver frequentato la totalità delle ore di tirocinio, aver ottenuto la valutazione di tutte le esperienze di pratica sul campo, aver conseguito una valutazione positiva in almeno due su tre esperienze di tirocinio del terzo anno (tab. 1).

Tab. 1 – Esame finale di tirocinio/infermieristica/Unibs

Anno accademico	N Studenti	Percentuale fallimento
2011/2012	8/114	7%
2012/2013	28/124	23%
2013/2014	24/116	21%
2014/2015	9/90	10%
2015/2016	19/120	16%

Ulteriore leva è rappresentata dalla presenza di studenti iscritti al terzo anno di corso che evidenziano fragilità relativamente all'abilità di osservazione, alla consapevolezza del proprio ruolo di studente in formazione, alla capacità di condurre un accertamento e di garantire interventi assistenziali sicuri per il paziente e l'operatore (competenze attese già al primo anno di corso) e che quindi richiedono percorsi *ad hoc* non riducibili alla mera ripetizione di esperienze didattiche.

Obiettivo

Obiettivo del progetto è la co-costruzione e l'applicazione di strumenti volti a facilitare l'acquisizione di competenze cognitivo-intellettuali (pensiero critico, abilità di *problem solving* e *decision making* e sviluppo di ca-

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

pacità di auto apprendimento) e psico-motorie (capacità di osservare, interpretare, imitare, sperimentare e applicare in contesto reale interventi tecnico professionali) per studenti fragili.

Metodi

Il progetto consta delle seguenti fasi: identificazione degli studenti fragili e successiva inclusione, analisi dei bisogni formativi dei partecipanti, progettazione degli interventi didattici, attuazione del programma e verifica dei risultati. Attraverso la revisione della letteratura e l'analisi di contesto si è proceduto all'identificazione dei criteri di inclusione.

In particolare, sono stati considerati i fattori associati a insuccesso accademico degli studenti infermieri secondo il modello di Urwin e collaboratori (2010). Inoltre, l'analisi di contesto ha consentito di identificare, quali criteri aggiuntivi, la negatività in almeno una valutazione certificativa di tirocinio clinico del terzo anno o un profilo di competenze non in linea con i risultati attesi.

Tutti gli studenti rispondenti ai criteri sopraelencati sono stati invitati a partecipare al percorso, che ha avuto inizio con una sessione tutoriale *one to one* volta all'analisi dei bisogni formativi, espliciti e non manifesti, dei partecipanti, propedeutica alla definizione dei singoli obiettivi di apprendimento. Il percorso prevede partecipazione su base volontaria; l'adesione alla proposta è stata assoluta.

Sono stati coinvolti sette studenti. La totalità del campione si caratterizza per la negatività in almeno una valutazione certificativa di tirocinio. Dalla sessione tutoriale emerge in tutti gli studenti un metodo di studio superficiale e la percezione di alti livelli di stress durante il tirocinio. Quattro studenti su 7 (67%), 3 su 7 (43%) lavorano e 2 su 7 (29%) hanno un significativo carico familiare.

L'intervento formativo muove, come precedentemente esplicitato, da una sessione tutoriale rivolta al singolo studente della durata di circa un'ora condotta da un tutore professionale. Le finalità di tale incontro sono: accompagnare lo studente nella stesura del bilancio di competenza,² promuovendo l'autovalutazione, favorire l'esplicitazione degli schemi cognitivi del singolo al fine di individuare i bisogni formativi consapevoli e non consapevoli e le strategie facilitanti l'apprendimento a esso più funzionali.

² Il bilancio di competenze consiste in un dispositivo di sostegno al processo di produzione di una risposta adeguata a risolvere i problemi professionali concreti (o percepiti come concreti dalle persone) presenti in specifiche situazioni o contesti di transizione al lavoro o nel lavoro (Ruffini e Sarchielli, 2001).

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

I campi di attenzione da privilegiare sono riconducibili alle competenze cognitive associate alla pratica infermieristica e al processo decisionale (capacità di procedere a una valutazione globale e sistemica del paziente, utilizzando strumenti e sistemi adatti, tenendo conto dei fattori fisici, sociali, culturali, psicologici, spirituali e ambientali; capacità di riconoscere e interpretare nella persona segni di normalità e di cambiamento nella condizione di salute/malattia, di stress o disabilità; capacità di esprimere giudizi clinici solidi e affidabili per garantire il rispetto di standard qualitativi e assicurare una pratica basata sulle prove di efficacia; capacità di conoscere e applicare il problem solving ed il processo decisionale) e competenze associate all'uso appropriato di interventi, attività e abilità infermieristiche finalizzate a fornire un'assistenza ottimale (capacità di rispettare la dignità, la privacy e la riservatezza del paziente; capacità di garantire la protezione e prevenzione del rischio correlato agli interventi di mobilitazione, controllo delle infezioni, primo soccorso e procedure di emergenza; capacità di gestire in modo sicuro i farmaci e le altre terapie; capacità di personalizzare l'assistenza dal punto di vista fisico e psicologico, includendo il soddisfacimento dei bisogni di comfort, alimentazione, igiene personale e consentendo alla persona di mantenere l'autonomia necessaria a svolgere le attività di vita quotidiana; capacità di soddisfare i bisogni della persona durante tutto il corso della vita nell'esperienza di salute/malattia; capacità di informare, educare il paziente, i famigliari e le persone a lui significative) (Tuning, 2006).

In relazione ai bisogni che si sono evidenziati, si è proceduto alla progettazione degli interventi didattici. L'esperienza si è realizzata dal 5 luglio 2016 al 15 settembre 2016 presso le Aule Esercitazioni del CLI sede di Brescia e ha previsto sei incontri per una durata complessiva di 26 ore, esclusa la sessione tutoriale e l'inclusione nel percorso formativo (totale: 30 ore/studente). Il calendario degli incontri ha previsto cadenza quindicinale, così da consentire allo studente il consolidamento della proposta d'aula e lo svolgimento dei lavori assegnati. La progettazione e conduzione dell'esperienza è stata garantita da due tutori professionali. La presenza congiunta dei medesimi tutori professionali per tutta la durata del percorso ha assicurato un elevato livello di intensità di tutorato (rapporto tutore/studente 2:7) e permesso il monitoraggio degli apprendimenti del gruppo. Inoltre, avere un unico e costante riferimento ha favorito l'instaurarsi di un clima di fiducia.

Il progetto, strutturato secondo una logica di complessità crescente, ha previsto quattro fasi.

La prima fase aveva come obiettivo il recupero dei contenuti *core* relativi alle problematiche prioritarie di salute, attraverso la costruzione guidata di mappe concettuali. Le mappe concettuali rappresentano uno degli stru-

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

menti che meglio possono aiutare il tutore nella sua fondamentale funzione di sostegno dello studente nel comprendere le situazioni collegando informazioni e conoscenze (Gamberoni, Marmo, Bozzolan, Loss e Valentini, 2009). Durante il primo incontro si è proceduto all'identificazione dei problemi prioritari di salute e si è accompagnato il gruppo di studenti nella costruzione della mappa concettuale inerente uno di essi, lasciando, come mandato l'elaborazione autonoma delle restanti mappe.

La seconda fase ha previsto un laboratorio cognitivo. Il laboratorio cognitivo, utilizzando il metodo dei casi, allena il pensiero critico, il ragionamento diagnostico, l'abilità di risolvere problemi e prendere decisioni, stimolando la riflessione (Zannini, 2015). La discussione del caso ha previsto quale prerequisito la conoscenza delle problematiche di salute sintetizzate tramite le mappe concettuali. Al termine della sessione, è stato chiesto agli studenti di stendere una pianificazione assistenziale partendo dai dati proposti nel caso, che è stata poi oggetto di discussione nell'incontro successivo.

La terza fase ha previsto un laboratorio metodologico. Il laboratorio metodologico si propone di far acquisire abilità particolarmente qualificanti nello sviluppo della competenza infermieristica nell'ambito della metodologia dell'assistenza infermieristica. I dati sono stati aggregati secondo i Modelli Funzionali di Salute di Gordon; quindi si è proceduto all'identificazione dei modelli disfunzionali, alla definizione delle diagnosi secondo il modello *North American Nursing Diagnosis Association International* (NANDA), alla formulazione degli obiettivi e alla pianificazione degli interventi assistenziali.

La quarta fase ha previsto un laboratorio di *skill* finalizzato all'acquisizione delle competenze gestuali attese per l'esercizio della professione (Zannini, 2015). Agli studenti del Corso di Studi in Infermieristica, Università degli Studi di Brescia, sono state fornite revisioni della letteratura elaborate da docenti e tutori professionali delle diverse sedi, inerenti le principali procedure da apprendere. Il gruppo è stato guidato nell'individuazione del rationale scientifico di ogni raccomandazione di una delle revisioni, lasciando il medesimo mandato per le restanti revisioni. Durante l'incontro, inoltre, si è proceduto alla costruzione di gruppo di una *check list* generale in grado di orientare lo studente nell'esecuzione appropriata, sicura ed efficiente delle procedure. La quarta fase si è conclusa con una sessione esercitativa.

La quinta e ultima fase coincide con la simulazione dell'esame di tirocinio. A ogni studente è stato chiesto di discutere un caso sia dal punto di vista clinico che metodologico e di eseguire una procedura assistenziale su manichino. Al termine della performance, è stata garantita la trasmissione del feedback sia da parte del tutore che del gruppo. La conduzione di ogni

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

incontro ha previsto una sessione di *briefing*, durante la quale sono stati presentati gli obiettivi formativi, la metodologia didattico-tutoriale utilizzata, il programma e i risultati attesi. In ogni seduta sono stati trasmessi feedback formativi atti a orientare e riorientare gli apprendimenti degli studenti e che sono stati input per i *debriefing* conclusivi. Obiettivo del *debriefing* è stato analizzare il guadagno formativo nonché riflettere circa le aree di maggior fragilità evidenziate.

Risultati

Gli studenti hanno partecipato attivamente. I feedback forniti dai tutor professionali e le occasioni di autovalutazione garantite hanno favorito il bilancio delle competenze. Durante la simulazione della prova finale, i formatori hanno riscontrato: evoluzione nelle conoscenze, maggior abilità nella pianificazione di interventi assistenziali e nell'esecuzione di pratiche infermieristiche. Dal questionario, che ha sondato l'utilità percepita del percorso, emerge che gli obiettivi formativi dichiarati nel programma sono stati raggiunti; gli studenti sostengono di sentirsi più sicuri e di aver individuato le proprie aree di fragilità sulle quali focalizzarsi per costruire solide competenze professionali. Il 43% degli studenti che hanno partecipato al percorso ha superato l'esame finale di tirocinio (sessione autunnale e primaverile). Per meglio comprendere il risultato è necessario considerare i fattori soggettivi relativi allo studente (Urwin, 2010), la disomogeneità dei percorsi (due studenti hanno seguito un percorso di riconoscimento carriera) e i percorsi non regolari (condizioni di fuori corso e di ripetente). Inoltre, il bilancio iniziale di competenza evidenziava fragilità importanti; l'evoluzione riscontrata, probabilmente non è stata sufficiente a colmare il gap tra competenze acquisite e livelli attesi. Non è da trascurare la crescita quali-quantitativa dell'offerta formativa della sede universitaria e l'inevitabile incremento degli standard attesi in esame.

Conclusioni

L'esperienza suggerisce l'utilità del percorso progettato, riproponibile ad altri studenti in "difficoltà". È auspicabile l'implementazione di ulteriori attività autoriflessive per orientare la progettazione, quali la formalizzazione del contratto di auto apprendimento e la tenuta del diario. Il percorso potrebbe essere integrato implementando una sessione tutoriale atta ad allenare le abilità comunicativo-relazionali. Per rispondere alle esigenze espresse

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

dagli studenti sono stati calendarizzati due ulteriori incontri; nonostante la flessibilità organizzativa dimostrata, emerge la necessità di riconsiderare i tempi. Infine, risulta di fondamentale importanza proporre percorsi analoghi a studenti identificati come “fragili” già a partire dal primo anno di corso; tale approccio, ci si auspica, oltre a facilitare il successo accademico, potrebbe ridurre il tasso di abbandono.

Bibliografia

- Black P. e William D. (1998), “Assessment and classroom learning”, *Assessment in Education*, 5, 1: 7-73.
- Candorin L., Suter N., Saiani L., Williamson S.N. e Palese A. (2011), “Self-Rating Scale of Self-Directed Learning (SRSSDL): preliminary results from the Italian validation process”, *Journal of Research in Nursing*, 16, 4: 363-373.
- Cheung R.Y.M. e Au T.K. (2011), “Nursing students’ anxiety and clinical performance”, *Journal of Nursing Education*, 50, 5: 286-289.
- Dante A., Palese A. e Lancia L. (2011), “Successo e insuccesso accademico degli studenti infermieri, tendenze nazionali ed internazionali: revisione della letteratura”, *L’infermiere*, 48, 4: e35-e42.
- Destrebecq A., Destefani C. e Sponton A. (2008), “Abandonment of nursing course: a survey regarding the motivations which lead the students to the abandonment of the nursing degree course”, *Professioni Infermieristiche*, 61, 2: 80-86.
- Gamberoni L., Marmo G., Bozzolan M., Loss C. e Valentini O. (2009). *Apprendimento clinico, riflessività e tutorato. Metodi e strumenti della didattica tutoriale per le professioni sanitarie*, EdiSES, Napoli.
- Glossop C. (2002), “Student nurse attrition: use of an exit-interview procedure to determine students’ leaving reasons”, *Nurse Education Today*, 22, 5: 375-386.
- Lancia L., Petrucci C., Giorgi F., Dante A. e Cifone M.G. (2013), “Academic success or failure in nursing students: Results of a retrospective observational study”, *Nurse Education Today*, 33,13: 1501-1505.
- McGann E. e Thompson J.M. (2008), “Factors related to academic success in at-risk senior nursing students”, *International Journal Nurse Education Scholarship*, 5, 1: 19.
- Palese A., Saiani L., Brugnolli A. e Regattin L. (2007), “The impact of tutorial strategies on student nurses’ accuracy in diagnostic reasoning in different educational settings: a double pragmatic trial in Italy”, *International Journal of Nursing Studies*, 45, 9: 1285-1298.
- Pitt V., Powis D., Levett-Jones T. e Hunter S. (2012), “Factors influencing nursing students’ academic and clinical performance and attrition: an integrative literature review”, *Nurse Education Today*, 32, 12: 903-913.
- Ruffini C. e Sarchielli V. (a cura di) (2001), *Il bilancio di competenze. Nuovi sviluppi*, FrancoAngeli, Milano.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

- Taylor R. (2005), "Creating a connection: tackling student attrition through curriculum development", *Journal of Further and Higher Education*, 29, 4: 367-374.
- Urwin S., Stanley R., Jones M., Gallagher A., Wainwright P. e Perkins A. (2010), "Understanding student nurse attrition: learning from the literature", *Nurse Education Today*, 30, 2: 202-207.
- Watts T.E. (2011), "Supporting undergraduate nursing students through structured personal tutoring: some reflections", *Nurse Education Today*, 31, 2: 214-218.
- Zannini L. (2015), *Fare formazione nei contesti di prevenzione e cura. Modelli, strumenti, narrazioni*, Pensa MultiMedia, Lecce.

Sitografia

- Conferenza permanente dei corsi di laurea delle professioni sanitarie (2010). *Principi e standard del tirocinio professionale nei corsi di laurea delle professioni sanitarie*, disponibile al sito <http://cplps.altervista.org>, consultato in agosto 2017.
- Tuning Educational Structures in Europe (2006). *Reference Points for the Design and Delivery of Degree Programmes in Nursing. Education and Culture DG*, disponibile al sito www.unideusto.org/tuningeu/, consultato in agosto 2017.

In sintesi

Introduzione. Nella realizzazione di attività formative professionalizzanti (tirocini), il termine "studente fragile" indica sovente colui che presenta difficoltà nelle aree della conoscenza, della pratica in genere, della sicurezza e delle relazioni interpersonali. Nei suoi confronti è pertanto essenziale rinegoziare e riadattare i percorsi formativi, prevedendo un piano d'azione personalizzato e valutando la necessità di integrare ulteriori esperienze e occasioni di apprendimento. **Obiettivo.** Co-costruire e applicare strumenti volti a facilitare l'acquisizione di competenze cognitive-intellettuali e psicomotorie per studenti fragili. **Metodi.** Il progetto consta di 4 fasi: a) identificazione degli "studenti fragili" attraverso la definizione di criteri di inclusione e successivo arruolamento; b) analisi dei bisogni formativi, espliciti e non manifesti, dei partecipanti (mediante colloquio individuale con tutore professionale) e progettazione degli interventi didattici; c) attuazione del progetto; d) verifica. Il progetto, della durata di 26 ore individuali, strutturato secondo una logica di complessità crescente, si articola in quattro fasi: 1) recupero delle conoscenze (sintesi dei contenuti "core" e costruzione guidata di mappe concettuali), 2) laboratorio cognitivo, 3) laboratorio metodologico (pianificazione assistenziale), 4) laboratorio di *skill* pratiche. Al termine è prevista una simulazione dell'esame finale. **Risultati.** Gli studenti hanno partecipato attivamente. I feedback forniti dai tutor professionali e le oc-

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

casioni di autovalutazione hanno garantito il bilancio finale delle competenze. Durante la simulazione della prova finale, i formatori hanno riscontrato: conoscenze più solide, maggior abilità nella pianificazione di interventi assistenziali e nell'esecuzione di *skill* infermieristiche. Dal questionario che ha sondato l'utilità percepita del percorso emerge che gli obiettivi formativi dichiarati nel programma sono stati raggiunti; gli studenti dichiarano di sentirsi più sicuri e di aver individuato le proprie aree di fragilità sulle quali focalizzarsi per costruire solide competenze professionali. *Conclusioni.* L'esperienza suggerisce l'utilità del percorso progettato, riproponibile ad altri studenti in "difficoltà". Il percorso potrebbe essere integrato implementando una sessione tutoriale atta ad allenare le abilità comunicativo-relazionali. Per rispondere alle esigenze espresse dagli studenti sono stati calendarizzati due ulteriori incontri, con riconsiderazione dei tempi del progetto.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

I “*Laboratori delle relazioni di cura*” e la prospettiva del problematicismo pedagogico nella *nursing education*

di *Stefano Benini*

Verso un sapere sanitario sempre più personale

Per fronteggiare le sfide che i sistemi sanitari si trovano ad affrontare (invecchiamento della popolazione, aumento delle condizioni di cronicità, rapido e costante progresso scientifico-tecnologico, limitate risorse disponibili), volendo mantenere standard clinico-assistenziali adeguati per rispondere ai bisogni di salute, è necessario investire sui professionisti della sanità. Più precisamente, per garantire una maggior qualità dei servizi, oltre alla messa in campo di risorse economiche e strategie politico-organizzative, è richiesta la valorizzazione delle competenze professionali degli operatori che, a diverso titolo e livello, sono chiamati a dare risposte concrete e coerenti alle richieste dei singoli cittadini. Perché ciò avvenga bisogna partire, inevitabilmente, dalla formazione.

La garanzia di una formazione sanitaria di qualità è, senz'ombra di dubbio, una responsabilità collettiva che coinvolge tutti gli ambiti in cui essa viene pensata, realizzata e valutata, vale a dire: la comunità accademica, il sistema sanitario in tutte le sue articolazioni, la comunità scientifica e gli organismi di rappresentanza dei professionisti che esercitano nei contesti sanitari.

Per formare figure professionali che hanno il mandato di occuparsi, trattare e *maneggiare-con-cura* la salute e la vita altrui, è richiesto un governo sanitario che sappia integrare le migliori istanze culturali e valoriali per intraprendere quella sfida pedagogica che vuole, accanto all'imprescindibile diffusione della cultura *evidence-based*, trasferire modelli per una formazione critica e al tempo stesso riflessiva. Si tratta di una sfida a favore di un sistema formativo in grado di promuovere nel soggetto (studente o professionista che sia) la ricerca della *dimensione umanistica* che gli è propria; punto di partenza per potersi approssimare a quella altrui. Tale dimensione, sappiamo, non si incontra tra le pagine di un libro di testo, ma si acquisisce con la capacità che

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

ciascuno ha di *pensar-si*, di *sentir-si* e di *viver-si* nel contesto della professione che svolge o che andrà a svolgere.

Pertanto, accanto a una formazione che trasferisce con tono algido gli aspetti disciplinari e di metodo della cura sanitaria – il chirurgo vascolare deve possedere le conoscenze più aggiornate per procedere, con metodo, all'incisione dell'addome al fine di trattare, ad esempio, l'aneurisma aortico – è opportuno integrare una formazione che proponga, con toni passionali, l'affiorare degli aspetti biografici, esperienziali e di senso legati alla cura. In questo caso il chirurgo vascolare sarà sollecitato ad entrare in relazione anche con il proprio pensare, sentire e viver-si nel corso e/o in seguito all'incisione dell'addome per trattare, appunto, l'aneurisma aortico. Così facendo, si dà la possibilità di interrompere quella deriva disumanizzante che vuole relegare la procedura sanitaria al solo repertorio dell'*expertise* tecnico. Il professionista viene incoraggiato ad entrare in contatto con quel sistema plurimo e articolato delle competenze professionali che appartengono al proprio profilo professionale, come nel caso delle competenze trasversali o *soft skills*, che si aggiornano, ad esempio, nella capacità per un medico di avviare un rapporto educativo con l'assistito, di stabilire una comunicazione empatica e rispettosa con i suoi familiari, così come il ricorrere al pensiero creativo o il lavorare con gli altri professionisti e tanto altro ancora.

Con l'abbandono della formazione tradizionale, che puntava a modelli unici di pensiero, la *healthcare professional's education* oggi è alla ricerca di punti vista inediti, di modelli e prospettive pedagogiche che aprono la porta a nuovi sistemi di conoscenza a sostegno delle competenze professionali. Lo dimostra l'inversione di tendenza che possiamo osservare già in alcuni contesti formativi italiani (siano essi interi corsi di studio o singole discipline di insegnamento), dove il focus della didattica si sta spostando dalla mera conoscenza da trasferire ai processi che hanno a che fare con la costruzione dell'identità professionale e con lo sviluppo delle competenze professionali.

Dal momento che la prospettiva costruttivista ci ricorda che le conoscenze che possediamo sono il risultato della nostra collocazione nel mondo, che ci porta a vedere la realtà in ragione di ciò che pensiamo e ci aspettiamo da essa, vuol dire che anche per il medico, come per l'ostetrica o il fisioterapista, ci sono conoscenze personali «collocate» che vincolano l'agire delle cure erogate. Ed è proprio quel *sapere personale*, ci dice de Mennato (2003), a orientare i diversi modi di intendere e di agire la professionalità.

Poiché le innumerevoli teorie che si apprendono dallo studio delle discipline sanitarie vengono sostenute dalle teorie nascoste che si basano, invece, sulla «filosofia personale» del singolo operatore, la formazione sanitaria non può rinnegare la connotazione personale della conoscenza. Per la specificità e per il mandato che la caratterizza, la formazione in sanità è chiamata a pro-

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

muovere pratiche e contesti che aiutino lo studente, così come il professionista, ad acquisire, da un lato, una sensibilità osservativa sui propri vissuti, ragionamenti e posizioni e, dall'altro, una capacità critica inquieta nei confronti di ciò che sperimenta e che osserva. Ciò sarà possibile nella misura in cui anche il modo di fare formazione cambia il suo assetto. L'attuale paradigma della *medical education* sostiene un modo di fare didattica aperto, collaborativo e inclusivo, ossia una didattica in grado di interrogare le dimensioni implicite e singolari del sapere sanitario. Ciò comporta che i soggetti della relazione formativa (studenti/professionisti e docenti) si mettano in gioco per diventare i protagonisti, a pieno titolo, del loro processo formativo. Nello specifico, agli studenti viene chiesto di abbandonare l'idea che si possa diventare medici o infermieri stando solo nei tradizionali setting d'aula accademici o nei contesti di pratica, per spronarli a lasciare quella postura passiva che li vedeva seduti dietro ad un banco universitario oppure a rincorrere un professionista durante il tirocinio. Agli studenti, allora, viene chiesta intraprendenza per transitare attraverso situazioni, contesti, spazi che favoriscono un nuovo modo di apprendere le cure sanitarie partendo, appunto, da loro stessi.

Ai docenti, invece, che per formazione sono stati avviati alla lezione *ex cathedra* e il più delle volte sono inesperti di modelli di didattica attiva e di paradigmi pedagogici, si chiede l'impegno di tenere in considerazione il fatto che per ciascun studente vi sia *sottobanco*, parafrasando un lavoro di Riccardo Massa (Massa e Cerioli, 1999), un mondo costellato di immagini, desideri, implicite cognitivi e componenti soggettive e narrative che concorre a definire il percorso del loro divenire professionisti sanitari.

I Laboratori delle relazioni di cura: un progetto pedagogicamente fondato per la formazione infermieristica

Come luoghi fisici e contesti che valorizzano atteggiamenti mentali aperti e problematici, i Laboratori delle relazioni di cura sono stati pensati come *spazialità in situazione* (Baldacci, 2004) per stimolare gli studenti a «pensare i propri pensieri» e a «sentire-decifrare-condividere il proprio sentire» in riferimento, in particolare, ai vissuti di tirocinio.

Dall'anno accademico 2001/02, presso la Sezione Formativa Bologna 2 del Corso di Laurea in Infermieristica dell'Università di Bologna, è stato ideato un programma pedagogico volto ad accompagnare gli studenti all'esercizio di una consapevolezza riflessiva necessaria a fronteggiare le crisi, le tortuosità e i conflitti che incontrano nel corso di studi per diventare infermieri. La scelta di definirli *delle relazioni di cura* e non soltanto "laboratori della relazione o relazionali", oppure con alcune connotazioni specifiche,

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

come ad esempio “laboratorio della comunicazione infermiere-paziente”, deriva dall'intenzione di proporre una cornice pedagogica antidogmatica che vuole al centro delle riflessioni le *trame relazionali* che lo studente vive quando transita nei territori della cura sanitaria. All'interno di tali laboratori, infatti, gli studenti hanno la possibilità di riflettere e condividere le esperienze riguardanti le relazioni con gli assistiti, con i familiari e con i tutor di tirocinio, ma anche con se stessi, con il proprio corpo, con l'immagine della professione che andranno ad esercitare ed altro ancora.

I Laboratori delle relazioni di cura sono al tempo stesso contesti d'ascolto e contesti d'azione dove è possibile agire e/o interagire, ascoltare e/o parlare affinché ciascuno possa entrare in contatto con un sapere aperto e non definito; sapere che trova la sua fonte nei contesti in cui gli studenti stanno imparando la professione di infermiere. Un sapere personale, dunque, che fonda la sua epistemologia sull'esperienza viva di ciascun studente.

Questa è la ragione per cui all'interno dei laboratori non vengono dispensati saperi preconfezionati, ma proposte sollecitazioni e create *ad hoc* occasioni per valorizzare quello che c'è già nello studente, e non quello che manca e dovrebbe esserci, come accade, invece, nel corso della didattica tradizionale.

Nonostante il loro orientamento antidogmatico proposto per fare spazio all'esperienza, tali laboratori sono sostenuti da una forte tratto metodologico e, allo stesso tempo, concettuale che porta a prestare particolare cura alla loro progettazione e realizzazione, in linea con gli orientamenti dell'Organizzazione Mondiale della Sanità che da tempo si batte per una formazione sanitaria pedagogicamente fondata.¹

Il primo passo che apre la progettazione dei laboratori riguarda il riconoscimento del bisogno formativo degli studenti; bisogno che raramente viene rilevato con griglie o questionari *ad hoc*. Talvolta esplicitamente, altre volte con maggiore opacità, il fabbisogno affiora stando a diretto contatto con lo studente quando racconta fatti, ricorre all'uso di metafore, manifesta emozioni, formula quesiti ed esprime dilemmi nel corso proprio dello svolgersi dei Laboratori delle relazioni di cura. Ma non solo. Anche le accese critiche o talvolta i superficiali apprezzamenti del tipo «tutto bene», insieme alle prospettive utopiche e alle dichiarazioni di intenti - «quando sarò infermiera/e, farò-non farò...» - espresse per fronteggiare le contraddizioni che il sistema propone, diventano indizi per tracciare la mappa dei bisogni da cui partire.

¹ Risale al 1969 la prima *Guida Pedagogica del personale sanitario*, scritta da J.J. Guilbert dove viene proposta la *spirale della pianificazione dell'educazione* per progettare e realizzare interventi formativi. Si parte dalla definizione dei bisogni di una comunità, si definiscono i compiti professionali dei professionisti e i coincidenti obiettivi educativi, si pianifica un sistema di valutazione oggettivo e valido, si elabora un programma formativo e, quindi, si conclude attuando la valutazione.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

Il secondo passo fa riferimento ai modelli pedagogici che sorreggono l'intero impianto metodologico. Diversi sono, infatti, i riferimenti teorici che orientano la progettazione e realizzazione dei Laboratori delle relazioni di cura.

L'idea di apprendimento che il costruttivismo propone (ricordiamo: la conoscenza è il prodotto di una costruzione attiva del soggetto; ha carattere concreto e situato; si svolge attraverso particolari forme di collaborazione e negoziazione) accompagna le ragioni del setting laboratoriale che vede lo studente "costruire la sua conoscenza" nell'interazione con sé e con gli altri, attraverso il *fare significato* (Bruner, 1992) nel corso della dimensione narrativa.

L'attivismo pedagogico di John Dewey (1965) sorregge, invece, la non direttività dell'intero impianto metodologico, portando a valorizzare da un lato, il protagonismo dello studente che impara facendo – e qui dare valore – all'esperienza del raccontarsi e/o dell'ascoltare nel corso dei laboratori, dall'altro, invece, sostiene la sperimentazione del *pensiero riflessivo* come abito mentale a cui tendere per l'intera vita professionale (Dewey, 1961). Per quest'ultimo fanno da sfondo anche il lavoro di Donald Schön (1983) sul professionista riflessivo e il contributo di Wilkinson (2009) per quanto riguarda il pensiero critico proprio della professione infermieristica.

Queste prospettive di base sono state arricchite dagli studi e dalle ricerche di chi da anni si occupa, specificatamente nel panorama pedagogico italiano, di formazione nelle professioni della salute.

Mi riferisco a Silvia Kanizsa e al suo filone di ricerca sul rapporto operatore sanitario-paziente, alle sue intuizioni a favore di una pedagogia ospedaliera (1989) per l'ascolto del malato (1992), nonché sugli aspetti educativi legati all'ospedalizzazione del bambino (2013).

A Patrizia de Mennato (1999a, 1999b, 2005) in riferimento alle riflessioni sull'identità epistemologica della pedagogia nella prospettiva costruttivista e della complessità (Bruner, 1992) e alle numerose ricerche sulle buone pratiche nella formazione sanitaria che puntano alla valorizzazione dei saperi personali, agli approcci riflessivi e di manutenzione cognitiva e agli aspetti immateriali della cura (de Mennato, 1999, 2003; de Mennato, Orefice e Branchi, 2011).

La prospettiva epistemologica delle *medical humanities* e le esperienze di medicina narrativa, così come lo sguardo sulla *tutorship* e sulla Clinica della formazione applicate nei contesti sanitari, vengono ispirati dai numerosi lavori di Lucia Zannini e collaboratori (2001, 2005, 2008, 2015).

In più altre angolature teoretiche trovano la loro radice nella *pedagogia fenomenologica* di Piero Bertolini (1994, 2001) e nei successivi approfondimenti portati avanti in ambito sanitario da Vanna Iori e collaboratori e da

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

Luigina Mortari che negli anni ha condotto anche importanti indagini sulla cura infermieristica (Mortari e Saiani, 2013).

A questo panorama concettuale che da tempo si occupa del dialogo tra il «pedagogico e il sanitario» è stato aggiunto lo sguardo del *problematicismo pedagogico* di Giovanni Maria Bertin offerto come modello di filosofia dell'educazione per sostenere gli studenti a pensarsi e a progettarsi all'interno del mondo della professione infermieristica.

Il *Problematicismo pedagogico* per educare alla ragione, all'impegno e al progetto-professionale-possibile

All'interno dei Laboratori delle relazioni di cura lo studente fa esperienza di quella postura riflessiva necessaria per esercitare la professione infermieristica. Nel raccontarsi, infatti, gli viene data l'opportunità di «imparare a pensare», ossia, per dirla con Dewey (1961, p. 97), «ad affrontare in modo altamente pensante i problemi che si presentano nel corso dell'esperienza». In questo modo, i laboratori diventano contesti dove è possibile sviluppare la dimensione dell'«educazione alla ragione». Non si tratta di promuovere un'educazione prescrittiva e dogmatica nei confronti di una ragione intellettualistica e astratta, ma il riferimento è ad un'educazione emancipatrice che libera le tante «ragioni professionali» che si identificano con le reali questioni sanitarie, spesso sinuose e conflittuali, incontrate dallo studente.

Si deve a Giovanni Maria Bertin la ricerca di una visione *problematicista* per la pedagogia italiana, avviata negli anni cinquanta del secolo scorso per stimolare e destare le coscienze sulla relatività dell'esistenza, ed in particolare dell'esperienza educativa. Il pensiero di Bertin si orienta nella direzione di un rigore critico e riflessivo a sostegno di una ricerca pedagogica che contrasta gli ideologismi, le metafisiche e gli scientismi che nel tempo si erano succeduti ed insediati negli impianti epistemici disciplinari e culturali.

Alla pedagogia e concretamente all'educazione, Bertin chiede di percorrere strade audaci che conducono a prefigurare orizzonti sui luoghi del *non ancora*, rendendo in questo modo pensabile e dicibile l'*utopico* – ma non l'*utopistico*² – anticipando sul piano del possibile qualcosa che potrebbe accadere o non accadere. Per Bertin, infatti, è importante che ciascun soggetto si proietti al di là dell'attuale, verso un mondo non ancora determinato

² Per Bertin l'*utopistico* è invece fuga dalla realtà, evasione consolatoria e dunque impossibilità.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

e quindi ancora tutto da scoprire, da progettare e sperimentare. Si delinea così una pedagogia dell'*impegno* e del *possibile* dove assumono valore, in egual misura, sia le dimensioni individuali, sia quelle collettive e al tempo stesso politiche, per sostenere una progettazione ancorata al tempo presente, ma protesa al futuro (Bertin e Contini, 1983).

La decisione di completare gli assunti epistemici dei Laboratori delle relazioni di cura con la prospettiva del *Problematicismo pedagogico* è stata presa per promuovere nello studente un atteggiamento critico-progettuale sulle conoscenze acquisite e sulle esperienze vissute, ponendo lo sguardo non soltanto su quanto accaduto, ma anche sul futuro.

L'atteggiamento problematicistico porta a configurare il lato "debole" della conoscenza acquisita con l'apertura al dubbio e all'incerto, per favorire nuove interpretazioni che si tracciano nel corso – o in seguito – del confronto con gli altri studenti. Tale movimento è favorito da un processo dialogico-analitico che vuole decostruire i rigidi paradigmi di lettura della realtà di cui lo studente è portatore; paradigmi il più delle volte riferiti a sguardi militanti ancorati a modelli idealistici di cura.

Lungo lo svolgersi del laboratorio lo studente riceve domande e richieste di approfondimento che gli vengono rivolte, a partire dal conduttore, riprendendo il modello del dialogo socratico, già in uso nella pedagogia medica (Dordoni, 2002). A partire dalla narrazione di un episodio specifico, allo studente viene chiesto di esprimere effettivamente ciò che pensa e prova e di riferire liberamente, senza ricorrere a censure sulle circostanze e sul linguaggio, rimandando l'intero gruppo ai principi del rispetto, della discrezione e della non divulgazione di quanto raccontato/ascoltato.

Dato che la problematicità non va mai respinta, ma riconosciuta, accolta e casomai superata, ci ricorda Bertin, gli studenti hanno la possibilità di raccontare storie inerenti le *antinomie* incontrate. Nel corso degli anni si è potuto raccogliere un vasto repertorio di antinomie ricorrenti, riconducibili alle coppie: teoria vs prassi; dolore vs sofferenza; illness vs disease; approccio EBN vs personalizzazione; atteggiamento distaccato vs atteggiamento empatico.

Lo sforzo che deve fare il conduttore del laboratorio è, in questa fase, quello di non riportare la discussione sulle modalità di risoluzione di tali antinomie, ma sui tentativi di comprensione e ricomposizione, nella direzione di un loro superamento. Lo stesso accade per le esperienze di conflitto che spesso lo studente racconta avere avuto con il tutor, con l'equipe, talvolta con l'ammalato o anche con se stesso, quando si scontra con i propri valori o con la scelta professionale intrapresa. In questo caso, le esperienze vengono comprese nella loro unicità, svelando il conflitto come un fenomeno naturale che trova la sua genesi e superamento nelle categorie

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

della differenza/diversità e della scelta. Ed è «nel cuore della scelta» riprendendo Maurizio Fabbri (2005) che lo studente viene spronato ad entrare in relazione con se stesso per riflettere sulle traiettorie da seguire dal punto di vista professionale.

Sollecitato da domande del tipo: «Il mio posto nella professione infermieristica sarà...»; oppure: «Sognando l'infermiere che vorrei essere...» si delinea il lato autopoietico dei laboratori che fa leva sulla possibilità, sul potere e sulla capacità che ciascuno ha di progettare il proprio futuro professionale nell'orizzonte del possibile.

Questo passaggio, che risente della teoria della progettazione esistenziale di Bertin e Contini, viene avanzato in alternativa a un modello statico e talvolta disordinato di professione, che rischia di essere assunto come copione per le nuove generazioni.

Poiché nella prospettiva problematicistica la differenza è un valore a cui tendere, quando lo studente viene incoraggiato a proiettarsi al di là dell'attuale, gli viene chiesto di rispettare il suo essere differente dagli altri, ma anche da sé, scostandosi da quei repertori spesso rassicuranti messi in campo. Una progettazione, allora, nella direzione di un-mondo-della-professione-possibile che tende verso ciò che è ancora da scoprire, da sperimentare e progettare. Una progettazione che avviene nel terreno dell'impegno etico-razionale che lo studente intende esprimere nei confronti degli assistiti e della società.

L'impegno di progettarsi nella professione infermieristica, stando al motto bertiniano del «realizza te stesso, realizzando l'altro» non si può esprimere in termini individualistici, ma si compie con moti intersoggettivi in un procedere a cerchi concentrici e moltiplicarsi in spazi sempre più vasti che, a partire dagli studenti presenti, vorrebbe arrivare a tutti i professionisti che esercitano nelle comunità di pratica.

***In fundo*: breve traccia di un percorso**

La prospettiva pedagogica che sorregge i *laboratori della relazione di cura* desidera orientare e contribuire ad una formazione, pluridimensionale, per lo sviluppo di tutte le competenze dei futuri infermieri, tenendo in considerazione i contesti di pratica e le relazioni che vengono esperite.

Per orientare le riflessioni e le decostruzioni di tali esperienze vengono proposti alcuni nuclei tematici che si riferiscono a particolari argomenti emersi dai bisogni degli studenti, quali: la gestione delle emozioni; il contatto con il corpo malato; la relazione con il morire e la morte; la promozione della resilienza; il sostegno alla famiglia; l'educazione terapeutica

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

ecc. Secondo la logica della continuità e della progressione pedagogica le tematiche che sono sullo sfondo fanno riferimento al percorso curriculare, all'anno di corso e all'esperienza di tirocinio.

Nel corso di quindici anni di didattica laboratoriale si è delineata un'offerta formativa articolata nei tre anni che coinvolge circa 260 studenti per anno accademico. I laboratori previsti nell'ordinamento didattico del Corso di Laurea, vengono pianificati nel periodo in cui lo studente svolge il tirocinio clinico, durano dalle tre alle quattro ore, con gruppi che vanno da un minimo di 12 ad un massimo di 20 studenti, in relazione alle tematiche affrontate (tab. 1).

Tutte le riflessioni vengono avviate partendo da stimolazioni didattiche che, nel corso degli anni, si sono perfezionate e differenziate a seconda del laboratorio. L'uso della narrazione scritta, il ricorso alla visione filmica, gli esercizi corporei, l'ascolto di brani musicali, l'uso di immagini, dei mandala e del disegno, vengono proposti per evocare l'esperienza personale che viene riflettuta prima a livello individuale e solo dopo narrata e confrontata con il gruppo. Per ciascun laboratorio vengono raccolti, oltre agli indici di gradimento che rilevano sempre un'altissima soddisfazione, dati qualitativi, che esprimono le riflessioni, le problematiche e le proposte degli studenti.

Tab. 1 – Il progetto nel triennio

<i>Nuclei tematici</i>	<i>Ore per studente</i>
<i>I anno - Promuovere la pratica riflessiva sulle prime esperienze di tirocinio riconoscendo e accogliendo le antinomie presenti</i>	
<i>IL PRENDERSI CURA</i>	
Sollecitati da alcune esercitazioni corporee gli studenti vengono invitati a riflettere e condividere sulle emozioni, sui pensieri, sui ricordi e sulle metafore legate all'esperienza del prendersi cura dell'altro.	3
<i>NARRAZIONE PRIMA SETTIMANA DI TIROCINIO</i>	
Promuovere la narrazione delle prime esperienze di tirocinio clinico avviando un confronto tra studenti e conduttore. Accanto ad un sostegno emotivo su quanto narrato, lo studente viene invitato a riflettere sugli "orizzonti di possibilità" per superare le antinomie incontrate.	3
<i>L'ALFABETO DELLE EMOZIONI</i>	
Partendo dalle esperienze di tirocinio, lo studente viene invitato a riconoscere, nominare, legittimare e condividere i vissuti emozionali, definendo in gruppo i possibili orientamento di gestione comportamentale.	3

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

Il anno - Sviluppare la capacità di riflettere sulle esperienze, comprendendo i diversi punti di vista presenti nelle relazioni di cura

L'ESSERE CON: LA RELAZIONE CHE CURA

Attraverso la visione di un film e la proposta di alcune esercitazioni corporee, gli studenti vengono portati a riflettere sulle emozioni, sugli affetti e sensazioni corporee connaturate, in modo particolare, al prendersi cura dell'altro in una situazione di fragilità esistenziale. 4

L'EDUCAZIONE TERAPEUTICA

L'educazione terapeutica: le fasi, le trappole e le strategie. Lo studente viene stimolato ad esercitarsi sull'approccio sistemico attraverso la messa in atto di role playing strutturati. 3

PROMUOVERE RESILIENZA

Partendo da storie di vita incontrate in tirocinio, lo studente viene portato a riflettere sui fattori che intrinseci ed estrinseci che promuovono resilienza. 3

III anno - Sviluppare un sapere delle esperienze e promuovere una progettazione professionale possibile

INCONTRARE FAMIGLIE

Attraverso un confronto che origina dell'esperienze di tirocinio, lo studente viene chiamato a interrogarsi sui paradigmi, sui presupposti, sui modelli e sulle strategie da mettere in campo per *incontrare* le famiglie in ambito infermieristico. 3

IL MORIRE

Per avviare una riflessione sull'accompagnamento della persona nella fase del morire viene data voce alle esperienze e alle storie di accompagnamento alla morte da parte di operatori e studenti per ricercare significati possibili su tale fenomeno e sulla gestione dei molteplici panorami interiori. 3

LA CURA NELL'ESPERIENZA

Rileggendo il percorso esperienziale effettuato nel triennio, lo studente viene invitato a elaborare individualmente e in gruppo possibili direzioni e strategie per fronteggiare le problematiche insite nella professione infermieristica, in riferimento al sistema di valori professionali e personali. Lo studente viene invitato a pensare e a progettare il proprio futuro professionale. 4

Bibliografia

- Baldacci M. (2004), *Il laboratorio come strategia didattica*, in Filograsso N. e Travaglini R. (a cura di), *Dewey e l'educazione della Mente*, FrancoAngeli, Milano.
- Bertin G.M. e Contini M.G. (1983), *Costruire l'esistenza*, Armando, Roma.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

- Bertolini G. (1994), *Diventare medici. Il problema della conoscenza in medicina e nella formazione del medico*, Guerini Associati, Milano.
- Bertolini P. (2001), *Pedagogia fenomenologica: genesi, sviluppo, orizzonti*, La Nuova Italia, Firenze.
- Bruner J. (1992), *La ricerca di significato. Per una psicologia culturale*, Bollati-Boringhieri, Torino.
- de Mennato P. (1999a), *Fonti di una pedagogia della complessità*, Liguori, Napoli.
- de Mennato P. (1999b), *La ricerca partigiana; teoria di ricerca educativa*, Liguori, Napoli.
- de Mennato P. (2003), *Il sapere personale. Un'epistemologia della professione docente*, Guerini, Milano.
- de Mennato P. e D'Agnesse V. (2005), *Tessere di mosaico pedagogico. I disegni e le parole di un'epistemologia costruttivista*, Pensa Multimedia, Lecce.
- de Mennato P., Orefice C. e Branchi S. (2001), *Educarsi alla "cura"*, Pensa Multimedia, Lecce.
- Dewey J. (1961), *Come pensiamo*, La Nuova Italia, Firenze.
- Dewey J. (1965), *Democrazia e educazione*, La Nuova Italia, Firenze.
- Dordoni P. (2002), "Il metodo socratico di Nelson e Hekmann e la sua rilevanza in pedagogia medica", *Tutor*, 3: 113-19.
- Fabbi M. (2005), *Nel cuore della scelta. Kierkegaard, l'etica senza fondamenti e l'angoscia della formazione*, Unicopli, Milano.
- Guilbert J. (2002), *Guida pedagogica per il personale sanitario*, Edizioni dal Sud, Bari.
- Kanizsa S. (1989), *Pedagogia ospedaliera. L'operatore sanitario e l'assistenza al malato*, La Nuova Italia Scientifica, Roma.
- Kanizsa S. (1992), *L'ascolto del malato*, Guerini Studio, Milano.
- Kanizsa S. (2013), *La paura del lupo cattivo*, Raffaello Cortina, Milano.
- Kanizsa S. e Luciano E. (2006), *La scuola in ospedale*, Carocci, Roma.
- Massa R. e Cerioli L. (1999), *Sottobanco. Le dimensioni nascoste della vita scolastica*, FrancoAngeli, Milano.
- Mortari L. e Saiani L. (2013), *Gesti e pensieri di cura*, McGraw-Hill, Milano.
- Schön D. (1983), *Il professionista riflessivo. Per una nuova epistemologia della pratica professionale*, Dedalo, Roma.
- Wilkinson J.M. (2009), *Processo infermieristico e pensiero critico*, Casa Editrice Ambrosiana, Milano.
- Zannini L. (2001), *Salute, malattia e cura. Teoria e percorsi di clinica della formazione per gli operatori sociosanitari*, FrancoAngeli, Milano.
- Zannini L. (2005), *La tutorship nella formazione degli adulti. Uno sguardo pedagogico*, Guerini, Milano.
- Zannini L. (2008), *Medical humanities e medicina narrativa. Uno sguardo pedagogico*, Raffaello Cortina, Milano.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

Zannini L. (2015), *Fare formazione nei contesti di prevenzione e cura. Modelli, strumenti, narrazioni*, Pensa Multimedia, Lecce.

In sintesi

Dall'anno accademico 2001/02, presso la Sezione Formativa Bologna 2 del Corso di Laurea in Infermieristica dell'Università di Bologna, è stato ideato un programma pedagogico volto ad accompagnare gli studenti all'esercizio di una consapevolezza riflessiva necessaria a fronteggiare le crisi, le tortuosità e i conflitti che incontrano nel corso di studi per diventare infermieri. Accanto al panorama concettuale che da tempo si occupa del dialogo tra il «pedagogico e il sanitario» il lavoro presenta la prospettiva del problematicismo pedagogico di Giovanni Maria Bertin offerto come modello di filosofia dell'educazione per sostenere gli studenti a pensarsi e a progettarsi all'interno del mondo della professione infermieristica.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

Salute: dalla complessità all'originaria unità corpo-mente. Ipotesi e sperimentazione di una buona pratica

di *Rita Casadei*

Per una *cultura* della salute: *coltivare* conoscenza, esercizio, riflessività

Il progetto che presento è frutto di ricerca e sperimentazione condotte attraverso la selezione di paradigmi utili a sperimentare approcci interdisciplinari e interculturali. In particolare, il pragmatismo deweyano, la pedagogia fenomenologica, il problematicismo pedagogico e la psicologia umanistica sono stati considerati al fine di accreditare – nel contesto formativo – le discipline corporee di tradizione estremo-orientale e garantire legittimità scientifica ai rispettivi metodi di conoscenza e sperimentazione della persona, già comprensivi di un sofisticato progetto-salute. La sperimentazione che ho finora condotto, e che qui presento a titolo di *buona pratica*, attinge a questo ricchissimo repertorio filosofico-esperienziale, al suo metodo investigativo e di allenamento, attraverso una selezione di esercizi e temi di riflessione utili nella finalità di evitare lo scollamento teoria-prassi e la separazione mente-corpo, in ambito formativo, professionale ed esistenziale.

Parto dalla considerazione ormai condivisa che l'istanza della promozione della salute e del ben-essere, sempre più urgente, debba richiamare non solo la comunità scientifica dell'area sanitaria, ma sempre con maggiore impegno anche quella di area pedagogica. Molti ricercatori appartenenti all'area biomedica stanno mettendo in crisi i consolidati modelli meccanicistici dell'organismo umano, così come quelli della salute e della malattia. Ora anche la fisica atomica e subatomica ha rivelato i limiti di tali riferimenti concettuali convalidando una concezione organica ed ecologica della realtà. L'universo può essere percepito come un tutto armonioso, piuttosto che come una macchina composta da una moltitudine di oggetti separati. La realtà consta di una rete di relazioni di cui fanno parte l'osservatore umano e la sua coscienza. Lo spazio e il tempo non sono più assoluti e separati, ma

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

sono percepiti come un *continuum*; questo ha implicazioni su diversi aspetti scientifici e dunque anche sulla riconsiderazione di alcune priorità valoriali e prassi sociali, tra cui l'educazione e il lavoro sulla salute. Così il concetto di salute diventa fundamentalmente dinamico e per questo sempre più sottoposto a rivisitazione in chiave complessa, mettendo in luce la necessità di un criterio di lettura e di azione rispetto a cui i settori scientifici umanistici – pedagogia, psicologia e filosofia – sono a pieno titolo chiamati in causa. La riconsiderazione che si deve affrontare non riguarda soltanto il comparto delle basi teorico-concettuali, ma la realtà stessa dell'esperienza formativa, terapeutica, clinica ed esistenziale.

Da questi presupposti possiamo accreditare una visione spazio-temporale del concetto-realtà di salute per la quale l'atto di cura debba comprendere l'educare a una riorganizzazione del vissuto, a partire da un'elaborazione della sua percezione. Il ruolo dell'attività mentale conscia nel progetto di salute è stato troppo a lungo ignorato o sottovalutato. L'importanza della disposizione mentale, della comprensione dell'interdipendenza tra fattori interni ed esterni, della conoscenza del proprio corpo a partire dai suoi bisogni di salute e dai suoi linguaggi di espressione e comunicazione sono aspetti determinanti della salute rispetto ai quali è necessario educarsi-educare e formarsi-formare. Non credo sia possibile affrontare il tema della cura e della salute senza affrontare il tema-matrice della corporeità: in quanto prima effettività dell'esistere è cuore dell'educazione. Un'educazione che riguardi la corporeità – nel suo essere interdipendenza di fattori fisici-psichici-emotivi-ambientali e culturali – non può realmente procedere senza il coinvolgimento diretto della corporeità stessa, che essendo prima effettività esistenziale è anche lo spazio-tempo della salute.

La progettualità educativa non può astenersi dal partecipare – concretamente – alla promozione della salute come effettivo ed efficace impegno del soggetto a migliorare la conoscenza e la gestione diretta delle proprie e altrui condizioni di benessere, dirigere la propria condotta esistenziale, partecipare attivamente ai processi di trasformazione e guarigione. La promozione della salute non si risolve unicamente nella trasmissione di discorsi o indicazioni teoriche, ma si fonda su un approccio più radicale: adoperarsi per una *cultura* della salute e per un'autentica trasformazione dei comportamenti volti a strutturare attenzione per i determinanti culturali e sociali della salute stessa.¹ Emerge, dunque, l'importanza di una cultura della relazione tra abituali condotte personali, atteggiamento psicologico e salute a

¹ Un sistema formativo che abbia a cuore l'obiettivo di promuovere salute non affronta questo mediante l'aggiunta di percorsi educativi, ma attraverso una seria e profonda revisione del proprio iter metodologico e un ri-orientamento dei propri interventi. La pianificazione e l'implementazione della pratica da me proposta vuole collocarsi in questa direzione.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

partire da una cultura della corporeità come esercizio di conoscenza di sé e dell'altro, nella sperimentazione delle interconnessioni tra corpo e mente, da cui prendono forma, anche, atteggiamento e disposizione nei confronti della Vita.

La formazione in questa direzione deve presentare ugualmente forti l'aspetto teorico e quello operativo. I professionisti della cura – tanto in ambito pedagogico-educativo quanto in quello sanitario – devono essere promotori e attori di un'autentica cultura della salute, attraverso la propria condotta professionale-esistenziale e le reti di relazione nelle quali esse si attualizzano. Si dovrebbe, quindi, impegnarsi affinché ogni istituzione preposta all'educazione e alla formazione sia realmente portatrice di messaggi e generatrice di condotte intitolate alla promozione di ben-essere: si dovrebbe quindi formare nella direzione di conoscenza, capacità e competenza e attendere cambiamento. Il richiamo all'etimologia del verbo attendere, dal latino *ad-tendo*, è utile qui a sottolineare come la dimensione temporale attraverso cui il cambiamento può generarsi non è inerte "stasi", ma dinamica volizione, aspirazione e tensione: attendere e attendersi implicano impegno, coinvolgimento ed esercizio.

Formare-formarsi attraverso la dimensione corporea

Il tema della salute e della formazione della professionalità a essa orientata è molto vasto e complesso. Qui intendo privilegiare il tema della corporeità dalla prospettiva del suo coinvolgimento pieno e reale nei processi educativi e di formazione professionale. In primis, a partire dalle istanze di un'educazione attenta a promuovere salute. A questo proposito immediato è il richiamo alla *Dichiarazione di Bangkok*² e agli impegni già dichiarati nella *Carta di Toronto*³. Entrambe queste azioni rafforzano il consenso della comunità scientifica riguardo all'importanza della promozione dell'attività fisica per la promozione della salute globale e la prevenzione delle malattie non trasmissibili (Suglia e Tortone, 2017). Gli obiettivi sono tutelare la salute e il benessere di tutti e di tutte le età, fornire un'istruzione di qualità, ridurre le disuguaglianze: rispetto a queste priorità vengono chiamati in causa tutti i professionisti della cura, nei diversi ambiti medico-sanitario e pedagogico-didattico. A fronte di questi documenti, frutto di sinergie scien-

² Per la traduzione (autorizzata) in lingua italiana del documento si rimanda al sito: https://www.dors.it/documentazione/testo/201704/Bkk_italian_DEF.pdf, ultima consultazione in giugno 2017.

³ Per la traduzione (autorizzata) in lingua italiana del documento si rimanda al sito: www.dors.it, ultima consultazione in giugno 2017.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

tifico-politiche internazionali, sento sorgere una serie di domande: in che modo, su che scala, in quali luoghi e tempi è promossa questa attività all'interno dei nostri sistemi formativi di vario ordine e grado? Quale "peso specifico" è attribuito all'attività fisica all'interno dei curricoli formativi? Quale posizione ha realmente preso la comunità scientifica pedagogica, a questo riguardo? Perché l'attività fisica è la grande assente nei percorsi di formazione, a partire già dall'area pedagogico-didattica? L'assenza di questa dimensione, o la sua ancora troppo scarsa e non significativa presenza, è espressione di un approccio sbilanciato in favore della nozione sull'azione, della definizione sull'esperienza, della riserva sull'impegno, della teoria sulla prassi.

La pratica che qui presento è il frutto di un progetto di natura esperienziale-trasformativa volto ad affrontare la questione della reciprocità tra *buona teoria* e *buona prassi*. Sotto questa ottica ho individuato direttrici di indagine volte a ipotizzare e sperimentare percorsi formativi fondati su un proporzionato rapporto tra *discorso* ed *esercizio*. Di conseguenza, ho privilegiato la modalità laboratoriale come dispositivo concettuale ed empirico atto a garantire una formazione attraverso lo *studio* e la *pratica*. Al cuore di questo progetto stanno le seguenti parole chiave: *laboratorio*, *corporeità*, *riflessività*, *salute* in un continuo rimando tra riflessione e sperimentazione, possibile frontiera per generare trasformazione e innovazione nei processi di formazione. Se sul piano formativo il laboratorio è eletto a strumento in grado di rappresentare la reciprocità tra teoria e prassi: sul piano esistenziale, la corporeità incarna e anima l'effettività dell'interdipendenza tra pensiero-azione-emozione. La prassi che ho ipotizzato e sperimentato vuole identificarsi come sforzo nel riaccreditare piena legittimità al dispositivo laboratoriale e all'effettività corporea. Con riferimento alla formazione – intesa sia come attività di ricerca, sia come attività didattica volta alla formazione di competenze, sia intesa come processo di auto-formazione – il disegno di questa "buona pratica" si delinea a partire da una mappa in cui vengono evidenziati tre requisiti imprescindibili: *sapere*, *saper fare*, *saper far fare*. Questi requisiti si collegano con gli indicatori della professionalità: non solo *expertise teorico-tecnica*, ma anche *relazionale-riflessiva*, *autoriflessivo-esistenziale*.⁴

Il modello di fattibilità di questa pratica ha voluto tenere conto di questi requisiti e, allo stesso tempo, esprimere congruenza con l'istanza della reciprocità teoria-prassi e con l'istanza formativa dell'unità mente-corpo. È importante, dopo averne ipotizzato una descrizione teorica, considerare i professionisti della salute nel loro concreto agire. Queste professioni svol-

⁴ Per un'ampia argomentazione sul tema si rimanda a Cavana e Casadei (2016).

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

gono dirette esperienze di un agire orientato a sollecitare nell'altro (paziente) atteggiamenti proattivi riguardo ai determinanti della salute; nel fare questo operano a livello di relazione e partecipazione. La qualità della relazione genera le condizioni della partecipazione al progetto salute proprio e altrui. Il raggio di azione della relazione si estende a considerazioni che riguardano la persona, la struttura, la teoria. A livello personale, attraverso la relazione, non solo si convalidano o meno i ruoli sociali, ma soprattutto si sollecitano nuove capacità di apprendimento, di comunicazione e di *empowerment*. A livello strutturale, si ripensa alle priorità che orientano l'erogazione dei servizi in corrispondenza dei bisogni di cura e quindi è possibile migliorare le dinamiche di relazione interne ai servizi, tra colleghi, curanti e pazienti, quindi la qualità dei servizi in generale. A livello teorico, si stimola una continua riflessione sulla complessità del concetto-realtà di salute e sulla profondità e delicatezza delle sue implicazioni.

Se il laboratorio può corrispondere al dispositivo che meglio testimonia e realizza il rapporto teoria-prassi, la corporeità può corrispondere al "dispositivo" che per primo testimonia e realizza la nostra effettività esistenziale, dunque, nel concreto anche la qualità del nostro progetto educativo-esistenziale. Educare-educarsi attraverso la corporeità è un metodo per conoscersi, acquisire familiarità con un sé vivente, vissuto, incarnato, riflesso e riflessivo. Questa pratica ha una struttura che la rende trasversalmente fruibile per qualunque professionalità, età, genere, poiché orientata a un processo di salutogenesi cui ogni essere umano merita di essere sensibilizzato e formato. Sarebbe mio auspicio estendere questa esperienza alle professionalità della salute dell'area sanitaria.

Formazione come esercizio di intelligenza e sensibilità

Promuovere una cultura della salute e del ben-essere è promuovere intelligenza e sensibilità riguardo a sé, all'altro, all'esistenza, generando collegamenti stretti con i temi e le condotte della solidarietà e della sostenibilità. L'intelligenza che si intende sollecitare non è nozionismo, né tecnicismo, ma solida e motivata tensione a volere conoscere per partecipare armoniosamente alla vita: è *inter-legere* le relazioni sane per essere di sostegno alla qualità della vita, promuovere salute, ben-essere. La sensibilità non è sentimentalismo, ma *finezza* nell'esercizio della multisensorialità, della capacità percettiva e nella ricomposizione dell'unitarietà tra stato fisico-psichico-emotivo.

La progettualità educativa nel suo concreto impegnarsi per promuovere salute considera questo concetto come realtà progettuale, come partecipa-

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

zione attiva del soggetto al processo attraverso cui migliorare la conoscenza e la gestione diretta delle proprie e altrui condizioni di benessere, dirigere la propria condotta esistenziale, partecipare attivamente ai processi di trasformazione e guarigione. Pertanto è necessario saper mettere in relazione della relazione le proprie abituali condotte con l'atteggiamento psicologico e la salute. Sotto questo aspetto, gli interventi orientati alla cura sono mirati a far leva sulle capacità dell'organismo di conoscersi e partecipare al proprio processo di guarigione, cogliendo più chiaramente le strette interconnessioni tra benessere, stato psico-fisico, qualità nelle dinamiche relazionali. Tale prospettiva ben si sposa, anche, con quanto sostenuto dagli psicologi umanisti che invitano a evidenziare le componenti sane della persona: capacità di auto-organizzarsi, auto-regolarsi, espandersi, scoprendo e attualizzando le proprie originali potenzialità (Maslow, 1971). Lo stato di salute di una persona non è solo la condizione di salute, bensì soprattutto la percezione della persona del proprio *sentirsi* in salute, di cui fa parte anche la percezione di sé nella relazione intra e inter-soggettiva. Il termine "benessere" individua il soggetto-persona come parte attiva per la qualità del proprio benessere e parte attiva nel proprio progetto di salute, che è anche salute dell'ambiente relazionale, sociale, naturale.

All'interpretazione del concetto di ben-essere e della sua relazione con le istanze educative deve poter seguire un metodo per mettere in campo percorsi concretamente operativi e per rendere reali i principi dichiarati. Alla base del percorso sta l'effettivo condurre-seguire un metodo di "allenamento", un sentiero di pratica chiaro e percorribile, che sia in grado di illuminare sul significato e sulla congruenza di quegli schemi di comportamenti impliciti e manifesti come pensieri, azioni e abitudini che si collegano con il mantenimento della salute, il recupero della salute e il miglioramento della salute. La pratica orientata a consapevoli percorsi di salutogenesi (Antonovsky, 1979) dovrebbe sempre essere radicata su un metodo corretto di esercizio dell'integro potenziale dell'essere umano (la dimensione corporea, mentale e spirituale: corpo, mente, respiro) per il benessere in senso globale ed ecologico. Attraverso l'esperienza corporea – che simultaneamente accende attenzione-riflessione su quella stessa esperienza – si sperimenta la non dualità tra corpo e mente, tra interno ed esterno nella comprensione che sono due aspetti di un'interezza, così come il pensiero e l'azione, l'emozione e la risposta fisica.

Ogni processo introspettivo trova concreta manifestazione nella forma con cui ciascuno vive la propria vita. Questa considerazione invita a ragionare sulla necessità di adottare lenti multiple di interpretazione della mente e del corpo e di come la loro interazione abbia diretta influenza sullo stato di salute, su benessere e disagio, su felicità e inquietudine, e quindi

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

sull'intera vicenda esistenziale (Durckheim, 1971). Pertanto, si deve ammettere che per realizzare il proprio pieno potenziale è necessaria una comprensione fine e plurale della propria natura. A questo scopo, la ricerca e la formazione devono avere alti indici di interdisciplinarietà e possibilmente anche di interculturalità per ipotizzare strumenti e interventi in grado di contribuire al miglioramento delle condizioni di benessere fisico e psichico, all'affinamento di condotte concretamente accessibili e consapevolmente percorribili.

Aver cura: una buona pratica

La pratica qui descritta è pensata nel suo essere canale di informazione sulla salute, repertorio di allenamento attraverso esercizi specifici volti a promuovere ben-essere, non solo riguardo a un disagio emotivo-fisico, ma anche riguardo alla possibilità di affinare la capacità autoriflessiva per migliorare la relazione con sé e gli altri e lavorare meglio. La risposta alla pratica, quando ben condotta, genera rilassamento che è condizione di stabilità, lucidità, fiducia, tempestività e prontezza. È un progetto in cui la cura si dipana nel suo essere attenzione, accortezza, premura, interesse, delicatezza, bellezza e amore. La progettualità che qui si delinea è nel pieno coinvolgimento della persona e di tutto il suo potenziale sensoriale, percettivo, emotivo e conoscitivo; in questo senso l'impegno e la responsabilità per la tutela e la cura di sé e dell'ecosistema è anche parte dell'esperienza estetica, quando essa è intensa e autentica. La conoscenza e l'impegno concreto sono proporzionali all'interesse, alla motivazione, all'emozione: conoscersi proprio attraverso l'esperienza corporea consente di riconoscere nella complessità emozionale un'intelligenza in grado di dirigere pensiero e gesto verso un autentico significato. L'estetica, infatti, è la dimensione originaria dell'uomo che cerca pienezza nella sua esistenza (Dewey, 1934).

Prendersi tempo, spazio e attenzione per la cura è bello, piacevole. La dimensione del piacere è da considerarsi importante, soprattutto nei momenti in cui la salute psico-fisica può risultare incerta, fragile, compromessa. Il piacere di prendersi cura di sé e dell'altro trasmette un progetto di accoglienza e integrità, condizioni positive per partecipare a progetti di salute e guarigione. Il piacere è cuore del fattore motivazionale interno, senza il quale non esiste progettualità autentica. Il fattore motivazionale è al cuore della qualità del proprio impegno, coinvolgimento, partecipazione. In un settore complesso come quello della cura – in cui i fattori pedagogico-medico-sanitari sono intrecciati e richiamano a interventi sinergici nel rispetto delle specifiche competenze – la motivazione deve poter collegarsi

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

alla dimensione del piacere: il piacere di occuparsi di sé e dell'altro – non al fine di compiacere o provare compiacimento, ma al fine di essere a servizio della qualità della vita.

La qualità della relazione si incarna nella qualità del gesto, del contatto, della parola, dello sguardo, del ritmo. Questi fattori non rimangono inerte categoria concettuale; nella relazione sono concretamente agiti, nell'azione si tingono di concrete tonalità emotive e generano precisi stati psicologici, che prendono forma attraverso il corpo e che il corpo stesso sente ed esprime per come sente lo stesso stato di ben-essere o mal-essere. Il laboratorio è un percorso di formazione attraverso la corporeità, per sperimentare facendo l'interconnessione di corpo attenzione respiro, che influenzano lo stato fisico, psichico ed emotivo. Gli esercizi proposti rientrano nella logica di un metodo per educare il corpo a muoversi correttamente, riconoscere e liberare rigidità e vizi posturali, del respiro o dell'attenzione. Attraverso l'esercizio si allenano sensibilità e intelligenza: fine capacità percettivo-riflessiva e un atteggiamento/disposizione proattivo nei confronti di un autentico progetto di salute, radicato sulla conoscenza e la cura di sé.

Architettura della pratica

Il modello costruito e implementato come attività laboratoriale curriculare – dal 2009 a oggi – è stato “testato” su un campione di 35 studenti (numero massimo consentito per l'iscrizione, a frequenza obbligatoria), ogni anno, per un totale di 315 formalmente iscritti e frequentanti. L'attività è prevista svolgersi per un totale di 24 ore, con frequenza bisettimanale di circa 9 ore a modulo. Questa offerta formativa curricolare rientra nel corso di laurea per Educatore Sociale attivato presso la Scuola di Psicologia e Scienze della Formazione dell'Università di Bologna.

Come strumento di valutazione sul gradimento e sulla pertinenza dell'offerta formativa, oltre all'osservazione diretta, si utilizza una breve relazione finale, in cui si chiede di restituire una riflessione sull'esperienza svolta in rapporto a sé e al proprio percorso di studi. Il feedback ricevuto comunica pieno soddisfacimento e gradimento dell'esperienza e auspicio a un suo proseguo. L'esperienza è vissuta come significativa opportunità per rispondere alle seguenti necessità:

- migliorare la consapevolezza riguardo al gesto del corpo e al movimento dell'attenzione;
- essere guidati, nel percorso di formazione professionale, a una maggiore consapevolezza dell'interdipendenza tra corpo, mente e respiro;

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

- ricevere insegnamenti per avere accesso a strumenti concreti/pratiche per migliorare la capacità autoriflessiva, utile nell'autoformazione così come nella formazione professionale;
- usufruire di risorse formative in chiave laboratoriale, dove allenarsi non solo nei termini di un'applicazione delle teorie, ma nei termini di un'esplorazione e sperimentazione di sé;
- affinare competenze riflessive su ciò che si fa.

La maggiore criticità rilevata è fondamentalmente costituita dallo scarso riconoscimento della significatività di queste pratiche proprio in ambito pedagogico e dunque l'assenza di spazi adeguati da dedicare a esse. Sempre maggiore significatività viene accreditata, invece, nell'ambito medico e delle neuroscienze⁵, in cui si comprova che realizzare l'unità di mente e corpo è a fondamento della qualità della vita di ciascuno. L'impegno è a dimostrare tale rilevanza in riferimento alla progettazione dell'evento e dell'intervento educativo e formativo.

Nucleo del laboratorio è l'aderenza a questioni concrete come la *sperimentazione* delle interconnessioni tra le molteplici dimensioni costitutive della persona; è possibile realizzare questa integrazione attraverso la *capacità di ascolto di sé* e di qui aprirsi all'ascolto e all'accoglienza della realtà circostante. Sondare la percezione della propria corporeità significa, in prima istanza, riconoscersi fisicamente: cosa ci sorregge, ci fa muovere, agire, vivere. Ci sosteniamo sul terreno, ci slanciamo verso l'alto, avanziamo, coinvolgendo scheletro, articolazioni, muscoli, organi, sangue, respiro, intenzione. Esprimere la propria presenza nel mondo non può prescindere dalla postura che teniamo. Imparare a trovare radicamento, lasciando che il proprio peso scenda sul terreno e penetri in profondità oltre di esso; imparare a trovare slancio, estendendo la colonna vertebrale verso l'alto, superando idealmente ogni barriera; imparare a respirare liberando il ritmo da tensioni e resistenze costituiscono i passi per prendere una posizione nell'esistenza e dire "sono qui, presente".

Il percorso inizia con la regolazione della propria postura, in differenti situazioni (in piedi, camminando, sdraiati, seduti), quale esercizio per decifrare il proprio spazio, a partire dalla consapevolezza del modo di occuparlo. Da questa radice (che è già centralità psico-fisica) è possibile intraprendere un percorso in cui sperimentare la corrispondenza tra qualità della postura, del respiro, dell'attenzione e dell'atteggiamento dello spirito. L'obiettivo è di conoscere, sperimentare e rispettare la propria corporeità. A questo

⁵ A questo proposito si rimanda alla direzione di ricerca guidata, tra gli altri, da Jon Kabat-Zinn, Wolf Singer e Richard Davidson.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

scopo, al termine del percorso laboratoriale, lo studente è messo nelle condizioni di poter affermare:

- sono in grado di sistemarmi correttamente nello spazio;
- sono in grado dirigere la mia attenzione e mantenerla viva e attiva sul gesto (statico o dinamico) che compio;
- sono in grado di ascoltare il mio respiro, i movimenti e i suoni via via più intimi e sottili dentro di me, ma anche apprezzare quelli vicini e via via più lontani oltre me.

I riferimenti per fare questo sono precisi, codificati: ciò soddisfa il criterio di intelligenza ed efficacia del gesto (Tokitsu, 2013). Nella forma è possibile ritrovare un modello cui ispirarsi nell'esercizio e su cui costruire un sistema di apprendimento autentico che è *trasformazione*. Attraverso la ripetizione si interiorizza non solo il gesto, ma anche una sua sensazione. Il corpo è rivelatore di *come viviamo*, di come *sentiamo*, di come *stiamo*. Alla base della relazione e del dialogo poniamo l'ascolto, inteso come capacità di "sentire-sentirsi" che nel silenzio dell'esercizio matura come fine sensibilità in grado di arrivare a percepire gli stadi più profondi della corporeità, per giungere in quella regione in cui dimensione materiale e immateriale si toccano e si confondono, realizzando interdipendenza armoniosa e armonica tra corpo-mente-cuore.

Questi approcci integrati possono riaccreditare un ruolo di grande rilevanza alla mente nella sua potenzialità di influenzare la realtà circostante e la percezione della stessa (Soresi, 2005). Alla corretta informazione educativo-sanitaria si deve unire un percorso concreto di cura, come miglioramento degli stili quotidiani di vita.

Bibliografia

- Antonovsky A. (1979), *Health, stress and coping: New Perspectives on Mental and Physical Well-Being*, Jossey-Bass, San Francisco.
- Cavana L. e Casadei R. (2016), *Pedagogia come direzione. Ricerca di senso tra dinamiche esistenziali ed esigenze professionali*, Aracne, Roma.
- De Mennato P. (1990), *Pedagogia e psicologia. Modelli di relazione*, Liguori, Napoli.
- Dewey J. (1934), *Art as experience*, Penguin, Bristol, UK (trad. it.: *Arte come esperienza*, Aesthetica, Palermo, 2007).
- Dossey L. (2006), *Spazio tempo e medicina*, Edizioni Mediterranee, Roma.
- Durckheim K. (1971), *The way of transformation. Daily life as spiritual exercise*, Allen & Unwin, London, UK.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

- Frabboni F. (2005), *Il laboratorio*, Laterza, Roma-Bari.
- Iavarone M.L. (2007), *Pedagogia del benessere. Il lavoro educativo in ambito socio-sanitario*, FrancoAngeli, Milano.
- Gamelli I. (a cura di) (2002), *I laboratori del corpo*, Raffaello Cortina, Milano.
- Kanisza S. (2013), *La paura del lupo cattivo. Quando un bambino è in ospedale*, Raffaello Cortina, Milano.
- Kohan W.O. (2006), *Infanzia e filosofia*, Morlacchi, Perugia.
- Le Boulch J. (1991), *Verso una scienza del movimento umano. Introduzione alla psicocinetica*, Armando, Roma.
- Mallgrave H.F. (2015), *L'empatia degli spazi: architettura e neuroscienze*, Raffaello Cortina, Milano.
- Mantovani S. (1998), *La ricerca sul campo in educazione*, Mondadori, Milano.
- Maslow A. (1971), *Verso una psicologia dell'essere*, Ubaldini, Roma.
- Soresi E. (2005), *Il cervello anarchico*, UTET, Torino.
- Suglia A. e Tortone C., (2017), "La dichiarazione di Bangkok sull'attività fisica per la salute globale e lo sviluppo sostenibile", *La Salute Umana*, 265.
- Tarthang T. (1978), *Gesto di equilibrio: guida alla consapevolezza, alla salute e alla meditazione*, Ubaldini, Roma.
- Tokitsu K. (2013), *Kata. Forma tecnica e divenire nella cultura giapponese*, Luni, Roma.
- Zannini L. (a cura di) (2004), *Il corpo paziente. Da oggetto delle cure a soggetto della relazione terapeutica*, FrancoAngeli, Milano.

Sitografia

- Centro regionale di Documentazione per la Promozione della Salute - Regione Piemonte (DORS) e Global Advocacy for Physical Activity (GAPA), (2010), *La Carta di Toronto per l'attività fisica: una chiamata all'Azione & Investimenti che funzionano per promuovere l'attività fisica*, disponibile al sito http://www.dors.it/documentazione/testo/201202/CarTaToronto_Investimenti_completa_web.pdf, consultato in giugno 2017.
- International Society for Physical Activity and Health (ISPAH) (2016), *La dichiarazione di Bangkok sull'attività fisica per la salute globale e lo sviluppo sostenibile*, disponibile al sito https://www.dors.it/documentazione/testo/201704/Bkk_italian_DEF.pdf, consultato in ottobre 2018.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

In sintesi

Un progetto è espressione di una visione del soggetto e del mondo e, nell'ipotizzare un'interpretazione delle rispettive relazioni (l'io, l'Altro, l'ambiente, la natura), prefigura processi di trasformazione in chiave migliorativa della qualità di queste stesse relazioni. Alla base del lavoro che intendo presentare stanno i paradigmi della fenomenologia – in particolare della sua interpretazione in chiave pedagogica – del pragmatismo deweyano, della psicologia umanistica, da una parte, il sistema filosofico-cosmologico-medico delle tradizioni orientali, dall'altra. Un loro punto chiave di incontro è l'aderenza a questioni concretamente correlate all'esistere: la progettualità esistenziale, la cura di sé come saluto-genesi, l'autoformazione come sviluppo di un'ergonomia del pensiero a partire dall'accesso e dall'attivazione delle proprie risorse interne. Questo permette di realizzare resilienza, *self-efficacy* ed *empowerment*, ridestando stimoli motivazionali come la percezione della propria integrità e di uno scopo esistenziale capaci di generare e mantenere energia, speranza e fiducia. Il corpo è visibile nel suo essere prima effettività esistenziale del soggetto, ma è invisibile nel momento in cui esprime un bisogno di conoscenza, accoglienza ed espressione che non trovano di fatto un interlocutore sufficientemente pronto ad accoglierne la richiesta. La pianificazione e l'implementazione del progetto si fonda sulla convinzione della necessità, per i professionisti della cura, di una più efficace formazione alla riflessività e alla conoscenza di sé e dell'altro attraverso l'esperienza corporea. Tale riflessività non è ripiegamento su stessi, ma momento di *allenamento* – anche attraverso l'esercizio del corpo – a quei processi di *self efficacy* ed *empowerment* verso cui i professionisti della cura sono chiamati a guidare gli altri. Il metodo impiegato nelle attività attinge a percorsi di conoscenza e sperimentazione del proprio corpo, della propria attenzione e del proprio respiro, così come impostati all'interno della tradizione delle discipline orientali. La pratica proposta – nella modalità laboratoriale – rientra nell'offerta formativa curricolare del corso di laurea triennale per Educatore Sociale presso la Scuola di Psicologia e Scienze della Formazione dell'Università di Bologna.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

La riflessione che “cura”: narrazione di un'esperienza formativa

di *Laura Selmo*

Introduzione

Come possiamo aver cura degli altri, se prima non abbiamo cura di noi? E coloro che scelgono di svolgere una professione di cura, hanno cura di sé? Queste due domande hanno guidato un percorso di riflessione formativa all'interno dell'insegnamento di Pedagogia Sanitaria del corso di Laurea Magistrale in Scienze riabilitative delle professioni sanitarie presso l'Università degli Studi di Verona. Nell'anno accademico 2015-2016, infatti, insieme alla trattazione teorica del concetto di cura, si è voluto sperimentare l'utilizzo della scrittura narrativa come strumento formativo nella preparazione dei professionisti della cura in ambito riabilitativo. I principali obiettivi erano quelli di approfondire il tema della cura per comprenderne il significato in relazione al proprio lavoro e di riflettere sulla pratica agita, attraverso la scrittura in particolar modo, come strumento di cura verso se stessi e di sviluppo professionale.

Il corso per gli studenti è diventato quindi l'occasione per poter analizzare il proprio percorso personale e professionale attraverso un esercizio di cura e di attenzione verso se stessi e verso il proprio lavoro, scrivendo di settimana in settimana le riflessioni, che, sollecitate da quanto emergeva in aula, “riecheggiavano” dentro loro stessi durante la loro pratica quotidiana, con una rielaborazione finale di quanto era stato appreso e compreso durante tutto il percorso. Come ci indica Zannini (2008), infatti, il curare non ha a che fare solo con competenze tecniche-specialistiche, ma anche con il modo di incarnare quelle competenze, di renderle utili, fruibili e significative. Da qui la necessità di uno sguardo fenomenologico sulle prassi che scopra l'insieme personale e professionale di chi cura. Il professionista che cura ha bisogno di porre l'attenzione su se stesso con uno sguardo interrogante e di ricerca, che lo porti sempre più a una conoscenza di sé, dei propri limiti, delle proprie risorse e del proprio modo di relazionarsi con le prati-

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

che lavorative per poter riconoscersi dentro di esse e costruire la propria identità professionale.

Il professionista che cura è dunque chiamato a un impegno costante che tenga conto delle proprie attitudini, motivazioni e desideri e della necessità continua di uno sviluppo di competenze, non solo tecniche e specialistiche, ma anche trasversali e metacognitive, utili allo svolgimento della propria attività. Infatti nella sua presenza, nelle sue azioni e nei suoi gesti di cura si rivelano il modo d'essere del professionista, il suo sentire dinanzi alle situazioni di malattia, di disagio, difficoltà e la sua maniera di comprendere e agire di conseguenza. Prendersi cura degli altri è qualcosa che impegna tutto l'essere e che necessita di un sostegno permanente. L'interrogarsi da parte di chi opera la cura di fronte alla fragilità e vulnerabilità dell'uomo, diventa anche una ricerca sul senso in generale dell'esistenza umana. Stare dentro a contesti in cui si è posti quotidianamente di fronte alla sofferenza e al dolore richiede impegno, solerzia, premura e tanta forza.

Questo fa sorgere nei professionisti un bisogno di un'autoformazione continua, che li renda capaci in primo luogo di prendersi cura di sé e poi di affrontare le diverse situazioni che vengono in essere dentro i contesti lavorativi. Strumenti che favoriscono questa formazione che diviene cura sono sicuramente la riflessione e la scrittura narrativa. Per costruire un percorso di senso dentro la propria professione, il professionista ha bisogno di momenti di solitudine ma anche di condivisione della propria esperienza e del proprio agire. Mortari (2011) sostiene infatti che:

l'operazionalità cognitiva in cui si manifesta la pratica riflessiva fenomenologicamente intesa si struttura come segue: i) portare davanti agli occhi della mente i propri vissuti; ii) sostare riflessivamente sui dati emersi, poiché solo il familiarizzarsi con essi consente di costruire un terreno fertile per l'analisi riflessiva; iii) esaminarli in modo da cogliere le loro qualità essenziali; iv) dare parola alle qualità individuate in modo quanto più possibile fedele alla specificità del vissuto che l'atto cognitivo coglie (*ivi*, p. 48).

Partendo da questi presupposti si vorrebbe qui raccontare cosa è emerso durante questo percorso formativo in merito all'utilizzo della scrittura narrativa come strumento di cura di sé.

Il percorso formativo

Il percorso formativo svolto all'interno del corso di Pedagogia Sanitaria si è incentrato sull'approfondimento del concetto di "cura" attraverso quattro incontri di cinque ore ciascuno, in cui si sono alternati momenti di le-

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

zione frontale e attività pratico-riflessive sui temi trattati. Inoltre nella settimana fra un incontro e l'altro gli studenti hanno rielaborato attraverso la scrittura narrativa quanto appreso in aula, mettendolo in relazione con la propria esperienza pratica di professionisti della cura dentro ai propri ambiti e contesti lavorativi. Si è cercato quindi di porre in connessione il sapere elaborato nel contesto formativo del corso con la pratica agita dentro l'esperienza e il sapere che si genera attraverso essa lavorando su due fronti, uno quello della riflessione individuale attraverso la scrittura e l'altro quello della discussione che nasce dalla condivisione con gli altri delle proprie esperienze.

Tab. 1 – Riassunto del percorso formativo

<i>Percorso formativo</i>		
<i>Incontri</i>	<i>Didattica Frontale</i>	<i>Proposta riflessiva e di scrittura</i>
I Incontro	Le ragioni ontologiche della cura	Mi racconto...
II Incontro	L'essenza della buona cura	Cura e professione
III Incontro	L'etica della cura	Etica e professione
IV Incontro	Il farsi concreto della buona cura	Gesti di cura

Il tema principale del percorso formativo si è sviluppato attraverso lo studio del testo “Filosofia della cura” di Luigina Mortari (2015), che ha aiutato gli studenti a comprendere meglio che cos'è la cura e ad approfondirne le sue peculiarità, le sue caratteristiche e la sua relazione intrinseca con l'esistenza e con l'agire pratico.

Un'attenzione particolare è stata rivolta alla cura di sé, che si è tradotta nel compito di riflettere e mettere in scrittura il proprio modo di vivere, agire, sentire la cura e l'essere professionisti della cura. A conclusione del percorso si è chiesto agli studenti di esprimere se e come la riflessione attraverso la scrittura narrativa li avesse aiutati e formati nel prendersi cura di sé e nel proprio sviluppo professionale.

In particolare, durante il primo incontro si è dato spazio al racconto di sé e della propria vita professionale, attraverso la narrazione scritta delle tappe significative del proprio percorso formativo e professionale e della propria motivazione nell'intraprendere un nuovo corso di studi. Inoltre sono state trattate le ragioni ontologiche della cura e si è discusso della relazione stretta fra cura ed esistenza attraverso anche la rielaborazione dell'esperienza

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

professionale con questa chiave di lettura. Si è parlato nello specifico della cura come bisogno proprio dell'essere umano e dell'importanza della cura di sé, partendo da quanto indicato da Mortari (2015):

La cura è necessaria all'esistere per dare corpo alla tensione, alla trascendenza e nutrire l'essere di senso (*ivi*, p. 35).

Attraverso la scrittura della propria storia gli studenti hanno compiuto e sperimentato un gesto di cura verso se stessi e hanno iniziato a imparare a riflettere attorno alla propria esperienza e pratica (Dewey, 1938). Dopo alcune perplessità iniziali, dovute al fatto di non essere abituati a percorsi di questo genere, gli studenti si sono aperti a questa nuova esperienza, partecipando in modo attivo e costruendo un apprendimento proiettato verso la continuità.

Se penso a quanto è passato dall'ultima volta che ho scritto un tema, una lettera... beh erano modi che ci permettevano di raccontare noi stessi, le nostre emozioni, il nostro "dentro", ora le cose che mi trovo a scrivere quotidianamente sono solo cose tecniche (cartelle, valutazioni funzionali, lettere di dimissioni logopediche) e niente più... Credo in effetti che la scrittura sia un'ottima alleata della riflessione... ti impone di fermarti, ad avere tempi più lunghi... mi piacerebbe riprenderla, magari iniziando con poco... con poche righe... e poi chissà... (uno studente).

Il secondo incontro si è concentrato sul tema dell'"Essenza della buona cura", partendo dal testo scritto da Mortari (2015) in cui si dice che «l'essenza della cura consiste nell'essere una pratica che accade in una relazione, è mossa dall'interessamento per l'altro, è orientata a promuovere il suo ben-esserci» (p. 80), si è discusso insieme riguardo le pratiche di cura e il loro significato.

Se prima il gesto era meramente l'applicazione di una tecnica, ho capito che ci sono anche tra i gesti di cura rientrano anche quei gesti che comunicano premura e rispetto verso il paziente, ugualmente importanti (uno studente).

Mi rendo conto infatti come sia fondamentale, nonostante la frenesia che vi possa essere durante la giornata lavorativa, cercare di prestare costante attenzione al paziente, alla relazione con il paziente, in quanto sono aspetti fondamentali che influiscono sull'efficacia del trattamento erogato (uno studente).

Nel terzo incontro il tema trattato è stato quello dell'"Etica della cura" e si è riflettuto, scritto, narrato e discusso attorno al rapporto fra etica della cura e professione. Secondo Mortari (2015):

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

L'eticità richiede quell'azione recettiva e passiva del vedere e dell'accogliere quello che la realtà mi dice di sé, ma poi si attualizza nel rispondere attivamente alla realtà con gesti concreti. Non c'è solo la verità della scienza, ma anche la verità dell'esistenza (*ivi*, p. 140).

Gli studenti, attraverso la trattazione teorica e alcune domande su cui interrogarsi: «perché si decide di lavorare con la fragilità e con la malattia? Perché si decide di occuparsi della sofferenza e del dolore? Cosa spinge verso questa strada?», hanno fatto emergere i loro pensieri e le loro esperienze.

L'idea di cura che ho sempre avuto, si avvicina alle tre macro aree individuate nel libro di Mortari: cura per l'altro (attenzione, rispetto, senso di responsabilità, empatia, delicatezza, fermezza...); cura del contesto (preparare un ambiente accogliente, avere attenzione per i familiari); cura per il proprio sentire (tenere un diario, confrontarsi con i colleghi e andare in supervisione se non si riesce ad ottenere risultati). Frequentando il corso e leggendo i libri, ho riletto in un'ottica "etica" quello che faccio. Il fine è il ben-essere, per gli altri e per se stessi (una studentessa).

Nel quarto incontro si è ragionato sul tema "Il farsi concreto della buona cura", attraverso una riflessione sui gesti di cura. Dopo una breve trattazione sono state proposte delle immagini e su queste si è iniziato a discutere e a prendere consapevolezza della concretezza della cura. Attraverso una decostruzione gli studenti hanno ragionato sul significato dei gesti e delle azioni che quotidianamente compiono.

Sono diventata maggiormente consapevole che chi sceglie questo tipo di professione lo faccia perché dentro di essa ci sia quel cosa di profondo, di vero, che porti a dare all'altro. L'idea di cura che ho sempre avuto e sempre portato avanti è tutto ciò che ho ripercorso con questo corso, anche se mai ero riuscita ad approfondire queste tematiche. La cura è esserci, esserci sempre, fisicamente e psicologicamente con gli altri e con noi stessi, mettendoci in relazione (una studentessa).

Infine gli studenti hanno riflettuto su quanto appreso durante il corso in merito alla cura e se c'è stato un cambiamento nel loro renderla concreta quotidianamente nel loro lavoro.

Rispetto all'idea di cura, ho capito che non è solamente riferita alla cura terapeutica, alla cura del corpo, ma c'è anche la cura ontologica, quella dello spirito, dell'Essere che è fondamentale e che la cura avviene sia verso gli altri che verso se stessi. Se prima il gesto era meramente l'applicazione di una tecnica, ho capito che ci sono anche altri gesti di cura ugualmente importanti, che comunicano premura e rispetto verso il paziente (uno studente).

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

La parola "cura" trattiene in sé una immensità di concetti e aver riflettuto attorno a questo argomento è servito a dare i giusti nomi a pensieri, gesti, comportamenti che attuo senza averne una piena consapevolezza (una studentessa).

In merito al cambiamento in me, forse ritengo che sto prestando molto più ascolto alle parole e ai gesti che i pazienti, e non solo, mi trasmettono (una studentessa).

Che cosa possiamo trarre da questa esperienza formativa?

Dall'analisi del percorso possiamo cogliere alcuni aspetti utili per lo sviluppo della formazione dei professionisti della cura. Innanzitutto, emerge il potenziale della scrittura narrativa come pratica di formazione e come strumento che agevola una riflessione continua anche al di fuori dell'aula e costruisce un sapere trasversale che accompagna il professionista nello svolgimento del suo lavoro. Tutto questo però si realizza nel momento in cui vi è la disponibilità e il desiderio di apprendere delle modalità nuove di vivere l'esperienza professionale. Come ci dice Zannini (2015):

va ricordato un principio fondamentale della formazione: il processo formativo richiede che sia il soggetto a desiderare la propria formazione, in particolare ci sembra irrinunciabile quando si parla di formazione di sé (*ivi*, p. 38).

Il desiderio nasce dalla volontà di mettersi in gioco e in discussione e anche dal trovare il tempo per dedicarsi alla riflessione e alla scrittura: la mancanza di tempo risulta infatti essere un fattore critico. Il professionista della cura è assorbito dal fare e spesso non riesce a trovare quello spazio e quel tempo per sé e per la scrittura dei propri pensieri e sentimenti e spesso non ha neanche modo di poterli condividere con chi lavora con lui. Inoltre, a fronte del percorso si è compreso che sembra necessario affiancare all'apprendimento di un sapere tecnico la pratica di una scrittura riflessiva che supporti gli operatori nel loro formarsi ma anche poi nel loro lavoro quotidiano.

Si è notato che il dispositivo narrativo ha consentito agli studenti, come sostengono Connelly e Clandinin (1990), di ripensare le proprie esperienze e le proprie azioni ricostruendone il senso ed evidenziandone le possibili prospettive di sviluppo, portando alla luce le intenzioni, le motivazioni, le opzioni etiche e valoriali in esse implicate, inscrivendole all'interno di una rete di significati culturalmente condivisi, riconoscendo ad esse continuità ed unità. Attraverso questo alternarsi fra teoria, pratica, riflessione e scrittura è emerso dalle parole degli studenti che questo percorso ha prodotto in

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

loro in un certo modo autocoscienza, cioè la capacità di conoscersi e comprendere cosa si vuole essere e fare.

La scrittura mi ha permesso di portare consapevolezza sui miei comportamenti di cura nella vita quotidiana, costringendomi, in senso positivo e produttivo, alla riflessione accurata, prima della fase di fissazione dei concetti e dei pensieri sulla carta, nero su bianco (uno studente).

La riflessione, attraverso la scrittura, ha portato gli studenti a ricercare, approfondire e chiarire i dubbi, le emozioni e le azioni che compiono nel proprio lavoro ponendoli in relazione con il loro modo di essere e di affrontare le diverse situazioni.

Il mio sforzo, la mia tensione nelle pratiche di cura nelle più svariate situazioni della vita, non solo in quelle legate alla professione, è finalizzata a elaborare riflessioni e ad attuare percorsi d'azione il più completi possibile, senza tralasciare nulla e senza lasciare nulla d'intentato il più possibile. Questa è una caratteristica personale, maturata nel corso del tempo, sia per carattere sia per esperienze personali, che si evince anche nel mio modo di fare cura (una studentessa).

Il mettere in scrittura le riflessioni che derivano dalle pratiche agite e dalle esperienze vissute dentro i diversi contesti lavorativi e formativi richiedeva uno sforzo:

Sicuramente la riflessione e la scrittura sono state due attività difficili per me, in quanto non sono mai stata tanto abituata a riflettere su questi temi e me che meno a scriverne. Devo dire però che sono riuscita a mettere in parola (una studentessa).

Questa fatica derivava innanzitutto dal dover elaborare l'azione pratica dentro un ragionamento di pensiero che ne esplicitava i significati e metteva in evidenza gli aspetti latenti e taciti che derivano dal fare. Per fare questo c'è innanzitutto bisogno di tempo per andare in profondità, soffermarsi, sostare per pensare e ripensare all'agito.

Devo dire che non è stato facile scrivere... non siamo più abituati... le nuove tecnologie impongono modalità diverse, veloci, compresse... e poi... il tempo... sembra non essere mai sufficiente... siamo in perenne corsa... verso cosa poi non si sa... (uno studente).

Occorre, in un certo qual modo, sospendere l'agire per trovare quello spazio per la cura di sé attraverso la riflessione sulla propria pratica agita. È uno spazio-tempo necessario per chi opera in contesti densi di problemati-

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

cità, vulnerabilità, fragilità, ed è quotidianamente sollecitato dalla relazione con gli altri, pazienti/utenti, colleghi e dal bisogno di trovare soluzioni spesso immediate a casi difficili, diversi. Ogni giorno ci si trova davanti all'incognito, alla ricerca di risposte da dare, ad azioni da compiere che comportano assunzioni di responsabilità e di messa in gioco del sé e del proprio lavoro:

Se mi ascolto posso sentire quando sto per raggiungere il limite e mi posso fermare. Fermarsi in tempo prima di essere troppo "piena" e non avere più spazio per accogliere l'altro, per ascoltarlo, per prenderlo in cura (una studentessa).

Si è anche notato però che il percorso ha sviluppato anche autostima, cioè fiducia nelle proprie possibilità e conoscenza dei propri limiti:

Credo di essere "cambiata" un po'... Questo corso mi ha dato la possibilità di prestare molta più attenzione al mio lavoro e di analizzarlo in un'ottica di cura, in modo da riuscire a coniugare la tecnicità tipica di un fisioterapista con una buona relazione con il paziente (uno studente).

Infine ha generato autoefficacia intesa, secondo Bandura (1997), come la fiducia nella propria capacità di portare a termine con successo l'azione richiesta in uno specifico contesto e sentirsi all'altezza di una data situazione.

Amo profondamente l'ambito in cui lavoro (quello della Riabilitazione neurologica), in quanto i percorsi che prendono origine o proseguono assieme a me (con il trattamento logopedico quotidiano fatto di fatiche e lacrime) sono momenti di continua rinascita, riaffermazione, modellizzazione e adattamento (una studentessa).

Inoltre, la riflessione attraverso la scrittura ha portato gli studenti a ricercare, approfondire e chiarire i dubbi, le emozioni e le azioni, ponendoli in relazione con il loro modo di essere e di affrontare le diverse situazioni.

Cura è anche pensare alle emozioni che si provocano nell'altro con i nostri comportamenti. Ascoltare i pazienti, mettersi dalla loro parte, cercare alle riunioni di portare la loro voce e il loro punto di vista. Dare fiducia, riconoscere le loro abilità, rinforzare, spronare (una studentessa).

Come riteneva Bruner (1990), la narrazione è il primo dispositivo interpretativo e conoscitivo di cui l'uomo – in quanto soggetto socio-culturalmente situato – fa uso nella sua esperienza di vita. Infatti secondo uno studente:

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

La scrittura è stato un atto molto complicato all'inizio, perché spesso tutto è chiaro quando ci si trova in una situazione, ma è difficile poi mettere tutto "nero su bianco", soprattutto quando si tratta di emozioni, ed è difficile sospendere l'agire per porsi in una situazione di pensare riflessivo. Credo quindi che questo lavoro mi sarà molto utile in futuro, sarà qualcosa a cui penserò nella mia quotidianità.

In generale, si è compreso che la riflessività che passa attraverso la scrittura narrativa si sostanzia in un intreccio di pensieri, che trovano vita dentro le pagine scritte e che si contraddistinguono per la ricerca di dare significato al fare in una prospettiva sistemica dove i soggetti coinvolti, il contesto e le pratiche si intrecciano continuamente.

Sicuramente la strategia di scrivere ha facilitato enormemente la riflessione sui fatti della quotidianità e sui temi del corso. Scrivendo si fissano dei concetti, si riscoprono riflessioni a cui non si presta altrimenti attenzione, si analizzano in modo più approfondito le varie dimensioni degli eventi che si presentano. Permette inoltre una riflessione a posteriori e quindi una possibilità di critica e di miglioramento futuro degli atteggiamenti (una studentessa).

La scrittura narrativa come pratica riflessiva, dunque, consente innanzitutto di produrre un'azione formativa che rende protagonista il soggetto che la compie e inoltre lo responsabilizza nel processo di apprendimento. Essa gli consente di orientare il suo sapere dentro la pratica e di interrogarsi attorno al suo agire e sul perché adotti certe condotte e certi stili di pensiero. Questo comporta, da un lato, una maggiore presa di consapevolezza di sé e del proprio modo di interpretare la propria professione e, dall'altro, genera in lui una tensione verso la ricerca di significato da attribuire ai suoi gesti di cura. Inoltre, la riflessione che si fa scrittura consente quella sospensione necessaria per distanziarsi dal fare e ricondurre a sé il proprio agire per comprenderlo e ricomporlo dentro un percorso di senso e di crescita personale e professionale. Questo produce un'autoformazione che a sua volta diventa cura di sé. La riflessività si traduce in scrittura come modo per ricostruire il senso del proprio agire ma anche di essere nell'interpretare il proprio ruolo di professionista della cura e di vivere le diverse situazioni lavorative. Si è di fronte a una ricerca ermeneutica che va ad analizzare in profondità le pratiche professionali intrise di saperi, emozioni, relazioni, intenzioni riportandoli dentro una prospettiva sistemica che tiene conto del soggetto agente, del contesto e del suo fare in situazione. Inoltre, attraverso la riflessione che si traduce in scrittura narrativa, il soggetto è condotto anche a una sorta di emancipazione, in quanto accresce la sua capacità di elaborare soluzioni e di intraprendere strade nuo-

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

ve e di sviluppo. Di fronte a queste evidenze allora occorre iniziare a pensare come poter inserire in modo permanente queste pratiche formative nei diversi percorsi che preparano e accompagnano i professionisti della cura.

Bibliografia

- Bandura A. (1997), *Self-efficacy: the exercise of control*, W.H. Freeman and Company, New York, NY (trad. it.: *Autoefficacia: teorie e applicazioni*, Erickson, Trento, 2000).
- Bruner J. S. (1990), *Act of Meaning*, Harvard University Press, Boston, MA (trad. it.: *La ricerca del significato. Per una psicologia culturale*, Bollati Boringhieri, Torino, 1992).
- Connelly F. M. e Clandinin, D. J. (1990), "Stories of experience and narrative inquiry", *Educational Researcher*, 19 (5): 2-14.
- Dewey J. (1933), *How We Think*, Heath, Boston, MA (trad. it.: *Come pensiamo. Una riformulazione del rapporto fra pensiero riflessivo e l'educazione*, La Nuova Italia, Firenze, 1986).
- Dewey J. (1938). *Experience and Education*, Kappa Delta Pi, New York, NY (trad. it.: *Esperienza e educazione*, La Nuova Italia, Firenze, 1984).
- Mortari L. (2011), "La qualità essenziale della riflessione", *Educational Reflective Practices*, 1: 146-156.
- Mortari L. (2015), *La filosofia della cura*, Raffaello Cortina, Milano.
- Zannini L. (2008), *Medical humanities e medicina narrativa. Nuove prospettive nella formazione dei professionisti della cura*, Raffaello Cortina, Milano.
- Zannini L. (2015), *Fare formazione nei contesti di prevenzione e cura. Modelli, strumenti e narrazioni*, Pensa MultiMedia, Lecce.

In sintesi

Come possiamo aver cura degli altri, se prima non abbiamo cura di noi? E coloro che scelgono di svolgere una professione di cura, hanno cura di sé? Partendo da queste domande e dall'idea che il compito fondamentale del processo formativo è quello di coltivare le attitudini del pensiero riflessivo, senza il quale l'attività pratica si riduce al meccanismo della routine (Dewey, 1933), si è costruito un percorso di riflessione formativa all'interno dell'insegnamento di Pedagogia Sanitaria del corso di Laurea Magistrale in Scienze riabilitative delle professioni sanitarie presso l'Università degli Studi di Verona. In particolare, si è operato su due fronti, da un lato si è cercato di avvicinare gli studenti al tema della cura per comprenderne il significato in relazione al proprio lavoro e alla propria professionalità e, dall'altro, si è offerta l'esperienza diretta della riflessione, come strumento di cura verso

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

se stessi. Esplorando il concetto di cura nelle tre declinazioni di *therapeia*, cioè la ricerca di una soluzione a un bisogno; di *merimna*, cioè la tensione a procurare all'altro qualcosa che faccia raggiungere il bene e di *epimeleia*, cioè cura tesa a far fiorire l'esistenza dell'altro (Mortari, 2015), si è cercato di unire la trattazione teorica con la pratica della riflessione. Spesso infatti nella preparazione dei professionisti in ambito sanitario si trascura di porre l'attenzione sulla cura di sé come punto di partenza per potersi prendere cura degli altri. Il corso è diventato quindi l'occasione per gli studenti di poter analizzare il proprio percorso personale e professionale attraverso un esercizio di cura e di attenzione verso se stessi, scrivendo di settimana in settimana le riflessioni che, sollecitate da quanto emergeva in aula, "facevano eco" dentro loro stessi e la loro pratica quotidiana, con una rielaborazione finale di quanto era stato appreso e compreso durante tutto il percorso. Si vorrebbe pertanto poter raccontare e condividere quanto è emerso da questa esperienza, per poi poter ragionare attorno alla formazione dei professionisti della cura e alla necessità, manifestata anche da parte degli studenti stessi, di sviluppare percorsi che forniscano strumenti utili alla cura di sé e del proprio lavoro.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

Formare alla cura del fine-vita: il collage come strategia riflessiva per i partecipanti di un Master in Cure Palliative*

di *M. Benedetta Gambacorti-Passerini, Anne Destrebecq, Stefano Terzoni e Lucia Zannini*

L'area delle Cure Palliative e la formazione dei professionisti in Italia

Già nel 2002, l'OMS, sottolineando l'importanza delle CP, le definisce come «un approccio che migliora la qualità della vita dei malati e delle famiglie che si confrontano con i problemi associati a malattie inguaribili, attraverso la prevenzione e il sollievo dalla sofferenza, per mezzo dell'identificazione precoce, dell'approfondita valutazione e del trattamento del dolore e di altri problemi, fisici, psicosociali e spirituali» (WHO, 2002).

Con riferimento ad anni più recenti, all'interno del contesto italiano, i dati ISTAT mostrano che le malattie oncologiche causano ogni anno più di 100.000 morti e che circa il 90% di queste necessita di CP (ISTAT, 2012). Anche per i pazienti che soffrono di malattie croniche e degenerative, in costante aumento (ISTAT, 2012), le CP si renderanno progressivamente sempre più necessarie. In questo senso, i dati italiani, in linea con quelli dei Paesi Europei (WPCA e WHO, 2014), mostrano come l'area delle CP si trovi in un momento di costante e rapida crescita, richiedendo sempre più professionisti che operino all'interno del settore.

Risulta dunque fondamentale una riflessione su come formare professionisti capaci di operare in un'area così complessa e delicata: prendersi cura di un paziente per il quale non sono disponibili terapie attive, infatti, richiede di rispondere ai bisogni di cura di tutta la persona, inclusi i suoi bi-

* Il presente lavoro è frutto di una stretta collaborazione tra gli autori, che ne hanno discusso collegialmente ogni sua parte. Dovendo individuare, a fini concorsuali, il contributo dei singoli autori, si segnala che il primo paragrafo è stato scritto da S. Terzoni, il secondo da A. Destrebecq, il terzo e il quarto da M.B. Gambacorti-Passerini. L. Zannini ha riletto criticamente l'intero manoscritto e ha condotto la supervisione finale.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

sogni psicologici, sociali, spirituali che il delicato momento del fine-vita chiama in causa (Kendall et al., 2007).

La Legge italiana 38/2010 definisce in maniera operativa le norme per costruire il sistema di CP, orientato a offrire la miglior qualità di vita possibile per i pazienti affetti da una malattia inguaribile. Cruciale risulta definire anche un sistema di formazione specifico per gli operatori del settore, proprio perché, come notato, per agire una cura globale di un paziente per il quale non sono disponibili terapie attive, è necessario acquisire una competenza trasversale e composita, che non si rivolga solamente alla cura del dolore e di altre problematiche fisiche.

La Società Italiana di Cure Palliative (SICP) ha stilato nel 2013 un documento sul *core curriculum* dei diversi profili professionali operanti nell'area, sottolineando l'importanza di sviluppare un dialogo tra le istituzioni per creare una cultura formativa nelle CP, ancora in costante evoluzione, che sia rivolta alle differenti figure professionali necessarie per agire una presa in carico del paziente davvero globale.

Il *core* della competenza in CP, è stato individuato dalla SICP (2013) in un mix di saperi specialistici, organizzativi, di ruolo e impliciti. La competenza professionale si configura, quindi, come un insieme di fattori (azioni, conoscenze, attitudini, presupposti, credenze e valori), in gran parte costruiti anche dal contesto e dalle relazioni.

Le competenze in CP sono dunque costituite anche dai processi profondi che rendono gli operatori capaci di attribuire un orizzonte di senso a tutte le azioni di cura. Ad esempio, una parte centrale del lavoro in cure palliative consiste nell'accompagnare a una "buona morte" (Cipolletta e Oprandi, 2014) il paziente e la sua famiglia: questo processo chiama in causa questioni profonde, personali e culturali (Donnelly e Dickson, 2013; Griffiths et al., 2015; NICE Guidance, 2015; Tornøe et al., 2015), spesso difficili da discutere e da rendere esplicite. Ecco, quindi, che risulta importante formare gli operatori delle CP a una capacità riflessiva su quanto circonda il concetto di "buona morte", centrale per il loro lavoro.

Queste competenze specifiche per le CP, in Italia ricevono una formazione *ad hoc* prevalentemente a livello post-laurea, come previsto dalla Legge 38/2010, attraverso l'istituzione dei Master di alta formazione e qualificazione in terapia del dolore e CP, di primo e secondo livello, per medici, psicologi e per le professioni sanitarie (infermieri, fisioterapisti, terapisti della riabilitazione).

Proprio in relazione a un'esperienza di Master di primo livello in cure palliative, il presente intervento andrà a esporre una proposta di buona pratica che, con sguardo pedagogico (Zannini, 2008), può contribuire a offrire una formazione riflessiva ai professionisti operanti in CP.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

Il Master di I livello in Cure Palliative dell'Università degli Studi di Milano e la ricerca svolta nell'A.A. 2015-2016

Il Master di I livello in CP dell'Università degli Studi di Milano, diretto dalla prof.ssa Destrebecq, ha una durata di un anno (60 crediti formativi universitari) ed è giunto alla diciassettesima edizione nell'A.A. 2016-2017. Attraverso una strategia didattica di *blended-learning*, il Master prevede attività didattica in aula e on-line. È previsto un percorso di tirocinio in contesti specificamente di CP, per la durata di 500 ore e la scrittura di una tesi finale.

La proposta formativa che si andrà a esporre è stata rivolta ai partecipanti al Master nell'A.A. 2015-2016, iniziato a marzo 2015 e terminato a febbraio 2016, edizione nel corso della quale erano previsti i seguenti contenuti didattici, raggruppati in 12 Unità:

1. Terapia del dolore.
2. Segni e sintomi.
3. Il Medico e l'Infermiere di famiglia come risorsa nella gestione del Paziente con malattie inguaribili e terminali.
4. Il lavoro d'équipe interdisciplinare nelle CP.
5. La qualità dell'esperienza del paziente, caregiver e dell'operatore;
6. Narrative Medicine.
7. Principi di bioetica.
8. Il ruolo del volontariato nel supporto ai malati terminali.
9. Le competenze relazionali in cure palliative: un approccio "integrato".
10. Pazienti affetti da malattie inguaribili o terminali, non in area oncologica.
11. Cure palliative pediatriche.
12. Gli aspetti organizzativi e qualitativi della Rete di CP nei pazienti con malattie inguaribili e terminali.

Nell'edizione del 2015-2016, partecipavano al Master 19 infermieri, 1 assistente sociale e 10 medici. I partecipanti sono stati coinvolti in un progetto di ricerca qualitativa per monitorare lo sviluppo delle loro competenze durante il percorso del Master (Gambacorti-Passerini et al., 2017).

Basandosi sul metodo di ricerca della *Grounded Theory* (Glaser e Strauss, 1967), il progetto ha esplorato aspetti apprenditivi difficilmente misurabili attraverso strumenti quantitativi, come le scale validate per misurare lo sviluppo di alcune competenze dell'area delle CP (Slatten, 2014).

I partecipanti, suddivisi in tre gruppi per appartenenza professionale (un gruppo di medici e due di infermieri, all'interno dei quali è stata compresa anche l'assistente sociale), sono stati coinvolti in tre focus group (all'inizio,

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

in itinere e alla fine del Master). All'interno del focus group intermedio è stato proposto ai partecipanti di rispondere a una sollecitazione attraverso la creazione di un collage, in modo da esplorare anche le dimensioni simbolico-proiettive relative al concetto di "buona morte" (Cipolletta e Oprandi, 2014; Kendall et al., 2007), centrale nelle CP. Il contributo andrà ora a riflettere sulle componenti formative della proposta del *collage-making* che, sebbene proposta all'interno di un percorso di ricerca, ha anche consentito l'apertura di possibilità di formazione per i soggetti che l'hanno sperimentata.

Il collage come strumento di formazione riflessiva

La tecnica artistica del collage nasce come un antico metodo di decorazione orientale, basato sull'assemblare differenti materiali sopra a una superficie, generalmente rigida. Diffusasi anche nel mondo occidentale, la pratica del collage è stata ripresa nell'arte contemporanea, con diverse tecniche di realizzazione: dalla proposta di Picasso (*Still Life with Chair Caning*, 1912), ai *papiers collés* di Braque, ai *papiers gouachés découpés* di Matisse, ai fotomontaggi Dadaisti, fino a diverse forme di sperimentazioni negli ultimi decenni.

La caratteristica che unisce tutte le diverse forme di realizzazione del collage risiede nell'uso di materiale prodotto per altri scopi, che viene riassemblato in una nuova cornice, dove acquista nuovo significato, creato dall'autore. La composizione di un collage richiede, dunque, un processo di decostruzione (scegliere e selezionare parte del materiale da un contesto unitario) e, successivamente, un movimento di ricostruzione, componendo il materiale scelto in una nuova forma.

Proprio questi aspetti consentono di tematizzare la potenzialità formativa che la pratica del collage può assumere, in relazione allo sviluppo di riflessività. Lynn Butler-Kisber, nei suoi studi relativi all'utilizzo di tecniche visuali nella ricerca in scienze umane, sostiene proprio che il collage può essere proposto, all'interno di un percorso di ricerca, «come un processo riflessivo, come uno stimolo per pensare, scrivere e/o discutere» (Butler-Kisber, 2010, p. 102). Anche Joe Norris insiste sulla possibilità di riflessione insita nella creazione di un collage, sostenendo che ciò che la sostiene è proprio il tentativo di costruire significato intorno a un determinato tema, su cui si basa l'attività creativa (Norris, 2008). L'utilizzo di immagini e prodotti di diversa natura permette infatti di accedere, attraverso il pensiero metaforico, estetico e interpretativo, a possibilità ermeneutiche più difficilmente accessibili attraverso altri strumenti di indagine: «Il collage è pen-

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

sato per evocare plurimi significati e ambisce a comunicare su un livello di significazione metaforico, piuttosto che informativo» (*ivi*, p. 97).

In questo senso, la tecnica del collage può far emergere uno sguardo basato su un uso non canonico dell'immagine, che può aiutare l'autore a raggiungere rappresentazioni inusuali del tema su cui la creazione del collage si basa. Elisabetta Biffi e Franca Zuccoli (2015; 2016), nei loro recenti scritti relativi all'utilizzo del collage nella ricerca pedagogica, sottolineano proprio la potenzialità formativa del collage che consente l'accesso a una serie di significati (professionali e personali) altrimenti inaccessibili.

Sulla base di questi presupposti, è stato proposto ai partecipanti alla ricerca, durante il focus group a metà del percorso di Master, di realizzare un collage in relazione al tema della "buona morte", come specificheremo a breve. La proposta aveva sia lo scopo di raccogliere, a fini di ricerca, le loro rappresentazioni sull'argomento, già affrontato nel corso del primo focus group, sia quello di offrire un'occasione formativa per riflettere più in profondità su uno degli aspetti centrali e fondamentali del lavoro in CP.

La proposta del collage ai partecipanti al Master in Cure Palliative per riflettere sulla "buona morte"

All'interno del contesto di focus group, i partecipanti sono stati invitati a creare un collage che rappresentasse la loro idea di "buona morte". Per realizzare il collage, ai partecipanti è stato offerto un foglio A3, come superficie sopra alla quale creare il loro manufatto, riviste e giornali da ritagliare, fogli di carta colorata, pennarelli, forbici e colla. Il materiale è stato disposto su un tavolo al centro della stanza, a cui ognuno poteva accedere liberamente.

In seguito a un momento di creazione individuale, i collage sono stati presentati e narrati da ogni singolo professionista al gruppo, con la presenza della conduttrice del gruppo. Anche il momento della narrazione e della condivisione si è configurato come occasione formativa, in cui è stato possibile riflettere sulle immagini e sui significati delle creazioni degli altri professionisti, generando uno scambio e un confronto riflessivo.

Un primo aspetto emerso, rispetto all'esperienza realizzata, è il fatto che la proposta del collage, attraverso lo strumento dell'immagine, abbia permesso ai partecipanti di riflettere sulla propria personale idea di "buona morte". Come evidenziato anche in letteratura (Taylor et al., 2002), spesso i professionisti operanti in CP tendono a far propri, in maniera idealizzata, i concetti-chiave della cura e dell'agire professionale del settore palliativo. In questo senso, anche in relazione al concetto di "buona morte", il rischio è

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

quello di non riflettere sui significati personali e profondi. La proposta di riflettere sul concetto di “buona morte” attraverso le immagini ha offerto un'occasione per lavorare su se stessi e “scavare” nei propri significati e nelle proprie concezioni, come si può notare in un esempio di collage, realizzato da un'infermiera.

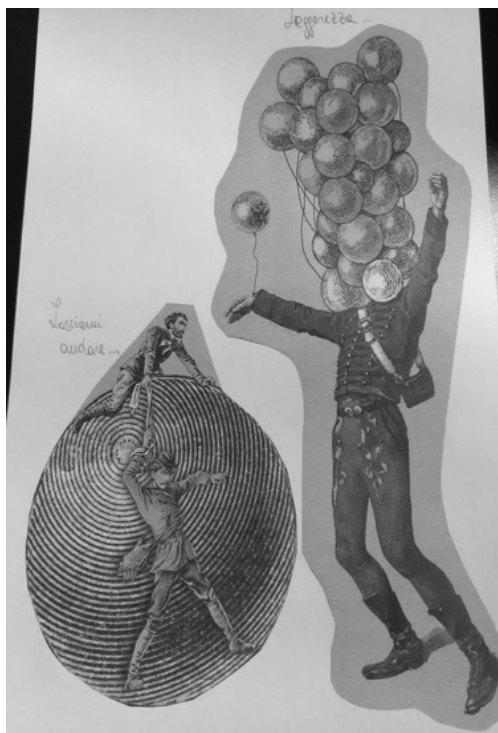


Fig. 1 – Collage realizzato da un'infermiera

Ho scelto queste due immagini. La prima, un signore che sta cadendo in una specie di oblio e l'altro che lo sta tenendo e ho scritto “lasciami andare”, perché secondo me una delle cose essenziali per una buona morte, secondo la mia visione, è che anche chi sta intorno a te, a un certo punto ti lasci andare... E poi questo uomo con i palloncini, l'ho associato all'idea di “leggerezza” che ha per me la buona morte (I16).

In questo senso, la proposta del collage ha consentito di aprire uno spazio per la riflessione su se stessi e sul proprio concetto di “buona morte”, illuminandone significati meno idealistici e più personali I partecipanti

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

hanno potuto, infatti, andare a esplorare significati e credenze personali, elementi centrali nel formare l'idea, personale e unica, che ognuno ha in relazione al morire e al "morire bene" (Cipolletta e Oprandi, 2014).

Il successivo collage, ad esempio, mostra lo sforzo di un medico nel tentare di entrare nelle proprie convinzioni relative alla "buona morte", che si collegano poi a pratiche messe in atto nei confronti dei pazienti.



Fig. 2 – Collage realizzato da un medico

Ho scelto una stanza, perché tante volte per una morte serena abbiamo potuto solo dare una camera da sogno, cercando di adattarla, di renderla più personale possibile in modo che la persona si sentisse a casa, perché per me è importante il luogo in cui si muore. Questa è un'immagine di cammino insieme, comunque in uno stato di dolcezza reciproca, e poi "amore e non guerra" nel senso che sono buone morti per me, ma proprio per me, quelle in cui non ci sono conflitti (M1).

La proposta del collage, dunque, si è costituita quale contesto formativo in cui sperimentare, attraverso linguaggi inusuali, un lavoro su di sé orientato all'esplorazione dei propri significati relativi al concetto di "buona morte". Il lavoro di narrazione e condivisione del collage, inoltre, ha con-

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

sentito di avvicinarsi anche alle visioni di altri professionisti, coi quali confrontarsi. Oltre a una riflessione su di sé, l'esperienza ha permesso di ragionare, come nell'ultimo esempio riportato, sul forte legame tra i propri significati e le pratiche professionali messe in atto, offrendo ai partecipanti un'occasione formativa in relazione al lavoro di accompagnamento alla morte, centrale nel settore delle CP.

Bibliografia

- Biffi E. e Zuccoli F. (2015), *Utilizzare il collage per ricercare l'educazione*, in Tarozzi M., Montù V. e Traverso, A. (a cura di), *Oltre i confini, lungo i margini*, Dipartimento di Scienze per la Qualità della Vita, Alma Mater Studiorum, Università di Bologna, Bologna, pp. 69-74.
- Biffi E. e Zuccoli F. (2016). "It's not the glue that makes the collage" (Max Erns): *Training in educational research as an artistic process*, in Formenti L. e West L. (eds.). *Stories that make a difference. Exploring the collective, social and political potential of narratives in adult education research*, Lecce: Pensa Multimedia, pp. 135-142.
- Butler-Kisber L. (2008), *Collage as Inquiry*, in Knowles J. G. e Cole A. L. (eds.), *Handbook of the Arts in Qualitative Research: Perspectives, Methodologies, Examples, and Issues*, SAGE Publications, Thousand Oaks, CA.
- Butler-Kisber L. (2010), *Qualitative Inquiry. Thematic, Narrative and Arts-Informed Perspectives*, Thousand Oaks, CA, SAGE Publications.
- Cipolletta S e Oprandi N. (2014), "What is a good death? health care professionals' narrations on end-of-life care", *Death studies*, 38, 1: 20-27.
- Donnelly S., e Dickson M. (2013), "Relatives' matched with staff's experience of the moment of death in a tertiary referral hospital", *The Quarterly Journal of Medicine*, 106: 731-736.
- Gambacorti-Passerini M.B., Destrebecq A., Terzoni S. e Zannini L. (2017), "Becoming Competent in Palliative Care as Perceived by Nurses Attending a Master Programme. A Qualitative Study", *Palliative Medicine & Care: Open Access*, 3, 2: 1-9.
- Glaser B.G. e Strauss A.L. (1967), *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*, Aldine Transaction, New Brunswick, NJ.
- Griffiths J., Ewing G., Wilson C., Connolly M. e Grande G. (2015), "Breaking bad news about transitions to dying: A qualitative exploration of the role of the District Nurse", *Palliative Medicine*, 29, 2: 138-146.
- Kendall M., Harris F., Boyd K., Sheikh A., Murray S.A., Brown D., Mallinson I., Kearney N. e Worth A. (2007), "Key challenges and ways forward in researching the "good death": qualitative in-depth interview and FG study", *British Medical Journal*, 334: 521.
- Landmark B.T., Wahl A.K. e Bohler A. (2004), "Competence development in palliative care in Norway: A description and evaluation of a postgraduate educa-

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

- tion program in palliative care in Drammen”, *Palliative & Supportive Care*, 2, 2:157-162.
- Norris J. (2008), *Collage*, in Knowles J.G. e Cole A.L. (eds.), *Handbook of the Arts in Qualitative Research: Perspectives, Methodologies, Examples, and Issues*, SAGE Publications, Thousand Oaks, CA.
- Slatten K., Hatlevik O. e Fagerström L. (2014), “Validation of a new instrument for self-assessment of nurses’ core competencies in palliative care”, *Nursing Research and Practice*, 8-16.
- Taylor B., Bulmer B., Hill L., Luxford C., McFarlane J., Reed J. e Stirling K. (2002), “Exploring idealism in palliative nursing care through reflective practice and action research”, *International Journal of Palliative Nursing*, 8, 7: 324-330.
- Tornøe K., Danbolt L.J., Kvigne K. e Sørli V. (2015), “A mobile hospice nurse teaching team’s experience: training care workers in spiritual and existential care for the dying - a qualitative study”, *BMC Palliative Care*, 18: 14-43.
- Zannini L. (2008), *Medical humanities e medicina narrativa. Nuove prospettive nella formazione dei professionisti della cura*, Raffaello Cortina, Milano.

Sitografia

- European Association for Palliative Care (EAPC) (2008), *Guida per lo sviluppo della formazione infermieristica in Cure Palliative in Europa*, disponibile al sito <http://www.eapcnet.eu/LinkClick.aspx?fileticket=f9xlVQQhLI%3D>, consultato in luglio 2017.
- ISTAT (2012), *Le principali cause di morte in Italia*, disponibile al sito http://www.istat.it/it/files/2014/12/Principali_cause_morte_2012.pdf, consultato in luglio 2017.
- NICE Guidance (2015), *Quality standard for end of life care, UK*, disponibile al sito <http://www.nice.org.uk>, consultato in data 11 aprile 2018.
- Società Italiana di Cure Palliative (SICP) (2013), *Il core curriculum dell’infermiere in cure palliative*, disponibile al sito <http://www.sicp.it>, consultato in data 11 aprile 2018.
- World Health Organization (WHO) (2002). *National Cancer Control Programs: Policies and Managerial Guidelines*, 2nd ed. Geneva, Switzerland World Health Organization, disponibile al sito <http://www.who.int/cancer/en/408.pdf>, consultato in luglio 2017.
- Worldwide Palliative Care Alliance e World Health Organization (WPCA e WHO) (2014). *Global Atlas of Palliative Care at the End of Life*, disponibile al sito http://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf, consultato in luglio 2017.

In sintesi

Le Cure Palliative (CP) stanno conoscendo in Italia un rapido incremento (ISTAT, 2012), a causa dell'aumento delle malattie neoplastiche e ad andamento cronico-evolutivo. I professionisti impegnati in questo settore rispondono ai bisogni di cura di tutta la persona, inclusi quelli psicologici, sociali, spirituali che il delicato momento del fine-vita chiama in causa (Kendall et al., 2007). I professionisti delle CP, dunque, dovranno acquisire una competenza trasversale e composita per poter rispondere al bisogno di cura globale del paziente e del nucleo familiare (SICP, 2013). Il *core* dell'apprendimento in CP è stato individuato dalla Società Italiana di CP (SICP, 2013) in un mix di saperi specialistici, organizzativi, di ruolo e impliciti, legati fortemente all'idea che ci si sta prendendo cura di un paziente che non potrà essere guarito. Alle competenze non deve pertanto essere attribuito un significato neutro, intendendole come semplici azioni da svolgere: a esse si deve accordare un'importante funzione di crescita e maturazione personale e professionale, considerando anche i processi profondi che rendono gli operatori capaci di attribuire un orizzonte di senso e di motivazione a tutte le azioni di cura in ambito palliativo (Landmark et al., 2004). Una formazione specifica per le CP è presente in Italia soprattutto attraverso Master di alta formazione (Legge n. 38, 2010). Il presente contributo vuole presentare una proposta formativa rivolta a 30 partecipanti (medici, infermieri, assistenti sociali) di un Master di primo livello in CP. Suddivisi in tre gruppi secondo il proprio profilo professionale, i partecipanti sono stati invitati a creare un collage (Butler-Kisber, 2010) che rappresentasse la loro idea di buona morte. In seguito a un momento di creazione individuale, i collage sono stati presentati e narrati da ogni singolo professionista al gruppo intero, con la presenza della conduttrice del gruppo. La proposta è stata pensata in chiave di ricerca, all'interno di un progetto più ampio, ma anche formativa, per attivare nei professionisti una riflessione utile a tematizzare i propri impliciti, i propri valori relativi alla morte e per attivare un pensiero circa le competenze necessarie per agire un ruolo professionale nell'accompagnamento verso il fine-vita.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

La medicina grafica nella formazione dei professionisti della cura e nell'educazione terapeutica dei pazienti

di *Micaela Castiglioni e Carola Girotti*

L'utilizzo del fumetto nelle *medical humanities*

L'utilizzo del fumetto nelle *medical humanities* vede il suo avvio a partire dal 2009, ad opera di Michael Green, docente al Penn State Collage of Medicine, che ha introdotto, al quarto anno degli studi di medicina, un corso elettivo, intitolato *Graphic Storytelling and Medical Narratives*, all'interno del quale ha promosso l'utilizzo dell'arte sequenziale come medium educativo e formativo (Green, 2009). L'intuizione di Green ha preso spunto da precedenti studi e ricerche concernenti il mondo dei fumetti a tema scientifico e utilizzati in ambito didattico per favorire l'apprendimento rispetto ai contenuti trattati.

Negrete e Lartigue (2004) hanno indagato l'uso del fumetto come dispositivo per migliorare e favorire la trasmissione della conoscenza scientifica in aula. Dalle loro analisi e osservazioni è emerso come i *comics*, per la loro natura narrativa, rappresentino uno strumento in grado di appassionare gli studenti aumentando il loro interesse e la loro motivazione verso i saperi scientifici, e facilitando la memorizzazione di alcuni concetti difficili.

La narrazione declinata nell'*arte sequenziale* (Dong, 2012) stimola il lettore ad arrivare al finale: per cui, trattare e comunicare la scienza come se fosse una storia consente di coinvolgere i giovani studenti in un processo narrativo, mantenendo alta la loro attenzione e concentrazione (Negrete e Lartigue, 2004).

Nel 2011, Hosler e Boomer hanno pubblicato un articolo in cui hanno riportato i risultati di una valutazione sistematica su come i *comics* scientifici possano influenzare l'attitudine e l'apprendimento degli studenti relativamente alla biologia. Il loro studio è stato condotto con giovani provenienti da percorsi scolastici non scientifici, attraverso la valutazione della conoscenza della biologia prima e dopo l'utilizzo in classe di *Optical Allusions*,

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

un fumetto scritto da Hosler (2013), che affronta temi e questioni di biologia. Gli esiti hanno dimostrato una maggiore comprensione della disciplina da parte degli studenti, preparando il terreno all'utilizzo del manuale vero e proprio, con la conseguenza molto positiva e importante di aver potenziato anche la loro motivazione verso lo studio della biologia (Hosler e Boomer, 2011).

Michael Green e il fumetto con i futuri professionisti sanitari¹

Sulla base di tali ricadute positive, Michael Green ha messo a punto l'utilizzo del fumetto nei percorsi di *medical humanities*, con l'intento di formare gli studenti, futuri medici, o comunque, professionisti della cura, tramite il disegno di storie grafiche per affinare e potenziare le proprie competenze emotive. L'importanza attribuita al fumetto fa leva sulla possibilità di questo medium di interconnettere parole e immagini per narrare storie e di rappresentare un efficace veicolo per accompagnare e sostenere gli studenti nel racconto delle varie esperienze di corsia vissute durante il tirocinio che spesso sono all'origine di emozioni profonde, forti, se non, drammatiche.

Più precisamente, le lezioni attivate da Green prevedono una configurazione e una modalità seminariale rivolgendosi a un gruppo ristretto di 8-10 studenti, con cadenza bisettimanale, nell'arco di quattro settimane consecutive. Ogni incontro ha la durata di due ore e mezza. La finalità principale di tale proposta didattica rivolta agli studenti è quella di:

- insegnare loro a leggere in modo critico fumetti correlati alla pratica medica;
- supportarli nella creazione di un fumetto originale basato sulle esperienze più significative vissute nel loro percorso di studio.

Tale finalità è raggiunta attraverso tre fasi e tre strategie formative introdotte in ogni incontro seminariale: a) la lettura svolta in aula di alcuni fumetti inerenti a temi e motivi del sapere e dell'agire medico; b) la condivisione delle riflessioni che emergono durante la lezione; c) la creazione di un fumetto (Green, 2015, pp. 70-71). Green, infatti, per ottenere l'*engagement* da parte degli studenti, ha avviato il corso *Graphic Storytelling and Medical Narratives*, proponendo a livello conoscitivo una gamma di fumet-

¹ Il paragrafo si deve a Carola Girotti.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

ti contemporanei che potevano essere facilmente noti ai ragazzi, tra i quali *Maus*, tratto da Art Spiegelman, *Cancer Vixen*, di Maria Acocella Marchetto e *Understanding Comics*, di McCloud Scott.

Raggiunto il loro coinvolgimento, egli ha lavorato intensamente per circa un mese, orientando l'attenzione degli studenti sull'importanza del fumetto nella formazione sanitaria e sulle varie modalità con cui essi possono essere impiegati. Per esempio, ha offerto loro la possibilità di confrontarsi in video-conferenza con buona parte degli autori dei fumetti letti in classe, affinché potessero rivolgere loro domande rispetto alle dimensioni più artistiche e alle idee alla base del loro progetto. Per gli studenti ciò ha rappresentato un'interessante e utile esperienza di conversazione/confronto che ha permesso loro di apprendere quel *quid*, in più o di diverso, rispetto alla sola lettura. Il risultato è stato quello di aver coinvolto totalmente i partecipanti al corso che hanno accolto con passione le varie letture proposte attivandosi con curiosità ed entusiasmo nello svolgimento degli esercizi proposti in aula.

Da ultimo, gli studenti hanno indirizzato il loro impegno e il loro sforzo alla creazione del proprio fumetto all'interno del quale hanno raccontato la loro storia concernente un'esperienza/situazione importante vissuta durante gli studi di medicina – con particolare riferimento alla situazione del tirocinio in ospedale – attraverso immagini e parole disposte in modo sequenziale. In questa fase di lavoro, Green ha utilizzato *comics* già pubblicati introducendo una modifica: tutti i *balloons* erano vuoti in modo che gli studenti potessero creare/completare/diversificare la storia riempiendo i *balloons* con parole.

Gli esiti hanno evidenziato non soltanto i diversi modi con cui una storia può essere raccontata, ma anche, l'umorismo e la creatività che emergono attraverso questo esercizio (Green, 2015, p.72). Tutti gli studenti, compresi anche coloro che lamentavano il fatto di non essere capaci di disegnare, hanno dimostrato di essere artisti e comunicatori efficaci, capaci di realizzare una copiosa produzione di fumetti creativi che hanno toccato una molteplice varietà di temi, attivando una riflessione significativa circa la professione sanitaria, l'identità del professionista della cura e la relazione che si instaura con il paziente (Green, 2009). Relativamente alla questione della valutazione, Green si è avvalso di questionari a risposte aperte e multiple tramite i quali dare parola al livello di gradimento della proposta, ai punti di forza e alle criticità riscontrate nell'utilizzo del fumetto così proposto e sperimentato (Green, 2015, p.75).

Le opinioni e le risposte raccolte, pre e post-corso, hanno mostrato come gli studenti abbiano sviluppato una forte convinzione riguardo l'efficacia del fumetto, inteso come uno strumento atto a migliorare le proprie attitu-

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

dini e a incrementare le proprie competenze di cura, includendo in ciò, l'osservazione, l'attenzione, l'empatia, le modalità di comunicazione, il riconoscimento dei segnali non verbali, la presa di coscienza dei propri schemi mentali e relazionali – che possono diventare, se non esplicitati, rischiosi pregiudizi – il ragionamento clinico, la scrittura.

I risultati emersi dalle valutazioni hanno evidenziato anche la potenzialità del fumetto nel fungere da stimolo per esprimere ciò che difficilmente viene raccontato con il solo uso delle parole (Green, 2015). Un ulteriore vantaggio della pratica del fumetto nelle *medical humanities* è l'incipit che esso ha offerto agli studenti di medicina per iniziare ad intraprendere conversazioni informali con i vari lettori indipendentemente dal loro background di provenienza, che poteva essere o non, quello sanitario; alcuni studenti, infatti, hanno preferito condividere la loro storia grafica con individui non appartenenti ai contesti di cura; altri hanno preferito, invece, confrontarsi con figure del settore, come i tirocinanti o i colleghi già medici. Da ultimo, ma non per questo meno importante, è stato riscontrato un aumento della performance universitaria che ha significato un punteggio più alto agli esami, per cui un ulteriore valore dei fumetti consisterebbe nell'essere strumenti in grado di fornire brevi storie che rendono possibile ed alimentano un apprendimento più divertente delle varie discipline.

Il fumetto nella formazione dei professionisti sanitari in servizio²

L'utilizzo del fumetto, che fin qui abbiamo visto applicato in ambito accademico con gli studenti del corso di laurea in medicina, trova terreno fertile anche con i professionisti della cura già in servizio. Il fumetto, infatti, offre un'opportunità unica, vale a dire quella di avvicinare e comprendere in modo creativo, sottile, leggero e innovativo temi e questioni rilevanti per la pratica di cura, come la comunicazione con il paziente e i suoi famigliari, nonché con l'équipe di colleghi, la capacità di auto-ascolto, lo sviluppo delle competenze osservative ed empatiche (Green, 2015).

Tra le *graphic pathographic* più convincenti e più utilizzate nella formazione dei professionisti sanitari ricordiamo due produzioni focalizzate sull'esperienza della malattia oncologica, già accennate: *Cancer Vixen*, di Marisa Acocella Marchetto, la quale racconta la sua storia personale, e *Mom's Cancer*, di Brian Fies, che mette in fumetto la malattia della propria madre.

² Questo paragrafo si deve a Micaela Castiglioni.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

I curanti attraverso la lettura di queste produzioni hanno la possibilità di *riflettere* sulle *modalità conversative* che intrattengono con i pazienti con maggiore consapevolezza e criticità, poiché mediante la *grammatica* del fumetto si può accedere sia alle *parole dette* (contenute all'interno di un *balloon* disegnato in modo *lineare*) sia ai *pensieri* dei personaggi (contenuti in *balloons* con linea *ondeggiata*), mettendo in evidenza una tra le tante criticità della comunicazione, ossia la possibile discrepanza tra ciò che si dice e ciò che si pensa, non poche volte, causa di incomprensioni all'interno della relazione curante-paziente. Inoltre, il fumetto consente di raffigurare le posture, gli sguardi, le espressioni delle varie figure del contesto medico-sanitario contribuendo ad affinare la capacità di comunicazione non-verbale.

Le *graphic pathographic* possono essere utilizzate anche per allenare e accrescere le capacità di *osservazione*, in più la lettura di un fumetto richiede di comprendere non solo ciò che è apertamente visto e detto dalle immagini e dalle parole, ma anche ciò che è implicito, ossia, quello che avviene al di fuori dei pannelli del fumetto, che in termini tecnici si chiama *gutter* (*spazio vuoto*). Competenza non trascurabile, poiché in modo analogo ai lettori di fumetti, ai medici, nel corso di una visita, si richiede di essere in grado di cogliere mediante qualche indizio, più o meno esplicitato, anche ciò che accade al di fuori della visita stessa (il contesto di vita, di lavoro del paziente, i suoi interessi ecc.) e che non sempre il paziente esprime direttamente e apertamente a parole.

L'utilizzo del fumetto nella formazione, pertanto, stimola i curanti, in qualità di lettori, a riempire i *gutter* in modo da completare la narrazione proprio avendo seguito con attenzione il suo stesso sviluppo e la sua stessa articolazione nelle dimensioni verbali e non-verbali, fino ad arrivare a potenziare il ragionamento diagnostico, il quale richiede uno sguardo *attento al dettaglio* che riesca ad andare anche oltre i dati disponibili (Green e Myers, 2010).

Lungo questa direzione, le arti figurative utilizzate nella formazione dei professionisti della cura costituiscono una pratica innovativa ed originale per supportare le figure sanitarie nello sviluppo di uno sguardo che vada oltre la superficie, allenando e potenziando in loro quella forma di *pensiero creativo* e di *competenza creativa* (Dallari, 2015; 2017) che, non coincidente con la realizzazione di un prodotto bello e artistico (*ibidem*), si configura come capacità di *rinnovamento* e di *decentramento* dello *sguardo*, di propensione alla *curiosità* e allo *stupore* (*ibidem*), di attitudine alla *ricerca dell'insolito*, e non del già noto, in quanto tale, morte della ricerca stessa.

In ultima analisi, formare attraverso l'arte implica formare all'*esperienza* concreta del *bello* e della *bellezza* che nella loro declinazione pedagogica

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

coincidono con «[...] la *comprensione*³ emozionale, relazionale ed estetica del mondo» (Dallari, 2016, p. 63). Guadagno non da poco per i professionisti della cura abituati a partire dalla formazione di base a privilegiare il paradigma della *spiegazione*, non solo a livello biologico, ma anche, a livello di messa a punto e di attivazione di protocolli di azione e di cura freddi, irrigiditi e troppo routinari.

Le *graphic pathographic*, inoltre, incorporano la natura originaria e inconscia dell'esperienza che il professionista vive nella cura, favorendo un processo di introspezione strettamente correlato ai processi interpretativi di ri-attivazione e di ri-elaborazione di senso. Abbiamo a che fare con una pratica di matrice narrativa di tipo auto-conoscitivo che permette ai professionisti di ri-avvicinare la propria interiorità premessa fondamentale per ricostruire la propria identità personale, emotiva, relazionale e, quindi, professionale e di cura (Castiglioni, 2008).

Le esperienze vissute dagli operatori sanitari rappresentate su un piano iconico, e non solo verbale, diventano narrazioni su cui riflettere per trasformarle in conoscenza pratica e personale che può essere declinata, quando necessario, nella pratica professionale e di cura. Il valore pedagogico del fumetto risiede pertanto nell'immedesimazione e nel coinvolgimento, offrendo la possibilità di poter ri-vivere le esperienze descritte e di "poter toccare", con il segno, ciò che viene rappresentato. I dettagli sensoriali esplicitati dalle parole e dalle immagini del narratore, o dell'artista, provocano nel lettore un'immersione nel mondo reale, immediata e allo stesso tempo evocativa. Le "finestre" dei due mondi, quello di chi disegna/scrive il fumetto e nel fumetto, e quello di chi legge, si aprono su uno stesso scenario comunicativo.⁴

Al fumetto viene quindi conferito un valore auto-riflessivo e auto-formativo, dal momento che consente ai professionisti di raccontarsi dando voce alle loro rappresentazioni legate alla pratica medica tramite l'organizzazione del materiale posto in memoria e l'esteriorizzazione sistematica dello stesso con l'utilizzo del linguaggio non soltanto verbale ma anche iconico (Smorti, 2007). L'apprendimento reso possibile dal fumetto offre infinite risorse, laddove si configuri come uno strumento di indagine e di comprensione della realtà, dell'ambiente fisico, psicologico e relazionale in cui l'individuo è inserito.

La narrazione grafica, sottesa dal pensiero narrativo, permette di trovare molteplici interpretazioni di un evento particolare e di essere più capaci di

³ Il corsivo è nostro.

⁴ Teniamo presente che nella formazione i professionisti sperimentano entrambi le fasi di disegno e di lettura (si tratta di fumetti non solo d'autore).

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

notare ciò che non era stato mai visto prima: ricaduta importante per i curanti, in quanto tali, per l'idea del paziente di cui sono portatori, per la relazione di cura che sviluppano con i pazienti ecc. Le storie grafiche che sono vissute, analizzate e raffigurate hanno la potenzialità di introdurre anche piccole trasformazioni nell'esperienza personale e professionale degli operatori (Edwards, 2014).

Non possiamo dimenticare, inoltre, come tra le varie ragioni d'essere dell'utilizzo del fumetto nella pratica medica ci sia la questione di centrale importanza nella relazione di cura, inerente la gestione delle emozioni e l'apprendimento "da esse" e "per esse". «Le narrazioni e i loro contenuti iconici sono elementi essenziali e unici per poter divenire consapevoli su un piano emotivo e identitario» (Dallari, 2015, p. 67). Dentro la cornice della *Graphic Medicine*, la narrazione grafica è studiata e utilizzata come *dispositivo* per favorire lo sviluppo di quelle capacità che consentono di *abitare* e *agire* nell'incertezza, dimensione che caratterizza l'esistenza umana e, in particolare, l'agire di cura.

All'interno di questa prospettiva, il paradigma narrativo declinato nel linguaggio dell'arte, dove la dimensione estetica s'intreccia con la dimensione educativa, consente di connettere momenti ed eventi diversi per ridare senso e significato a storie esistenziali attraversate dalla fragilità e dalla fatica della malattia. Le storie grafiche di malattia, infatti, svolgono un importante ruolo, anche, nell'educazione terapeutica dei pazienti, i quali possono capire meglio la propria malattia e trovare o scoprire una comunità di persone che condividono lo stesso problema e la stessa condizione. Il paziente, inoltre, di fronte a un fumetto in cui il testo è accostato all'immagine, sarebbe motivato maggiormente a raccogliere informazioni utili per la sua salute: a trarne giovamento sarebbe la relazione di *partnership* con i curanti. La lettura, infine, di un testo che utilizza non solo una narrazione verbale, ma anche iconica, risulta accessibile a chiunque, compresi quanti posseggono una bassa alfabetizzazione. Le immagini esplicative e ingaggianti, associate alle parole, facilitano, infine, i pazienti e i loro famigliari a prefigurarsi e a rappresentarsi cosa aspettarsi dall'andamento della loro malattia.

I professionisti della cura potrebbero utilizzare parti di un libro a fumetti per descrivere la diagnosi e la prognosi e per orientare e sostenere il paziente nella scelta del trattamento. La lettura di un fumetto, inoltre, fornisce al paziente qualcosa di visivo e concreto su cui concentrarsi distogliendo, almeno un po', l'attenzione dalla malattia stessa e diminuendo così l'ansia (Hampton, 2012).

Arrivati a questo punto della nostra riflessione, si pone inevitabilmente la questione della valutazione che, quando riguarda pratiche e strumenti narrativi, è senza dubbio *complessa* (Zannini, 2008, p. 231), ma non impos-

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

sibile. Le “particolarità” cui va incontro questa tipologia di strumenti, linguaggi e pratiche sono quelle che riguardano tutte le strategie d'intervento e le modalità procedurali di tipo qualitativo che si possono declinare in termini narrativi. Di qui, la critica di scarsa attendibilità mossa da chi, soprattutto nei contesti sanitari, così come nell'accademia, si fa portatore di un sapere e di una metodologia operativa positivista e quantitativa, esclusivamente preoccupata di evidenze generalizzabili e trasferibili/esportabili su larga scala.

L'utilizzo del fumetto nei percorsi di *medical humanities* si colloca tra le “particolari attività formative” (*ivi*) tali per cui risulta essere *complessa* la loro valutazione, in quanto si scontrano con la difficoltà di dimostrare oggettivamente, tramite misurazione, per esempio, la loro efficacia (*ivi*). Abbiamo visto nel precedente paragrafo, come Green con gli studenti universitari affidi la valutazione, in modo coerente, a strumenti narrativi, quali il questionario contenente domande a risposta multipla e aperta. Si può fare riferimento anche a interviste narrative, a focus group, comunque, sempre a strumenti conversazionali che facciano leva sulle opinioni e sui punti di vista personali di chi ha sperimentato queste pratiche stesse. Utile può risultare una fase di follow-up a distanza di tempo.

Fa presente Zannini (2008), come questo approccio di valutazione richieda in *primis* la *triangolazione*, ossia il confronto di dati e punti di vista, e successivamente, di interpretazioni delle informazioni a disposizione da parte di tutti gli interlocutori coinvolti. Ovviamente, ciò può comportare un processo valutativo di medio-lungo tempo. Gli esiti finali possono essere documentati, resi visibili e condivisi tramite la messa a punto di un portfolio o la produzione di un report o, anche, di un saggio (*ivi*). Tuttavia, il fumetto non è esente da altre criticità che tenderebbero a sminuirne il valore di forma d'arte e le valenze pedagogico-educative: esso, infatti, viene considerato perlopiù come un passatempo a buon mercato. Si fa notare come il fumetto sia un genere *tre volte dannato*, sul piano:

- culturale, poiché esso viene considerato di basso livello;
- strumentale, per cui risulta adeguato solo per un pubblico di bambini o di adulti poco strumentati e con difficoltà cognitive;
- del genere narrativo, dal momento che rappresenta una fantasia bizzarra che coinvolge assurdi personaggi che compiono divertenti e strane azioni (Tatalovic, 2009).

Questi aspetti di criticità, tuttavia, non bastano a inficiare gli studi e le ricerche su questo nuovo genere di *graphic pathographic*, smentendone la

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

ricaduta positiva riscontrata in modo particolare con gli operatori, ma anche, con i pazienti, laddove sia salvaguardo il rigore procedurale.

Proprio per le ragioni qui richiamate, la *Graphic Medicine*, con il suo avvicinare il fumetto al mondo della formazione medico-sanitaria, ci sembra un innovativo e interessante filone da promuovere anche nel panorama europeo e italiano. Sia l'arte che l'educazione, e più precisamente l'arte in educazione, sono "punti di partenza" per l'*innovazione*, per l'elaborazione di idee da utilizzare per il cambiamento ed il rinnovamento della cultura, nel nostro caso quella medica, promovendo nuovi modelli e schemi di pensiero e di azione per i professionisti della salute, e rendendo centrale il connubio tra pensare e sentire (Squier, 2008).

Bibliografia

- Castiglioni M. (2016), *La parola che cura*, Raffaello Cortina, Milano.
- Czerwiec M., Williams I., Squier S.M., Green M.J., Myers K.R. e Smith S.T. (2015), *Graphic Medicine Manifesto*, Penn State University Press, Pennsylvania, PA.
- Dallari M. (2015), *Prefazione*, in Castiglioni, M. (ed.), *Figure della cura. Gesti, immagini, parole per narrare*, Guerini Scientifica, Milano.
- Dallari M. e Moriggi S. (2016), *Educare bellezza e verità*. Erikson, Trento.
- Dong L. (2012). *Review of Teaching and Graphic Narratives: Essays on Theory, Strategy and Practice*. McFarland, Jefferson, NC.
- Edwards S.L. (2014), "Using personal narrative to deepen emotional awareness of practice", *Nursing Standard*, 19, 28: 46-51.
- Green M.J. (2009), "Graphic storytelling and Medical Narratives", *International Journal Healthcare & Humanities*, 3: 3.
- Green M.J. (2015), "Comics and Medicine: Peering into the Process of Professional Identity Formation", *Academic Medicine*, 90, 6.
- Hosler J. e Boomer K.B. (2011), "Are Comic Books an Effective Way to Engage Nonmajors in Learning and Appreciate Science?", *CBE - Life Sciences Education*, 10, 3: 309-317.
- Negrette A. e Lartigue C. (2004), "Learning from Education to Communicate Science as a Good Story", *Endeavour*, 28: 3.
- Squier S.M. (2008), "Literature and Medicine, Future Tense: Making it Graphic", *Literature and Medicine*, 27: 2.
- Tatalovic M. (2009), "Science comics as tools for science education and communication: a brief, exploratory study", *Journal of Science Communication*, 8: 4.
- Zannini L. (2008), *Medical humanities e medicina narrativa. Nuove prospettive nella formazione dei professionisti della cura*, Raffaello Cortina, Milano.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

In sintesi

L'utilizzo del fumetto nelle *medical humanities* si realizza dal 2009 con Michael Green, docente al Penn State Collage of Medicine, che ha introdotto al quarto anno del Corso di Laurea in Medicina un'attività elettiva, dal titolo "Graphic Storytelling and Medical Narratives", all'interno della quale ha promosso l'utilizzo dell'*arte sequenziale* come medium formativo ed educativo (Green, 2009). Secondo Green il fumetto combina sinergicamente parole e immagini per narrare storie di malattia e di cura, rappresentando un efficace veicolo per accompagnare gli studenti, futuri medici, a raccontare le varie esperienze di corsia vissute durante il tirocinio, che spesso portano con sé, risvolti profondi se non perfino drammatici, trattandosi di una cruciale transizione alla vita adulta personale e professionale. Questa modalità originale ed innovativa di formare i professionisti che operano in contesti sanitari sembra rappresentare, pertanto, una risposta funzionale ed efficace all'esigenza di conferire un significato soggettivo, soprattutto emotivo ed emozionale, ai non pochi cambiamenti trasformativi che devono affrontare gli studenti di medicina prima durante il loro percorso accademico e in seguito professionale. La potenzialità del fumetto consiste nel configurarsi come stimolo congruente per esprimere ciò che difficilmente viene raccontato con il solo uso delle parole, costituendo in questo modo una pratica efficace nella formazione e nell'educazione dei professionisti della cura, anche quelli in servizio (Green, 2015). Sempre attenendoci agli studi e alle esperienze di Green, le vicende di malattia e di cura dei pazienti, narrate con parole e figure, possono facilitare questi ultimi nel graduale processo di rielaborazione personale di quella gamma altalenante di intense emozioni legate all'esperienza di malattia, in particolare, se impegnativa per diagnosi e terapia. Il fumetto inoltre viene utilizzato nei progetti-percorsi di educazione terapeutica del paziente per potenziare la *partnership*. Non trova spazio in questo contributo, per ragioni di limiti espositivi, il nostro attuale e ulteriore interesse di ricerca volto ad approfondire in alcuni contesti ospedalieri, di media e grande ampiezza, del Nord Italia, i possibili nessi tra la narrazione grafica espressa in forma di fumetto e gli attuali approcci, metodi e strumenti di formazione e di educazione in ambito medico-sanitario, dentro la più ampia cornice delle *medical humanities* e della medicina narrativa.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

Generare riflessività nella medicina generale. Metafore linguistiche fra formazione e pratica clinica

di *Marika D'Oria*

Introduzione

Il valore educativo dell'esperienza riflessiva nella formazione dei professionisti sanitari è un argomento di cruciale rilevanza in un mondo sempre più mutevole e complesso. Uno dei modi attuali per riflettere su questo avviene attraverso l'uso di metafore, il cui impiego dimostra implicazioni pratiche capaci di migliorare l'agire clinico, educativo, preventivo e terapeutico dei curanti. Sebbene le metafore "multimodali" (musica, narrazioni, cinema ecc.) siano già utilizzate nelle *medical humanities* (Charon e Wyer 2008) è tuttavia ancora molto forte la resistenza che diversi contesti sanitari nutrono verso la formazione *art-based*. Per questo, si è voluto fare un passo indietro per capire se e come le metafore "linguistiche" (più facilmente veicolabili nella formazione) possano avere ricadute simili nelle pratiche di cura e nella cultura della medicina generale, settore facilmente accessibile da tutti i pazienti europei.

Le espressioni metaforiche sono un modo di rappresentare il mondo, comunemente usato per raccontare la qualità delle nostre esperienze («mi sento *giù*») o associare per analogia i particolari che accomunano due situazioni («questa discussione è *una guerra*») (Rosendal et al., 2013). Esse possono aiutarci ad esprimere concetti difficili da spiegare, possono supportare la nostra memoria per ricordare alcune teorie, e possono descrivere in che modo diamo senso al mondo, così come ci possono informare su come gli altri danno senso alla relazione che stabiliscono con noi. Una delle definizioni più note di metafora la connota come una figura retorica, anche se all'interno delle discipline che ne studiano le caratteristiche e le funzioni, questa definizione diventa meno condivisibile. In linea di massima, comunque, la metafora viene intesa come «un'espressione che descrive una

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

persona o un oggetto, riferendosi a qualcosa che solitamente possiede caratteristiche simili» (Cambridge Academic Content Dictionary, 2017).

Una metafora mostra una relazione tra due informazioni, una già acquisita (*cornice*) e una innovativa (*focus*): generalmente, queste informazioni appartengono a due domini distinti che apparentemente non hanno legami, ma la loro congiunzione suggerisce una certa analogia o somiglianza tra di loro (Cameron, 2003). Ad esempio, quando diciamo «la malattia è *una guerra*», stiamo cercando di creare un'informazione sul senso che la malattia ha per noi: la cornice è “malattia”, mentre il nostro focus è “guerra”. L'associazione tra focus e cornice, collega due concetti attraverso un'analogia, generando il senso di quello che vorremmo esprimere: in questo caso la malattia come la guerra richiama il dolore, lo sforzo, la perdita e la paura. Viceversa, se dicessimo «la guerra è *una malattia*», staremmo cercando di capire cosa significhi l'esperienza della guerra, concentrandoci sugli aspetti che può avere in comune con la malattia.

Alcune metafore sono facilmente riconoscibili: se ne percepisce il potere, che parte dalla loro capacità di risvegliare una certa meraviglia cognitiva, data dal legame insolito fra due termini apparentemente lontani, uniti in una stessa frase: se noi dicessimo a qualcuno «sei un leone», probabilmente ci staremmo riferendo alla sua forza, al suo coraggio o a una pettinatura particolare, mentre escluderemmo di stare parlando con un vero leone. Questo è ciò che definisce come “polisemica” la natura della metafora. Tuttavia, all'interno del nostro linguaggio (ivi compreso quello espresso nel mondo sanitario) esistono alcune metafore il cui significato è talmente noto, da diventare espressioni che perdono la meraviglia concettuale che dovrebbero destare, diventando “termini tecnici” (i *vasi sanguigni*, le *onde elettromagnetiche*, il *bulbo oculare* ecc.) (Semino, 2008). Questo significa che non tutte le metafore sono polisemiche, pertanto il loro riconoscimento come “metafore” può aprire dibattiti molto interessanti.

Il fenomenologo Ricoeur (1978), a tal proposito, ha avanzato una distinzione fra metafore vive e metafore morte, intendendo con le prime tutte quelle metafore che possono generare nuova conoscenza nell'interlocutore, mentre le seconde sono espressioni che non hanno più questo potere. Essendo entrambe metafore, una domanda sorgerebbe spontanea: quale processo cognitivo si pone alla base di una metafora? Secondo Peirce (2003) si tratta dell'abduzione, che consiste in quel tipo di pensiero, di gran lunga diverso da quello induttivo e deduttivo, in grado di uscire dalla linearità e ipotizzare alternative, indovinare e generare nuova conoscenza (ricordiamo che la diagnosi in medicina è considerata un processo abduttivo) (Federspil, 2004).

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

Il quesito che ci poniamo, dunque, è quello di indagare in che modo vengano studiate le metafore in uno dei contesti di cura più rilevanti per la salute delle persone, che è la medicina generale. Per questo motivo, ci sembra importante capire quale sia il livello di consapevolezza degli studi sulla medicina generale in questa tematica, dato che il medico di medicina generale, a differenza dello specialista, è colui che conosce maggiormente la storia personale e famigliare del paziente.

Scopo dello studio

L'intervento parte da una ricerca realizzata nella medicina generale (MG), settore sanitario in cui la relazione fra medico e paziente è articolata sul lungo periodo con rilevanti dimensioni educative, in quanto ambito d'elezione della cura di malattie cronico-degenerative. La fecondità delle metafore in questo settore è facilmente intuibile con un esempio: a seconda che la testa di un paziente "pulsì, bruci, giri o scoppi" il medico potrà dirigere la sua diagnosi sui sintomi della febbre piuttosto che sospettare un aneurisma (D'Oria, 2016). Sebbene le concrete implicazioni di tale presupposto siano già esplorate in diversi ambiti della psicologia e dell'antropologia, in cui è stato ampiamente evidenziato il valore educativo che le metafore hanno sulla vita dei pazienti, incidendo sulla percezione di sé, sull'identità e sul percorso terapeutico (Gibbs, 2014), pare non esserci un approfondimento chiaro nella formazione degli adulti: questo contributo pertanto tenta di scoprire in che modo sia possibile ricercare le metafore, aprendosi a metodi e strumenti di raccolta e analisi delle stesse. La finalità è di sviluppare nuove piste di ricerca che aumentino la consapevolezza sull'impatto che esse hanno nelle pratiche educative e formative, oltre che sanitarie.

Metodo di ricerca

Lo studio presenta i risultati della revisione della letteratura nel motore di ricerca PubMed, condotta in tre fasi distinte. La prima ha riguardato l'ambito della medicina generale, includendo alcuni risultati emergenti dalle Cure Primarie. La seconda si è concentrata sul settore infermieristico, in quanto anch'esso coinvolto nelle mansioni sanitarie di questo ambito. La terza è stata dedicata alla triangolazione delle fonti.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

Nella prima fase sono state provate alcune stringhe di testo nel motore di ricerca, le quali cercavano in tutta la letteratura presente, i contributi che avessero nel titolo o nell'abstract i seguenti termini:

1. *metaphor** (include: metaphors, metaphorically ecc.);
2. *general practice* (medicina generale), *family medicine* (medicina di famiglia), *primary care* (cure primarie);
3. *general practitioner* (medico di medicina generale), *family physician* (medico di famiglia), *family doctor* (medico di fiducia);
4. *qualitative research* (ricerca qualitativa).¹

Usando diverse combinazioni le fonti variavano dai 276 ai 57 risultati. Per rendere più selettiva la ricerca sono stati esclusi i riferimenti di matrice psicologica, data l'ampia conoscenza dell'uso delle metafore in questo settore (Gibbs, 2014). Le combinazioni delle stringhe sono state provate più volte per selezionare i dati significativi, attraverso il criterio di ricorsività: per mantenere questo criterio è stata eseguita la tecnica dello *snowballing*. Vista la ridondanza di alcune fonti, i dati sono stati rilevati anche in altri motori di ricerca (es. ERIC) con le stesse parole chiave, per verificare che anche il criterio di saturazione venisse soddisfatto. Nella seconda fase, sono state inserite le professioni infermieristiche sia nella ricerca di campo con la parola *nursing/district nursing* (infermieristica/di distretto) che tra i professionisti con la parola *nurse* (infermiere/a). Dalla triangolazione effettuata nella terza fase si è notato che il 64% delle fonti è comune fra le precedenti. Successivamente, le fonti sono state selezionate con criteri di inclusione ed esclusione (lingua inglese, pubblicazioni dal 1990-2016, *position paper* solo di riviste con Impact Factor). In totale sono state individuati 43 contributi: 9 *position paper*, 1 libro, 3 *review*, 30 articoli (25 qualitativi, più 2 misti e 3 quantitativi inclusi perché *milestone* della letteratura). Una volta letti i *fulltext*, ogni contributo è stato classificato sulla base del disegno di ricerca e analizzato tematicamente.

Risultati

La classificazione dei disegni di ricerca indaga la funzione che ha la metafora negli studi in medicina generale. I disegni di ricerca sono riportati nella tab. 1:

¹ Tale scelta è stata effettuata per rintracciare esclusivamente quegli studi che si sono occupati della qualità del fenomeno metaforico all'interno dei contesti di medicina generale.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

Tab. 1 – Disegni di ricerca nella letteratura bibliografica

<i>Approcci</i>	<i>Metodi</i>	<i>Strumenti</i>	<i>Analisi</i>
Qualitativo	Narrativo (9)	Interviste (15)	Tematiche (14)
	Case study (5)	Osservazioni (10)	Delle metafore (8)
	Fenomenologia (4)	Focus group (3)	Comparative (2)
	Grounded Th. (4)	Studi di caso (2)	Contestualizzazione semantica (1)
	Etnografia (3)	Survey (1)	
Quantitativo	Osservativo (2)	Questionario (2)	Software (2)
	Cross-sezionale (1)	Audio-registrazione (1)	Contenuti (1) Concordanza linguistica (1)
Misto	\	Scrittura (<i>complete frasi</i>) (1) Osservazione registrata (1)	Software (2) Statistica descrittiva (1)

Da questa classificazione si evince che questa espressione linguistica viene utilizzata dai ricercatori per:

- sintetizzare i dati di ricerca (McAllister et al., 2014);
- sviluppare temi epistemologici (Checkland et al., 2007);
- attivare nuova informazione su processi familiari (Kaya et al., 2013);
- suggerire interventi appropriati (Rodriguez e Bélanger, 2014);
- evocare emozioni (Norton et al. 1990).

Il modo principale in cui vengono studiate le metafore consiste nel cercarle nel linguaggio dei partecipanti, intendendole come veri e propri strumenti comunicativi capaci di dare informazioni sui narratori e sul loro modo di vedere il mondo. Più raramente, si cerca di approfondire quali teorie hanno gli individui circa l'uso delle stesse. Occorre tener presente che quando si fa ricerca con le metafore, e in particolare quando i ricercatori scelgono di sintetizzare i risultati con una metafora predominante nel corpus di dati rilevati, si può incorrere ad alcuni errori di metodo di non poco rilievo. In altri termini, se in una ricerca si possono incontrare metafore che sembrano le stesse, tuttavia, sintetizzare l'intera ricerca sotto un'unica metafora può comportare una interpretazione molto superficiale dei risultati.

Poniamo il caso che sia stata fatta una ricerca che con pazienti affetti da una patologia cronica e che, nella maggior parte delle interviste, i partecipanti abbiano fatto riferimento a espressioni come «la malattia è una guer-

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

ra», «la lotta alla malattia», «sconfiggere la malattia», «essere distrutto dalla malattia». Riassumere i risultati generalizzando che la malattia sia una guerra, potrà informarci illusoriamente sull'esperienza dei partecipanti, in quanto ciascuno potrebbe avere delle idee molto diverse della “guerra” e quindi del suo modo di vivere la malattia: cosa intende ciascun paziente con “guerra”? Una guerra nucleare, civile, fredda? Quali tipi di armi sente di avere a disposizione? E soprattutto, chi c'è accanto a lui in questa guerra? (D'Oria, 2016). Esaminare i dettagli delle metafore non è scontato, perché nella loro profondità si può rispettare accuratamente l'esperienza di ognuno. Queste immagini possono ricercarsi nelle storie, per avvicinarsi al senso del vissuto degli individui: questo può consentire ai medici e agli infermieri di valutare più accuratamente quali siano i bisogni personalizzati di quel paziente, per fornire ed attivare una rete di servizi appropriati per quella persona specifica.

A livello professionale, le metafore aumentano la comprensione dei vissuti dei pazienti, e possono facilitare la spiegazione delle diagnosi mediche. Con l'analisi tematica della letteratura, scopriamo per esempio che le metafore vengono utilizzate da medici, infermieri, pazienti per:

- raccontare vissuti di malattia, morte e superamento delle terapie da parte di curanti, pazienti, familiari (Harrington, 2012; Skott, 2002);
- descrivere pratiche di *decision-making*, raccontare strategie di resilienza rispetto allo stress lavorativo (Foggart, 1998; Scherer et al., 2015);
- esplorare la percezione del proprio ruolo professionale all'interno di un'équipe, così come comprendere i cambiamenti istituzionali all'interno di un'organizzazione, generando comunità riflessive (McAllister et al., 2014).

Nel contempo, l'ascolto delle metafore può facilitare il riconoscimento di una patologia, incidendo sul tempo diagnostico (Østergaard, 2005), specialmente quando il quadro sintomatico è particolarmente complesso o poco definito (Rosendal et al., 2013). Due ricerche affermano, inoltre, che le metafore sono strumenti capaci di migliorare la comunicazione con i pazienti molto malati (Arroliga et al., 2002; Casarett et al., 2010), e possono anche aiutare curanti e infermieri a riflettere sulla propria expertise (Kaya et al., 2012).

Ma dalla letteratura si evince un altro risultato molto importante. Pare, infatti, che un uso inconsapevole e non riflettuto delle metafore da parte dei curanti verso i pazienti, può condurre a delle implicazioni di non poco rilievo. Tra le più frequenti ricordiamo:

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

- la possibilità che il paziente intuisca i preconcetti del curante, specialmente se stigmatizzanti («l'AIDS è *una punizione* contro un popolo abietto», Norton et al., 1990, p. 821);
- la spiegazione lineare e meccanica della malattia, che divida il corpo dalla mente, non si rivela efficace per la comprensione del paziente (Soler e Okkes, 2012);
- la possibilità che il paziente incarni la metafora del curante, con effetti nocivi per la sua salute, specialmente quando tale metafora rappresenta una funzione meccanica del corpo malato («il corpo è *una macchina rotta*», Reisfield e Wilson, p. 4026), percependo di non avere molte chances per affrontare la malattia.

Riconoscere tali ricadute implica la capacità del curante di saper aprire o chiudere destini terapeutici. Una questione etico-professionale che merita l'attenzione di tutti i curanti, non solo di medicina generale. La sensibilità etica che si vuole valorizzare in questo studio, pertanto, è quella di tener presente che le parole (e le metafore) sono capaci di creare mondi così come di distruggerli.

Discussione

Possiamo comprendere l'importanza di studiare questo tema in educazione e nella formazione partendo da un esempio molto concreto: un paziente a cui viene detto “solo in pochi *sopravvivono* a questa malattia”, strutturerà nel tempo una prospettiva con pochissima speranza, influenzando sia sulla progettualità biografica individuale che su quella familiare. Naturalmente, non si tratta di dare false speranze ad un paziente né di illuderlo con parole che cerchino di evitare la verità di una determinata patologia. Il discorso è centrato sul riconoscere che non sempre il paziente ha la capacità di saper filtrare le parole del curante, specialmente quando il rumore emotivo è molto forte e, dunque, la possibilità che le parole del curante abbiano effetti profondi nel paziente è molto alta. Per questo, sembra importante che la formazione si occupi di questi fenomeni linguistici, proprio perché il loro uso può essere tanto efficace quanto controverso.

Riconoscere come queste immagini risiedano nella materialità educativa, può condurre alla graduale trasformazione anche di quelle storie che sono “saturate” dai problemi (White, 1992). Per esempio, quando un paziente viene classificato dal paziente come “l'ipocondriaco”, implicitamente sta tagliando alcune possibilità che il paziente possa apprendere altri modi di vivere i suoi sintomi e le sue patologie. Nel contempo, toglierà legit-

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

timità alla preoccupazione del paziente, che verrà percepita come eccessiva o non necessaria. In casi come questi, il medico dimentica che il paziente non possiede le stesse conoscenze scientifiche, e che è suo compito spiegare al paziente il motivo di alcuni accertamenti, così come il motivo dell'assenza di rischio.

Dal punto di vista della pratica clinica, il valore pedagogico della riflessione sulle metafore tocca diversi aspetti per la formazione degli adulti:

- la comprensione e la rilettura di esperienze consolidate nella vita dei soggetti, in un'ottica *lifelong*, *lifewide* e *lifedeep*;²
- il riconoscimento di latenze implicite, ovvero di premesse e teorie apprese inconsapevolmente, ma che guidano le pratiche di cura;
- l'emersione di procedure organizzative, che spesso sembrano “problematiche” per un buon lavoro di gruppo;
- l'affinamento del pensiero riflessivo, critico e creativo di studenti e operatori;
- il riconoscimento del rapporto intersoggettivo, come sede di conoscenza e azione.

Identificare il legame che intercorre fra le metafore e le esperienze autobiografiche che circolano nel mondo della formazione professionale, implica formare studenti e curanti ad un lavoro meta-cognitivo, che richieda loro di essere consapevoli della responsabilità che il proprio linguaggio comporta nella relazione con i pazienti. In questo senso, la formazione degli adulti può mirare ad “un'inquietudine epistemologica”, che sfida le premesse anestetizzate, con un lavoro introspettivo che desti nei discenti la propria riflessività narrativa (Tomassini, 2007). Quali strategie per l'educazione degli adulti? A partire dall'esperienza personale, una didattica volta allo sviluppo intenzionale, non-lineare, della consapevolezza dei discenti sarà volta al riconoscimento e alla valorizzazione delle premesse di ciascuno, ponendo attenzione ai momenti critici, ai dubbi sul riconoscimento delle metafore, e ai significati che ciascuno attribuisce ad esse. Non essendoci ancora percorsi di formazione riconosciuti su questo argomento, la condivisione di *best practices* informali e non formali potrebbe aumentare la consapevolezza del mondo formativo in questa direzione.

Tra i limiti di questo studio, va riconosciuto il fatto che l'analisi tematica della letteratura è sempre fortemente legata alla sensibilità del ricercato-

² Con questi termini si intende che l'individuo è in grado di apprendere durante tutto il corso della sua vita (*lifelong*), in tutti i contesti, compresi quelli non orientati alla sua educazione (*lifewide*), e che l'apprendimento può essere profondamente radicato sotto forma di credenze, aspettative, valori miti (*lifedeep*) (Banks, 2007).

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

re, per cui anch'essa può avere margini di variabilità. Potrebbero dunque esistere altri studi in questo campo, non indicizzati nei motori di ricerca scelti. Uno dei limiti dello studio di metafore è dato invece dal fatto che non sempre esse possono rappresentare esaustivamente un'esperienza, trivializzandola o oscurandola. Le metafore comuni possono altresì mistificare le premesse del rapporto fra curante e paziente, qualora tali premesse differiscano culturalmente fra di loro. Quando ciò avviene, è necessaria un'azione esplorativa che indaghi – anche attraverso domande aperte – le premesse di chi parla e di chi ascolta, al fine di raggiungere un significato condiviso. Sembra quindi opportuno avvicinare gli studenti e i curanti in formazione ad un ascolto autentico della storia del paziente, al fine di poter codificare meglio i suoi modi di esprimersi e, di conseguenza, imparare a fornire interventi più consoni.

Bibliografia

- Arroliga A., Newman S. e Longworth D. (2002), “Metaphorical Medicine: using metaphors to enhance communication with patients who have pulmonary disease”, *Annals of Internal Medicine*, 137: 378-384.
- Banks J. (2007), *Learning in and out of school in diverse environments. Life-long, life-wide, life-deep*, The LIFE Center and the Center for Multicultural Education, University of Washington, Seattle, WA.
- Burns G. (2007), *Healing with Stories. Your Casebook Collection for Using Therapeutic Metaphors*, John Wiley & Sons, Hoboken, NJ.
- Cambridge Academic Content Dictionary (2017), *Metaphor*, Cambridge University Press, Cambridge, MA.
- Cameron L. (2003), *Metaphor in educational discourse*, Continuum, London-New York.
- Casarett D., Pickard A., Fishman J., Alexander S., Arnold R., Pollack K. e Tulskey A. (2010), “Can metaphors and analogies improve communication with seriously ill patients?”, *Journal of Palliative Medicine*, 13: 255-260.
- Charon R. e Wyer P. (2008), “Narrative Evidence Based Medicine”, *The Lancet*, 731: 296-297.
- Checkland K., Harrison S. e Marshall M. (2007), “Is the metaphor of “barriers to change” useful in understanding implementation? Evidence from general medical practice”, *Journal of Health Service Research & Policy*, 12: 95-100.
- D'Oria M. (2016), “L'uso di metafore linguistiche per generare soft skills nelle professioni sanitarie”, *Educational Reflective Practices*, 2: 72-88.
- Federspil G. (2004), *Logica clinica. I principi del metodo in medicina*, McGraw-Hill Italia, Milano.
- Foggart K. (1998), “The place of metaphor and language in exploring nurses' emotional work”, *Journal of Advanced Nursing*, 19: 332-338.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

- Gibbs R. (2014), *The Cambridge Handbook of Metaphor and Thought*, Cambridge University Press, Cambridge, MA.
- Harrington J. (2012), "The use of metaphor in discourse about cancer: a review of the literature", *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 16: 408-412.
- Kaya H., Isik B. e Caliskan F. (2012), "Metaphors used by in-service training nurses for in-service training nurses in Turkey"; *Journal of Advanced Nursing*, 69: 404-414.
- McAllister M., Madsen W. e Holmes C. (2014), "Newton's Cradle: a metaphor to consider the flexibility, resistance and direction of nursing's future", *Nursing Inquiry*, 21: 130-139.
- Norton R., Schwartzbaum J. e Wheat J. (1990), "Language discrimination of general physicians: FIS metaphors used in the AIDS crisis", *Communication research*, 17: 809-826.
- Østergaard M. (2005), "Childhood asthma: reasons for diagnostic delay and facilitation of early diagnosis. A qualitative study", *Primary Care Respiratory Journal*, 14: 15-30.
- Peirce C. (2003), *Opere*, Bompiani, Milano.
- Reisfield G. e Wilson G. (2004), "Use of metaphors in the discourse on cancer", *Journal of Clinical Oncology*, 22: 4024-4027.
- Ricoeur P. (1978), *The Rule of Metaphor*, Routledge and Kegan Paul, London, UK.
- Rodriguez C. e Bélanger E. (2014), "Stories and metaphors in the sense-making of multiple primary health care organizational identities", *BMC Family Practice*, 15-41.
- Rosendal M., Jarbøl D., Pedersen A. e Andersen R. (2013), "Multiple perspectives on symptom interpretation in primary care research"; *BMC Family Practice*, 14: 1-9.
- Scherer A., Scherer L. e Fagerlin A. (2015), "Getting ahead of illness. Using metaphors to influence medical decision making", *Medical Decision Making*, 35: 37-45.
- Semino E. (2008), *Metaphors in discourse*, Cambridge University Press, New York, NY.
- Sharoff L. (2009), "Expressiveness and creativeness. Metaphorical images of nursing", *Nursing Science Quarterly*, 22: 312-317.
- Skott C. (2002), "Expressive metaphors in cancer narratives", *Cancer Nursing*, 25: 230-235.
- Soler J. e Okkes J. (2012), "Reasons for encounter and symptom diagnoses: a superior description of patients' problems in contrast to medically unexplained symptoms (MUS)", *Family Practice*, 29: 272-282.
- Tomassini M. (2007), "La riflessività dei professionisti della formazione: verso lo sviluppo di pratiche riflessive in contesti di formazione professionale", in ISFOL, *La riflessività nella formazione: modelli e metodi*. Fondo Sociale Europeo, Rubettino, Catanzaro, pp. 379-408.
- White M. (1992), *La terapia come narrazione. Proposte cliniche*, Astrolabio, Roma.

In sintesi

Il valore educativo dell'esperienza riflessiva nella formazione dei professionisti sanitari è un argomento di cruciale rilevanza in un mondo sempre più mutevole e complesso (UNESCO, 2009). Uno dei modi attuali per riflettere su questo avviene attraverso l'uso di metafore, il cui impiego dimostra implicazioni pratiche capaci di migliorare l'agire clinico, educativo, preventivo e terapeutico dei curanti. Sebbene le metafore "multimodali" (musica, narrazioni, cinema ecc.) siano già utilizzate nelle *medical humanities* (Charon, 2006) è tuttavia ancora molto forte la resistenza che diversi contesti sanitari nutrono verso la formazione *art-based*. Per questo, si è voluto fare un passo indietro per capire se e come le metafore "linguistiche" (più facilmente veicolabili nella formazione) possano avere ricadute simili nelle pratiche di cura e nella cultura della medicina generale, settore facilmente accessibile da tutti i pazienti europei. Nel motore di ricerca PubMed sono state triangolate diverse stringhe contenenti i domini "metafora", "medicina generale/infermieristica" e "ricerca qualitativa". I limiti di selezione: lingua (inglese), *anni* (1990-2016), metodi (qualitativi, inclusi misti e quantitativi se *milestone*) e tipologia dati (*review*, articoli, libri; inclusi *position paper* pubblicati in riviste con IF). Dopo aver letto i *full-text* e soddisfatto i criteri di ridondanza e ricorsività, è stato seguito il metodo dello *snowballing* fino alla saturazione dei dati. Le fonti totali sono risultate 43.

Dalla letteratura si evince che: a) le metafore linguistiche aumentano la comprensione dei vissuti dei pazienti; b) possono facilitare la spiegazione delle diagnosi mediche; c) riducono i tempi diagnostici di alcune malattie; d) riflettere sulle metafore che i medici hanno rispetto ad una patologia (AIDS, asma ecc.) li aiuta a comprendere quali preconcezioni veicolano inconsapevolmente nella relazione coi pazienti; e) se non riflettute, possono avere un effetto iatrogeno sui pazienti e sul loro vissuto di malattia; f) sono utili per ripensare e de-costruire lo stress lavorativo, permettendo ai curanti una maggiore resilienza; g) nelle organizzazioni sanitarie aiutano a spiegare i cambiamenti, generando comunità capaci di riflettere sui processi entro cui sono immerse; h) nella formazione aumentano il pensiero riflessivo, critico, creativo e consentono ai professionisti di trovare soluzioni innovative in situazioni critiche; i) giacciono "al cuore" delle diagnosi mediche; l) aumentano la capacità di riflettere sulla propria *expertise*; m) sviluppano un'attitudine d'équipe nel riconoscere gli impliciti di pensiero che intervengono nella pratica preventiva, terapeutica e organizzativa. A fronte di questi risultati, manca una riflessione pedagogica sul valore costruttivo delle metafore linguistiche nella formazione di medici e infermieri della medicina generale. Le metafore permettono tutto questo: di chiamare in gioco la propria esperienza sul campo e in formazione, per identificarla e saperla riflettere (criticamente e creativamente), in modo da generare apprendimenti inediti, propri di un'attenzione epistemologicamente "inquieta" che riconosca quali ragionamenti, vissuti e credenze si mettono in gioco nella cura.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

Una sperimentazione formativa e riflessiva: il percorso nazionale per dirigenti associativi di “*Diabete Italia*”

di Maria Paola Mostarda, Salvatore Caputo, Rossella Iannarelli, Antonietta Maria Scarpitta e Umberto Valentini

Introduzione

Le Associazioni di persone con diabete censite in Italia erano 467 (a luglio 2017) e svolgono un ruolo unanimemente apprezzato per migliorare la qualità della vita di chi è affetto da diabete e come intermediarie tra istituzioni e collettività secondo un principio di responsabilità sociale partecipata.¹ Tali funzioni richiedono volontari formati per operare con efficienza, affidabilità, eticità e professionalità nei confronti della persona con diabete e della sua famiglia, nella relazione con le altre realtà del territorio e con gli enti pubblici (Tacchi, 2009; Salvini e Maraviglia, 2016).

Diabete Italia (DI) raggruppa le Associazioni fra persone con diabete e le Società Scientifiche del settore. Il volontariato rappresenta una risorsa essenziale ma non si esime da alcune criticità;² nella consapevolezza di esse, DI ha voluto sostenere la dirigenza associativa con uno specifico percorso formativo.

Finalità del progetto

Il progetto formativo, denominato “Disponibilità e competenza. Dirigere le organizzazioni di Diabete Italia oggi”, è stato pensato come nazionale, di base per nuovi dirigenti e/o aspiranti tali³, residenziale, articolato in due moduli teorico-pratici per un totale di 50 ore.

¹ Piano Nazionale Diabete in http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1885_allegato.pdf. Consultato in data 2 maggio 2018.

² Per una ricognizione si veda Frisanco (2014).

³ Il percorso è stato rivolto a soggetti di età inferiore a 50 anni; la media di età era pari a $42,8 \pm 10,4$ anni.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

I promotori⁴ hanno deciso di co-progettare l'evento con tutti i soggetti-chiave: committenti (Quaglino e Carrozzi, 1995, p. 66) (DI), partecipanti (rappresentati dai dirigenti delle associazioni italiane Diabete Forum, AGDI, FAND, ANIAD)⁵, specialisti della formazione e del volontariato⁶. In fase di progettazione sono stati analizzati gli esiti di precedenti esperienze formative e confrontati con le linee formative per il volontariato⁷, individuate le competenze essenziali per svolgere tale ruolo; sono state considerate, infine, la variabile-tempo e le risorse disponibili per la formazione⁸.

Contenuti e metodi

Per raggiungere gli obiettivi è stato deciso di avviare tre processi: selezione, master e formazione personale.

Selezione dei formandi

Si è ragionato sulla selezione di dirigenti attivi per individuare i soggetti più adatti allo scopo: era chiaro che la proposta doveva essere rivolta a un

⁴ Il gruppo di progetto è stato composto da U. Valentini, S. Caputo, E. Archero, M.P. Mostarda, A. M. Scarpitta, L. Cingoli. La direzione scientifica è stata affidata a A.M. Scarpitta.

⁵ Diabete Italia Onlus raccoglie le Associazioni italiane fra persone con diabete e le società scientifiche che operano nel campo della Diabetologia. Il comitato di coordinamento è costituito dai rappresentanti di (dati al 30 giugno 2015): AGD Italia - Coordinamento Associazioni Italiane Giovani con diabete: Laura Cingoli, Gianni Lamenza; ANIAD - Associazione Nazionale Italiana Atleti con Diabete: Gianpiero Aguglia; Diabete Forum Giovani e adulti uniti per il diabete: Marisa Mottes, Francesco Pili, Rita Stara; FAND - Associazione Italiana Diabetici: Egidio Archero, Albino Bottazzo, Lorenzo Greco; AMD - Associazione Medici Diabetologi: Dr Antimo Aiello, Dr Anna Chiambretti, Dr Antonietta M. Scarpitta; OSDI - Associazione Operatori Sanitari di Diabetologia Italiani: Roberta Chiandetti; SID - Società Italiana di Diabetologia: Dr Alberto Bruno, Dr Salvatore Caputo, Dr Rossella Iannarelli; SIEDP - Società italiana di Endocrinologia e Diabetologia Pediatrica: Dr Stefano Tumini; SIMG - Società Italiana di Medicina Generale e delle cure primarie: Dr Gerardo Medea.

⁶ Essi sono: A.M. Scarpitta e R. Iannarelli, formatori della Scuola Permanente di Formazione Continua AMD; M.P. Mostarda, docente di Pedagogia della Comunicazione in Università Cattolica; D. Simeone, docente di Pedagogia Generale e sociale in Università Cattolica; P. Pisanti, consulente del Ministero e redattrice del Piano Nazionale Diabete.

⁷ Sul tema si rimanda a Benevene (2009) e Mostarda (2017).

⁸ Il percorso è stato suddiviso in due moduli posti a distanza di due mesi l'uno dall'altro (17-19 aprile e 26-28 giugno 2015 in località Quarto Inferiore, Granarolo dell'Emilia – Bologna). Esso si è avvalso di una segreteria organizzativa particolarmente competente (si ringrazia Mara Roncaglia di FMR); è stato realizzato con il contributo non condizionante di Abbott e Lilly Diabete.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

pubblico selezionato per le competenze già dimostrate e, al contempo, per il loro potenziale.

Il secondo criterio riguardava l'età: per meglio potenziare il rinnovamento della classe dirigenziale associativa, al corso sono stati invitati soggetti under 50: una scelta quanto mai opportuna per l'associazionismo volontario, spesso rappresentato da un board anziano (Mostarda, 2017, p. 154).

Percorso formativo

Lo staff ha individuato le seguenti competenze dirigenziali: a) consapevolezza del ruolo delle associazioni di volontariato, b) abilità progettuali e manageriali, c) apprendimento continuo, d) relazioni con altre organizzazioni, e) abilità trasversali, f) appartenenza a DI. Tali aree sono state valutate fondamentali per lo svolgimento del ruolo dirigenziale (a, d, f); accanto a esse, ha scelto di rafforzare alcune competenze individuali (b, c, e). Anche altre tematiche competono ai dirigenti, ma esse risultano coperte da una diffusa offerta formativa. Si è privilegiata una formazione centrata sul corsista (e non sui docenti), sul suo apprendimento (e non sull'insegnamento) (Knowles e Fedeli, 2014), sul miglioramento delle competenze (e non sulle conoscenze) e sulla libera adesione dei volontari. L'approccio scelto si comprende in relazione ai modelli formativi privilegiati da AMD (Gentile et al., 2014), alle linee pedagogiche della formazione (Zannini, 2001; Castagna, 2002; Quaglini, 2011; Maioli e Mostarda, 2008; Mostarda, 2017; Reggio, 2010; Bruzzone e Musi 2007) e alle caratteristiche dei corsisti, portatori di esperienze organizzative e di impegno solidale all'insegna della gratuità.

Formazione personale

Il progetto ha previsto di dedicare momenti di auto-analisi individuali e di riflessione, considerati essenziali per figure manageriali per le quali non contano tanto (o soltanto) nuove conoscenze, quanto l'affinare la capacità di risolvere problemi, l'attitudine a porsi domande, la competenza progettuale, la disponibilità a rielaborare l'esperienza, l'abilità di gestire gruppi, la disponibilità a ri-vedere criticamente se stessi: in una parola, a riflettere (Mostarda, 2005). Il piano personale è di particolare valore nel settore del volontariato nel quale non vi sono criteri d'accesso (Mostarda, 2017): i dirigenti possono possedere specifiche competenze o qualifiche –

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

ma non necessariamente. A tale scopo il corso ha chiamato i partecipanti a realizzare un *project-work* per rielaborare criticamente e riprogettare la propria esperienza (ne sono stati realizzati 27 su 30).

Metodi didattici

È stato strutturato un corso in cui l'apprendimento fosse facilitato da una didattica interattiva. I lavori di gruppo (d'ora in poi LdG) sono stati l'asse portante del corso; ne sono stati ideati 18 e realizzati 17. I partecipanti sono stati suddivisi in tre gruppi eterogenei per provenienza geografica, associativa, professionale, sesso ed età e ciascuno era coordinato da un tutor che ne ha accompagnato l'apprendimento, la partecipazione e il senso di appartenenza. Il ruolo del facilitatore era classicamente quello di accertarsi della corretta comprensione del mandato, di favorire lo svolgimento del LdG, facilitare l'interazione tra i membri a realizzare il mandato con il contributo di tutti (Zannini, 2005). Nella tab. 1. sono elencati i LdG, i metodi e i processi riflessivi stimolati.

Tab. 1 – Lavori di gruppo per tema, metodo e processi riflessivi

LdG	Tema	Metodo	Processi riflessivi
<i>1° modulo</i>			
1	Problemi e aspettative dei partecipanti	Metaplan	Analisi individuale; confronto; sintesi
2	Costruire l'immagine del dirigente di DI	Ideare una rappresentazione iconica	Rielaborazione; rappresentazione; confronto; sintesi
3	I bisogni e le risorse delle persone con diabete	Metaplan	Analisi individuale; confronto; rielaborazione; sintesi
4	Raccogliere i bisogni e le risorse con metodo	Metaplan	Analisi individuale; confronto; rielaborazione; sintesi
5	Bisogni e offerte degli <i>stakeholders</i>	Rappresentazione iconica; Metaplan	Analisi individuale; analisi collettiva; rielaborazione; sintesi
6	Lo spazio del volontariato tra ideale e reale	Metaplan; analisi critica	Analisi individuale; rielaborazione; sintesi
7	Come produrre miglioramenti nel volontariato?	Metaplan; simulazione	Analisi; simulazione; rielaborazione; sintesi
8	Progettare: fatiche e successi	Simulazione	Simulazione; confronto; sintesi
9	Dal dire al fare: spunti per la trasferibilità del 1° modulo	Metaplan	Analisi; confronto; sintesi

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

2° modulo			
10	Rileggere i p.w.	Lavori in triplete	Analisi; condivisione; sintesi
11	Riadattare la propria progettualità per collaborare con Enti Pubblici e del Terzo settore	Brainstorming; simulazione	Analisi; simulazione; riflessione; condivisione; sintesi
12	Elaborare un progetto di rete	Simulazione	Simulazione; riflessione; sintesi
13	Situazioni critiche intra-organizzative	Spezzone filmico; Metaplan	Analisi; rielaborazione; miglie; sintesi
14	Comunicare bene	Simulazione	Simulazione; riflessione; sintesi
15	Presentare pubblicamente progetti	Simulazione	Simulazione; riflessione; sintesi
16	Role-playing di una riunione in plenaria	Metaplan; simulazione in acquario	Analisi; condivisione; negoziazione; sintesi
17	Quali risultati abbiamo ottenuto?	Metaplan	Analisi individuale; confronto; rielaborazione; sintesi
18	Dal dire al fare. Come tradurre il corso in pratica?	Metaplan; rappresentazione	Analisi individuale; confronto; rielaborazione; sintesi

I LdG hanno incoraggiato processi riflessivi essenzialmente riconducibili a: recupero di esperienze, analisi di esse, confronto con i colleghi, elaborazione critica, produzione, trasferibilità e, infine, sintesi degli apprendimenti più significativi. Nell'arco di un'ora (tale era la durata media di ogni LdG) i partecipanti sono stati chiamati a compiere diversi passi logici (induttivi vs deduttivi, etero vs autocentrati ecc.). Ogni corsista ha dovuto attingere alla propria esperienza o rifletterla nello specchio di stimoli diversi: ciò ha permesso di esplicitare i fattori che orientano le scelte e che emergono solo quando si è stimolati a riflettere sulle ragioni e sul senso (perché? In base a quale ipotesi o a quali esperienze? A quali informazioni?). Lo spazio a tali interrogativi e il confronto sono risultati particolarmente arricchenti per misurare lo scarto tra la capacità individuale e quella dei colleghi, tra i presupposti personali e quelli altrui: in questo modo ciascun dirigente si è appropriato autonomamente del valore dell'interrogarsi, spesso predominante rispetto all'agire.

Il cuore del lavoro di gruppo verteva sull'analisi critica delle esperienze e sulle differenze presenti nel gruppo, delle quali i partecipanti erano chiamati a esplicitare similitudini e non, positività e criticità lungo le linee del tempo (passato-presente), geografica (locale-nazionale, piccola-grande città

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

ecc.). Grazie a questi stimoli, i corsisti avvertivano sollecitazioni nuove, scoprivano approcci diversi a problemi tutto sommato simili, riflettevano su criteri, ragioni, strategie e scelte che ognuno compie in modo irriflesso. È l'“accendere il pensiero” (Mortari, 2003), è il tornare a pensare a ciò che appare scontato che ha innescato processi di miglioramento e che è stata riconosciuta come l'abilità essenziale per la funzione dirigenziale (Mostarda, 2005).

Contenuti

Sono state svolte tredici relazioni sui seguenti temi: ruolo del dirigente di un'associazione di volontariato, metodologie per raccogliere i bisogni, offerte e risorse presenti nel territorio, relazioni con gli *stakeholders*, spazio del volontariato, progettazione, *project work*, progettazione con gli enti pubblici, comunicazione all'esterno e all'interno, valutazione e trasferibilità del corso.

Discussione dei risultati

Le scelte pedagogiche si sono dimostrate efficaci: già dal terzo LdG i partecipanti hanno verbalizzato consapevolezza importanti e, fin dal secondo giorno di corso, hanno espresso il desiderio di fare rete tra associazioni diverse, dimostrando così di raggiungere anticipatamente gli scopi strategici del corso. La formazione e la committenza hanno dimostrato apprezzamento verso il loro impegno e per il *project work*.⁹

Per verificare i risultati del progetto, è stato ideato un sistema di monitoraggio durante, al termine ed *ex post*. Il monitoraggio è stato affidato a un'osservazione partecipante da parte dello staff di progetto, alla valutazione dei LdG utilizzando lo strumento del “righello” e alla raccolta delle emozioni al termine di ogni giornata. La valutazione finale del corso si è basata su un questionario di gradimento. I dati raccolti sono estremamente incoraggianti (le risposte e distribuite tra “buono” ed “eccellente”). A distanza di quattro mesi, è stato somministrato un questionario di *follow-up* al quale ha aderito l'80,7% dei partecipanti: la maggioranza ha confermato di aver avviato progetti e di essere migliorato/a nelle abilità relazionali con i collaboratori, progettazione e rafforzamento di sé.

⁹ Sul costruito di una valutazione ri-conoscente per il volontariato, si veda Mostarda (2010).

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

Conclusioni e aree di miglioramento

Il percorso formativo “Dirigere le organizzazioni di Diabete Italia oggi” ha operato alcune scelte non consuete (co-progettazione, corsisti under 50, riflessività, lavori di gruppo) apprezzate da tutti gli *stakeholder*. Il monitoraggio e i dati di verifica hanno evidenziato feedback estremamente positivi e la sperimentazione si può dire riuscita: formare nuove leve per la dirigenza associativa è un processo tutt'altro che scontato ma un percorso formativo e riflessivo risulta efficace per tutti gli *stakeholders*.

Bibliografia

- Benevene P. (2009), *Il capitale umano del terzo settore. Le sfide della formazione e della gestione*. Maggioli, Santarcangelo di Romagna (RN).
- Bruzzone D. e Musi E. (a cura di) (2007), *Vissuti di cura: competenze emotive e formazione nelle professioni sanitarie*, Guerini e Associati, Milano.
- Castagna M. (2002), *Progettare la formazione. Guida metodologica per la progettazione del lavoro in aula*, FrancoAngeli, Milano.
- Frisanco R. (2014), *La condivisione nella prassi e nei valori del volontariato*, in Tacchi E.M. (a cura di), *Generare cambiamento. Valori e pratiche di condivisione nel volontariato*, Carocci Editore, Roma, pp. 16-20.
- Gentile L., La Penna G., Michelini M., Scarpitta A.M. e Visalli N. (2014), *Vademecum della Scuola Permanente di Formazione Continua AMD (III ed.) 1998-2013. 15 anni di Scuola di Formazione AMD Insieme per... continuare*, manuscripto.
- Knowles M. e Fedeli M. (2014), *Self-directed Learning. Strumenti e strategie per promuoverlo*, FrancoAngeli, Milano.
- Maioli S. e Mostarda M.P. (a cura di) (2008), *La formazione continua nelle organizzazioni e tra contributi pedagogici e modelli operativi*, McGraw-Hill, Milano.
- Mortari L. (2003), *Apprendere dall'esperienza. Il sapere riflessivo nella formazione*, Carocci, Roma.
- Mostarda M.P. (2005), *Il contributo della riflessività alla funzione di coordinamento dei servizi*, in Colombo M. (a cura di), *Riflessività e creatività nelle professioni educative. Una sfida europea*, Vita e Pensiero, Milano, pp. 147-169.
- Mostarda M.P. (2010), *Valutare la formazione alla sicurezza*, in Pati, L. (a cura di), *Il rischio scelto. La formazione alla sicurezza per le organizzazioni di volontariato*, La Scuola, Brescia, pp. 111-114.
- Mostarda M.P. (2016), *Contributi pedagogici per la formazione degli operatori in educazione terapeutica*, in Mostarda M.P. (a cura di), *Educazione terapeutica: una sfida per la pedagogia*, Educatt, Milano.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

- Mostarda M.P. (2017), “Quali skills e quale formazione per la dirigenza delle associazioni di volontariato?”, *Educational Reflective Practices*, 1: 151-165.
- Quaglino G.P. (2011), *La scuola della vita. Manifesto della terza formazione*, Raffaello Cortina, Milano.
- Quaglino G.P. e Carrozzi G.P. (1995), *Il processo di formazione. Dall'analisi dei bisogni alla valutazione dei risultati*, FrancoAngeli, Milano.
- Reggio P. (2010), *Il quarto sapere. Guida all'apprendimento esperienziale*, Carocci, Roma.
- Salvini A. e Maraviglia L. (2016), *Tra welfare e reciprocità. Trasformazioni del volontariato nella sfera pubblica allargata*, in Guidi R., Fonovic K. e Cappadoci T. (a cura di), *Volontari e attività volontarie in Italia. Antecedenti, impatti, esplorazioni*, Il Mulino, Bologna, pp. 133-156.
- Tacchi E. (a cura di) (2009), *Il volontariato tra scelte politiche, impegno sociale e funzione di advocacy*, La Scuola, Brescia.
- Zannini L. (2001), *Salute, malattia e cura. Teorie e percorsi di clinica della formazione per gli operatori sociosanitari*, FrancoAngeli, Milano.
- Zannini L. (2005), *La tutorship nella formazione degli adulti: uno sguardo pedagogico*, Guerini, Milano.

Sitografia

Piano Nazionale Diabete (2012), disponibile al sito http://www.salute.gov.it/imgs-/C_17_pubblicazioni_1885_allegato.pdf, consultato in data 2 maggio 2018.

In sintesi

Le associazioni diabetologiche sono una realtà importante nel nostro Paese, composta da 467 organizzazioni diffuse in Italia; svolgono un'azione strategica per le persone affette da tale patologia e come intermediarie tra istituzioni e collettività. Sono organizzazioni fondate sull'impegno gratuito di volontari formati a operare con efficienza, chiarezza, affidabilità, eticità e professionalità sia nei confronti della persona con diabete, sia nella relazione con gli enti pubblici. “Diabete Italia” (DI), l'organismo nazionale che comprende tali associazioni e le società scientifiche in ambito diabetologico, considera fondamentale formare i volontari affinché acquisiscano capacità gestionali pertinenti al loro ruolo. Da tali premesse è nato il percorso denominato “Disponibilità e competenza. Dirigere le organizzazioni di Diabete Italia oggi”, progettato e gestito da Diabete Italia per qualificare un gruppo di rappresentanti junior delle associazioni diabetologiche in alcuni ambiti considerati critici per la crescita manageriale e culturale del volontariato. Il gruppo di progetto ha riflettuto sulle competenze chiave dei dirigenti, ha individuato criteri per la

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

selezione dei corsisti (età, under 50, prerequisiti di ruolo), progettato il percorso con i principali *stakeholder* (società scientifiche, associazionismo, formatori, studiosi del volontariato), ha scelto un approccio interattivo e ha ideato un percorso formativo che ha stimolato riflessioni individuali, sul ruolo e sull'organizzazione. Il corso è stato realizzato nel 2015 in due moduli residenziali (50 ore totali), basato su una didattica attiva, volta a potenziare competenze manageriali, relazionali e riflessive, nella consapevolezza che il ruolo dirigenziale, nel volontariato come in altre organizzazioni, richiede *skills* tecniche e trasversali (capacità di apprendere continuamente, ri-guardarsi, porre domande, trovare soluzioni, confrontarsi). Sono state scelte le seguenti finalità: a) formare un gruppo di giovani rappresentanti delle associazioni diabetologiche aderenti a Diin alcuni ambiti considerati critici e necessari per la crescita manageriale e culturale del volontariato; b) sviluppare il senso di appartenenza a Di. Al corso hanno aderito 30 dirigenti di età media $42,8 \pm 10,4$, anni in rappresentanza di quasi tutte le regioni italiane e delle federazioni presenti nel comitato di coordinamento di Di. Sono stati selezionati i contenuti delle relazioni (13) e ideati lavori di gruppo (18), esercitazioni e un *project work* che hanno incentivato l'attivazione di *skills* individuali. I dati raccolti dall'osservazione, dal monitoraggio, dalla verifica e dal *follow-up* hanno confermato la riuscita sia da un punto di vista formativo, sia come format per future progettazioni di Diabete Italia per i dirigenti del volontariato. I partecipanti hanno dato segnali positivi in merito alla partecipazione e alla formulazione di proposte in linea con le finalità del corso; nel *follow-up* hanno dichiarato di avere promosso progetti e avviato collaborazioni di rete sul proprio territorio e a livello nazionale.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

I-learning e Digital Storytelling: sperimentazione di nuovi modelli formativi nell'educazione continua del personale infermieristico

di Antonella Cinzia Punziano e Simona Rumiano

Introduzione

Prendersi cura di un malato significa conoscere il suo vissuto di malattia, la storia più vera e completa del suo essere paziente. L'infermiere riveste un ruolo chiave nel percorso di co-costruzione di un consapevole progetto terapeutico ed è importante che sviluppi competenze relazionali per comprendere la complessità umana, sociale e culturale.

Nella progettazione di un intervento formativo diretto a infermieri, professionisti con un ricco bagaglio di esperienze personali e lavorative, bisognerebbe superare l'approccio didattico tradizionale, tipico di una pedagogia trasmissiva centrata sul docente "erogatore di conoscenze", per passare a un modello di didattica partecipata, centrata sui discenti e con il docente in veste di facilitatore, che consideri gli individui stessi, le loro reciproche interazioni e quelle con il contesto di lavoro e di vita, irrinunciabili risorse per l'apprendimento.¹

Coerentemente con l'epistemologia socio-costruttivista, la conoscenza non si assimila, ma deriva dall'interazione tra soggetto e contesto e dalla relazione tra i membri del gruppo, attraverso forme di negoziazione e collaborazione sociale; in quest'ottica, è possibile un passaggio dall'*E-learning* all'*I-learning*, ovvero dalla trasmissione di nozioni alla costruzione di una comunità di apprendimento costituita da persone che condividono un obiettivo comune. La "I" di *I-learning* rimanda all'"io" che «esce dall'anonimato e dall'isolamento dell'apprendimento tradizionale e si fa protagonista consapevole, motivato e creativo dell'intelligenza collettiva della Rete» (Quagliata, 2014, pp.14-15).

Il modello dell'*I-learning*, messo a punto dal "Laboratorio di *I-learning e Digital Storytelling*" coordinato dal prof. Alberto Quagliata presso il Di-

¹ Secondo l'assunto teorico del modello andragogico di Malcom Knowles.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

partimento di Scienze della Formazione dell'Università Roma Tre, fa ricorso all'amalgama delle differenti competenze individuali, alla condivisione delle esperienze, alla valorizzazione delle attività di meta-cognizione, alle tecnologie digitali per l'amplificazione delle relazioni, ma, soprattutto, valorizza la narrazione come prassi educativa, utilizzando il *Digital Storytelling*² per favorire la costruzione condivisa degli elementi del sapere e sollecitare la riflessione, secondo il pensiero narrativo di Jerome Bruner, per cui ogni individuo ha un bisogno profondo di riorganizzare l'esperienza in forma narrativa.

All'interno del Piano ECM INAIL per il 2017 si è pensato di sperimentare, per gli infermieri, un modello formativo in cui fossero protagonisti del loro apprendimento, proponendo un corso di aggiornamento realizzato attraverso i modelli dell'*I-learning* e del *Digital Storytelling*.

Attraverso il confronto tra i risultati di questo corso e di uno erogato con didattica tradizionale, con oggetto lo stesso argomento, ci si è posti l'obiettivo di stabilire se il modello formativo proposto risultasse migliore, in termini di efficacia formativa, di quello tradizionale, per poter essere in futuro standardizzato per l'aggiornamento professionale degli infermieri.

Disegno dello studio

Ai fini della ricerca è stato utilizzato un disegno di studio quasi-sperimentale, multicentrico, con pre e post-test. Il quesito di ricerca era: «si verifichi se, per gli infermieri, un corso di formazione erogato in modalità *blended*, nell'ottica dell'*I-learning* e con l'utilizzo del *Digital Storytelling*, risulti più efficace di un corso erogato in modalità residenziale, a didattica tradizionale».

Campione

Il corso di formazione era rivolto a un totale di 260 infermieri dipendenti dell'Istituto, suddivisi in due gruppi: 61 infermieri (provenienti dalle regioni Veneto, Emilia Romagna, Toscana e Puglia, scelte per convenienza) destinati al corso sperimentale e i restanti 199 destinati alla fruizione del corso residenziale tradizionale. I partecipanti al gruppo di formazione sperimentale non avevano conoscenze pregresse inerenti la metodologia didattica proposta. Al fine di ottenere campioni equivalenti per il confronto tra i

² Pratica di narrazione digitale, operativamente realizzata attraverso il software *Prezi*.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

due gruppi, si è deciso di includere nello studio tutti gli infermieri soggetti a formazione sperimentale (61) e 61 infermieri individuati, con randomizzazione informatizzata, tra i fruitori del corso tradizionale.

Metodologia

Il titolo del corso di formazione erogato era “La gestione infermieristica delle emergenze cliniche: linee guida e *best practices*”, con trattazione dei seguenti argomenti: organizzazione dei servizi di emergenza, responsabilità dell'infermiere nella gestione delle emergenze extra-ospedaliere, principali emergenze cardio-respiratorie, neurologiche, metaboliche. Ogni corso, residenziale e sperimentale, è stato organizzato suddividendo i partecipanti in più date e con sede presso diversi Poli Formativi. Il corso di formazione sperimentale, della durata di 21 giorni per ognuna delle edizioni, è stato articolato in 3 fasi interdipendenti:

- fase 1: 6 ore in presenza, in cui I-tutor appositamente formati hanno accennato alcuni contenuti tecnici di base inerenti le tematiche del corso, per poi introdurre i partecipanti al lavoro di gruppo e all'utilizzo delle applicazioni informatiche (*Moodle* e *Prezi*). I partecipanti sono poi stati suddivisi in tre sottogruppi, ognuno affidato alla supervisione di due I-tutor con differenti competenze, un infermiere e un formatore. A ciascun sottogruppo è stato abbinato uno degli argomenti corsuali;
- fase 2: 20 ore (minime) di attività a distanza, ripartite in un arco temporale di 19 giorni, destinate all'approfondimento dell'argomento assegnato a ciascun gruppo tramite ricerca bibliografica e condivisione di esperienze professionali e conoscenze pregresse, nonché alla realizzazione di una “storia digitale” secondo la tecnica del *Digital Storytelling*, per condividere, attraverso il racconto, ciò che è stato appreso;
- fase 3: 6 ore in presenza, dedicate alla presentazione delle storie digitali agli altri partecipanti, per favorire l'acquisizione della conoscenza attraverso la formazione tra pari, condividendo l'esperienza.

Il gruppo di controllo ha seguito un corso residenziale di 10 ore, articolate su due giorni, durante i quali i docenti hanno relazionato frontalmente sugli argomenti che, invece, i discenti appartenenti al gruppo sperimentale hanno dovuto affrontare in auto-formazione. Proprio quest'ul-

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

tima differenza significativa ha permesso di annullare il peso della disparità di ore di apprendimento previste per i due gruppi.

Strumenti

Ad ogni gruppo è stato somministrato, all'inizio dei corsi (*pre-test*) e alla fine (*post-test*), uno stesso questionario di verifica, appositamente creato per la valutazione delle conoscenze di base e di quelle successivamente acquisite. Le domande a risposta chiusa (item a scelta multipla con una opzione di risposta corretta e tre distrattori) hanno assicurato il maggior grado possibile di attendibilità e restituito un risultato costante al variare del tempo e del soggetto somministrante la prova. Per l'acquisizione dei crediti formativi, i partecipanti hanno dovuto rispondere ai test fornendo i propri dati personali, ma prima dell'analisi dei dati si è proceduto a duplicazione delle schede di sintesi, con sostituzione dei nominativi con identificativi che ne garantissero l'anonimato.

Analisi dei dati

I risultati dei test sono stati analizzati e confrontati attraverso l'utilizzo del software SITA (Sistema per l'ITem Analysis), strumento di valutazione della formazione in salute pubblica. Ulteriori analisi statistiche sono state effettuate attraverso il software SPSS vers. 22.0, utilizzando il t-test per l'analisi delle modifiche delle conoscenze e considerando $p < 0.05$ come significativo.

Risultati

Nell'indagine sono stati inclusi 112 infermieri di cui 61 afferenti al gruppo sperimentale (corso *I-learning*) e 61 al gruppo di controllo (corso tradizionale).

La media delle risposte esatte al pre-test è risultata essere del 42,2% per il gruppo sperimentale e del 51,6% per quello di controllo. In entrambi i gruppi nessuno ha risposto esattamente al 100% delle domande o ad almeno al 75% delle domande, soglia minima per l'acquisizione dei crediti ECM assegnati al corso.

Al termine della formazione, la media delle risposte esatte al *post-test* del gruppo sperimentale è stata del 95,8%, contro il 93,3% del gruppo di

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

controllo (tab. 1 e 2), pertanto tutti i partecipanti hanno superato positivamente il corso.

Entrambi i gruppi hanno evidenziato un miglioramento statisticamente significativo delle conoscenze ($p < 0.05$); tuttavia, l'incremento medio assoluto, in termini di numero di risposte esatte, è risultato essere maggiore nel gruppo sperimentale (30,8) rispetto al gruppo di controllo (25,5). Tale differenza è risultata essere statisticamente significativa ($p < 0.05$).

Tab. 1 – Confronto pre e post test nel gruppo del corso I-learning

<i>Corso I-Learning</i>						
Risposte esatte	pre-test		post-test		Incremento pre-post	
	N	%	N	%	Assoluto	<i>p-value</i>
Media	27,6	45,2	58,4	95,8	30,8	0,0000
Mediana	26,5	43,4	60	98,4	33,5	/
Min.	4	6,6	49	80,3	45	/
Max.	56	91,8	61	100	5	/

Tab. 2 – Confronto pre e post test nel gruppo del corso tradizionale

<i>Corso tradizionale</i>						
Risposte esatte	pre test		post test		Incremento pre-post	
	N	%	N	%	Assoluto	<i>p-value</i>
Media	31,5	51.6	56.9	93.3	25.4	0,0000
Mediana	28,0	45.9	59	96.7	31.00	/
Min.	4	6.6	27	44.3	23	/
Max.	59	96.7	61	100	2	/

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

Nel corso tradizionale il 16,4% dei discenti ha ottenuto il 100% di risposte esatte rispetto al 57,4 % del corso sperimentale. Circa il 35% del gruppo sperimentale ha risposto correttamente a un numero di domande comprese tra il 90% e il 94%, mentre il restante 8,2% ha risposto esattamente a un numero di domande comprese tra l'80% e l'84%. La maggior parte dei partecipanti al corso tradizionale (~ 41%) ha risposto correttamente a un numero di domande comprese tra il 90% e 95%, mentre circa il 10% ha riportato punteggi inferiori all'85%.

Un ultimo dato interessante è quello relativo alle macro-aree di argomenti trattati: come si evince dalla tab. 3, in entrambi i gruppi la responsabilità professionale nelle emergenze si è rivelata essere l'area di maggiore apprendimento, mentre l'area relativa all'organizzazione e alla gestione generale di un'emergenza appare come quella con il minor incremento di apprendimento nel gruppo tradizionale, ma solo perché, in realtà, le conoscenze base in questo caso erano già più alte prima del corso.

Tab. 3 – Confronto sulla percentuale di risposte esatte suddivise per aree di apprendimento

Area di apprendimento	Corso tradizionale			Corso I-Learning		
	pre-t.	post-t.	incr. pre-post	pre-t.	post-t.	incr. pre-post
	%	%	%	%	%	%
Organizzazione	76	96	20	57	100	43
E. Cardio-resp.	53	94	41	48	89	41
E. Neurolog.	53	95	43	54	100	46
E. metaboliche	30	88	58	45	99	54
Responsabilità	23	98	75	20	100	80

Discussione

Gli infermieri devono essere in grado di formulare giudizi corretti e di prendere decisioni efficaci in situazioni cliniche diverse e complesse: non devono solo “sapere”, ma devono “saper pensare” criticamente, riflessivamente, eticamente e responsabilmente. Per il loro aggiornamento continuo è riduttivo e limitante il trasferimento passivo di informazioni, ma è necessario lo sviluppo di pensiero critico. Il modello didattico-formativo alla base del percorso proposto è quello dell'*I-learning* che, ispirato alla cornice metodologica del costruttivismo sociale, sollecita processi formativi eticamen-

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

te responsabili, costruiti intorno alla centralità della relazione e alla valorizzazione della narrazione come prassi educativa, poiché la costruzione di storie digitali e la loro fruizione favorisce il coinvolgimento e la contestualizzazione. La collaborazione in Rete è favorita dall'I-tutor, figura professionale esperta che segue ogni comunità di pratica in formazione, contribuendo allo sviluppo delle attività proposte.

Dall'analisi dei dati, il primo elemento immediatamente evidente è che, indipendentemente dal livello di partenza e dall'appartenenza all'uno o all'altro gruppo, tutti i partecipanti hanno ottenuto un notevole incremento delle conoscenze, a indicare che entrambi gli interventi formativi hanno raggiunto l'obiettivo. La raccolta dei dati al *baseline* (tramite pre-test) ha permesso di valutare il livello iniziale di conoscenze dei due gruppi, rappresentato da una media di 45,2% di risposte esatte per il gruppo sperimentale e di 51,6% per il gruppo di controllo. Nonostante la media di risposte esatte al pre-test per il gruppo sperimentale sia evidentemente più bassa di quella relativa al gruppo di controllo, l'intervento formativo sperimentato ha permesso di raggiungere, al post-test, un risultato medio di risposte esatte del 93,3% per il gruppo sperimentale e del 95,8% per quello di controllo. Il risultato è una differenza statisticamente significativa, 30,8% contro il 25,4%, del livello di incremento nel gruppo sperimentale, che ne decreta la maggior efficacia formativa.

Questo dato si discosta da quello di un analogo studio di Chan e collaboratori del 2016, il quale però confrontava solo didattica residenziale e a distanza, senza differenze metodologiche, mentre concorda con la recente affermazione di Malik e collaboratori del 2017 che metodi didattici contemporanei, basati su strategie di apprendimento che coinvolgono attivamente i discenti insieme ai docenti, nella co-costruzione della conoscenza, siano particolarmente efficaci e ancor di più nell'infermieristica, dove la conoscenza è sempre correlata alla pratica basata sulle evidenze, il cui approfondimento didattico in aula risulta spesso fortemente limitato dalla poca disposizione di tempo.

Punto di forza della formazione I-learning è la possibilità di personalizzare il proprio percorso formativo alla luce delle competenze possedute e degli obiettivi specifici da raggiungere, adattandolo anche in situazioni di partenza svantaggiate, all'interno di un lavoro in gruppo con colleghi dislocati in diverse città, con scambio di pareri, esperienze, informazioni. Motivazione e determinazione a perseguire gli obiettivi sono fondamentali nelle attività formative on-line che distinguono il modello dell'I-learning dal tradizionale E-teaching. La responsabilità dell'apprendimento è di chi apprende e un corso *blended* aumenta lo sviluppo della responsabilità, poiché si lavora organizzati in piccoli gruppi e non ci si può sottrarre ai propri compiti.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

Conclusioni

La formazione continua è uno degli strumenti chiave del cambiamento nelle organizzazioni che si occupano di salute pubblica. A fronte della gran quantità di corsi erogati ogni anno e della complessità crescente dei contenuti, la metodologia formativa si pone come un fattore essenziale per produrre i cambiamenti richiesti e, in definitiva, migliorare la salute dei cittadini. Approcci didattici efficaci e innovativi sono essenziali per la formazione degli infermieri, portatori già di un bagaglio culturale e professionale ricco di esperienze significative e le cui competenze vanno necessariamente supportate e integrate da prove di efficacia.

Il modello didattico dell'I-learning, amalgamando le differenti competenze individuali, favorendo la condivisione delle esperienze, ricorrendo allo *scaffolding*, interpretando le differenze come risorsa per le comunità di apprendimento e di pratica, valorizzando le attività di metacognizione e autovalutazione, ricorrendo alle tecnologie digitali quali amplificatori delle relazioni e delle forme di collaborazione, descrive un sistema di persone che condividono un obiettivo di apprendimento comune.

La didattica tradizionale, sia in aula che online, è caratterizzata da una presenza spesso debole di attività esperienziali e relazionali, necessarie per la costruzione di un apprendimento significativo: chi frequenta un percorso di formazione tradizionale vive prevalentemente momenti di insegnamento, più che di apprendimento.

Diversamente, coerentemente con l'epistemologia socio-costruttivista, la proposta formativa sperimentata assume un andamento reticolare, con un'interazione virtuosa tra docenti e discenti. All'interno del percorso formativo, la creazione di una storia digitale sollecita processi di riflessione, favorendo una comprensione contestualizzata degli elementi di conoscenza presentati all'interno della cornice narrativa, poiché il racconto favorisce il coinvolgimento e l'attenzione. Operativamente, la pratica del Digital Storytelling utilizza *Prezi*, un software che permette di realizzare storie digitali emotivamente coinvolgenti integrando molteplici risorse digitali e favorendo la collaborazione di un gruppo di persone in un processo di lavoro condiviso.

I risultati della ricerca hanno confermato la maggior efficacia della formazione sperimentale proposta, evidenziando la necessità di spostare il focus della formazione infermieristica dai programmi di formazione tradizionale, centrati su chi insegna, ai metodi attivi, centrati su chi apprende, per costruire una solida relazione educativa e sviluppare forme di apprendimento significativo.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

Lo studio presenta tuttavia un limite: il corso sperimentale è stato proposto con successo all'INAIL, Ente che mette a disposizione di ogni suo dipendente un pc personale con connessione internet illimitata e che dispone di *Moodle*, quale piattaforma per la formazione aziendale; più difficilmente un corso così strutturato può essere proposto da un'altra Azienda in cui il personale non abbia a disposizione le stesse risorse strumentali.

Bibliografia

- Bruner, J. (2015), *La fabbrica delle storie: diritto, letteratura, vita*, Roma: Laterza.
- Chan, A., Chair, S., Sit, J., Wong, E., Lee, D., e Fung, O. (2016), Case-based web learning versus face-to-face learning: a mixed-method study on University nursing students, *Journal of Nursing Research*, 24 (1): 31-40.
- Knowles, M. S., Holton, E. F., e Swanson, R. A. (2014), *The adult learner: The definitive classic in adult education and human resource development*, London, UK: Routledge.
- Malik, G., McKenna, L., e Griffiths, D. (2017), Using pedagogical approaches to influence evidence-based practice integration-processes and recommendations: findings from a grounded theory study, *Journal Advanced Nursing*, 73 (4): 883-893.
- Quagliata, A. (2014), *I-learning: storie e riflessioni sulla relazione educativa*, Roma: Armando.
- Zucchermaglio, C. (1999), *Vygotskij in azienda: apprendimento e comunicazione nei contesti lavorativi*, Roma: Carocci.

In sintesi

Prendersi cura di un malato significa conoscere il suo vissuto di malattia, la storia più vera e completa del suo essere paziente. Per co-costruire un consapevole progetto terapeutico è necessario valorizzare la relazione di cura: l'infermiere ha una posizione chiave in questo percorso e il suo aggiornamento riveste un ruolo essenziale. Nel periodo compreso tra aprile e giugno 2017 la Sovrintendenza Sanitaria Centrale dell'INAIL, sulla scia di una precedente collaborazione con il Dipartimento di Scienze della Formazione dell'Università di Roma Tre, ha voluto sperimentare un percorso formativo innovativo ispirato alla cornice metodologica del costruttivismo sociale e basato sui modelli dell'*I-learning* (dall'inglese *I*, cioè io e *learning*, apprendimento) e del *digital storytelling*, rivolto agli infermieri dell'Istituto. Attraverso il confronto tra i risultati del corso sperimentale e quelli di un corso parallelo e vertente sullo stesso argomento, ma erogato a didattica trasmissiva in modalità residenziale, ci si è posti l'obiettivo di stabilire se il modello formativo proposto risultasse migliore, in

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

termini di efficacia formativa, di quello tradizionale, per poter essere in futuro standardizzato per l'aggiornamento professionale degli infermieri. I campioni erano costituiti da 61 infermieri destinati al corso sperimentale e 61 infermieri destinati alla fruizione del corso residenziale in modalità didattica tradizionale. Tutti e due i gruppi hanno, inoltre, evidenziato un miglioramento statisticamente significativo delle conoscenze ($p < 0.05$); tuttavia l'incremento medio assoluto, in termini di numero di risposte esatte, è risultato essere maggiore nel gruppo sperimentale (30,8) rispetto al gruppo di controllo (25,5). Tale differenza è risultata essere statisticamente significativa ($p < 0.05$). Nel corso tradizionale il 16,4% dei discenti ha ottenuto il 100% di risposte esatte rispetto al 57,4 % del corso sperimentale con differenza statisticamente significativa ($p < 0.05$). I risultati hanno mostrato che il livello di conoscenza degli infermieri è aumentato maggiormente nel gruppo sperimentale, confermando l'efficacia della formazione innovativa proposta e suggerendo come, quando si utilizzi una diversa strategia di insegnamento e apprendimento, in grado di coinvolgere attivamente i discenti, si raggiungano ottimi risultati.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

Riformulare le sfide professionali attraverso l'*Action Learning Conversation* nelle organizzazioni sanitarie

di *Maura Striano*

Promuovere una circolarità riflessiva nelle organizzazioni sanitarie

Le organizzazioni sanitarie sono una realtà estremamente complessa e problematica e i professionisti operanti al loro interno attraverso diversi ruoli e mansioni sono costantemente messi alla prova e sfidati da situazioni pesanti, talvolta estremamente frustranti. I problemi costantemente emergenti dalla pratica sono determinati da una molteplicità di fattori, tra i quali è possibile identificare anche una serie di elementi interni alle stesse organizzazioni, riferibili ad assunti non esplicitati ma dati per scontati, sui quali si costruiscono pratiche, protocolli, routine o ad assetti codificati e strutturati, i quali spesso non corrispondono in modo efficace alle sollecitazioni derivanti dalle situazioni che, quotidianamente, i professionisti della salute e dalla cura si trovano ad affrontare.

Allo scopo di identificare ed esplorare questi elementi, che spesso sono fonte di impasse e di criticità all'interno delle organizzazioni, riverberando sugli atteggiamenti, sui vissuti, sulle pratiche di chi opera al loro interno, è necessario introdurre nel tessuto organizzativo dispositivi atti a promuovere una circolarità riflessiva, coinvolgendo tutti gli attori impegnati in diversi ruoli e funzioni.

La diversità di prospettive e di sguardi, infatti, alimenta i processi riflessivi in quanto consente di esplorare i problemi e le situazioni contemporaneamente dall'interno e dall'esterno, nella misura in cui lo sguardo dell'altro, portatore di un punto di vista differente, funziona da specchio riflettente e talvolta ingrandente e permette di identificare aspetti ed elementi altrimenti invisibili, fuori fuoco, occulti o sbiaditi. La circolarità dei processi riflessivi consente di esplorare in profondità e in dettaglio il flusso azione-riflessione-azione che sostiene le pratiche e gli apprendimenti

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

in circolo all'interno del tessuto organizzativo, soffermandosi sugli antefatti e sulle premesse delle azioni (in termini di assunti, atteggiamenti, credenze, prospettive di significato), sugli elementi di consapevolezza e di conoscenza che ne derivano e su come la loro interazione alimenti la progettazione e la realizzazione di nuovi corsi d'azione.

Il processo riflessivo si articola circolarmente a partire dai campi di esperienza e dai problemi da essi emergenti, sulla base di una analisi di contesto attraverso cui identificare gli attori, le memorie (in termini di "lezioni apprese", routine e saperi consolidati, "storie di guerra" e tradizioni tramandate all'interno delle diverse comunità di pratica e delle organizzazioni) e di una analisi dei repertori (in termini di protocolli, procedure, strategie, strumenti) per identificare i piani di azione messi in atto e le loro criticità ai fini di una traduzione in pratiche consolidate, costantemente sottoposte al test dell'esperienza.



Fig. 1 – Processo riflessivo

Ciò richiede una implicazione attiva e partecipativa dei professionisti operanti all'interno delle organizzazioni, che sono chiamati a indagare in profondità la relazione dinamica intercorrente tra libertà e responsabilità implicata nel loro agire (analisi delle scelte, delle decisioni, delle conseguenze che ne derivano), mettendo a fuoco gli elementi impliciti in gioco (analisi delle idee, delle rappresentazioni, delle visioni del mondo) e

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

le strategie sottese all'agire (analisi delle premesse, delle intenzioni, degli obiettivi, degli scopi).

Il coinvolgimento diretto dei professionisti ha una doppia finalità ai fini della promozione di un apprendimento organizzativo che abbia esiti autenticamente trasformativi. Ha una finalità *epistemica* nella misura in cui consente di attivare processi di riflessione a partire dalla pratica professionale utili a mettere a fuoco i percorsi generativi di conoscenza all'interno dell'agire dei professionisti (che cosa hai appreso?) e di generare nuove forme di conoscenza, che vengono messe in circolo all'interno del tessuto organizzativo, alimentando il cambiamento e la trasformazione attraverso un processo endogeno.

Ha una finalità *epistemologica* nella misura in cui consente di mettere a confronto una epistemologia professionale ispirata a una razionalità di tipo tecnico (applicazione di procedure standardizzate, esecuzione di protocolli e di routine che spesso sono diventate inerti e improduttive...) a una epistemologia professionale ispirata a una razionalità di tipo riflessivo (analisi di repertorio, decostruzione, implementazione, ricostruzione delle pratiche) in funzione di una rivisitazione riflessiva dell'epistemologia professionale delle diverse figure operanti nei contesti della salute e della cura, in base alla quale diventa possibile ripensare e interpretare in modo nuovo e diverso ruoli e mansioni all'interno delle organizzazioni.

L'implicazione dei professionisti all'interno di circuiti riflessivi consente di attivare processi di apprendimento trasformativo (Mezirow, 2012), all'interno dei quali si determina un gioco dinamico tra conoscenze e saperi acquisiti e consolidati attraverso apprendimenti realizzati nelle pratiche professionali e le prospettive di significato (di ordine epistemologico, psicologico e socio-linguistico) che i professionisti utilizzano per inquadrare le esperienze e le situazioni e per progettare nuovi corsi di azione.

I processi di apprendimento trasformativo secondo il modello disegnato da Mezirow (2012) si attivano sempre a partire da un incidente critico, un dilemma disorientante rispetto al quale le prospettive di significato comunemente utilizzate risultano inadeguate e inappropriate sia in termini epistemologici (le conoscenze e i saperi che si utilizzano per esplorare la situazione e per confrontarsi con il dilemma appaiono insufficienti oppure è il modo in cui questi saperi vengono applicati e utilizzati a risultare inefficace), sia in termini psicologici (le percezioni, le rappresentazioni, i vissuti risultano dissonanti o disorientanti), sia in termini socio-linguistici (i termini usati non riescono a descrivere e a rendere in modo appropriato l'esperienza o a veicolare significati utili a comprenderla).

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

Il dilemma disorientante pone, quindi, ai professionisti (e alle organizzazioni) una sfida, che richiede l'attivazione di un nuovo processo di apprendimento attraverso cui le prospettive di significato vengono rivisitate e ristrutturare per poter comprendere e interpretare la situazione in termini nuovi e diversi e per poter pianificare corsi di azione sulla base di nuove premesse, ai fini di una revisione e ristrutturazione delle pratiche.

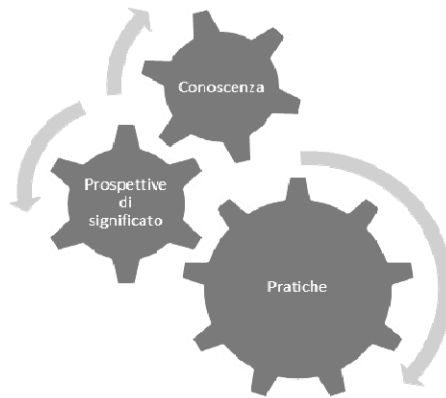


Fig. 2 – Processo di apprendimento

Un modello operativo, l'*Action Learning Conversation*

Nel solco dell'approccio delineato da Mezirow, Marsick e Maltbia (2009) hanno implementato in diversi contesti organizzativi un modello operativo, denominato *Action Learning Conversation*, che ci è apparso particolarmente promettente per realizzare allo stesso tempo obiettivi formativi, di sviluppo professionale e di cambiamento organizzativo nei contesti sanitari, attraverso un diretto coinvolgimento dei professionisti della salute e della cura in un'ottica interprofessionale. Il modello prevede che si lavori in gruppi di pari su una sfida o un problema riconosciuto come significativo e rappresentativo di un'autentica sfida professionale in un particolare ambito.

L'*Action Learning Conversation* ha come focus un progetto reale o un problema che non richiede una "soluzione esperta" (nella logica della razionalità tecnica) ma una esplorazione multiprospettica e critico- riflessiva attraverso sessioni di lavoro a piccoli gruppi eterogenei; la diversità di

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

appartenenza, provenienza, formazione, ruolo professionale nel gruppo è importante per massimizzare il valore delle diverse prospettive e fornire un network di riferimento più ampio.

Ogni sessione di lavoro prevede l'attivazione di un processo riflessivo che si articola in quattro fasi organizzate secondo uno schema sequenziale: fase obiettiva, fase riflessiva, fase interpretativa, fase decisionale; a chiusura del processo vi è la definizione di un piano di azione, che rappresenta una quinta fase orientata alla realizzazione concreta di quanto elaborato e pianificato nel corso del processo che l'ha preceduta. La sessione prende avvio da un dilemma disorientante, da una situazione problematica, da una domanda alla quale il proponente (un componente del gruppo) non è riuscito fino a quel momento a trovare una risposta. Il proponente decide di coinvolgere il gruppo per chiedere aiuto e farsi sostenere, attraverso un processo riflessivo, nella esplorazione della questione e nella individuazione di possibili piani di azione. La sessione è facilitata da un coach, che accompagna il gruppo nel processo riflessivo con una serie di domande e di puntualizzazioni.

Fase 1 - Obiettiva

Ciascun componente identifica una sfida significativa che non è stata in grado di risolvere nonostante ripetuti sforzi e la descrive in forma narrativa. Si seleziona, quindi, un proponente che presenta una sfida da approfondire. Per avviare la sessione il coach pone al proponente una serie di domande del tipo:

- qual è la sfida che intendi presentare? Puoi formularla sotto forma di domanda?
- qual è il background di questa sfida? Quali sono gli antefatti e le pre-condizioni? Quali sono i principali stakeholder coinvolti?
- quali ostacoli si debbono prendere in considerazione per arrivare a una soluzione?
- quali azioni hai intrapreso finora? Con quali risultati?
- che tipo di aiuto vorresti dal gruppo per riflettere su questa sfida?

Gli altri componenti del gruppo pongono al proponente domande obiettive che lo aiutano a inquadrare la sfida all'interno di una configurazione di elementi e di fatti. Il gruppo attiva un processo di *Question Storming*, in cui i membri pongono domande dirimpenti, non tendenziose, dischiudendo l'immaginazione a considerazioni che non erano

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

state prese in considerazione e inquadrando la sfida da molteplici punti di vista. Esempi di domande obiettive possono essere:

- che cosa è accaduto? Quando? Come?
- che cosa ha innescato il tuo interesse?
- che cosa hai fatto? Quando? Come?
- chi altro era coinvolto?
- quali risultati hai avuto?

Il titolare della sfida prende nota delle domande e risponde puntualmente. Ciò lo aiuta a mettere a fuoco gli elementi contestuali, a identificare fattori e variabili non presi in considerazione, a impostare la sfida con maggior chiarezza e precisione e con un più alto livello di dettaglio.

Fase 2 - Riflessiva

Nella fase riflessiva, il proponente è incoraggiato dal gruppo a riflettere sul proprio atteggiamento, sulle proprie emozioni e sui propri vissuti, sulle proprie motivazioni. In questa fase, il gruppo gli fa da specchio e lo aiuta a guardarsi dentro e a comprendere la propria posizione e il proprio ruolo in relazione al contesto. Domande riflessive possono essere:

- quali erano gli alti e i bassi emotivi?
- come ti sentivi?
- che cosa hai trovato di sorprendente in questo?
- che cosa ti faceva sentire così?

Fase 3 - Interpretativa

Nella fase interpretativa, il gruppo aiuta il proponente nella identificazione delle presupposizioni (credenze, idee, impressioni o pensieri) che hanno guidato il suo comportamento. I membri del gruppo annotano silenziosamente le presupposizioni rilevanti che ritengono il proponente possa avere o che potrebbero avere loro stessi se si trovassero in una situazione simile (3-5 minuti). I membri del gruppo discutono le presupposizioni identificate mentre il proponente li ascolta (3-5 minuti). Il proponente viene invitato dal coach a commentare la discussione esprimendo i pensieri emersi, a partire dalle presupposizioni identificate e mettendo a fuoco ciò che ha

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

appreso, i significati emersi, le implicazioni che derivano da quanto rilevato (3-5 minuti). Domande interpretative possono essere:

- quale significato attribuisce a questi elementi?
- cosa hai imparato finora?
- che cosa pensi significhi?
- quali sono le implicazioni?
- quali temi o modelli noti?

Fase 4 - Decisionale

I membri del gruppo annotano i diversi modi in cui si potrebbe rielaborare la sfida e poi, nella modalità *round-robin*, condividono queste annotazioni tra di loro e con il proponente. Il proponente procede a una riformulazione della domanda originaria sulla base delle nuove informazioni e interpretazioni e può condividere le sue riformulazioni con il gruppo. La rielaborazione supporta la “(ri)formulazione percettiva” della sfida originaria che, a sua volta, consente al proponente della sfida di immaginare una nuova azione. Il coach e il gruppo aiutano il proponente a pianificare il nuovo corso d'azione con domande decisionali del tipo:

- cosa farai dopo?
- che cosa ti sta trattenendo dall'agire?
- di quali ulteriori informazioni hai bisogno?
- chi hai bisogno di consultare?

Fase 5 - Pianificazione dell'azione

Il titolare della sfida si prende un po' di tempo per pensare a ciò che ha ascoltato e poi spiega al gruppo quali azioni intende intraprendere in base alla riformulazione della sfida. I membri del gruppo gli possono porre ulteriori domande decisionali, nel qual caso il titolare della sfida può rispondere se vuole (sebbene non sia tenuto a farlo) (3-10 minuti). Le importanti fasi finali della pianificazione dell'azione e dell'assunzione di impegno costruiscono un ponte con l'azione futura.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

La riflessione critica attraverso l'Action Learning Conversation (ALC)

L'ALC combina la richiesta di domande che aiutano il proponente e il gruppo ad avere nuove intuizioni con l'identificazione di assunti e presupposti, la riflessione e la riflessione critica. Il processo di ALC accompagna il professionista che propone la sfida in una sequenza composta da cicli ricorrenti di: a) inquadramento della sfida come domanda, b) disvelamento del significato attraverso la condivisione di informazioni circa il contesto e le azioni già intraprese, c) posizione di domande tra pari alle quali chi ha proposto la sfida non risponde immediatamente allo scopo di destrutturare le cornici mentali che rendono le persone cieche al punto di vista degli altri, d) identificazione di assunti e presupposti impliciti e sottesi al modo in cui ordinariamente è stata impostata, e) riformulazione del modo in cui il proponente comprende e inquadra la situazione e la sfida, f) attivazione di processi decisionali più consapevoli e informati per gestire la sfida attraverso specifici piani d'azione. Nel contesto dell'ALC, i professionisti lavorano su problemi e progetti realmente emergenti all'interno delle organizzazioni e vi è un'enfasi sull'indagine condivisa, sui processi democratici, sulla comprensione olistica delle situazioni il che, a lungo termine, ha ricadute significative sulle organizzazioni.

Attraverso l'ALC, le organizzazioni possono trasformarsi in diverse dimensioni: la natura dell'ambiente, la visione dell'organizzazione, la gestione, i prodotti e i servizi, la struttura e come gli i suoi membri vedono i loro ruoli. Ciascuna di queste dimensioni può essere valutata attraverso la discussione in piccoli gruppi, l'esame di documenti e prodotti, l'osservazione dell'ambiente di lavoro e dei processi in atto. La riflessione critica, che aiuta a identificare i valori, le credenze, gli assunti è particolarmente efficace perché mette i professionisti nelle condizioni di vedere come possono cambiare una situazione cambiando il modo in cui la inquadrano e agiscono su di essa (Marsick e Maltbia, 2009).

Le domande Oggettive, Riflessive, Interpretative e Decisionali (ORID) funzionano come un catalizzatore di processi di apprendimento facilitando l'evoluzione del gruppo, negoziando confini e intersezioni tra diversi ruoli e identità professionali, costruendo relazioni personali e interprofessionali. Il ciclo di domande e risposte nelle sessioni di ALC attiva un processo di costruzione di significati, che non rimane circoscritto, ma si espande, generalizzando i suoi esiti ad altre situazioni. La narrazione condivisa di "storie di guerra" che alimenta il processo riflessivo genera dialogo e

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

condivisione di esperienze e emozioni, incrementando il coinvolgimento personale, l'apertura e il disvelamento di sé.

Watkins, Marsick e Faller (2012) sottolineano come il cambiamento che si attiva nei processi di ALC dipenda dall'abilità di pensare e agire in modo sempre più complesso, e vedono l'apprendimento trasformativo che si attiva sul piano personale come un volano che aiuta i professionisti operanti in diversi ambiti a sostenere processi di apprendimento e di cambiamento organizzativo. Il processo di apprendimento che emerge e si dispiega durante le sessioni di ALC può essere efficacemente rappresentato dal modello di "double loop learning" descritto da Argyris e Schön (1996), secondo cui la sfera operativa interna e la sfera strategica esterna vengono a essere integrate attraverso un nuovo meccanismo apprenditivo.

Le sessioni di ALC implicano una tensione tra l'essere nella conversazione presente e apprendere come gruppo, il che nel lungo periodo cambia le pratiche dei partecipanti. Il ruolo del coach è quello di ottimizzare questa tensione in modo che il risultato raggiunto non tronchi il processo di apprendimento, ma questo continui attivando nuovi processi a cascata. È importante che chi apprende sia sostenuto nell'assumere sempre maggior controllo dei propri obiettivi e delle proprie risorse attraverso la capacità di porsi domande sfidanti ed efficaci; che nei contesti organizzativi sia dato spazio all'apprendimento in modo che i professionisti e le organizzazioni siano adeguatamente sfidati e sostenuti nel muoversi al di là delle loro "comfort zone", in modo da poter prendere in considerazione e sperimentare nuovi modi di pensare, agire, sentire ed essere.

Le sessioni di ALC nei contesti della salute e della cura sono utili per esplorare e rinforzare l'identità professionale dei professionisti, mettendo in relazione identità sociale e identità organizzazionale, aspetti comportamentali legati al lavoro e alla percezione individuale del ruolo che si gioca nei diversi contesti e situazioni (Walsh e Gordon, 2008). L'identità professionale di un individuo si riferisce a un concetto di sé basato sul lavoro, ed è costituita da una combinazione di identità organizzativa, occupazionale e personale che danno forma ai ruoli assunti e ai relativi modi di comportarsi nell'esercizio delle proprie mansioni.

Mezirow (2012) indica la riflessione critica come il processo attraverso cui i professionisti riescono a trasformare le prospettive con cui conferiscono significato alle proprie esperienze e alle proprie pratiche e comprendono il proprio mondo. Attraverso la riflessione critica i professionisti riconoscono che le loro percezioni sono filtrate da visioni del mondo, credenze, attitudini, sentimenti accettati acriticamente e in qualche modo ereditati dalla propria famiglia, dalla scuola e dalla società, che spesso distorcono la comprensione che si ha di problemi e situazioni

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

(Arygris e Schön, 1996; Yorks, O'Neil, e Marsick, 1999) e sono messi in condizione di esaminare le cornici interpretative e i modelli mentali di cui sono portatori (Senge, 1990).

I workshops con l'Action Learning Conversation con i professionisti della salute e della cura: studi di caso

Di seguito presentiamo quattro studi di caso in cui si è utilizzato il modello dell'ALC con professionisti della salute e della cura attraverso il format del workshop. Il setting dei workshop prevedeva la costituzione di un piccolo gruppo di professionisti della salute e della cura impegnati nella comune esplorazione di una sfida professionale altamente significativa e connotata da implicazioni multiple in termini di "prospettive di significato". Il processo di ALC è stato articolato in tre fasi: 1) definizione e inquadramento, 2) avanzamento e coinvolgimento, 3) chiusura e riformulazione secondo la matrice ORID di Marsick e Maltbia (2009).

Le interazioni tra i partecipanti sono state audioregistrate, trascritte e codificate secondo questa matrice e sono stati fatti adattamenti sulla base degli elementi emergenti dai dati. Le domande Obiettive, Riflessive, Interpretative e Decisionali poste al professionista che ha presentato la sfida hanno funzionato da catalizzatori per il processo di apprendimento sviluppato all'interno del gruppo, facilitando movimenti di sviluppo di gruppo, negoziazione di confini e intersezioni tra diversi ruoli professionali e identità costruendo relazioni tra i partecipanti.

Caso 1

Contesto: workshop nell'ambito del Convegno Nazionale della Società Italiana di Pedagogia Medica nel settembre 2014 a Matera. Il focus del convegno era sul lavoro interprofessionale in medicina, e il workshop aveva come obiettivo quello di esplorare la possibilità di apprendere e costruire nuove forme di comprensione e di conoscenza attraverso l'incontro di diversi sguardi professionali sulle sfide e sui dilemmi emergenti dalla pratica professionale.

Il gruppo si è auto-composto attraverso l'iscrizione libera e volontaria al workshop, selezionato tra gli altri proposti nell'ambito del convegno e quindi non vi è stato un campionamento intenzionale, nondimeno, il gruppo ha evidenziato un apprezzabile e significativo grado di diversità nelle prospettive personali e professionali messe in campo: un medico di me-

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

dicina generale (donna), una diabetologa, una psicologa e formatrice, un ginecologo, una ginecologa, una infermiera, due infermieri, una ostetrica e una pedagoga con la funzione di facilitatore.

L'impatto del contesto e dei differenti background dei partecipanti è stato significativo perché ha fornito una cornice di riferimento multi-prospettica. Chi presentava la sfida era un ginecologo, sessantenne, che lavorava in un ospedale pubblico nel Nord Italia e presso la clinica universitaria come professore. La sfida è stata posta in termini di domanda «Come si può ridurre la richiesta di parti cesarei da parte delle pazienti in gravidanza?»; il proponente ha puntualizzato come questa fosse per lui una domanda cruciale e quanto si fosse sentito sempre più frustrato, negli anni, nel rendersi conto che questo sembrava essere un problema solo suo, non condiviso dai suoi colleghi né all'ospedale né all'università.

Dopo una prima serie di domande obiettive, finalizzate a definire meglio il contesto, il proponente è stato invitato dai partecipanti a mettere a fuoco il significato della sua domanda e ha spiegato come si sentisse come un «Don Chisciotte che lotta contro i mulini a vento», descrivendosi isolato e senza speranza. Nel riportare le sue conversazioni con i pazienti, il proponente ha detto di aver compreso come la scelta di avere un parto cesareo fosse soprattutto determinata da credenze e informazioni che orientano le decisioni delle donne, indipendentemente dalle loro reali condizioni e dalla situazione in cui si trovano. Il gruppo ha percepito la sfida come estremamente stimolanti, e ha cominciato a esplorarla attraverso prospettive epistemiche, psicologiche e socio-linguistiche (Mezirow, 2012), evidenziando come fosse composta da dimensioni culturali, professionali, organizzazionali e sociali (tab. 1).

Tab.1 - Prospettive di significato e dimensioni, Caso 1

<i>Prospettive di significato</i>	<i>Esempi</i>
Epistemiche	La scelta di avere un parto cesareo è per lo più determinata da credenze e informazioni. Nella nostra cultura la gravidanza è stata sottoposta a un progressivo processo di medicalizzazione mentre in Africa (come ha sottolineato una delle componenti del gruppo, di origine africana) le donne vivono questa esperienza in modo molto naturale e rilassato e partoriscono a casa.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

Psicologiche	La maggioranza delle donne desidera avere il controllo sul processo della nascita in modo da proteggersi dall'angoscia e dalla paura; le donne che sono state accompagnate dal ginecologo durante il periodo della gravidanza hanno paura di "essere lasciate sole" nel momento del parto. I medici di medicina generale (come emerso dall'esperienza di una dei componenti il gruppo) si sentono "espropriati" allorché le loro pazienti, quando scoprono di essere in stato interessante, si rivolgono esclusivamente al ginecologo come unico punto di riferimento per tutti i problemi clinici che incontrano durante la gravidanza.
Socio-linguistiche	Il proponente si descrive come un "Don Chischiotte che lotta con i mulini a vento". Una "primipara attempata" deve andare necessariamente in ospedale per partorire in modo "sicuro".

<i>Dimensioni</i>	<i>Esempi</i>
Professionali	Le ostetriche dovrebbero essere coinvolte dal ginecologo nel periodo di preparazione al parto ma accade molto di rado nelle pratiche correnti e questa potrebbe essere una spiegazione per la frequente scelta di cesarei. Un approccio interprofessionale al problema sarebbe funzionale a distribuire l'enorme carico di responsabilità e di stress sostenuto dai ginecologi, i quali spesso preferiscono suggerire il cesareo perché meno rischioso.
Organizzazionali	L'incremento di parti cesarei è un fenomeno diffuso che ha diverse implicazioni: ha costi più alti ed è quindi una fonte di reddito per gli ospedali e i medici; è meno rischioso e quindi i medici si sentono protetti di fronte a eventuali rischi di ordine legale; non è doloroso e può essere pianificato in anticipo per cui molte donne si sentono rassicurate da questa scelta, anche laddove non è necessaria. La scelta non è, quindi, determinata da condizioni di salute ma piuttosto da elementi esterni che fanno la differenza nell'inquadramento del problema. Vi possono essere diversi approcci. In casi in cui si integrano e interconnettono diverse competenze professionali e risorse sociali le donne raramente richiedono il cesareo.
Sociali	Le famiglie e le reti sociali giocano un ruolo essenziale nel sostenere le donne durante la gravidanza ed è necessario coinvolgerle come attori e punti di riferimento in tutti i momenti cruciali del processo, compreso il parto.

Nel corso della discussione, i partecipanti hanno identificato una serie di assunti conflittuali sottesi ai diversi modi di impostare il problema (tab. 2).

Tab. 2 – Assunti sottesi, Caso 1

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

<i>Assunto</i>	<i>Esempi</i>
1	La gravidanza è una sfida personale e solitaria per le donne.
2	La gravidanza è una questione di ordine medico, che richiede di essere sottoposta a un controllo e monitoraggio continuo in contesti sanitari da uno specialista che ha l'intera responsabilità del suo andamento e dei suoi esiti.
3	La gravidanza è un processo complesso ma naturale che richiede di essere sostenuto da una rete di attori, i quali giocano ruoli diversi ma integrati in diversi momenti.

Alla fine del processo di ALC, il proponente è ritornato sulla sfida riformulandola in nuovi termini («Come possiamo sostenere le donne durante la gravidanza e nelle loro scelte rispetto al parto?»), riconoscendo che la sfida non può essere affrontata individualmente da un solo professionista, ma richiede di essere gestita condividendo e distribuendo la responsabilità tra diversi attori che hanno uguali livelli di coinvolgimento e responsabilità. Vi è stato, quindi, un significativo cambiamento nell'impostazione del problema e nel ruolo giocato da diversi, e ciò indica l'avanzamento di un processo di apprendimento trasformativo.

Caso 2

Contesto: un seminario ADE nell'ambito del corso di laurea specialistica per infermieri, Università di Torino, nell'ottobre del 2015. Il seminario è stato proposto come attività elettiva con lo scopo di offrire agli studenti un esempio dell'uso della pratica riflessiva a sostegno dello sviluppo professionale e organizzativo per i professionisti della salute e della cura e per le organizzazioni sanitarie a partire dalle sfide emergenti dalle pratiche. Alla sessione di ALC hanno partecipato studenti, docenti e professionisti.

La proponente della sfida era una infermiera di 55 anni, coordinatrice dei servizi infermieristici in un ospedale pubblico in una piccola città vicino Torino e docente a contratto all'università. Ha presentato la sua sfida in forma di domanda emergente dalla propria esperienza professionale ma utile come studio di caso per il corso di laurea. «In che modo è possibile prendersi cura degli infermieri che hanno il compito di coordinare i servizi infermieristici sostenendo la loro motivazione e la loro riflessività, laddove gli spazi e le risorse sono stati drammaticamente ridotti?» (tab. 3).

Tab. 3 – Prospettive di significato e dimensioni, Caso 2

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

<i>Prospettive di significato</i>	<i>Esempi</i>
Epistemiche	<p>La proponente ha identificato il problema a partire da una serie di eventi e rapporti informali provenienti da diverse fonti che hanno evidenziato una situazione di disagio e di stress; ha chiesto al gruppo che la aiutasse a "codificare" il problema e di darle degli orientamenti per intervenire.</p> <p>Ha sottolineato come la situazione presentata sia il risultato di un processo; vi è un "prima" e un "dopo" e il problema si configura come una "condizione di difficoltà in cui è necessario sostenere la motivazione".</p> <p>È importante raccogliere dati misurabili che l'organizzazione possa utilizzare per confrontare situazioni migliori e peggiori e comprendere i meccanismi che determinano lo scontento non solo sulla base di elementi quantitativi ma anche di elementi qualitativi. La motivazione è una leva per il cambiamento e quindi deve essere considerata come punto di partenza, non come obiettivo.</p>
Psicologiche	<p>La proponente ha posto il problema come "situazione di disaffezione" sottolineando come esso sia collegato a una certa difficoltà a "tenere duro". Ha sottolineato, inoltre, la solitudine delle figure di coordinamento che sono molto coinvolte sul piano emozionale e affrontano questi problemi da sole.</p>
Socio-linguistiche	<p>Lentamente la situazione è "precipitata" e ora tutto è "così pesante" (le infermiere sono "lingua a terra");</p> <p>Nel porre il problema la proponente ha usato il termine "motivazione" ma ciò che ha descritto può essere piuttosto compreso in termini di "disagio" e agire sulla motivazione è una "sorta di palliativo".</p>

<i>Dimensioni</i>	<i>Esempi</i>
Professionale	<p>La proponente ha discusso il problema con i coordinatori e con gli altri colleghi. I coordinatori, che sono gli attori principali, devono agire come "prestigiatori" in queste condizioni.</p> <p>Il fatto che alle infermiere si chieda di svolgere un determinato ruolo può essere compreso come un risultato positivo "è necessaria una opportunità per stabilire una alleanza interprofessionale tra infermieri e dottori perché la fatica è anche un sintomo nel lavoro dei dottori..." lo sviluppo professionale può essere una opportunità per parlare e riflettere insieme sui problemi emergenti dalla pratica. Una tutor suggerisce di raccogliere dati per effettuare una esplorazione più approfondita della situazione.</p>

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

Organizzative	Le questioni poste sono motivazionali o organizzative? La proponente ha cercato di coinvolgere anche i responsabili istituzionali per la formazione e lo sviluppo professionale che hanno dato ascolto alla richiesta e offerto alcune proposte per lo sviluppo professionale per sostenere le infermiere nei loro compiti, ma non hanno affrontato in modo specifico le problematiche del disagio e della demotivazione. Il problema è "una condizione di difficoltà in cui è necessario sostenere la motivazione"; bisogna quindi mappare le diverse aree di rischio per identificare e "coltivare" fattori protettivi.
Sociali	Il problema dovrebbe essere riformulato tenendo conto del punto di vista dei pazienti. Una possibile soluzione potrebbe essere offerta da una alleanza con i pazienti e le famiglie da intendere come alleanza politica, coinvolgendo tutti i dipartimenti.

Nel corso della discussione i partecipanti hanno identificato una serie di assunti sottesi ai modi di inquadrare il problema (tab. 4).

Tab. 4 – Assunti sottesi, Caso 2

Assunto	Esempi
1	Il disagio, la fatica, lo stress sono elementi non visibili e quindi non affrontati in modo specifico all'interno dei contesti organizzativi.
2	I coordinatori sono una figura cerniera nei contesti organizzativi che lavora in solitudine.
3	La demotivazione è la matrice di tutte le situazioni di disagio.

La proponente è ritornata sulla sfida riconoscendo la ricchezza dei contributi del gruppo e il proprio apprendere dall'ascolto degli altri ma anche attraverso il sostegno e la comprensione del gruppo. Ha quindi riformulato il problema in termini di strategie e soluzioni che l'organizzazione deve trovare e applicare per contrastare il disagio dei professionisti, sulla base di una mappatura e di una documentazione che dovrebbe includere anche emozioni e sentimenti, tenendo conto del clima professionale. Questa mappatura potrebbe essere realizzata coinvolgendo gli studenti nella raccolta e nell'analisi dei dati e utilizzando forme di restituzione sistematica, procedure di *follow-up* e incontri interprofessionali.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

Caso 3

Contesto: workshop tenuto nell'ambito di un modulo formativo in servizio per professionisti della salute e della cura organizzato dalla sezione marchigiana della Società Italiana di Pedagogia Medica in collaborazione con l'ente regionale a Fano (Marche) nell'aprile 2015.

Il workshop aveva lo scopo di offrire un esempio dell'uso di una pratica riflessiva per sostenere lo sviluppo professionale in servizio per professionisti della salute e della cura, a partire dalle sfide emergenti dalle loro pratiche. I partecipanti alla sessione di ALC, che avevano diversi profili professionali, si sono auto-selezionati nell'ambito di un gruppo di 60 professionisti. I professionisti che non hanno partecipato direttamente alla sessione si sono posizionati in circolo come osservatori (svolgendo il ruolo di "fly on the wall"), hanno preso appunti e successivamente sono intervenuti in fase di *debriefing*.

La proponente era una dottoressa di circa quarant'anni, coordinatrice di una squadra di intervento in emergenza operante sulle ambulanze. La sfida è stata proposta come domanda emergente dall'auto-riflessione sulla sua esperienza personale, molto connotata emotivamente: «Come posso rimotivare e ricostruire una squadra operante in un servizio di intervento di emergenza che si è progressivamente disgregata e demotivata?».

Dopo le domande obiettive, la proponente è stata invitata a mettere a fuoco il significato della propria domanda e le prospettive di significato implicate, attraverso una serie di interventi da parte degli altri partecipanti. A questo punto, ha spiegato quanto si sentisse amareggiata e arrabbiata nel riscontrare come tutti i tentativi messi in atto per sostenere la squadra fossero falliti. La questione è stata percepita come sfidante da parte del gruppo, anche se non tutti i partecipanti avevano diretta esperienza del lavoro in un servizio di intervento di emergenza, ed è stata esplorata attraverso diverse prospettive organizzative e professionali dai componenti del gruppo (una coordinatrice capo-sala, un primario, due infermieri, una logopedista, una psicologa, una infermiera). La discussione è stata molto animata, talvolta conflittuale e provocatoria, laddove alla proponente sembrava che una diversa figura professionale non fosse in grado di comprendere appieno la situazione. Particolarmente interessante, per quanto riguarda l'analisi delle prospettive socio-linguistiche, è stato l'intervento della logopedista, che ha aiutato il gruppo a mettere a fuoco i significati sottesi alle metafore utilizzate nel presentare e nell'esplorare la sfida (tab. 5).

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

Tab. 5 – Prospettive di significato e dimensioni, Caso 3

<i>Prospettive di significato</i>	<i>Esempi</i>
Epistemiche	Il caposquadra ha la responsabilità di mantenere la squadra coinvolta e motivata.
Psicologiche	“Qualcosa si è rotto nel gruppo e non può essere più riparato”; i professionisti nella squadra non si “fidano” l’uno dell’altro a causa di una serie di episodi e di incomprensioni collegati a situazioni molto sfidanti e stressanti.
Socio-linguistiche	“Una volta”, “ora”, “qualcosa si è rotto”.
<i>Dimensioni</i>	<i>Esempi</i>
Professionali	I professionisti operanti nel contesto degli interventi di emergenza si confrontano con situazioni che richiedono di essere gestiti in tempi brevissimi ma in alcuni casi non tutti i membri del gruppo hanno la stessa dedizione e lo stesso senso di responsabilità; la squadra dovrebbe lavorare all’unisono secondo un copione condiviso; i ritmi di lavoro in ospedale sono molto diversi da quelli in situazione di emergenza; uno scambio di ruoli tra i medici e gli operatori che lavorano in situazioni di emergenza e quelli che lavorano in ospedale sarebbe molto utile nel promuovere un cambiamento nelle prospettive professionali. Una formazione specifica per lavorare in gruppo è molto importante per i professionisti della salute e della cura ma non è acquisibile all’università. Ci dovrebbe essere un turn over regolare per i professionisti che lavorano nelle squadre di intervento di emergenza i quali possono sperimentare una condizione di <i>burnout</i> .
Organizzazionali	Alcuni dei membri della squadra potrebbero essere sostituiti per ristrutturare il gruppo e le sue dinamiche. La vecchia squadra deve essere sostituita integralmente da un’altra squadra perché la vecchia non può essere ricomposta. La squadra non dovrebbe essere sostituita o ricostruita ma piuttosto dovrebbe beneficiare di tempo dedicato alla riflessione sulle pratiche e sulle situazioni sfidanti, che hanno determinato le tensioni e le rotture al suo interno.
Sociali	Le professioni della salute e della cura sono sfidate da alte domande sociali e sono a rischio di <i>burnout</i> .

Nel corso della discussione i partecipanti hanno identificato una serie di assunti sottesi ai modi di inquadrare il problema (tab. 6).

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

Tab. 6 – Assunti sottesi, Caso 3

Assunto	Esempi
1	La squadra ha bisogno di essere rimotivata e ricostruita sulla base di elementi personali e relazionali.
2	Le dinamiche interne della squadra sono connesse a dinamiche contestuali ed esterne.
3	Gli elementi protettivi per la squadra sono consapevolezza professionale, riflessione e sviluppo professionale.

La proponente è ritornata sulla sfida riproponendola nei termini di una riflessione sulle situazioni che negli anni hanno determinato lo stato della squadra e ha riconosciuto la necessità di prendere in considerazione una varietà di elementi contestuali, per poter affrontare la questione nelle sue implicazioni e conseguenze, così come la necessità di coinvolgere la squadra in un processo di auto riflessione sui propri problemi interni ed esterni («Come possiamo costruire un contesto di supporto per le squadre che operano in situazioni di emergenza?»).

Caso 4

Contesto: un seminario ADE nell'ambito del corso di laurea specialistica per infermieri, Università di Torino, nel marzo del 2017. Il seminario è stato proposto come attività elettiva, con lo scopo di offrire agli studenti un esempio dell'uso della pratica riflessiva a sostegno dello sviluppo professionale e organizzazionale per i professionisti della salute e della cura e per le organizzazioni sanitarie a partire dalle sfide emergenti dalle pratiche. Alla sessione di ALC hanno partecipato studenti e docenti.

Il proponente era un infermiere di 27 anni, operante in una unità di terapia intensiva. Ha presentato la sua sfida in forma di problema emergente dalla propria esperienza professionale. «Il processo di donazione degli organi non va a buon fine quando la comunicazione ai parenti viene fatta solo dal medico, se invece subentra l'infermiere o è l'infermiere *in primis* a parlare di donazione d'organo va a buon fine. In che modo è possibile formalizzare il processo in modo efficace?».

La questione viene posta sulla base di una serie di elementi e osservazioni ricorrenti, che hanno generato una consapevolezza diffusa in assenza, tuttavia, di dati documentati. Nondimeno, date le implicazioni in termini di ruoli e

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

responsabilità la questione è stata affrontata e discussa a livello interprofessionale anche se non in modo sistematico in chiave organizzativa (tab. 7).

Tab. 7 – Prospettive di significato e dimensioni, Caso 4

<i>Prospettive di significato</i>	<i>Esempi</i>
Epistemiche	<p>Il proponente ha identificato il problema a partire da una serie di eventi e rapporti informali provenienti da diverse fonti che hanno evidenziato una situazione critica e complessa in cui interagiscono diverse forme di conoscenza e diversi saperi: quello dei parenti, quello degli infermieri e quello dei medici.</p> <p>“Non è una cosa che succede dall'oggi al domani, i parenti sanno che cosa è la morte cerebrale, si informano su internet... quando te lo chiedono tu non puoi stare zitto... [...] tu cominci... stai sul generale poi inizi a scendere nel particolare ...”</p> <p>“Secondo me il problema è che l'informazione del medico... che si fa vedere sono in pochi momenti... invece se lo dice l'infermiere che i pazienti conoscono. si fidano di lui... il processo informativo è molto più efficace...”</p>
Psicologiche	<p>Vi è una notevole distanza tra i vissuti dei parenti e quelli dei medici e questa distanza incide sulla decisione di donare gli organi del paziente quando sopravviene la morte cerebrale.</p> <p>“Quando il medico ti invita nello stanzino... prego fermi... la persona è scioccata e dice no”</p> <p>I medici sono distaccati, meno emotivamente coinvolti, tutto questo si collega anche a credenze, visioni del mondo, sensibilità.</p> <p>“Ci sono medici agnostici o medici di fede e questo può influenzare, magari il fatto che alcuni si vogliano assumere questa responsabilità in più e altri no... ci sono persone più emotive... o troppo fredde. Ci vuole una via di mezzo...”</p>
Socio-linguistiche	<p>Esistono diversi modi di rappresentare e dire la morte e la donazione di organi, e il problema è anche collegato alle diverse prospettive socio-linguistiche attraverso cui parenti, medici, infermieri inquadrano la situazione.</p> <p>“Si usa un linguaggio sbagliato in un luogo sbagliato”.</p> <p>I medici usano un linguaggio “medichese”... a volte non usano le parole più adatte per parlare della morte..girano intorno al problema.</p> <p>“Sono di fede cristiana, dal mio punto di vista penso che la persona può salvarne altre sei sette... è un gioiello che cerco di preservare nel modo migliore possibile... cerco di fare capire questo...”</p>

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

<i>Dimensioni</i>	<i>Esempi</i>
Professionale	L'infermiere ha una impostazione diversa, comunica in modo diverso con le famiglie, è una figura di riferimento costante. I medici hanno resistenze a legittimare e riconoscere il ruolo dell'infermiere e si irritano se il paziente accenna di aver avuto informazioni sulla donazione dagli infermieri. "I medici dicono siete sempre i soliti andate sempre avanti..." Il coordinatore e il primario si tirano fuori dal problema.
Organizzative	"Noi lo facciamo a livello informale al letto del paziente, quando lo comunica il medico si crea il setting, stanzetta separata, sedie in circolo, infermiere di riferimento e i fogli da firmare" Infermiere o medico... forse il problema è il setting... al letto del paziente è diverso... non è neanche tanto la figura... sarebbe bello che tutti partecipassero... Il problema è nella relazione medici-infermieri, non nella comunicazione con i parenti. Si dovrebbero organizzare corsi di comunicazione destinati a medici e infermieri insieme.
Sociali	Alla base non c'è una cultura della donazione che crei i presupposti per una scelta che non può essere fatta nel giro di sei ore

Nel corso della discussione, i partecipanti hanno identificato una serie di assunti sottesi ai modi di inquadrare il problema (tab. 8).

Tab. 8 – Assunti sottesi, Caso 4

<i>Assunto</i>	<i>Esempi</i>
1	Gli infermieri hanno migliori capacità comunicative e relazionali rispetto ai medici.
2	Il processo di comunicazione e di consenso alla donazione deve essere svolto secondo un protocollo standard in un setting controllato e gestito dai medici.
3	La donazione di organi è una eventualità impensata e spaventosa per i parenti.

Il proponente prende in considerazione i suggerimenti e le riflessioni del gruppo, alcune sono a suo parere utili e fattibili nel contesto in cui opera, altre no. Sulla scorta delle riflessioni emerse riformula la sfida in altri termini («Come è possibile costruire un processo di comunicazione univoco?») puntando quindi non più sul processo né sul riconoscimento del ruolo degli infermieri e della comunicazione informale al letto del paziente come strategia più efficace, ma sulla costruzione di un dispositivo comunicativo

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore. condiviso e unitario e non dissonante in termini di linguaggio, di setting, di relazione.

I risultati dell'analisi conversazionale delle sessioni di ALC: processi trasformativi negli scambi comunicativi

L'ALC è focalizzata sui processi di apprendimento che si determinano a più livelli e sono co-costruiti da forme di conoscenza interazionale. Il problema posto all'inizio della sessione attiva un processo di riflessione critica che ha generato una serie di feedback in termini di nuovi apprendimenti e interpretazioni. L'analisi conversazionale delle trascrizioni viene effettuata con una check list basata sulla matrice ORID (Marsick e Maltbia, 2009), che consente di identificare la funzione delle domande poste dai partecipanti nelle diverse fasi della sessione (tab. 9).

Tab. 9 – Analisi conversazionale basata sulla check list della matrice ORID (Marsick e Maltbia, 2009)

<i>ORID Domande</i>	
<i>Problema</i>	
Caso 1	“Come si può ridurre la richiesta di parti cesarei da parte delle partorienti?”
Caso 2	“Come posso ri-motivare e ricostruire una squadra di lavoro che opera in contesti di emergenza che si è progressivamente disgregata e demotivata?”
Caso 3	“Come ci si può prendere cura delle infermiere che svolgono il ruolo di coordinamento dei servizi infermieristici sostenendo la loro motivazione e riflessività laddove gli spazi e le risorse sono stati drammaticamente ridotti?”
Caso 4	“Il processo di donazione organi non va a buon fine quando la comunicazione ai parenti viene fatta solo dal medico, se invece subentra l'infermiere o è l'infermiere in primis a parlare di donazione d'organo va a buon fine. In che modo è possibile formalizzare il processo in modo efficace?”
<i>Domande obiettive (elementi fattuali riguardanti la situazione)</i>	
Caso 1	“Hai coinvolto i tuoi colleghi e l'istituzione?” “Quale è la percentuale di parti cesarei nell'ospedale dove lavori?” “Hai notato un progressivo orientamento verso la scelta del parto cesareo nel corso del tempo?” “Chi sono gli altri stakeholders coinvolti?”

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

- Caso 2 "Quali sono le differenze tra la situazione antecedente e quella attuale?"
"Quali sono i cambiamenti sperimentati dai professionisti operanti nella squadra nel corso del tempo?"
"Quali sono i diversi ruoli e le diverse posizioni dei professionisti che lavorano nella squadra?"
- Caso 3 "In che modo hai compreso ed esplorato le difficoltà nei presenti servizi infermieristici?"
"Come hai identificato il problema?"
"Che tipo di interventi sono stati realizzati fino ad ora?"
"In quali termini l'istituzione responsabile della formazione professionale è stata coinvolta?"
"Quale contributo ti aspetti dal gruppo?"
- Caso 4 "Da quanto tempo persiste questa situazione?"
"Come fate ad affermare che le donazioni vanno a buon fine se accompagnate dagli infermieri?"
"Nelle due situazioni cosa cambia? La comunicazione o il contesto?"
"La tua affermazione è sulla base di una percezione o di dati misurabili?"
"Nella realtà in cui operi tutti gli infermieri sono d'accordo nell'evidenziare il problema?"

Domande riflessive (sentimenti, reazioni, vissuti)

- Caso 1 "Quali sono le paure e i vissuti delle pazienti che chiedono il cesareo?"
"Come hai gestito la tua frustrazione nella relazione con i pazienti e con i colleghi?"
- Caso 2 "Quali sono gli indicatori che nel gruppo c'è tensione?"
"Perché dici che è venuta a mancare la fiducia?"
"Quando hai posto il problema hai usato il termine motivazione, ma ciò che hai descritto può essere compreso in termini di disagio"
- Caso 3 "Le questioni che poni sono di ordine motivazionale o organizzativo?"
"Sembra che ci sia stato un 'prima' e un 'poi'. Prima la motivazione era più alta"
"Cosa ne dite di assumere il ruolo dei pazienti?"
"Quali sono gli atteggiamenti che secondo te sono determinanti?"
"Perché c'è tanta resistenza da parte del medico e, secondo te, cosa può fare il gruppo infermieristico per ottenere quella fiducia?"
- Caso 4 "Ti senti protetto, esposto, coinvolto?"
"Ne parlate tra di voi di come ci si sente?"
"Ci sono discussioni dopo?"
-

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

Domande interpretative (significati, apprendimenti)

- Caso 1 I partecipanti hanno identificato una serie di assunti sottostanti i diversi modi di inquadrare il problema, nella misura in cui la gravidanza è stata intesa in modo diverso: come una sfida personale e solitaria per le donne, come una questione medica che richiede di essere costantemente controllata, monitorata e gestita in contesti sanitari da professionisti specializzati, i quali si assumono l'intera responsabilità dei suoi esiti; come un processo complesso ma naturale che richiede di essere sostenuto da una rete di attori, i quali giocano ruoli diversi e integrati in diversi momenti.
- Caso 2 Il problema è stato inquadrato usando parole come "rompere", "fiducia" che evidenziano una specifica prospettiva di significato; forse la situazione potrebbe essere inquadrata in altri termini per arrivare a comprenderla in modo diverso.
Il focus potrebbe essere spostato sulla struttura del gruppo e sulle sue dinamiche oppure spostato sulle pratiche e situazioni che hanno determinato le tensioni e le rotture.
Nel corso della discussione, i partecipanti hanno identificato una serie di assunti sottesi al modo in cui il problema è stato impostato, nella misura in cui la proponente l'ha impostato in termini di rimotivazione e ricostruzione della squadra, dando per scontato che la questione implicasse elementi personali e relazionali invece che elementi contestuali e professionali
- Caso 3 Il problema sembra essere l'esito di una pratica sbagliata consolidata nel tempo, che ha prodotto come effetto la perdita di motivazione da parte dei coordinatori, il che richiede di mettere in discussione le scelte organizzative. La proponente insiste nel sostenere che agire sulla motivazione sia una "sorta di palliativo" laddove le difficoltà sono di ordine "strutturale" e che la questione è connessa alla "politica" dell'organizzazione.
- Caso 4 Il problema viene inquadrato inizialmente in termini di pratiche e di esiti evidenziando il ruolo giocato da diversi profili professionali. Successivamente il focus si sposta sul setting, sui linguaggi e sulle strategie comunicative. La sfida viene infine riformulata in termini di scelte organizzative.
-

Domande decisionali (decisioni, piani d'azione)

- Caso 1 La sfida non può essere affrontata su base individuale da un professionista ma richiede di essere affrontata condividendo la responsabilità delle scelte tra diversi attori che hanno uguali livelli di coinvolgimento e responsabilità. Si progetta di ritornare sulla pratica professionale del proponente, focalizzandosi non solo sul suo dialogo e sulla sua relazione con i pazienti ma su elementi e risorse contestuali.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

- Caso 2 La soluzione prevede la scelta tra diverse ipotesi: ristrutturare la squadra sostituendo alcuni elementi, cambiare totalmente squadra, offrire opportunità formative e riflessive di analisi delle pratiche e dei problemi da essi emergenti. Le tre ipotesi rinviano a tre diversi approcci organizzativi e tre diversi modi di intendere e gestire le risorse umane.
- Caso 3 La riconfigurazione del problema in termini di strategie e soluzioni che l'organizzazione deve trovare e applicare per poter contrastare in disagio dei professionisti sulla base di una mappatura e di una documentazione che dovrebbe includere anche emozioni e sentimenti, tenendo conto del clima professionale. Una ulteriore soluzione è il coinvolgimento degli studenti nella raccolta e analisi dei dati e in forme di monitoraggio sistematico, procedure di *followup* e incontri interprofessionali.
- Caso 4 La riconfigurazione del problema tiene conto di una serie di possibili strategie e soluzioni (predisporre un opuscolo per i parenti dei pazienti, creare corsi di formazione integrati e interprofessionali sulle modalità di comunicazione, ristrutturare il setting e le procedure) e fa leva sulle condizioni contestuali di fattibilità e sull'analisi delle dinamiche interprofessionali.
-

La struttura del gruppo (piccolo gruppo composto da diversi profili professionali), il setting, il processo nella sua struttura, le condizioni di contesto (fiducia reciproca, interesse genuino per l'apprendimento e lo sviluppo professionale) sono tutti elementi che alimentano le domande poste dai proponenti sulla sfida, sui ruoli e sull'identità professionale, sulle dinamiche organizzative.

La ricerca di aiuto e sostegno per la comprensione e la riformulazione della sfida sulla base di possibili alternative emergenti dagli scambi comunicativi e informativi tra i partecipanti, i quali mettono a disposizione le loro diverse esperienze e punti di vista, hanno contribuito a consolidare un framework riflessivo a sostegno dei diversi ruoli e delle diverse funzioni professionali. A partire dalla impostazione della sfida, i professionisti arrivano a riconsiderare la loro identità professionale sviluppando nuovi modelli di azione e un sistema per apprendere in modo riflessivo, che rappresenta una risorsa anche dopo le sessioni. Essi sviluppano specifiche abilità e competenze, euristiche e conversazionali, che li aiutano a porre e a porsi domande efficaci e sfidanti piuttosto che fornire risposte; ad esaminare, riflettere e immergersi progressivamente nei contesti sottoponendo a revisione critica pratiche e norme date per scontate.

L'esperienza fatta nelle sessioni di ALC incoraggia i professionisti a riconsiderare le pratiche, le strutture organizzative, i processi in cui sono immersi attraverso un circuito riflessivo che, a partire dalla identificazione di un problema, consente loro di mettere in discussione e riformulare

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

assunti di base consolidati, sperimentarsi in ruoli diversi e differenti, avanzare e validare nuove funzioni e nuove forme di azione sociale, affrancarsi da routine e schemi consolidati e implementare nuovi corsi d'azione nei contesti di pratica professionale.

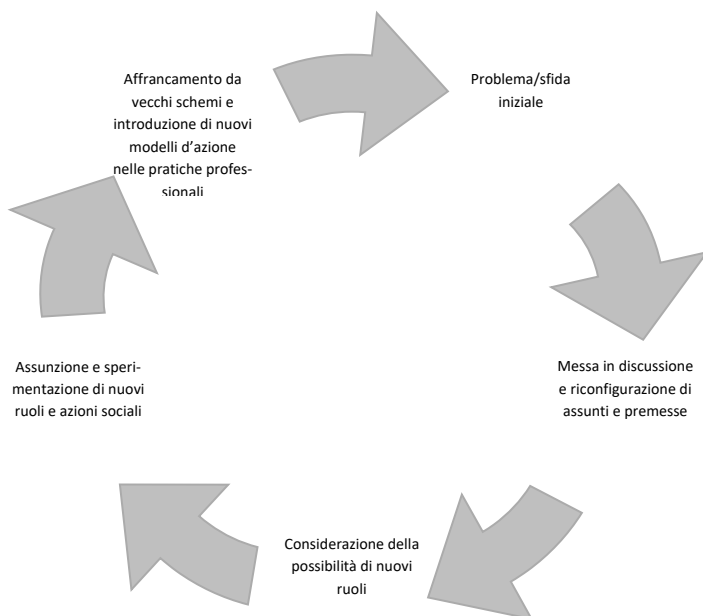


Fig. 3 – Circuito riflessivo secondo la metodologia ALC

Conclusioni

I quattro casi presentati mostrano l'impatto che la metodologia dell'ALC ha sulla trasformazione delle azioni e delle intenzioni dei professionisti operanti nei contesti della salute e della cura, dando evidenza della possibilità di utilizzare cornici interpretative più critiche e riflessive, che integrano diverse e differenze esperienze interprofessionali.

Nell'analizzare in sede di *debriefing*, il processo di ALC i partecipanti riconoscono che nella sessione è accaduto qualcosa di nuovo: per la prima volta non si sono sentiti soli con le proprie sfide; inoltre il gruppo ha fornito sia allo sfidante sia a ciascuno dei partecipanti elementi di conoscenza e di interpretazione relative a loro stessi, al loro ruolo professio-

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

nale, alle loro percezioni, al loro modo di agire. Lo scopo esplicito della conversazione che si attiva nelle sessioni di ALC è offrire ai professionisti una opportunità di *mentoring* che li incoraggi a riconsiderare le proprie credenze e certezze in relazione al problema esplorato e li sostenga in nuovi processi di apprendimento. O'Neil e Marsick (2007; 2009), tuttavia, avvertono che non tutti i comportamenti che si determinano nel corso di processi di ALC sono critici: lo sono, infatti, solo quelli in cui il proposito e l'intento dell'azione sono chiaramente definiti ed espressi, così come lo sono le sue conseguenze. I professionisti sono pertanto chiamati a ricostruire in modo continuo e sistematico il proprio agire, le proprie relazioni, le proprie pratiche. Infine, l'ALC offre ai professionisti della salute e della cura la possibilità di identificare e di esplorare anche gli assunti sottesi alle pratiche, e ciò cambia in profondità il modo in cui vengono impostate e organizzate le attività professionali, nonché il modo in cui i professionisti comprendono e lavorano con gli altri, il che a lungo termine può avere ricadute significative sul clima e sulle strutture organizzazionali.

Bibliografia

- Argyris C. e Schön D. (1996), *Organizational learning II: Theory, method, and practice*, Addison-Wesley, Reading, MA.
- Brookfield S. (1991), *Using critical incidents to explore learners' assumptions*, in Mezirow J. e Associates (eds.), *Fostering critical reflection in adulthood: A guide to transformative and emancipatory learning*, Jossey-Bass, San Francisco, CA, pp.177-193.
- Gawande A. (2007), *Better. A Surgeon's note on Performance*, Picador, New York NY.
- Marsick V.J. e Maltbia T.E. (2009), *The transformative potential of action learning conversations: Developing critically reflective practice skills*, in Mezirow J. e Taylor E.W. (eds.), *Transformative learning in practice: Insights from community, workplace and higher education*, Wiley, New York, NY, pp. 160-171.
- Mezirow J. (2012), *Learning to think like an adult: Core concepts of transformation theory*, in Taylor E.W., Cranton P. e Associates (eds.), *The handbook of transformative learning: Theory, research, and practice*, Jossey-Bass, San Francisco, CA, pp. 73-95.
- O'Neil J. e Marsick V.J. (2007), *Understanding Action learning*, American Management Association, New York, NY.
- O'Neil J. e Marsick V.J. (2009), "Peer mentoring and action learning", *Adult Learning*, 20, 1-2: 19.
- Senge P.M. (1990), *The Fifth Discipline*, Doubleday /Currency, New York, NY.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

- Striano M., Romano A. e Strollo M.R. (2016). *Reframing Professional Challenges through Action Learning Conversation in Medical Organizations*, in Nicolaidis A. e Holt D. (eds.), *Engaging at the Intersections Proceedings of the XII International Transformative Learning Conference*, Pacific Lutheran University, Tacoma, WA, pp. 362-371.
- Walsh K. e Gordon J.R. (2008), "Creating an individual work identity", *Human Resource Management Review*, 18, 1: 46-61.
- Watkins K.E., Marsick V.J. e Faller P.G. (2012), *Transformative learning in the workplace: Leading learning for self and organizational change*, in Taylor E.W., Cranton P. e Associates (eds.), *The handbook of transformative learning: Theory, research, and practice*, Jossey-Bass, San Francisco, CA, pp. 373-387.
- Yorks L., O'Neil J. e Marsick V.J. (eds.) (1999), "Action learning: Successful strategies for individual, team, and organizational development", *Advance in Developing Human Resources*, Berrett Koehler, San Francisco, CA.

In sintesi

La complessità delle sfide professionali che affrontano i professionisti della salute e della cura all'interno delle organizzazioni sanitarie richiede non solo competenze di ordine tecnico, ma anche competenze riflessive, che si alimentano di apprendimenti e di conoscenze individuali e collettivi. Si tratta di apprendimenti che, per essere significativi e trasformativi, non devono avere ricadute solo sulle pratiche, ma anche sul modo in cui i problemi e le situazioni sono inquadrati, interpretati ed esplorati e devono avere una ampia portata, che a lungo termine ha un impatto sulle stesse organizzazioni in cui i professionisti operano.

A questo scopo è utile introdurre all'interno delle organizzazioni dispositivi riflessivi che aiutino i professionisti ad analizzare criticamente le sfide e i problemi emergenti dalle pratiche attraverso il confronto con diversi e differenti prospettive di significato, a identificare gli assunti impliciti sottesi al modo in cui le sfide e i problemi vengono rilevati e affrontati dai diversi attori in un contesto organizzativo, a pianificare nuovi corsi d'azione. *L'Action Learning Conversation* (ALC) utilizzato da Marsick e Maltbia (2009) in diversi contesti formativi e organizzazionali è un dispositivo particolarmente efficace a tale scopo. Nel presente contributo si presenteranno quattro studi di caso in cui l'ALC è stato utilizzato in diversi contesti, con diverse tipologie di professionalità operanti in ambito sanitario e con una focalizzazione su sfide e dilemmi differenti e altamente specifici, mostrando come questo dispositivo aiuti a sostenere i professionisti nel ristrutturare in modo riflessivo le sfide e i dilemmi emergenti dai contesti di pratica, nel costruire nuovi apprendimenti e comprensioni e nel pianificare azioni e risposte più efficaci.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

ISBN: 9788891778123

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

Parte seconda

Ricerca e riflettere

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

ISBN: 9788891778123

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

“*Bambini invisibili*”: un progetto di ricerca-formazione nei servizi per l'infanzia di *Moira Sannipoli*

I servizi per la prima infanzia: ambienti di cura educativa

L'apprendimento e l'educazione cominciano ben prima dell'inizio della scuola dell'obbligo. I primi mille giorni di vita, come dimostrato dalle recenti ricerche in ambito neuroscientifico (Tierney e Nelson, 2009), pongono le basi dello sviluppo e generano *pattern* che perdureranno nel corso di tutta l'esistenza. La maggior parte degli studi longitudinali internazionali che prende in esame la ricaduta dei servizi per la prima infanzia (Felfe e Lalive, 2011; Havnes e Mogstad, 2011; Ermish, Jantti e Smeeding, 2012) dimostrano come questa frequenza produca effetti a lungo termine sullo sviluppo cognitivo e socio-emotivo che porta benefici anche nella riuscita scolastica. Educazione e cura della prima infanzia, come sottolineato dalla Comunicazione della Commissione Europea del 17 febbraio 2011, devono consentire a tutti i bambini di affacciarsi al mondo di domani nelle condizioni migliori, superando eventuali rischi di povertà ed esclusione sociale.

I servizi per la prima infanzia rappresentano quindi un osservatorio privilegiato di pratiche di cura educativa che si traduce non solo in una sapienza di sguardi, contatti fisici ed emotivi che sostanziano infatti l'incontro tra grandi e piccoli, ma anche in spazi e tempi intenzionali e delicati di riflessione, documentazione, collegialità, alleanza autentica con le famiglie. Per molto tempo questi ambienti educativi hanno vissuto in maniera illegittima dentro di sé la diatriba tra l'essere considerati luoghi di cura o luoghi educativi. Cura ed educazione sono invece indissolubilmente legati in quanto modalità comuni per far fiorire l'essere (Mortari, 2016): un andare oltre al semplice vigilare e assistere perché lo scambio che intercorre tra adulto e bambino costituisce un presupposto essenziale per la crescita della fiducia in se stesso, della motivazione e dei primi apprendimenti. Un bambino è, nei primi tre anni, creatura ancora essenzialmente

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

“non verbale”, sensibile cioè in particolare alle comunicazioni che si danno oltre le parole, al tono della voce e soprattutto alla dimensione corporea, ai suoi atteggiamenti, alle sue posture. La cura è un veicolo educativo particolarmente potente in questa età proprio perché riguarda e tocca il corpo del bambino e il suo canale comunicativo più recettivo. È il modo in cui le mani hanno cura di quel corpo che determina la forma della piccola persona che sta premendo per venir fuori. Il messaggio di cura risulta potentemente evolutivo perché rimanda al bambino un giudizio su di lui altamente positivo e rappresenta quindi le fondamenta necessarie per la costruzione della rappresentazione di sé come sé di valore.

La cura richiede così tempi e spazi pensati autenticamente, ma anche gesti e pensieri che rimandano al bambino il messaggio “tu sei importante per me”. Dentro questa donazione passa tutta la significatività di un riconoscimento tra l'adulto che intenzionalmente predispone la cura e il bambino, che partecipando a questa danza, non solo ne usufruisce ma ne diventa attore e propositore, raccontando a gesti, sguardi e parole ciò di cui ha bisogno per crescere (Musi, 2011; Palmieri, 2011).

Partire dall'implicito per contenere la patologizzazione

I servizi per la prima infanzia come contesti educativi sono spazi culturali, pieni di idee, valori e costrutti interpretativi che vanno a significare geografie e storie delle relazioni che in essi abitano e vivono. Ogni comunità professionale come ambiente culturale è costituita da un sapere esplicito, ben dichiarato e socialmente riconoscibile e uno più tacito, implicito, ma altrettanto significativo, un bagaglio che fa da sottofondo silenzioso a ogni azione e che in maniera incondizionata detta un sistema di istruzioni per comprendere, significare, agire (cfr. Polanyi, 1979; Schön, 1993; Becchi, 2005).

Sapere esplicito e implicito guidano pensiero e azione in una sorta di economia cognitiva funzionale alla conoscenza che non è costretta tutte le volte a ripartire da zero. Se le conoscenze esplicite costituiscono il sapere condiviso e dichiarato di un gruppo di lavoro, codificato ed esprimibile attraverso un linguaggio sistematico e formale, quello implicito rappresenta una sorta di inconscio pratico (Perrenoud, 2001), un universo non ancora noto fatto di «affetti, tensioni, dilemmi, assunti di senso comune, credenze, epistemologia ingenua, ragionamenti abduktivamente fortemente connessi con l'immagine di sé e con l'esistenza sociale» (Perla, 2010, pp. 7-8).

Riflettere attorno alla vita della mente dichiarata e tacita, ai processi cognitivi in base ai quali i professionisti dell'educazione significano i

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

propri vissuti, diventa centrale in educazione per riconoscere il peso delle proprie mappe nella conoscenza ed evitare eventuali forme di imprigionamento cognitivo.

Le persone sono sistemi autocorrettivi: essi sono autocorrettivi nei confronti di ciò che li disturba, e se la cosa ovvia non è di un genere che essi possono facilmente assimilare senza fastidio interiore, i loro meccanismi autocorrettivi si metteranno all'opera per metterla da parte, per nasconderla, addirittura fino al punto di far loro chiudere gli occhi se necessario (Bateson, 1976, p. 442).

Compito di un professionista dell'educazione è allora quello di provare a nominare le proprie mappe per riconoscere gradualmente i confini tra i dati e le informazioni, tra i soggetti che si accompagnano e le idee che abbiamo di loro. Ogni educatore inizia ogni nuova avventura non come fosse una tabula rasa, ma portando con sé un magazzino esperito e immaginato di idee professionali, che intrecciano insieme trame personali, esplicite e implicite. Noi siamo i nostri pensieri, «abbiamo in comune un groviglio di presupposizioni, molte delle quali hanno origini antiche» (Bateson, 1997, p. 439), molte sono esistenziali, professionali, culturali.

A partire da questi presupposti il progetto di ricerca-formazione è nato da un duplice bisogno: da un lato una segnalazione da parte dei servizi integrati per l'età evolutiva che denunciano un aumento esponenziale delle famiglie che richiedono una valutazione funzionale dei bambini di 0-3 anni e dall'altro una sempre maggiore difficoltà dell'equipe educativa nel sostenere la crescita dei bambini oggi. Lo scopo di questo percorso è stato quello di ripartire dai vissuti del personale per attivare forme di riflessività che permettessero di dare un nome alle proprie idee, ripensare il proprio sguardo e al tempo stesso provare a interrogare le proprie pratiche di individualizzazione e personalizzazione, soprattutto verso i bambini e le bambine che con maggior difficoltà trovavano uno spazio di conoscenza e comprensione nelle pratiche del personale. Tra le tante idee che vivono e si muovono nei servizi per la prima infanzia e che spesso assumono una forma implicita e inconsapevole, c'è quella dell'idea di bambino e dell'immagine che si ha di lui:

Ognuno di noi possiede un'immagine d'infanzia (che in fondo è un'interpretazione del concetto di uomo e di donna che abbiamo). Questa teoria intima – che sia riconosciuta o meno – ci induce e seduce per ascoltare, osservare e reagire in modi diversi. Questa immagine interna ci guida nel modo di porci in relazione e lavorare insieme. Perciò è importante esplicitare un'immagine d'infanzia che – lontano dalle astrazioni – dia coerenza alla difficile relazione tra la teoria e la prassi educativa (Hoyuelos, 2014, p. 68).

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

Per poter concedere a ogni bambino il diritto di essere pensato daccapo, è necessario esercitarsi nella continua sospensione degli automatismi del conoscere, riconoscendo prima e silenziando poi le mappe di pre-comprensione. L'obiettivo è stato quello di provare a rendere esplicita la propria idea di bambino per capire quanto potesse essere distante dai bambini effettivamente incontrati. Il presupposto da cui si è partiti si è tradotto nella possibilità per ogni educatrice di ammettere di avere un bambino invisibile che, a causa delle proprie cornici di pensiero, rischia quotidianamente di non essere riconosciuto per la sua specificità e di essere spesso definito "mancante", o comunque non "sano", perché distante essenzialmente da quell'immagine.

Strategie formative: promozione dall'interno e analisi delle pratiche

Il percorso di ricerca-formazione si è realizzato nel corso nell'anno scolastico 2015/2016 con il personale educativo e di coordinamento pedagogico dei servizi per la prima infanzia dei comuni di Perugia e Corciano. Le educatrici coinvolte sono state 160: il 92% dei soggetti lavorava in un nido d'infanzia; il restante in tipologie integrative (centri per bambini e bambine; centri per bambini e famiglie; sezioni primavera). Il percorso si è articolato all'interno di una cornice che ha assunto come riferimenti metodologici la "promozione dall'interno" (Bondioli 2008; Bondioli e Savio 2009) e l'"analisi delle pratiche" (Altet, 2003; Damiano 2006; Vinatier e Altet, 2008; Laneve, 2009; 2010).

La promozione dall'interno è caratterizzata da uno «stile maieutico del formatore, che attraverso la sollecitazione del confronto tra pari di un certo gruppo di lavoro educativo, mira a sostenere le capacità riflessive dei partecipanti sulla propria esperienza per sviluppare crescita di consapevolezza, costruzione di significati condivisi e quindi ri-orientamento ragionato e intenzionale dell'agire individuale e comune» (Savio, 2012, p. 35). Dentro questa ottica, lo scopo principale è quello di maturare una maggiore consapevolezza professionale di sé, attraverso un progressivo svelamento di pensieri, atteggiamenti vissuti impliciti che mano a mano assumono le forme di sapere vero e proprio. Si tratta quindi di sostenere i processi riflessivi che stanno prima e dopo le pratiche, svelandone le pedagogie latenti, imparare a nominare le prassi e i referenti che le muovono, per poterle realmente socializzare come gruppo di lavoro.

Per analisi delle pratiche si intende proprio la necessità di esaminare, scomporre e conoscere le pratiche per accompagnarle e sostenerle. In que-

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

sto senso non serve promuovere un modello da imitare o un correttivo, perché la consapevolezza che ne deriva è già trasformatrice. Questo tipo di postura metodologica presuppone la costruzione di una stretta alleanza tra pratici e ricercatori (Damiano, 2006), uno spazio e un tempo in cui far emergere e rendere comunicabili agli altri le proprie conoscenze pratiche. Formatore e formato sono in una posizione di reciprocità: il conduttore sa infatti come portare a consapevolezza ma i contenuti da svelare appartengono solo al personale in formazione. In questa ottica, diviene quindi fondamentale un'adesione esplicita dei gruppi di lavoro che pur non conoscendo i contenuti e le strade intraprese nel percorso, ne devono assumere gli assunti di partecipazione e una postura di messa in discussione.

Dentro questa logica, non si tratta solo di raccogliere informazioni e dati, ma di documentare tutte quelle azioni e quei processi, passando da un fare intuitivo e spesso emergenziale o routinario, mosso da premesse implicite, a un fare più consapevole e progettuale perché socialmente condiviso. Da un punto di vista formativo, è stato necessario concordare con i gruppi di lavoro dei compiti ben definiti in termini di scopi e metodi, lasciando ampia possibilità di risposta nei contenuti. Le tecniche usate sono state la scrittura riflessiva, la scrittura del tempo rubato (appunti, annotazioni, osservazioni scritte) (Laneve, 2009), la riflessione condivisa in gruppo, i verbali di incontro. Attraverso i singoli compiti da svolgere prima individualmente e poi da condividere nel proprio gruppo di lavoro, ogni soggetto si è misurato con un'autovalutazione del proprio percorso attraverso una scrittura diaristica alla fine di ogni incontro. Ogni compito individuale e socializzato è stato restituito in plenaria in presenza del formatore che ha contribuito alla negoziazione e co-costruzione dei significati condivisi e alla presa d'atto del percorso.

La prima esercitazione ha avuto la finalità di mettere ciascuna educatrice di fronte al concetto di "invisibilità" richiedendo una personale regressione rispetto alle situazioni personali e professionali in cui si è sperimentata invisibilità e le forme di cura che hanno accompagnato questi momenti. Ogni partecipante è stata poi invitata a pensare a due bambini che frequentavano il proprio servizio: il primo rappresentava, al momento dell'avvio del percorso, quello che si riteneva di conoscere di più, il più visibile a sé (bambino alfa); il secondo (bambino omega) quello più invisibile, meno conosciuto. Il personale è stato invitato a scrivere quotidianamente un protocollo osservativo che avesse per focus i due bambini scelti con una scrittura diaristica carta e matita, cercando nei tre mesi di lavoro, di focalizzare l'attenzione in diversi momenti della giornata al servizio (accoglienza, gioco, cambio, pasto, sonno, congedo).

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

Dopo il periodo intenso di osservazione le educatrici sono state invitate a delineare una sorta di “profilo” dei due bambini, annotando caratteristiche fisiche, “personali”, aspetti delle rispettive identità ancora non “svelate”, ciò che ognuno dei due bambini sa fare e non sa fare, individuando rispettivamente ostacoli e facilitatori rispetto all'intervento e al contesto educativo. Nella fase finale del percorso il personale è stato coinvolto in un percorso di autoanalisi relativo alle nuove consapevolezze guadagnate rispetto alla propria storia e a quella del proprio gruppo di lavoro, agli elementi di fragilità rispetto ai quali è necessario attivare occasioni di cura professionale.

Riconoscere ogni bambino come l'ospite più atteso: i risultati del percorso

Le scritture hanno regalato numerosi elementi di riflessione. Il focus sul concetto di invisibilità ha permesso in prima battuta una condivisione delle condizioni per cui si può essere invisibili. È emerso come può essere invisibile ciò che non si vede oppure ciò che non si vuole ancora manifestare o ciò che non si conosce o non si comprende bene. Di fatto si è presa coscienza che il proprio punto di vista gioca un ruolo essenziale nella possibilità o meno di concedere all'altro un tempo e uno spazio di libertà per manifestarsi per ciò che si è e si può essere. La condivisione sulla propria storia di vita ha rappresentato un momento altamente significativo che ha posto l'attenzione sull'importanza di “dirsi le cose” per poter lavorare meglio, uno scoprirsi reciprocamente nello sguardo altrui: il mettere in comunione vissuti e esperienze personali consente di «portare all'esistenza qualcosa che altrimenti non sarebbe a nostra disposizione» (Cocever, 2007, p. 35) e al tempo stesso favorisce una maggiore comprensione di sé e degli altri, una presa di coscienza che esiste un prima e durante dell'esperienza professionale che condiziona l'essere educatori ogni giorno.

Molte resistenze sono emerse quando si è chiesto a ogni educatrice di scegliere due bambini, il più e il meno invisibile. Si stava invitando implicitamente ogni professionista a nominare la propria idea di bambino. Le difficoltà manifestate sono legate a diversi motivi dichiarati nel percorso. In alcuni casi nonostante il percepirsi come professionisti riflessivi, è possibile cadere in pratiche dormienti che non consentono una manutenzione costante del proprio pensiero; inoltre l'essere in ascolto di sé non è sempre un esercizio piacevole, ma viceversa psicologicamente ed emotivamente faticoso. In altri casi, si paga ancora la pesante eredità che considera la soggettività come elemento di arbitrarietà e ingiustizia: avere un'idea di bambino sembra non essere politicamente corretto, come se si abdicasse alla cura di

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

tutti i bambini e le bambine. In altri casi ancora, la difficoltà di nominare è figlia di un altro antico retaggio che vede teoria e prassi come due universi distanti: alla domanda sull'idea di bambino ci si sente nella condizione a volte di parlare del bambino "studiato", che sicuramente condiziona questa comprensione, ma non è sufficientemente esplicativo.

La pratica osservativa che ha accompagnato la nuova conoscenza dei bambini scelti è stata sempre sorprendente. In uno scritto si legge:

Mi sono resa conto che A. diventava incapace tutte le volte che smettevo di osservarlo. Quando ero lì per concedergli uno spazio, lui mostrava tutto ciò che era ed era in grado di fare. Il problema era mio: se ero in grado di silenziare i miei pensieri così arrugginiti su di lui (educatrice).

L'osservazione quando autenticamente e sistematicamente condotta, a seguito di «una pulizia della mente e dell'animo» (Zambrano, 2007, p. 52), consente una messa a fuoco della propria posizione e disposizione, della necessità di riaggiustare le percezioni iniziali e magari conseguentemente modificare il proprio atteggiamento, la propria postura, il proprio aver cura. Osservare, così come essere in ascolto, diventa esperienza di passività, «capacità di farsi vaso vuoto che sa fare posto a quello che l'altro ci vuol dire di sé» (Mortari, 2016, p. 186).

Spesso la non capacità dei bambini è invece legata ad alcune pratiche di cura che di fatto legittimano sostegni non autentici, come l'iperprotezione, la sostituzione e l'anticipazione. L'analisi degli elementi ambientali, come facilitatori e/o come ostacoli al sapere fare o meno dei più piccoli, evidenzia come routine spesso rigidamente definite, o pensate a priori, non tenendo conto della specificità delle storie incontrate, mette in moto pratiche che non tengono conto della zona di sviluppo prossimale e quindi delle effettive possibilità, inibendo o caricando di frustrazione la loro azione. Spesso dietro al dichiarato «le ho provate tutte con questo bambino» si nasconde un «ho provato tante volte la stessa cosa» e l'unica mediazione tentata è lontana dalle pratiche di cura sperimentate oggi dai bambini, quindi totalmente inefficace. In altri casi ancora, la cura è intervento riparatorio che va a colmare ciò che non funziona bene o che necessita di rassicurazioni, come se tutto potesse essere letto in termini di recupero e normalizzazione.

Dove invece la funzione dell'adulto si è tradotta in funzione di attivazione delle capacità, la cura ha assunto forme più autentiche. L'educatore che osserva e decide di volta in volta se e in che modo inserirsi per sostenere e provocare opportunità educative, è determinante per ciò che le situazioni producono, partecipandovi non come insegnante che sa già né come regista che assegna i copioni, ma come semplice "parte in gioco", disponibile e attento a coltivare il dialogo con ognuno dei bambini presenti. Il per-

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

corso ha evidenziato come osservazione e documentazione non sono accessori della professione educativa ma elementi vitali: consentono di cogliere il «da dove» e il «chi siamo» nella relazione educativa; permettono di dire con cognizione di causa: «ho fatto tutto il possibile perché questo bambino non andasse a male» (Manghi, 2013) e perché anche quello specifico momento della sua vita fosse un tempo di soggiorno e non di semplice transito. Abbandonare una cultura impressionistica dell'aneddoto per conquistare una postura narrativa che pensa per storie significa fare di tutto perché ogni bambino abbia la possibilità di essere considerato nel servizio come l'ospite più atteso.

I bambini e le bambine sono antropologicamente in evoluzione perché cresciuti dentro pratiche di cura e di comunicazione completamente differenti ed è come se ciò che fino a poco tempo fa cresceva senza far tanto rumore, oggi necessita di un pensiero, di una progettazione mirata, di un modo nuovo di porsi. Il rischio infatti è di attribuire queste metamorfosi sociali, culturali, educative esclusivamente al bambino, non più ai nostri occhi competente come un tempo. E a partire da questi assunti malsani, potrebbe verificarsi un'eccessiva patologizzazione e medicalizzazione dei bambini, con il rischio di voler rinunciare a una generazione solo perché non si è stati in grado di comprenderla sul serio, contenendo il rischio di una vera e propria inflazione diagnostica. «La questione centrale è come gestire pedagogicamente queste situazioni: osservarle per evidenziare sintomi, difficoltà e incapacità oppure osservare per comprendere e cogliere particolarità e potenzialità» (Goussot, 2015, p. 36). La sfida è allora quella di imparare a pensare i propri pensieri, mettersi alla ricerca di significanti consapevoli e condivisi per evitare di cadere in strutture di significato rigidamente costruite, interrogare le proprie pratiche per coglierne il valore e la valenza per l'altro, imparare a curare con l'educazione.

Bibliografia

- Altet M. (2003), *La ricerca sulle pratiche d'insegnamento in Francia*, La Scuola, Brescia.
- Bateson G. (1976), *Verso un'ecologia della mente*, Adelphi, Milano.
- Bateson G. (1997), *Una sacra unità*, Adelphi, Milano.
- Becchi E. (2005), "Pedagogie latenti: una nota", *Quaderni della didattica della scrittura*, 3: 105-113.
- Bondioli A. (2008), *Promuovere esperienze di educazione e formazione per bambini e adulti*, in Zerbato R. (a cura di), *Infanzia: tempi di vita, tempi di relazione*, Junior, Azzano S. Paolo (BG), pp. 177-182.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

- Bondioli A. e Savio D. (2009), *Formare i formatori: un approccio maieutica*, in Domenici G. e Semerano M.L. (a cura di), *Le nuove sfide della ricerca didattica tra saperi, comunità sociali e culture*, Monolite, Roma., pp. 467-479.
- Cocever E. (2007), *Praticare le scritture per pensare l'esperienza*, in Demetrio D. (a cura di), *Per una pedagogia e una didattica della scrittura*, Unicopli, Milano.
- Damiano E. (2006), *La nuova alleanza*, La Scuola, Brescia.
- Dewey J. (1961), *Come pensiamo*, La Nuova Italia, Firenze.
- Ermish J., Jantti M. e Smeeding T. (eds.) (2012), *Inequality from Childhood to Adulthood: A Cross-National Perspective on the Transmission of Advantage*, Russell Sage Foundation, New York, NY.
- Felfe C. e Lalive R. (2011), *How Does Early Childcare Affect Child Development? Learning from the Children of German Unification*, CESifo Area Conference on Economics of Education, Center for Economics Studies.
- Goussot A. (2015), "I rischi di medicalizzazione nella scuola. Paradigma clinico-terapeutico o pedagogico?", *Educazione democratica*, 9: 15-48.
- Havnes T. e Mogstad M. (2011), "No Child Left Behind: Subsidized Child Care and Children's Long-Run Outcomes", *American Economic Journal: Economic Policy*, 2: 97-129.
- Hoyuelos A. (2014), *Il soggetto bambino. L'etica pedagogica di Loris Malaguzzi*, Junior, Parma.
- Laneve C. (2009), *Scrittura e pratica educativa. Un contributo al sapere dell'insegnamento*, Erickson, Trento.
- Laneve C. (2010), *Dentro il «fare scuola». Sguardi plurali sulle pratiche*, La Scuola, Brescia.
- Manghi S. (2013), *Giocare le differenze*, in Parodi M. (a cura di), *Gli adulti sono bambini andati a male*, Sonda, Casale Monferrato, pp. 112-122.
- Mortari L. (2016), *Filosofia della cura*. Raffaello Cortina, Milano.
- Musi E. (2011), *Invisibili sapiente. Pratiche di cura al nido*, Spaggiari, Parma.
- Palmieri C. (2011), *Un'esperienza di cui aver cura... appunti pedagogici sul fare educazione*, FrancoAngeli, Milano.
- Perla L. (2010), *Didattica dell'implicito. Ciò che l'insegnante non sa*, La Scuola, Brescia.
- Perrenoud Ph. (2001), "De la pratique réflexive au travail sur l'habitus", *Recherche et formation*, 36: 131-162.
- Polanyi M. (1979), *La conoscenza inespresa*, Armando, Roma.
- Savio D. (2012), *Un percorso formativo di promozione dall'interno*, in Bondioli, A. e Savio D. (a cura di), *Educare nelle sezioni primavera*, Junior-Spaggiari, Parma, pp. 35-52.
- Schön D. (1993), *Il professionista riflessivo*, Dedalo, Bari.
- Tierney A.L. e Nelson C.A. (2009), "Brain development and the role of experience in the early years", *Zero to Three*, 30, 2: 9-13.
- Vinatier I. e Altet M. (eds.) (2008), *Analyser et comprendre la pratique enseignante*, Presses universitaires de Rennes, Rennes.
- Zambrano M. (2007), *Per l'amore e per la libertà*, Marietti, Genova-Milano.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

In sintesi

I contesti educativi sono luoghi culturali, pieni di valori e costrutti interpretativi, più o meno espliciti. Ogni comunità professionale ha infatti un sapere implicito che fa da sottofondo tacito a ogni azione e che in maniera involontaria detta un sistema di istruzioni per comprendere, significare e agire. È un sapere molto forte, funzionale nell'economia del pensare e dell'agire quotidiano, che spesso, proprio perché inconsapevole, sottrae alla responsabilità dell'incontro autentico. A partire da questi presupposti il progetto di ricerca-formazione, rivolto al personale educativo dei servizi per la prima infanzia del Comune di Perugia e di Corciano, è nato da un duplice bisogno: da un lato, una segnalazione da parte dei servizi integrati per l'età evolutiva che denunciano un aumento esponenziale delle famiglie che richiedono una valutazione funzionale dei bambini 0-3 anni e, dall'altro, una sempre maggiore difficoltà dell'equipe educativa di comprendere alcuni comportamenti dei bambini oggi. L'obiettivo è stato quello di provare a rendere esplicita la propria idea di bambino per capire quanto potesse essere distante dai bambini effettivamente incontrati. Il percorso si è articolato all'interno di una cornice che ha assunto come riferimenti metodologici la "promozione dall'interno" e l'"analisi delle pratiche". Il progetto ha evidenziato come osservazione e documentazione consentono di cogliere il «da dove» e il «chi siamo» nella relazione educativa e rappresentano la cartina di tornasole per la promozione di autentiche pratiche di cura educativa. In assenza di riflessività si corre troppo spesso il rischio di attribuire queste metamorfosi sociali, culturali, educative esclusivamente al bambino senza interrogare mai i contesti di cura dentro cui i più piccoli nascono e crescono.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

Transizioni riflessive: i pazienti nello sguardo dei tirocinanti

di *Diego Di Masi e Alessio Surian*

Introduzione

Recentemente il dibattito sulla *Competency Based Medical Education* (CBME) è cresciuto e, sebbene non sia unanime il consenso sull'approccio basato sulle competenze, si amplia il numero di corsi universitari che adottano un *competence framework* (Snell e Frank, 2010). La necessità del costruire definizioni condivise, la centralità delle pratiche, l'attenzione ai contesti e il riconoscimento che non si tratta solo di rivedere il curriculum, ma di ripensare anche le istituzioni coinvolte nel processo educativo sono alcuni dei temi che attraversano il dibattito nel movimento del CBME. Le competenze, infatti, non possono essere ridotte a una lista di obiettivi di apprendimento o alla sola performance (Parent, Jouquan e De Ketele, 2013). Per promuovere l'integrazione di conoscenze, abilità e comportamenti nella pratica (Snell e Frank, 2010), diventa cruciale poter integrare la ricerca nel curriculum basato sulle competenze (Bourgeois, Hategan e Azzam, 2015).

Nel corso dell'anno accademico 2016/2017 è stato condotto uno studio esplorativo centrato proprio su quest'ultimo aspetto e che ha visto l'utilizzo di due strumenti di ricerca, il "Situational Judgment Test" (SJT) e i Testi Riflessivi con studenti di medicina. Il presente contributo si focalizza sul secondo strumento, al fine di indagare da una parte lo sviluppo dell'immagine professionale di un gruppo di studenti che frequentano il terzo anno del corso di Medicina e, dall'altra, quali competenze emergono nel racconto delle loro esperienze di tirocinio in ospedale.

Il modello teorico per lo sviluppo delle competenze in ambito medico scelto come riferimento nel presente studio è quello sviluppato dalla Royal College of Physicians and Surgeons of Canada che individua sette settori chiave di competenza: il CanMEDS (Frank, Snell e Sherbino, 2015). Nel CanMEDS il medico esperto (clinico efficace, capace di fornire assistenza medica eccellente e centrata sul paziente) integra altre competenze: Comunicazione (col paziente

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

e il suo contesto sociale), Collaborazione (come membro di un team), Manager (capace di gestire risorse e aumentare l'efficienza delle organizzazioni), Difensore della salute (di individui, popolazioni e gruppi sociali), Studioso (impegnato nell'apprendimento continuo e riflessivo) e Professionista (portatore di valori) (Consorti, 2015).

Nel contributo viene descritto l'uso dei testi riflessivi in un contesto di apprendimento *blended*. Progettare esperienze di apprendimento capaci di integrare attività face-to-face e online permette una maggiore flessibilità nelle attività di discussione, feedback e riflessione da condurre sia individualmente sia in gruppo e sostiene gli studenti in una comprensione più approfondita delle competenze relative ai ruoli del medico, della loro interdipendenza e delle priorità da seguire nella pratica clinica (Qian et al., 2016; Zannini, 2013).

Metodo

Lo studio è stato condotto in due fasi distinte. La prima ha visto la progettazione e sperimentazione del SJT, la seconda, invece, è stata dedicata all'analisi dei testi riflessivi scritti dagli studenti di medicina impegnati nel loro primo tirocinio in ospedale. Entrambi gli strumenti sono stati condivisi con gli studenti attraverso l'uso della piattaforma Moodle usando il questionario per il SJT e il database per i testi riflessivi. Nella prima fase è stato utilizzato uno strumento che mette in evidenza l'analisi dei comportamenti (Weekley e Ployhart, 2006; Surian e Di Masi, 2017), mentre nella seconda si è optato per uno strumento centrato sulla riflessività. «La riflessività è un processo metacognitivo che permette di approfondire la comprensione di sé e delle situazioni al fine di conoscere azioni future» (Sandars, 2009, p. 685). Nel contesto dell'educazione medica, sta acquisendo sempre maggiore rilevanza l'impiego di testi riflessivi come strumenti educativi per promuovere, a partire dalla propria esperienza, opportunità di apprendimento, per sviluppare la relazione terapeutica e per migliorare le pratiche professionali.

Partecipanti

Lo studio ha visto il coinvolgimento degli studenti di medicina del terzo anno dell'Università degli Studi "La Sapienza" di Roma. Quarantotto studenti (26 femmine, 22 maschi) hanno completato il SJT, all'interno di questo gruppo sono stati individuati 20 studenti, divisi equamente per genere, ognuno dei quali ha scritto tre testi riflessivi: all'inizio, durante e al termine del primo tirocinio ospedaliero.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

Raccolta dati e analisi

La seconda fase ha coinvolto 20 studenti impegnati nel tirocinio ospedaliero. La transizione tra l'università e l'ospedale è stata accompagnata dalla scrittura di tre testi riflessivi elaborati all'inizio, durante e al termine del tirocinio. La consegna del docente era di riportare:

- le interpretazioni dei segni e sintomi osservati;
- le emozioni (ne avete avute? quali? in quale situazione? perché? come hanno influito sul vostro comportamento? e come pensate influiranno sul vostro modo di *essere* medico?);
- esempi di buona/cattiva pratica professionale;
- le situazioni comunicative.

I 60 testi riflessivi sono stati caricati su Moodle usando l'attività database. I testi sono stati analizzati con NVivo.

Risultati e discussione

Per i 60 testi riflessivi raccolti è stata realizzata una doppia analisi qualitativa. Nella prima i testi sono stati codificati utilizzando le sette aree di competenza del CanMEDS (tab. 1). Questa analisi *top-down* mostra che gli studenti riportano in misura maggiore elementi riconducibili all'area della comunicazione (97 riferimenti).

Tab.1 – Riferimenti al CanMEDS nei testi riflessivi degli studenti

Competenze/Ruoli CanMEDS	Riferimenti
Collaboratore	13
Comunicatore	97
Medico esperto	16
Difensore della salute	5
Manager	0
Professionista	5
Studioso	1

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

Una seconda analisi è stata condotta esclusivamente sui testi relativi all'area comunicazione. L'analisi bottom-up fornisce esempi rilevanti delle strategie relazionali utilizzate dagli studenti nell'interazione con i pazienti, così come della raccolta ed elaborazione delle informazioni utili allo sviluppo del ragionamento clinico.

L'analisi dei testi ha permesso inoltre di indagare la costruzione di concetti quali *illness* e *disease* e il ruolo che giocano le emozioni del medico nei processi decisionali.

Dimensione psicologica ed emozioni

Tre categorie di frasi sono relativamente frequenti nei testi riflessivi scritti dagli studenti e entrano nel merito della relazione comunicativa fra medico e paziente. Riguardano la psicologia del medico (18 riferimenti), la psicologia del paziente (8) e i modi in cui la psicologia del paziente suscita atteggiamenti e comportamenti di rispetto da parte di medici e tirocinanti (14). Questo tipo di riflessioni sono attraversate in modo trasversale dalla domanda: quale ruolo hanno le emozioni all'interno del processo comunicativo che vede coinvolti tirocinanti e pazienti (Branch et al., 2001)?

Due temi ricorrono riguardo alla psicologia dei medici: lo stress e il controllo della comunicazione. Dai testi emerge con evidenza come il tirocinio esponga gli studenti a interazioni medico-paziente che vengono percepite come stressanti. Molti non si sentono a proprio agio in tali interazioni e sentono il bisogno di elaborarle per poterle affrontare in modo più adeguato nell'ambito della futura carriera professionale. Il seguente estratto, dal testo di una studentessa, offre un esempio di un'esperienza ricorrente fra i tirocinanti:

Avevo in mano il modulo con le domande da fare, ma ero molto intimidita. Parlando col paziente e di fronte al suo problema, ho capito quanto era importante e necessario essere competente come medico (studentessa, III anno).

Con l'aumentare del numero di interazioni con i pazienti e con le loro famiglie, alcuni studenti maturano maggiore consapevolezza della necessità di sviluppare atteggiamenti empatici e di capire meglio quale tipo di comunicazione empatica sia maggiormente appropriata in un ambiente clinico. Come scrive uno studente:

Il medico dovrebbe comprendere la preoccupazione e le domande dei familiari e gentilmente spiegare le "mosse" e le condizioni del paziente, ma al contempo stes-

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

so dovrebbe essere razionale e pronto a scindere la compassione con l'emotività (studente, III anno).

Si tratta di riflessioni che segnalano l'opportunità di elaborare orientamenti freddi-empatici, così come approcci comunicativi centrati sul controllo o sull'apertura nelle interazioni professionali con i pazienti. Precedenti osservazioni mettono in luce come i medici percepiti come "padroni della situazione" abbiano la tendenza a far ricorso a uno stile comunicativo aperto e a essere percepiti come maggiormente "empatici" dai pazienti, mentre i medici che si ritiene siano scarsamente a loro agio tendano ad agire uno stile comunicativo orientato al controllo dell'interazione (Silvester et al., 2007).

In questo contesto diviene rilevante prestare attenzione e registrare aspetti che rivelino la condizione psicologica del paziente. Questo tipo di attenzione è meno presente nei testi dei tirocinanti rispetto ai riferimenti che si soffermano sulla psicologia del medico. Quando i tirocinanti prestano attenzione alla psicologia dei pazienti, tendono a privilegiare la condizione motivazionale del paziente che vedono come aspetto cruciale per far fronte alla malattia, come esemplificato dal seguente estratto da un testo di uno studente:

Nell'ospedale si incontrano infatti persone che nonostante il loro malessere cercano di guardare oltre e affrontare la malattia non come qualcosa di immobile e sempre presente, ma come un aspetto della loro vita che va affrontato e vissuto nella quotidianità senza perdere la speranza (studente, III anno).

Pensiero strategico

Un atteggiamento empatico da parte del medico si traduce nella capacità di comunicare con un linguaggio accessibile e alla portata del paziente e di saper scegliere quando evitare di far ricorso unicamente al pensiero paradigmatico (Bruner, 1990) a favore di codici narrativi attenti ad "accogliere" il paziente (come testimoniano 10 riferimenti nei testi degli studenti). Questa capacità è uno degli aspetti chiave nell'identificare e coltivare fattori che contribuiscono a stabilire legami fra medici e pazienti. Labov e Watzky (1967) suggeriscono che, tramite l'analisi delle strutture narrative, vi sia la possibilità di suscitare nei tirocinanti capacità di riflessione in merito alle proprie esperienze in ambito clinico. Gli autori invitano a strutturare il percorso riflessivo su quanto viene narrato a partire da due domande: "cosa è accaduto?" e "perché è importante parlarne?".

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

Alcuni studenti sembrano mostrare consapevolezza rispetto a un uso funzionale della prima domanda quando si tratta di rompere il ghiaccio con i pazienti, specie in situazioni problematiche, come ci ricorda questa osservazione di uno studente:

Notando una discreta agitazione della paziente le chiedo di raccontarmi meglio la dinamica dell'incidente per cercare di farla un po' rilassare (studente, III anno).

Questo approccio “consapevole” rispetto alla condizione psicologica del paziente suggerisce anche la capacità, da parte dei tirocinanti con questo profilo, di praticare un atteggiamento di ascolto attivo, categoria che ricorre 14 volte nei testi degli studenti. La capacità di ascolto attivo è uno dei concetti chiave esplicitati riguardo al ruolo del comunicatore descritto dal CanMEDS. Nei testi degli studenti viene associata alla capacità di prestare attenzione alle differenze e alla specificità di ciascun paziente (8 riferimenti), di sollecitare e raccogliere informazioni di contesto (20) e di cercare e identificare strategie efficaci nell'affrontare rapporti problematici fra tirocinanti e pazienti (10).

La seconda domanda («perché è importante parlarne?») ha un ruolo chiave nell'approccio centrato sul paziente suggerito dal CanMEDS riguardo alla comunicazione praticata dai medici che dovrebbe essere improntata a favorire la condivisione del processo decisionale fra medico e paziente (Neville et al. 2015). Ciò riguarda, in particolare, l'“enabling competency”: «Raccogliere e sintetizzare informazioni rilevanti e accurate, che tengano conto dei punti di vista dei pazienti e delle loro famiglie» (*ivi*, p. 6). Questi atteggiamenti “strategici” danno valore agli apprendimenti esperienziali nell'ambito del tirocinio (categoria che compare 14 volte nei testi degli studenti) che, nelle parole di uno studente, dovrebbero contribuire a una maggiore consapevolezza che:

la comunicazione verbale e non verbale deve tendere a un approccio incentrato sull'ascolto del paziente nella sua globalità, soggetto attivo e partecipe nel processo di cura della malattia. In questo percorso è necessario accogliere il paziente, metterlo a proprio agio, essere in grado di capire a fondo le sue problematiche e le sue richieste (studente, III anno).

Nei testi analizzati, quando si tratta di sollecitare e gestire informazioni cliniche, il paziente viene percepito e rappresentato in modo diverso e dicotomico. Tali rappresentazioni rimandano a due profili di tirocinanti. Un primo gruppo adotta un atteggiamento centrato sul medico e di tipo paternalista, come riscontrabile nelle parole di uno studente:

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

Dopo mezz'ora di chiacchierata si ricorda di dirci di essere stato operato a dei papillomi vescicali trent'anni fa. No signor Gino! Così tradisce la mia fiducia, non può mentirmi, ma i pazienti spesso lo fanno (studente, III anno).

Altri tirocinanti mostrano un approccio centrato sulla persona che cerca di favorire le condizioni di autonomia di pazienti informati, come riportato qui di seguito da una studentessa:

Sa perfettamente ciò di cui sta parlando, spiegando, addirittura, lui a noi alcune cose che ancora non abbiamo studiato (studentessa, III anno).

Queste due posizioni non si escludono a vicenda. Sono presenti e in tensione su un continuum che riflette diversi orientamenti all'interno del dibattito sulle modalità che dovrebbero caratterizzare i processi decisionali in ambito sanitario e delle professioni di cura (Bomba, 2017; Hamilton, 2017).

L'orizzonte della capacità negativa

Questa dimensione riflessiva appare particolarmente rilevante nel riconoscere situazioni in cui i medici sono chiamati a confrontarsi con i propri limiti professionali e personali. Come scrive una studentessa:

Saprò essere in grado anche io di capire quando sarà il momento di agire nel bene del paziente non facendo nulla, di ammettere di essere impotenti e di rassegnarsi, serenamente (studentessa, III anno).

Questa consapevolezza rimanda anche alla capacità di relazionarsi e rielaborare informazioni riguardo al contesto di vita del paziente e ai suoi familiari. Scrive una studentessa:

Le emozioni provate di fronte a quel letto sono state tante e diverse; partendo dal disagio iniziale del sentirsi "di troppo" e "di disturbo" davanti a una situazione così drammatica, fino al tentativo finale, anche da parte nostra, di accettare quello che stava accadendo e di rispettare la loro decisione, che all'inizio sembrava così illogica (studentessa, III anno).

L'incontro con il paziente e con la propria capacità di confrontarsi con il modo in cui il paziente vive e affronta la propria condizione di salute spinge i tirocinanti a indagare i propri meccanismi decisionali. Ciò può arrivare a comprendere la capacità di "fermarsi", di non proporre e di non prendere altre iniziative mettendo in atto una sorta di "capacità negativa", così come

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

la definisce (in contesti organizzativi) Lanzara (1993). La scrittura di testi sulle esperienze di tirocinio offre agli studenti uno spazio di transizione in cui riflettere su questa capacità negativa, mettendo temporaneamente da parte la capacità "positive" che permette azioni esplicite. «La capacità negativa permette una "inazione riflessiva", l'abilità di resistere alla tentazione di cadere in routine difensive quando siamo confrontati con i limiti del nostro sapere, delle nostre risorse, della nostra fiducia» (Simpson, French e Harvey, 2002, p. 1209).

Conclusioni

Lo strumento di indagine qui presentato mostra di poter combinare insieme evidenze in merito alla ricerca sull'immagine professionale negli ambiti di cura e modalità di lavoro utili ad alimentare percorsi riflessivi e formativi in contesti di istruzione superiore. I testi riflessivi permettono di esplorare l'esperienza che caratterizza la transizione degli studenti all'intersezione fra studi di medicina e pratiche cliniche. In particolare, il testo riflessivo si conferma uno strumento che offre ampio potenziale per generare apprendimenti trasformativi in merito ad aspetti salienti delle competenze chiave nelle professioni di cura (Johna, Woodward e Patel, 2014). L'attenzione per tali aspetti promuove, al tempo stesso, una maggiore consapevolezza riguardo al processo di transizione verso la vita professionale e delle complessità che accompagnano tale processo, per esempio nell'affinare la percezione della condizione clinica dal punto di vista dei pazienti e delle loro famiglie, così come degli spazi dialogici e di iniziativa in relazione ai processi decisionali in ambito clinico (Charon, 2004).

Bibliografia

- Bomba P. (2017), "Supporting the Patient Voice: Building the Foundation of Shared Decision-Making", *Journal of the American Society on Aging*, 41, 1: 21-30.
- Bourgeois J.A., Hategan A. e Azzam A. (2015), "Competency-based medical education and scholarship: Creating an active academic culture during residency", *Perspectives on Medical Education*, 4: 254-258.
- Branch W.T., Kern D., Haidet P., Weissmann P., Gracey C., Mitchell G. e Inui T. (2001), "The patient-physician relationship. Teaching the human dimensions of care in clinical settings", *JAMA*, 286: 1067-74.
- Bruner J. (1990), *Acts of meaning*, Harvard University Press, Cambridge, MA.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

- Charon R. (2004), "Narrative and medicine", *The New England Journal of Medicine*, 350, 9: 862-864.
- Consorti F. (2015), "Quale formazione per quale medico?", *Quaderni ACP*, 3:107.
- Frank J.R., Snell L. e Sherbino J. (eds.) (2015), *CanMEDS 2015 Physician Competency Framework*, Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, Ottawa, ON.
- Hamilton J., Lillie S., Alden D., Scherer L., Oser M., Rini C., Tanaka M., Baleix J., Brewster M., Craddock Lee S., Goldstein M., Jacobson R., Myers R., Zikmund-Fisher B. e Waters E. (2017), "What is a good medical decision? A research agenda guided by perspectives from multiple stakeholders", *Journal of Behavioral Medicine*, 40: 52-68.
- Johna S., Woodward B. e Patel S. (2014), "What Can We Learn from Narratives in Medical Education?", *The Permanente Journal*, 18, 2: 92-94.
- Labov W. e Waletzky J. (1967), *Narrative analysis*, in Helm J. (ed.), *Essays on the Verbal and Visual Arts*, University of Washington Press, Seattle, WA, pp. 12-44.
- Lanzara G.F. (1993), *Capacità negativa: competenza progettuale e modelli di intervento nelle organizzazioni*, Il Mulino, Bologna.
- Neville A., Weston W., Martin D., Samson L., Feldman P., Wallace G., Jamoulle O., François J., Lussier M.T. e Dojeiji, S. (2015), *Communicator*, in Frank J.R., Snell L. e Sherbino J. (eds), *CanMEDS 2015 Physician Competency Framework*, Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, Ottawa, ON.
- Parent F., Jouquan J. e De Ketele J.M. (2013), "CanMEDS and other 'competency and outcome-based approaches' in Medical Education: clarifying the ongoing ambiguity", *Advances in Health Sciences Education*, 18, 1: 115-122.
- Qian L., Weijun P., Fan Z., Rong H., Yingxue L. e Weirong Y. (2016), "The Effectiveness of Blended Learning in Health Professions: Systematic Review and Meta-Analysis", *Journal of Medical Internet Research*, 18, 1: e2.
- Sandars J. (2009), "The use of reflection in medical education: AMEE Guide No. 44", *Medical Teacher*, 31: 685-695.
- Silvester J., Patterson F., Koczwara A. e Ferguson E. (2007), "'Trust me...': Psychological and behavioural predictors of perceived physician empathy", *Journal of Applied Psychology*, 92, 2: 519-527.
- Simpson P., French R. e Harvey C. (2002), "Leadership and Negative Capability", *Human Relations*, 55, 10: 1209-26.
- Snell L.S. e Frank J.R. (2010), "Competencies, the tea bag model, and the end of time", *Medical Teacher*, 32: 629-630.
- Surian A. e Di Masi D. (2017), "Supporting Higher Education-Hospital Transition through Blended Learning", *Frontiers in Education*, 2, 60.
- Weekley J. e Ployhart R. (2006), *Situational Judgment Tests: Theory, Measurement, and Application*, Lawrence Erlbaum Publisher, New Jersey.
- Zannini L. (2013), "La valutazione delle pratiche riflessive nella formazione medica: esperienze, metodi e ruolo delle tecnologie", *Educational Reflective Practices*, 1: 77-96.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

In sintesi

L'educazione medica basata sulle competenze guarda con crescente interesse al contributo della ricerca nella ridefinizione dei percorsi di formazione dei medici (Bourgeois, Hategan e Azzam, 2015). Quali approcci, metodologie e strumenti propri della ricerca in ambito educativo possono diventare opportunità di riflessione sulle pratiche professionali (Zannini, 2013)? Quali sono i contesti di apprendimento che promuovono un atteggiamento riflessivo nel lavoro individuale e di gruppo? Il presente contributo, che si inserisce in una più ampia ricerca condotta in tre diversi atenei italiani per la progettazione e sperimentazione di strumenti riflessivi, presenta gli esiti dell'uso dei testi riflessivi con studenti impegnati nel primo tirocinio in ospedale. L'analisi qualitativa condotta sui testi restituisce, a partire dalla voce degli studenti, diverse dimensioni del tirocinio ospedaliero che diventa esperienza di apprendimento soprattutto attraverso quel processo riflessivo e di feedback che inizia con la scrittura per proseguire nel confronto individuale e di gruppo promosso anche attraverso approcci formativi *blended*.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

Pronti per la professione? La percezione di professionisti sanitari neoassunti e il ruolo del mentore nell'accompagnamento¹

di *Antonella Lotti e Eleonora Di Giacomo*

Contesto

Questa ricerca nasce all'interno del gruppo SIPED.CARE e in particolare nel gruppo composto da docenti e ricercatori delle Università di Milano Statale, Bicocca, Cattolica – sede di Piacenza, Genova e Padova.

Lo scopo della ricerca è di valutare se i professionisti sanitari si sentano pronti per l'ingresso nel mondo del lavoro al termine della loro formazione universitaria e se il sistema sanitario che accoglie questi neoassunti predispone strategie di accompagnamento finalizzate a una reale integrazione nell'équipe di cura. La ricerca si inserisce in uno studio qualitativo multicentrico che si realizzerà in alcune città italiane. In questo caso la ricerca prende in esame un grande policlinico del nord Italia, con circa 4.500 dipendenti.

Scopi dello studio

In Italia non vi sono ricerche in questo ambito, pertanto si ritiene utile e necessario:

1. indagare quanto i nostri laureati si sentano pronti per assumere competenze e responsabilità legate al ruolo;
2. analizzare il sistema di accoglienza dei neoassunti;
3. fornire indicazioni e suggerimenti agli attuali corsi di laurea.

¹ Sebbene il capitolo sia il frutto del lavoro congiunto dei due autori, Eleonora Di Giacomo ha scritto il paragrafo "Risultati" e Antonella Lotti i restanti paragrafi.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

Partecipanti coinvolti

Lo studio si è realizzato all'interno del Policlinico di una città del nord Italia e ha coinvolto: i dirigenti del Dipartimento delle Professioni Sanitarie, i coordinatori delle Unità Operative che hanno assunto in numero maggiore negli ultimi cinque anni, 10 infermieri neoassunti, 2 tecnici di laboratorio e 2 fisioterapisti.

Metodi

La ricerca si è basata su un approccio qualitativo. Lo strumento privilegiato è stato l'intervista semi-strutturata rivolta al dirigente, ai coordinatori e ai neoassunti. Le risposte, registrate e trascritte, sono state analizzate con il software ATLAS-TI, un software estremamente utile e versatile messo a punto con lo scopo di rendere più agevole l'indagine qualitativa dei contenuti oggetto della ricerca. Lo strumento permette al ricercatore di seguire un percorso molto vicino a quello di una codifica "carta e matita" ma con il vantaggio di rendere tutte le operazioni molto più veloci e sistematiche. Non è uno strumento neutro ma risente fortemente degli assunti teorici di chi lo utilizza.

Risultati

L'intervista ai dirigenti del dipartimento delle professioni sanitarie ha rivelato l'esistenza di una procedura aziendale per l'inserimento e la valutazione del neoassunto che prevede i percorsi di inserimento nei gruppi di lavoro, il monitoraggio dello sviluppo delle capacità personali del neoassunto, attraverso l'utilizzo di schede e feedback e, infine, la valutazione della performance raggiunta durante e alla fine del periodo di prova.

La responsabile del personale delle professioni sanitarie ha individuato nell'Unità Operativa (UO) del Pronto Soccorso la struttura che ha assunto il maggior numero di professionisti sanitari negli ultimi cinque anni.

Le ricercatrici hanno condotto l'intervista semi-strutturata alla responsabile dell'UO Pronto Soccorso presso la sede per una durata di circa trenta minuti.

L'intervista registrata, trascritta e analizzata ha permesso di comprendere l'organizzazione del lavoro dell'UO, il sistema reale di accoglienza e affiancamento ai neoassunti che prevede l'inserimento nel turno di lavoro già dal secondo giorno e l'impossibilità di un affiancamento "uno a uno" per

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

carezza di personale. La responsabile ha favorito l'individuazione delle prime dieci persone da intervistare.

L'intervista semi-strutturata prevista per i dieci neoassunti era composta da una traccia di undici domande che indagavano cinque aree (l'auto-percezione e i vissuti emotivi al momento dell'assunzione, le difficoltà riscontrate, la tipologia di affiancamento ricevuto, la valutazione della formazione universitaria e, in particolare modo, del tirocinio, e le strategie attuate per fronteggiare le eventuali difficoltà incontrare nel primo semestre di lavoro).

L'intervista rivolta ai professionisti sanitari si è svolta in un luogo riservato. Ai partecipanti che hanno aderito alla ricerca è stata garantita riservatezza e anonimato. Non è stato definito un limite di tempo, ma le interviste hanno avuto una durata compresa tra i 20 e i 30 minuti.

Al termine dello svolgimento delle 10 interviste in Pronto Soccorso, le ricercatrici hanno analizzato i testi e hanno evidenziato due elementi: la non aderenza nell'Unità Operativa prescelta al modello aziendale di affiancamento previsto per i neoassunti, giustificato da carezza di personale, e l'esperienza lavorativa pregressa dei neoassunti. I neoassunti intervistati al Pronto Soccorso hanno rivelato di essere professionisti che erano già stati assunti in altre strutture lavorative per almeno un anno, pertanto non si configuravano come neoassunti appena usciti dal percorso universitario. Le ricercatrici hanno ritenuto utile studiare anche altre Unità Operative, ove l'affiancamento previsto dal sistema aziendale di qualità venisse attuato e ove vi fosse la presenza di neoassunti giovani al primo impiego. La ricerca ha portato a individuare due ulteriori Unità Operative e quattro giovani professionisti. Le aree prese in esame dallo studio hanno ricalcato quelle della traccia dell'intervista.

L'auto-percezione e vissuti emotivi

Gli intervistati comunicano auto-percezioni e vissuti emotivi contrastanti: alcuni si sentono adeguati ai compiti professionali richiesti, e vivono sentimenti positivi; altri non si sentono pronti ad agire in un contesto sanitario organizzato con procedure richiedenti atti burocratici e amministrativi non conosciuti, e provano ansia e preoccupazione nei confronti della nuova realtà lavorativa.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

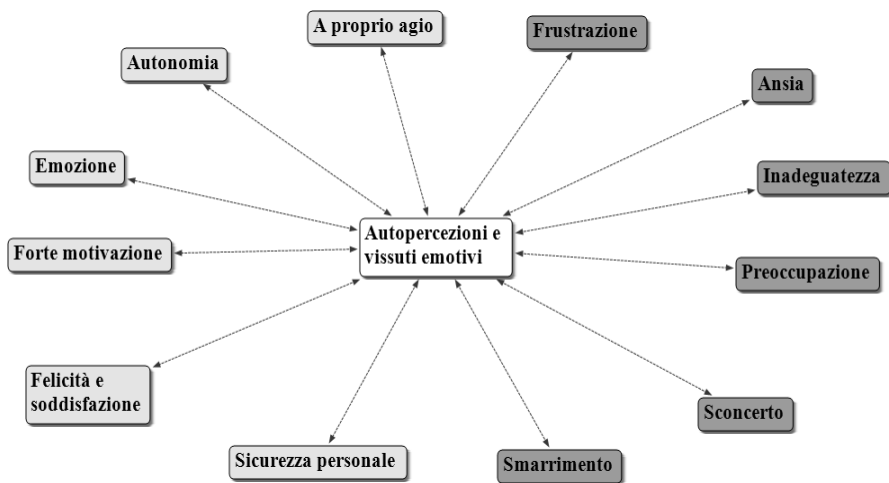


Fig. 1 – Network su auto-percezione e vissuti emotivi

Le difficoltà riscontrate

Le difficoltà dei neoassunti riguardano tanto l'aspetto clinico-assistenziale del paziente quanto l'aspetto organizzativo e gestionale del reparto. Da una parte la logistica, l'organizzazione, la burocrazia e l'aspetto informatico rappresentano le maggiori difficoltà incontrate, dall'altra, per alcuni, anche la criticità dei pazienti e la mancanza di competenze specifiche sono ostacoli incontrati nel periodo d'inserimento lavorativo. Alla base vi sono l'inesperienza e l'incapacità di applicare le conoscenze teoriche nel mondo professionale:

Difficoltà qui tante... soprattutto per capire come funziona il reparto... perché ogni reparto ha le sue regole (intervista 10).

La parte più complicata è la burocrazia. Qui il sistema è tutto informatizzato (intervista 2).

Le maggiori difficoltà sono a livello di organizzazione interna del reparto (intervista 5).

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

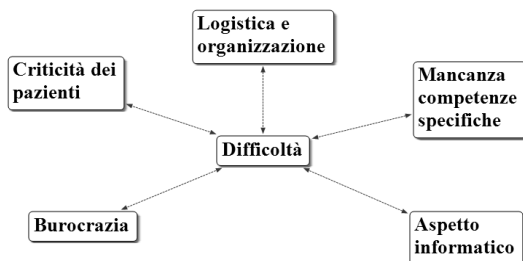


Fig. 2 – Network sulle difficoltà riscontrate

Strategie per far fronte alle difficoltà

Per quanto concerne le strategie attuate per far fronte alle difficoltà riscontrate durante il primo periodo di lavoro, gli intervistati riferiscono di aver fatto ricorso sia a risorse interne personali, quali entusiasmo, motivazione, buona capacità di adattamento, sia a risorse esterne, intese come partecipazione a corsi di aggiornamento e di sviluppo professionale continuo.

... per questo è necessario fare dei corsi esterni, l'aggiornamento professionale permette di completare e approfondire le basi universitarie (intervista 11).

Tutti gli intervistati concordano nell'affermare che la più efficace strategia di inserimento lavorativo sarebbe costituita da un sistema di affiancamento formale e sistematico.



Fig. 3 – Network sulle strategie per far fronte alle difficoltà

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

La valutazione della formazione universitaria

Se da un lato gli intervistati sono consapevoli che la formazione universitaria debba fornire basi teoriche che permettano di comprendere la giustificazione delle azioni e di porre le strutture di base per futuri aggiornamenti e specializzazioni, dall'altra parte i neoassunti lamentano il fatto che l'università sia stata una scuola troppo teorica e non abbia favorito l'acquisizione di reali competenze professionali. Emerge che gli intervistati valutano adeguato il livello teorico appreso durante la formazione universitaria, ma ritengono di possedere delle lacune a causa di una scarsa possibilità di mettere in pratica i contenuti teorici e questo spesso li rende insicuri dal punto di vista professionale.

All'università si fa tanta teoria che non s'impronta poi su un discorso di pratica (intervista 8).

Secondo me è una scuola troppo teorica e poco pratica (intervista 7).

La valutazione del tirocinio universitario

Agli intervistati è stato chiesto di fare riferimento alla loro esperienza di tirocinio; tutti i neoassunti ne hanno sottolineato l'importanza formativa, poiché l'immersione in un ambito professionale ha favorito la trasformazione di conoscenze in competenze.

... quando lo studi sui libri in università, è un conto, mentre quando vai in reparto e vedi direttamente cosa si fa è tutto un altro conto (intervista 1).

I neoassunti riferiscono che il tirocinio non permette soltanto l'integrazione tra teoria e pratica, ma permette anche di sviluppare un "buon occhio clinico", ossia una buona e attenta capacità di osservazione, competenza fondamentale per svolgere efficacemente la professione.

Il tirocinio aiuta a crearti un occhio clinico (intervista 2).

In ultimo, gli intervistati sottolineano che, se realizzato in modo efficace, il tirocinio può costituire una prima esperienza di socializzazione con il mondo del lavoro; attraverso il tirocinio sono venuti a contatto con nuovi contesti organizzativi, nuove relazioni lavorative con i colleghi e soprattutto con i pazienti.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

Beh... il tirocinio per quanto riguarda l'approccio col paziente serve dal punto di vista umano (intervista 12).

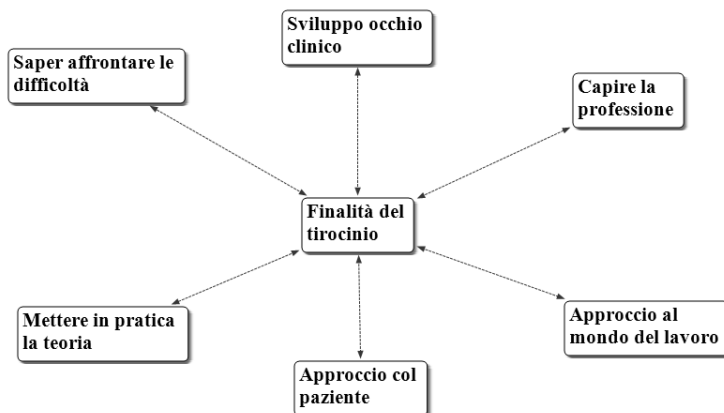


Fig. 4 – Network sulle finalità del tirocinio

Gli intervistati hanno evidenziato, oltre le finalità, alcune criticità che riguardano il tirocinio: la problematica riscontrata con più frequenza è costituita dall'affiancamento degli studenti a tutor clinici non adeguatamente formati e soprattutto non motivati nello svolgere il proprio ruolo.

In teoria ogni reparto aveva un tutor, ma questo tutor che competenze aveva? A volte era un infermiere qualunque... un po' allo sbaraglio (intervista 6).

In secondo luogo, gran parte dei neoassunti lamenta il fatto che non sia stata data la possibilità di vedere Unità Operative diversificate, non avendo così la possibilità di potersi confrontare con casi clinici e patologie differenti.

No, il tirocinio non mi ha preparato completamente, ho visto solo una piccolissima parte (intervista 4).

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

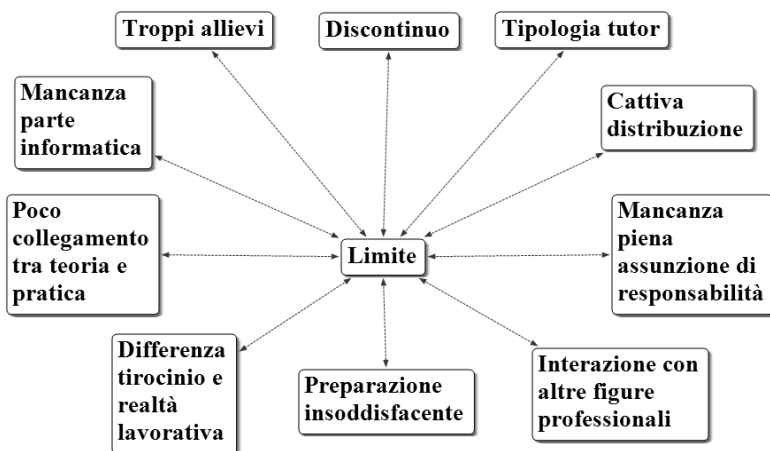


Fig. 5 – Network sui limiti del tirocinio

L'affiancamento del neoassunto o mentoring

La procedura aziendale per l'inserimento e la valutazione del neoassunto prevede l'accoglienza dei neoassunti da parte di dirigenti e coordinatori nel primo giorno di presa di servizio e l'attribuzione a colleghi esperti che seguono i neoassunti e li valutano nel primo semestre di lavoro. Le interviste ai 14 neoassunti rivelano che vi è una differenza sostanziale di comportamento nelle strutture studiate: nel reparto di Pronto Soccorso i neoassunti non ricevono l'affiancamento di un mentore, contrariamente a quanto accade nelle altre due Unità Operative prese in considerazione. Nell'UO che non attua affiancamento sistematico il personale appare insicuro:

Appena arrivata facevo riferimento al capoturno... lì ti capita quello che ti capita... era semplicemente un collega con più anni di esperienza, ma per noi nuovi è altro che serve, altre capacità (intervista 10).

Nell'Unità Operativa che effettua affiancamento il personale pare molto soddisfatto:

Io lavoro qua da circa quattro mesi e per adesso sto avendo un affiancamento più che soddisfacente (intervista 13).

Per quanto riguarda le risorse umane designate a svolgere il ruolo di mentore, la procedura aziendale prevede l'attribuzione di una persona

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

esperta dedicata che affianca per sei mesi il neoassunto. In realtà, come già rilevato, in alcuni reparti, questo non avviene provocando un senso di incertezza nei neoassunti. L'affiancamento uno a uno è ritenuto essenziale ed efficace da coloro che lo possono esperire. La figura di collega-esperto designato, per essere un valido punto di riferimento, deve dimostrare alcune qualità personali e alcune competenze formative. Tra le qualità emergono l'empatia, la pazienza e la voglia di insegnare.

Io vedrei la figura del tutor che inserisce i neolaureati come una persona che ha grandi capacità empatiche (intervista 10).

... che hanno voglia di insegnare, hanno voglia di trasmettere il proprio sapere agli altri (intervista 12).

Discussione dei risultati

Un primo dato emerso dall'analisi delle interviste, inerente la preparazione dei professionisti in ambito sanitario, rivela che i laureati si sentono preparati per quanto riguarda la gestione e la presa in carico dei pazienti, ma non si sentono altrettanto adeguati per gli aspetti gestionali e organizzativi (Illing et al., 2013) e per la pratica interprofessionale, provocando vissuti emotivi contrastanti. I neoassunti quindi attivano le proprie risorse interne per fronteggiare le difficoltà incontrate e si iscrivono a corsi interni o esterni all'azienda per acquisire le competenze di cui si sentono carenti.

I neoassunti considerano la formazione universitaria ancora troppo legata a una tipologia di didattica che mal integra i saperi formali teorici con i saperi pratici, impedendo la trasformazione di nozioni e conoscenze in competenze realmente spendibili nel mondo del lavoro: questo comporta la necessità di un costante aggiornamento post laurea. L'esperienza di tirocinio permette loro di "pensare sul fare" (Castellucci, Marletta, Saiani e Sarchielli, 1997) e di incontrare situazioni cliniche uniche e complesse, che però non vengono valorizzate in modo soddisfacente dal punto di vista formativo, perché non vi sono occasioni di discussione dei casi incontrati dai singoli studenti in tirocinio. Spesso il tirocinante è considerato una forza-lavoro. Si sottolinea l'importanza di realizzare percorsi di tirocinio meglio strutturati.

A partire da tali considerazioni si possono trarre alcune suggestioni per gli attuali Corsi di Laurea: favorire una maggiore integrazione tra teoria e pratica, sia in aula sia in tirocinio, pianificando percorsi formativi mirati all'acquisizione di competenze, privilegiando metodi didattici che immer-

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

gano in situazioni professionalizzanti quali la simulazione, l'approccio per problemi e per progetti, l'apprendimento basato sul lavoro o *work-based learning* e l'educazione interprofessionale, che prevede l'apprendimento in gruppi di studenti provenienti da differenti corsi di laurea in medicina. Inoltre occorrerebbe ridurre il numero dei tirocinanti inviati in una Unità Operativa, al fine di poter seguire adeguatamente ogni allievo. La figura del tutor o collega-esperto che affianca i tirocinanti rappresenta uno dei fattori fondamentali per un adeguato livello di preparazione degli studenti.

Per quanto riguarda l'analisi del collega-esperto o mentore durante il periodo di affiancamento, i dati sottolineano che sia di fondamentale importanza facilitare l'inserimento del neoassunto all'interno del contesto ospedaliero attraverso una figura professionale adeguata che possa affiancarlo nel primo periodo di lavoro. In particolare, presso l'Azienda Ospedaliera in cui è stata svolta la ricerca, è emerso che esiste un sistema articolato di accoglienza dei neoassunti redatto per il Sistema di Qualità aziendale che prevede l'accoglienza da parte di dirigenti e coordinatori dei neoassunti e l'attribuzione a colleghi esperti che li seguono e li valutano nel primo semestre di lavoro. Tuttavia, tale figura di mentore, anche se prevista formalmente, non è attivata in tutte le Unità Operative; dal momento che laddove vi sia un tutor dedicato per un semestre, il personale è molto soddisfatto e sicuro, occorre incoraggiare il sistema a essere più uniforme.

Conclusioni

I risultati della ricerca rispondono in maniera piuttosto soddisfacente alle tre principali aree d'indagine: comprendere quanto i laureati si sentano pronti per assumere le competenze e le responsabilità legate al ruolo, fornire indicazioni e suggerimenti agli attuali corsi di Laurea e analizzare la figura del collega-esperto o mentore cui viene assegnato il neoassunto.

Uno dei maggiori limiti riscontrati nella ricerca è emerso durante la realizzazione delle interviste, ossia non tutti i neoassunti intervistati erano alla prima esperienza lavorativa; dunque, si ritiene utile definire con maggior precisione il costrutto di neoassunti e ampliare i dati ottenuti coinvolgendo anche coloro che lavorano per le agenzie di lavoro interinale, cui si rivolgono principalmente i neolaureati. Un altro limite della ricerca è costituito dall'esiguità delle Unità Operative indagate; pertanto, si ritiene utile in futuro coinvolgere più divisioni. I risultati dello studio andranno ampliati con i dati rilevati dagli altri ricercatori del gruppo SIPED.CARE (Università di Milano Statale, Bicocca, Cattolica – sede di Piacenza, e Padova), al fine di avere un quadro più completo ed esauriente, ed eventualmente delineare le

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

strategie atte a facilitare l'inserimento dei professionisti della cura all'interno del contesto sanitario.

Bibliografia

- Castellucci A., Marletta L., Saiani, L. e Sarchielli G. (a cura di) (1997). *Viaggi guidati. Il tirocinio e il processo tutoriali nelle professioni sociale e sanitarie*. FrancoAngeli, Milano.
- Clark T e Holmes S. (2007), "Fit for practice? An exploration of the development of newly qualified nurses using focus group", *The Journal of Clinical Nursing*, 44, 7: 1210-20.
- Hegarty J., Walsh E., Condon C. e Sweeney J. (2009), "The undergraduate education of nurses: looking to the future", *The International Journal of Nursing Education Scholarship*, 6: 17.
- Illing, J., Morrow G., Rothwell C., Burdord B., Baldauf B., Davies C., Peile E., Spencer J.A., Johnson N., Allen M. e Morrison J. (2013), "Perception of UK medical graduates' preparedness for practice: A multi-centre qualitative study reflecting the importance of learning on the job", *BMC Medical Education*, 13: 34.

In sintesi

Questa ricerca nasce all'interno del gruppo SIPED.CARE e, in particolare, nel gruppo di lavoro composto da docenti e ricercatori delle Università di Milano Statale, Milano Bicocca, Milano Cattolica – sede di Piacenza, Genova e Padova. Lo scopo è di valutare se i professionisti sanitari si sentono pronti per l'ingresso nel mondo del lavoro al termine della loro formazione universitaria e se il sistema sanitario, che li accoglie, predispone strategie di accompagnamento finalizzate a una reale integrazione nell'équipe di cura. A livello internazionale vi sono ricerche che indagano la percezione che hanno i neoassunti rispetto al loro livello di preparazione e vi sono studi sull'importanza che ricopre la figura del collega-esperto, o mentore, nella fase di inserimento. In Italia, non essendovi ricerche in questo ambito, si ritiene utile verificare quanto i nostri laureati si sentano pronti per assumere competenze e responsabilità legate al ruolo, anche nella prospettiva di fornire indicazioni e suggerimenti agli attuali corsi di laurea. Si analizza, inoltre, la figura del collega-esperto o mentore cui viene assegnato il neoassunto. La ricerca si inserisce in uno studio qualitativo multicentrico che si dovrebbe realizzare in alcune città italiane. In questo caso particolare si prende in esame un grande policlinico del nord Italia, con circa 4.500 dipendenti. Il metodo si avvale di interviste semi-strutturate individuali rivolte al dirigente del dipartimento delle professioni sa-

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

nitare e cui si chiede l'organizzazione del sistema di accoglienza dei neoassunti, ai due coordinatori delle Unità Operative ove vi sono state il maggior numero di assunzioni negli ultimi cinque anni al fine di comprendere come vengano individuati i mentori cui vengono assegnati i neoassunti e, infine, a 14 neoassunti. A questi vengono rivolte domande mirate a indagare se si sentissero preparati per il mondo del lavoro, come hanno gestito le eventuali difficoltà incontrate, a chi si sono rivolti in questi casi, quali elementi hanno favorito l'inserimento, se ritengono efficace la formazione pregressa universitaria, sia in aula che in tirocinio, e quali sono stati i punti di forza e di debolezza della loro formazione pregressa. Dalle interviste ai coordinatori emerge che esiste un sistema articolato di accoglienza dei neoassunti redatto per il sistema di Qualità aziendale che prevede l'accoglienza da parte di dirigenti e coordinatori, l'attribuzione a colleghi esperti che seguono i neoassunti e li valutano nel primo semestre di lavoro. Dalle interviste ai neoassunti emerge che il sistema di accoglienza presenta caratteristiche di eterogeneità nei diversi reparti; che la preparazione fornita dall'Università è soddisfacente per quanto riguarda gli aspetti di presa in carico del paziente, mentre non è considerata adeguata per quanto riguarda gli aspetti organizzativi e gestionali del reparto; infine che il tirocinio mostra anch'esso caratteristiche di disomogeneità e l'efficacia formativa dipende molto dal tutor cui si è affiancati.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

Social Network come luogo di *nursing* online post-degenza: il ruolo dell'infermiere/tutor¹

di *Stefano Bonometti e Danila Maculotti*

Introduzione

L'evolversi del profilo di competenze dell'infermiere conferma la tendenza a un incremento sempre più significativo dei livelli tecnico-specialistici connessi sia con lo sviluppo tecnologico sia con protocolli di assistenza che mirano a una correttezza oggettiva del processo di cura (Vincent, 2011). Al tempo stesso, le attese di ruolo che caratterizzano l'agire infermieristico in questa trasformazione organizzativa hanno evidenziato la necessità di ampliare le competenze definite "trasversali". Le capacità decisionali, relazionali, comunicative, di gestione della complessità dei processi rappresentano un'area di competenza che non può essere considerata solo collaterale alla professionalità dell'infermiere o relegata a una disposizione personale. Al di là di alcuni stereotipi che ancora permangono sulla professione infermieristica, centrati sull'ausiliarità del contributo dell'infermiere (Parafati e Balestreri, 2013), la progressiva riorganizzazione dei sistemi sanitari e l'evolversi dei bisogni della popolazione portano necessariamente a ridisegnare il ruolo dell'infermiere. L'attenzione verso i bisogni dei malati e la ricerca di una personalizzazione dei servizi di cura attribuiscono agli infermieri un ruolo centrale, in un'équipe multidisciplinare, finalizzato a favorire l'incontro tra cittadini e servizi di assistenza primaria, nonché nella continuità di cura.

Molte ricerche nell'ambito dell'educazione terapeutica evidenziano l'importanza della adesione del paziente e del suo progressivo incremento di competenze per gestire in autonomia e al proprio domicilio, la propria malattia, riducendo significativamente la permanenza ospedaliera e la frequenza di visite ambulatoriali (Lugoboni 2008; Engeström et al. 2003).

¹ S. Bonometti è autore dei paragrafi "Introduzione", "Framework teorico" e "Risultati". D. Maculotti è autrice dei paragrafi "Metodologia della ricerca" e "Conclusione".

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

All'interno di queste linee interpretative, emerge con forza l'intreccio con la pervasività delle nuove tecnologie digitali applicate alla dimensione sociale, dai *social network*, alle *chat* di messaggistica, ai gruppi online. L'orizzonte di studi portato avanti dal settore pedagogico-didattico per l'applicazione delle ICT (Information and Communication Technology) nell'educazione può fornire un utile punto di partenza per riflettere sulla trasformazione della dimensione relazionale anche nei percorsi assistenziali (Rossi e Rivoltella, 2012). Prossimità e immediatezza, assumono significati differenti all'interno di una dimensione web, ponendo nuovi paradigmi per l'analisi non solo dei processi educativi ma anche nei rapporti intersoggettivi.

L'enfasi data a questa dimensione, mette in luce un nuovo set di competenze per gli infermieri, direttamente collegato con le potenzialità e i limiti delle tecnologie *social*, che incrocia un bisogno di cura espresso dal progressivo spostamento del luogo di cura dall'ospedale al domicilio. Muovendo da queste prime riflessioni, è stata attivata una ricerca esplorativa con l'obiettivo di comprendere se i nuovi spazi relazionali sviluppati nei *social network* e nelle *chat* online possano offrire a determinate condizioni, possibili opportunità per una nuova prospettiva di relazione assistenziale. Analizzare esperienze assistenziali sviluppate anche con il supporto di tecnologie *social*, permette di riflettere sui vincoli e sulle risorse di queste nuove modalità di espressione della realtà sociale, all'interno delle quali passa il racconto di sé, della propria sofferenza e della propria speranza di vita.

A partire da queste domande, si è pianificato un percorso di indagine di natura qualitativa, al fine esplorare tali dinamiche all'interno di un gruppo online attivo in WhatsApp, composto da pazienti post degenti, portatori di stomia in cura presso un Istituto Ospedaliero no profit della Lombardia.

Framework teorico

Per comprendere la possibile efficacia assistenziale, relazionale ed educativa di uno setting d'interazione online, è importante definire cosa si intende per relazione infermieristica e quale connotazione è opportuno dare all'attuale esperienza comunicativa online, all'interno dei *social network*. Questo posizionamento, mette in luce i progressi scientifici e tecnologici che pervadono i mondi professionali, fra questi quello infermieristico e quell'*Information and Communication Technology* (ICT).

Gli aspetti fondativi del *nursing* emergono già dai lavori di Nightingale e Henderson, nei quali l'infermieristica si esprime come un'attività assi-

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

stenziale finalizzata a compiere tutti quegli atti tendenti al mantenimento della salute o alla guarigione, favorendo il paziente a una riconquista possibile della propria autonomia. Una ricognizione nella letteratura specialistica delle ultime due decadi svolta da Scott, Matthews e Kirwan (2014), mette in luce come il *nursing* attuale sia un fattore chiave per lo sviluppo e la continuità di un sistema di cura umano ed efficiente. L'attività assistenziale deve fornire sia un servizio tecnico-professionale sia un «trattamento umano e compassionevole, incluso il supporto psicologico ed emozionale al paziente ove necessario» (*ivi*, p. 31). Da qui emerge direttamente una formazione per il profilo infermieristico che promuova competenze tecnico-professionali e psico-socio-educative, al fine di comprendere l'intero vissuto di malattia del paziente. È necessario che questa concettualizzazione della pratica di *nursing* diventi cultura organizzativa e pratica condivisa pena un impatto negativo non solo verso la cura del paziente ma anche sulla motivazione e l'impegno dell'équipe di cura.

La società dell'informazione e della comunicazione tecnologica (ICT) ha radicalmente cambiato le modalità relazioni fra le persone, nonché le modalità di diagnosi, di trattamento e di assistenza all'interno dei contesti di cura. Una trasformazione delle pratiche professionali che ha pervaso i contesti organizzativi attraversando non poche resistenze da parte del personale sanitario. Per avere un dato riguardo al grado di pervasività dei *social media* nei contesti sociali basti pensare che nel 2016 gli utenti di internet nel mondo hanno toccato la soglia dei 3 miliardi di cui 2 sono account attivati attraverso *social media* (Kemp, 2016). In Italia, nel 2016 si sono contati 24 milioni di utenti attivi nei *social* attraverso *device* mobile. Un aspetto singolare è dato dal fatto che il fenomeno dei *social network* abbia assunto sempre più caratteristiche inter-generazionali: la platea dei loro utenti, inizialmente circoscritta ai più giovani, ha modificato la sua composizione dal punto di vista demografico, essendo attualmente rappresentata in larga misura da utenti adulti.

Questa pervasività della tecnologia evidenzia come la logica relazionale e comunicativa che si delinea ha superato l'impostazione "geografica" che può essere specificata dall'affermazione "qui è la realtà, là è il virtuale", un'impostazione che ha caratterizzato l'immaginario di Internet per almeno un ventennio dalla sua nascita. Il paradigma per osservare questi fenomeni è quello pragmatico (Rivoltella, 2003): gli scambi comunicativi avvengono sempre fra le stesse persone che appartengono allo stesso mondo, ma attraverso modalità d'azione differenti che producono cambiamenti anche sui significati. Quindi si modifica la percezione di prossimità sociale, di vicinanza-lontananza, nonché rispetto al concetto di tempo, un eterno presente dilatato in cui tutto è in tempo reale.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

Nonostante vi sia ancora ampio uso di materiale cartaceo per la comunicazione all'interno dei contesti ospedalieri molti operatori, in particolare medici, hanno iniziato a utilizzare il proprio smartphone e i *social media* per facilitare gli scambi nell'ambito della comunicazione professionale informale (Payne, Wharrad e Watts, 2012; Johnston et al., 2015) e anche in ambito formativo (Franko e Tirrell, 2012; Raiman, Antbring e Mahmood, 2017). L'utilizzo di *social network*, in particolare WhatsApp anche in ambito professionale sta divenendo una pratica diffusa anche se, il più delle volte, informale. Ciò è possibile perché WhatsApp è uno strumento per lo scambio di messaggi che non richiede particolari sovrastrutture, ha notevole semplicità d'uso e permette lo scambio di testo, immagini, emoticon,² fotografie, video. La sua potenzialità è espressa dall'uso di emoticon che rafforzano la funzione non verbale e para-verbale della comunicazione, offrendo agli interlocutori la possibilità di caratterizzare l'informazione scritta con un' enfasi para-verbale, arricchendo di conseguenza lo scambio comunicativo e la correttezza dell'interpretazione dei significati.

La professione infermieristica all'interno di questo orizzonte tecnologico può connotarsi per una rinnovata assistenza primaria, nonché nella continuità di cura rimodulando anche il rapporto tra realtà ospedaliera e territorio. Per comprendere quali nuove competenze possano arricchire l'agire professionale degli operatori sanitari diviene fondamentale osservare l'esperienza concreta, al fine di apprezzare la reale efficacia assistenziale e le modalità comunicativo-relazionali agite all'interno di questo specifico paradigma sociale.

Metodologia della ricerca

La ricerca in oggetto ha valutato indagare, secondo modalità esplorative, se una *chat* di gruppo in WhatsApp guidata da un'infermiera specializzata possa prolungare la relazione assistenziale infermieristica anche dopo la dimissione dei pazienti.

Il team di ricerca ha individuato un campione di pazienti afferenti all'Unità Operativa di Chirurgia addominale e in cura presso il servizio di assistenza infermieristica per pazienti portatori di stomia e di indistinta patologia e prognosi finale, denominato *Hole Oasis*, dal gennaio a luglio 2016. I criteri di inclusione dei pazienti e/o dei loro caregiver sono stati quelli di essere pazienti ex degenti dell'Unità Operativa di Chirurgia nell'arco degli ultimi tre mesi o in fase di dimissione, portatori di una sto-

² Il lemma «emoticon» è una piccola immagine che esprime emozioni.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

ma, in grado di possedere l'accesso e le competenze base per la gestione dell'applicazione WhatsApp, inoltre la partecipazione è stata basata sull'adesione volontaria dopo l'invito e la presentazione del progetto. I pazienti e il team di ricerca hanno firmato un accordo riguardo al rispetto della privacy e del corretto lavoro clinico, approvato dal direttore del dipartimento ospedaliero.

I pazienti attivi nel gruppo di WhatsApp sono stati 15 e la ricerca ha analizzato dal punto di vista qualitativo gli scambi tra l'infermiera e il gruppo, e fra i partecipanti, all'interno di una *chat* di gruppo in WhatsApp, aperta *ad hoc*. Il percorso di analisi ha previsto anche una rilevazione quantitativa, tramite questionario, attraverso la somministrazione in due fasi, quella d'ingresso e quella finale. In 11 hanno risposto al questionario di ingresso (t_0) e 9 hanno risposto al questionario finale (t_1 a distanza di 6 mesi). Un paziente è deceduto durante il progetto di ricerca e un paziente non ha risposto. La scelta di optare per la piattaforma WhatsApp, con la creazione di un gruppo *ad hoc*, emerge dalla valorizzazione di alcune esperienze informali e occasionali in uso presso il servizio infermieristico *Hole Oasis*, già condotte dall'infermiera specializzata, dalla facilità di utilizzo dell'applicazione, dalla possibilità di creare un contesto comunicativo-relazionale in grado di avere anche una figura moderatrice, dall'utilizzo di codici comunicativi diversi, nonché dalla facile accessibilità, dalla garanzia di privacy e dalla gratuità.

Il percorso di ricerca stato è caratterizzato da uno schema concettuale di base frutto dell'analisi della letteratura. In particolare, la relazione assistenziale infermieristica online è stata indagata secondo tre dimensioni: a) il piano relazionale, b) il supporto tecnico-professionale, c) il piano comunicativo-linguistico.

Alla luce delle dimensioni descritte sono state articolate una serie di categorie di indagine per l'analisi dei testi e declinate successivamente in item per configurare un questionario, somministrato in due fasi, in ingresso e dopo 6 mesi dall'avvio della sperimentazione. Durante la rilevazione quantitativa, si è misurato inoltre il livello di corrispondenza rispetto alle attese e il gradimento riguardo l'esperienza condotta.

I risultati dell'indagine hanno messo in evidenza elementi significativi per configurare un'attività di nursing che potremmo dire "espansa" (Engeström e Sannino, 2010; Melacarne e Bonometti, 2014), ovvero attraverso processi di cura che travalicano i confini (Engeström, 2000), un allargamento orizzontale dell'interazione (Bonometti, 2016) che prende avvio durante la degenza, e che prosegue anche attraverso ambienti online, prolungando la relazione infermieristica oltre lo spazio dell'ospedale.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

Risultati

I dati raccolti dall'indagine qualitativa, attraverso l'analisi dei messaggi scritti dai pazienti, evidenziano *in primis* una numerosità maggiore di post (60%) attribuibili alla categoria relativa alla dimensione affettiva rispetto a quella relativa al contributo tecnico professionale. Un primo aspetto da sottolineare della categoria "relazione affettiva", rivela che l'esperienza maturata nella *chat* dai partecipanti mostra un forte senso solidaristico. Questa è una dimensione importante, in quanto le persone del campione della sperimentazione non si conoscevano in presenza. All'apertura della *chat* si è attivata fin da subito un'attenzione reciproca, sviluppata attraverso la presentazione personale, inizialmente sintetica, e via via sempre più approfondita. Questa prima fase evidenzia le necessarie competenze relative alle dinamiche dei gruppi online da parte dell'infermiera specializzata che ha svolto il ruolo di tutor.

In questa primissima fase, l'infermiera ha proposto il registro comunicativo al gruppo, valorizzando la presenza e il contributo di tutti, rinnovando la propria disponibilità e ricercando un certo grado di informalità, al fine di permettere a tutti di raccontare le proprie esperienze senza eccessivi formalismi:

Grazie a te, grazie a tutti quelli che hanno accettato di entrare in questo gruppo. Qui troverete sempre, come prima, la vostra "caccologa" (infermiera).

L'intreccio di interventi che sono proseguiti nel gruppo hanno favorito la costituzione di un clima sereno e di confronto. Le personali presentazioni hanno messo in luce progressivamente gli spaccati di vita di ognuno e questa vicinanza esperienziale si è trasformata in sintonia emotiva. In questo clima sono emersi momenti di sostegno reciproco, anche clinico, che avevano come contenitore prioritario il rispetto reciproco espresso ad esempio in questo breve dialogo:

Io penso che nella vita non abbiamo mai finito di imparare...è x questo a me piacciono i consigli di persone... (paziente 1).

Sono esperienze che possono aiutare altre persone come noi che davanti ad alcuni problemi nn sanno come reagire (paziente 2).

La dinamica comunicativa nel proseguo degli scambi ha messo in luce una sorta di influenzamento reciproco fra la dimensione clinica e quella affettiva. In molti casi, la comunicazione prendeva avvio con una richiesta da parte di un paziente riguardo ad alcuni problemi clinici o specifiche assi-

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

stenziali, per poi coinvolgere anche altri pazienti e rafforzare il senso supportivo e solidaristico:

Avrei una domanda generica da porre, a scopo conoscitivo. Io uso il sistema X³ comfort 2, e mi trovo bene devo dire. Voi cosa usate o cosa consigliereste eventualmente di provare, per avere un raffronto conoscitivo? Grazie in anticipo per qualsiasi suggerimento che vogliate darmi... Io non ho ancora molta esperienza! (paziente 3).

Salve da nostra esperienza (papà è urina per) la Y è migliore di tutte le altre marche semplicemente x la leggerezza ... già solo tenerla in mano si sente lo spessore della placca è abissale. Buona giornata (paziente 2).

Buongiorno anche noi stiamo cercando il modello giusto perché mia mamma ha fatto l'intervento da poco più di una settimana per cui dovrà provare vari modelli prima di trovare il modello definitivo. Ora sta usando lo Z perché ha una forma particolare per l'esigenza attuale ma non credo sia il definitivo per non saprei perché anch'io ne so veramente poco. Anzi ne approfitto per ringraziare l'infermiera per l'attenzione, la dedizione, la pazienza e il tatto che ha con i pazienti almeno io mi riferisco al nostro caso in particolare e anche per la capacità di sdrammatizzare una situazione simile sicuramente non facile e nuova per il paziente (paziente 2).

Nel dialogo riportato i rapporti di reciprocità, anche dal punto di vista clinico mostrano altresì livelli di autonomia. Il ruolo dell'infermiera, esperta nella patologia e nel ruolo di mediatore, ha sempre un'importanza rilevante in quanto molti post hanno espresso la paura per la situazione incerta vissuta, l'ansia rispetto alla cura, in molti casi chemioterapica e ai suoi effetti collaterali. La maggior parte dei messaggi hanno espresso tematiche connesse con la dimensione relazionale affettiva esprimendo sia aspetti di preoccupazione, tristezza e sconforto sia interventi di supporto, di condivisione di buone notizie, di gioia rispetto all'esito della cura o di qualche esame. L'analisi dei testi mette in luce anche l'importanza dell'utilizzo dei segni grafici, come le *emoticon* che rafforzano il significato del messaggio, con una funzione centrale nel costruire un clima di gruppo. L'immediatezza nell'utilizzo non deve ridurre la portata della sua importanza che rafforza l'interpretazione corretta di specifici significati scritti con le parole. Rappresentano una sorta di "para-verbale" dello scritto, facilitando la comprensione dei messaggi.

La grande maggioranza degli interventi all'interno della *chat* di gruppo analizzata è stata supportata da emoticon, richiedendo all'infermiera tutor

³ Le marche dei prodotti citati dai pazienti sono state criptate, per ovvi motivi.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

un'attenzione particolare nella gestione della comunicazione. Questi aspetti hanno un ruolo centrale nella gestione del clima interno. Nei messaggi relativi alla categoria "contributo tecnico-professionale" emerge anche in questo caso il ruolo dell'infermiera, quale moderatrice delle relazioni ed esperta all'interno del gruppo. I suoi interventi nel gruppo sono stati percepiti con apprezzamento da parte dei partecipanti. Gli interventi della moderatrice/esperta mostrano sempre tempestività rispetto alla richiesta, superamento dei vincoli d'orario del proprio servizio, pieno apprezzamento da parte dei malati per la risoluzione dei problemi posti. All'interno di questo spazio relazionale specifico i pazienti hanno avuto la possibilità di un confronto diretto per valutare la necessità di una visita specialistica oppure una semplice visita presso l'ambulatorio, nonché una medicazione a livello domiciliare. Negli scambi relativi alle necessità di supporto tecnico-professionale, si è potuto osservare inoltre come il dialogo in fase iniziale si sia sviluppato tra il paziente e l'infermiera, ma nel procedere del tempo, i partecipanti abbiano portato sul tavolo della *chat* la loro esperienza e le buone prassi realizzate. Ciò evidenzia come il gruppo non sia stato solo uno spazio di richiesta personalizzata e emergenziale o una condivisione delle problematiche emotive, personali o relazionali, ma è divenuto nel tempo uno spazio di confronto sulle pratiche di cura e luogo generativo di possibili nuove soluzioni nella gestione delle stomie.

Per quanto concerne l'analisi quantitativa, la linea di tendenza delle risposte afferma l'efficacia della sperimentazione. I pazienti hanno espresso a distanza di sei mesi l'auspicio che una pratica simile possa esser estesa nella pratica quotidiana dei processi di cura. Lo spazio di confronto online all'interno di una *chat* di gruppo nel *social network* WhatsApp è stata ritenuta per la totalità dei partecipanti positiva e in grado di prolungare la relazione infermieristica oltre il periodo della degenza. Emerge con forza, come già è stato evidenziato dai dati qualitativi il ruolo dell'infermiera sia come interlocutore privilegiato per la risoluzione dei problemi sia come mediatore delle relazioni, in grado di cogliere e sostenere il clima del gruppo.

Conclusioni

L'esperienza condotta, con l'intenzione di comprendere la reale efficacia di un gruppo online attivato nell'ambiente WhatsApp per prolungare la relazione infermieristica attraverso la guida di un'infermiera tutor esperta, indica che ciò è possibile e, nelle condizioni sperimentate, è anche auspicato dai pazienti. Lo studio presenta caratterizzazioni connesse ai percorsi di ricerca esplorativa, emergenti principalmente dal ridotto numero di casi

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

analizzati, dall'identificazione di dimensioni e categorie di analisi *in progress* e a un ridotto livello di formalizzazione.

Gli elementi emersi dall'analisi, al tempo stesso, mettono in luce alcune condizioni necessarie. Fra queste si ritiene un fattore chiave la presenza di una figura di moderatore esperta sia sul piano infermieristico sia sul piano della comunicazione online, nonché competente riguardo le relazioni di gruppo. Ciò mette in luce il possibile arricchimento della professione infermieristica, della sua estensione su contesti d'azione finora inesplorati o lasciati all'occasionalità. Ciò richiede quindi una formazione su competenze trasversali sempre più puntuale e aggiornata rispetto ai nuovi bisogni di cura della società 2.0.

Bibliografia

- Bonometti S. (2016), *I contesti dell'agire educativo*, in Perla L. e Riva M.G. (a cura di), *L'agire educativo*, La Scuola, Brescia, pp. 95-107.
- Engeström Y. (2000), "Activity Theory as a framework for analyzing and redesigning work", *Ergonomics*, 43, 7.
- Engeström Y., Engeström R., Kerosuo H. (2003), "The Discursive Construction of Collaborative Care", *Applied Linguistics*, 24/3: 286-315.
- Engeström Y. e Sannino A. (2010), "Studies of expansive learning: Foundations, findings and future challenges", *Educational Research Review*, 5: 1-24.
- Franco O.I. e Tirrell T.F. (2012), "Smartphone app use among medical providers ACGME training programs", *Journal of Medical Systems*, 36, 3: 135-139.
- Lugoboni F. (2008), *Migliorare la compliance. L'utilità del colloquio motivazionale*, SEED, Torino.
- Johnston M.J., King D., Arora S., Behar N., Athanasiou T. e Sevdalis S. (2015), "Smartphones let surgeons know WhatsApp: an analysis of communication in emergency surgical teams", *The American Journal of Surgery*, 209, 1: 45-51.
- Melacarne C. e Bonometti S. (2014), "Il tirocinio universitario come setting espanso di apprendimento", *Educational Reflective Practices*, 2: 147-167.
- Parafati F. e Balestreri E. (2013), "La professione infermieristica: tra luoghi comuni e identità da difendere", *Italian Journal of Nursing*, 8: 37-40.
- Payne K.B., Wharrad H. e Watts K. (2012), "Smartphone and medical related app use among medical students and junior doctors in the United Kingdom (UK): a regional survey", *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 12: 121.
- Raiman L, Antbring R e Mahmood A. (2017), "WhatsApp messenger as a tool to supplement medical education for medical students on clinical attachment", *BMC Medical Education*, 17: 7.
- Rivoltella P.C. (2003), *Costruttivismo e pragmatica della comunicazione online*, Erickson, Trento.
- Rossi P.G. e Rivoltella P.C. (a cura di) (2012), *L'agire didattico. Manuale per l'insegnante*, La Scuola, Brescia.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

Scott P.A., Matthews A. e Kirwan M. (2014), "What is nursing in the 21st century and what does the 21st century health system require of nursing?", *Nursing Philosophy*, 15: 23-34.

Vincent C. (2011), *La sicurezza del paziente*, Springer, Milano.

Sitografia

Kemp (2016). *Report Digital in 2016*, disponibile al sito <http://wearesocial.com/it/blog/2016/01/report-digital-socialmobile-in-2016>, consultato in data 20 luglio 2017.

In sintesi

La ricerca indaga, secondo modalità esplorative, se una *chat* di gruppo in WhatsApp guidata da un'infermiera tutor specializzata possa prolungare la relazione assistenziale infermieristica anche dopo la dimissione dei pazienti. Il ruolo e le competenze dell'infermiera sono stati analizzati per comprendere l'estensione del profilo e i possibili nuovi sviluppi professionali. I risultati dell'indagine hanno messo in evidenza elementi significativi per configurare un'attività di nursing che potremmo dire "espansa", attraverso processi di cura che travalicano i confini, un allargamento orizzontale dell'interazione che prende avvio durante la degenza e che prosegue anche attraverso ambienti online, prolungando la relazione infermieristica oltre lo spazio dell'ospedale.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

La Group Care come cura educativa e clinica. La persona con diabete tipo 1, il vissuto e il processo di adattamento alla malattia¹

di Marina Trento, Stefano Merlo, Olga Durando, Serena Rapetti, Franco Cavallo e Massimo Porta

Il contesto. La persona e la malattia

Per comprendere al meglio il contesto della nostra esperienza, dobbiamo ricordare che la diagnosi di malattia, nell'esistenza di una persona, può rappresentare una rottura biografica nella misura in cui impone e richiede non solo modifiche nell'organizzazione concreta della vita, ma mette anche in crisi il senso dell'esistenza degli individui, l'immagine che hanno di se stessi e le spiegazioni che essi danno alla loro stessa esistenza (Zannini, 2001). La malattia cronica si può presentare con una crisi improvvisa che richiede l'ospedalizzazione; altre volte si insinua nella vita di una persona, fino a quando in entrambi i casi si scopre la sua esistenza. Mentre la malattia acuta può rappresentare una perdita temporanea della condizione di salute, la cronicità segnala la perdita definitiva della condizione antecedente alla diagnosi. Questa perdita prelude a un più lungo e importante processo di cambiamento che porterà la persona stessa a ristabilire un equilibrio psicofisico e assumere nel tempo un nuovo ruolo e identità (Trento, 2014).

Per comprendere la complessità del problema va ricordato che il diabete di tipo 1 (DT1), chiamato anche insulino-dipendente o giovanile, è una malattia autoimmune provocata da una modifica immunitaria che distrugge specifiche cellule del pancreas, preposte alla produzione di insulina, ormone utile alla sopravvivenza (Pagano, 2001). Va sottolineato che la persona con DT1 deve effettuare quotidianamente, per sopravvivere, quattro o più iniezioni giornaliere di insulina, dopo aver misurato la propria glicemia pungendosi ripetutamente i polpastrelli, oltre a verificare l'apporto calorico rispetto all'alimentazione. Il successo della terapia è dato dalla misura dell'emoglobina glicosilata, un esame del sangue che fornisce un andamento della glicemia nel corso dei 2-3 mesi precedenti (Diabetes Control and Complications Trial DCCT, 1993). Nel corso

¹ Marina Trento è responsabile del progetto e ha scritto l'intero capitolo.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

degli anni la malattia può progredire e causare una serie di problemi denominati "complicanze" che vanno a intaccare alcuni organi del corpo quali: occhi, cuore, reni e sistema nervoso periferico.

Sulla base di questo quadro clinico, possiamo dedurre che le persone con DT1 hanno la necessità di saper gestire la malattia (Snoek e Skinner, 2005) e, al contempo, necessitano di un adeguato supporto per procedere nel processo di adattamento cognitivo ed emotivo finalizzato ad acquisire la capacità di integrare la malattia nell'esistenza quotidiana (Winkley, Landau, Eisler e Ismail, 2006). Sulla base di queste considerazioni il nostro gruppo di ricerca ha elaborato un nuovo modello di Educazione Terapeutica del Paziente (ETP) finalizzato ad aiutare la persona con DT1 nel processo di cambiamento e ricostruzione del sé. Va ricordato che il modello educativo, denominato *Group Care* (GC), prevede il coinvolgimento di diversi professionisti e ha permesso di dimostrare il reale beneficio in termini di miglioramento dell'empowerment e controllo metabolico nelle persone con DT1 (Trento, 2005; 2009).

Scopo dello studio

Per questo progetto di ricerca si è voluto rilevare e comprendere quale fosse il vissuto esperienziale e il processo di adattamento di malattia in un gruppo di pazienti con DT1.

Le persone, le metodologie e la verifica del percorso educativo

Per questo studio sono stati coinvolti 83 pazienti con DT1, seguiti nell'arco di due anni. Tutti i pazienti dovevano avere più di 23 anni di età e frequentare l'ambulatorio dell'adulto da almeno cinque anni. A tutti i pazienti era stato richiesto il consenso informato sulla base degli standard internazionali per la partecipazione a progetti di ricerca in ambito clinico ed educativo (Levine, 1993). Va ricordato che lo studio, nell'ambito tecnico scientifico, era di tipo osservazionale prospettico. Per valutare l'efficacia dell'intervento si era definito di procedere in una verifica di tipo plurimodale della costruzione della realtà (Gagnayre, 2006) utile a rilevare la complessità dell'azione educativa che si stava delineando.

Dal punto di vista clinico le persone coinvolte dovevano avere DT1, aver iniziato l'insulina sin dalla diagnosi e svolgere il controllo a domicilio della glicemia. I pazienti svolgevano le visite diabetologiche con il medico di riferimento, secondo gli standard di cura italiani per il diabete. Ogni tre mesi veniva

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

misurata l'emoglobina glicata e la glicemia. Inoltre venivano rilevati il peso e i livelli pressori; una volta all'anno veniva misurato colesterolo e trigliceridi e svolto lo screening per le complicanze del diabete. Le ipoglicemie, ovvero le reazioni ai cali improvvisi delle glicemie, erano annotate a ogni visita diabetologica.

Il percorso educativo della GC prevedeva sessioni di 1 ora, ogni 3-4 mesi, per gruppi di 9/10 partecipanti, condotte da una pedagoga con il supporto di un educatore professionale e uno psicologo (Trento, 2009). Dal punto di vista educativo i pazienti erano stati coinvolti in un processo volto a riconoscere la malattia e individuare le strategie da utilizzare per affrontare la gestione di essa nella vita quotidiana. In particolare, l'attenzione era rivolta a due aspetti individuati dall'équipe educativa e dal gruppo di pazienti:

- favorire la riflessione sui personali vissuti di malattia;
- acquisire la consapevolezza dei propri valori e l'impegno a portarli avanti.

Si era voluto, altresì, verificare in che modo l'intervento educativo potesse modificare atteggiamenti e percezioni da parte dei pazienti relativamente alla loro malattia. A tal fine erano stati utilizzati cinque questionari atti a rilevare:

1. la Qualità di Vita, mediante il *Diabetes Quality of Life*, specifico per le persone con DT1. Le dimensioni misurate sono: soddisfazione, impatto, preoccupazioni legate al diabete e alla vita in generale, per un totale di 46 items con risposte su scala Likert o scala qualitativa. Ad alto punteggio corrisponde una peggiore qualità di vita (DCCT, 1988; Mannucci et al., 1994);
2. la percezione del disagio attraverso il *Locus of Control*, formato da 18 items, in grado di esplorare la coerenza interna nella capacità di affrontare le situazioni, la fiducia posta negli altri e l'esternalità del problema. Ad alti punteggi corrisponde un atteggiamento positivo (Peyrot, 2005);
3. i livelli di autostima mediante la scala di Rosemberg, composta da 10 items. La persona manifesta il proprio grado di accordo su una scala qualitativa. A punteggio totale superiore corrisponde un livello superiore di autostima (Rosemberg, 1965);
4. l'atteggiamento della persona nelle situazioni articolate di scelta mediante il *Coping Strategy Indicator* composto da tre dimensioni: la capacità di trovare soluzioni, la ricerca del supporto sociale e l'evitamento (Prezza M, 1997);
5. i livelli di ansia e depressione mediante la *Hospital Anxiety e Depression Scale* (HADS). Il questionario è composto da 14 item con risposta multipla dove ad alto punteggio corrisponde un peggiore livello di ansia e/o depressione (Zigmond, 1983).

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

È opportuno ricordare che l'équipe coinvolta nel percorso educativo aveva esperienza nella TPE e aveva elaborato la messa a punto del progetto educativo con l'obiettivo di costruire percorsi di autoriflessione volti a comprendere la complessità della relazione terapeutica all'interno della cura oltre a comprendere l'esperienza di malattia. Per gli operatori l'obiettivo era quello di mantenere, nel corso delle sessioni di GC, un atteggiamento assertivo comprensivo di una buona immagine di sé, una adeguata comunicazione e libertà espressiva.

In tale cornice concettuale si era ricorsi alla scrittura come parte integrante del percorso educativo con la finalità di raccogliere le osservazioni, i desiderata dei partecipanti. Le osservazioni erano state analizzate mediante analisi del contenuto per accedere direttamente ai significati dei differenti segmenti che componevano i testi (Bardin, 1989). L'analisi del contenuto era stata effettuata da un educatore professionale con formazione nell'ambito sociosanitario. Gli eventuali dubbi di attribuzione di significato erano stati riconsiderati in maniera indipendente dal pedagogista. Attraverso un processo di concettualizzazione delle risposte erano state individuate le unità comunicative e successivamente erano stati individuati i nuclei focali intesi come termini intorno ai quali si organizzavano le frasi. Nell'analisi delle unità erano state individuate due principali categorie o macroaree:

- atteggiamento verso la malattia;
- empowerment.

Con le due categorie era possibile considerare il costrutto ipotetico che riguardava il punto di vista positivo o negativo di una persona nei confronti della realtà e contesto sociale in cui viveva. Tra gli atteggiamenti positivi era stata inclusa l'identificazione e consapevolezza del problema. Tra gli atteggiamenti negativi era stata inclusa l'insoddisfazione e i sentimenti negativi rispetto a una situazione e/o problema. Per empowerment avevamo considerato il processo che consente a un individuo di pensare e agire in maniera autonoma e sentirsi in grado di prendere il controllo del proprio destino e di agire in esso.

Risultati

Il progetto aveva coinvolto 51 uomini e 32 donne con una età media di 35.7 ± 11.9 anni e con una durata di malattia di 20.8 ± 10.4 anni. I pazienti che avevano partecipato al progetto erano prevalentemente diplomati, insegnanti e single e tutti avevano completato il percorso educativo partecipando alle singole sessioni della GC per un totale di 14 incontri.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

Per quanto riguarda la valutazione clinica si osservava al termine dello studio un trend in discesa dell'emoglobina glicata (7.9 ± 1.1 vs 7.7 ± 1.0 ; $p = 0.06$) e si poteva rilevare un numero minore di ipoglicemie tra i pazienti che avevano partecipato al percorso educativo. Per quanto riguarda la verifica mediante i questionari l'analisi dei punteggi, svolta con analisi univariate, esprimendo i punteggi come medie e deviazioni standard, mostrava un miglioramento nel punteggio totale della qualità di vita ($p < 0.001$), nella soddisfazione per il trattamento ($p < 0.01$) e impatto di malattia ($p < 0.001$); un miglioramento nell'autostima ($p < 0.01$) con una diminuzione nei livelli di ansia e depressione ($p < 0.001$). Non si osservavano modifiche nelle altre dimensioni studiate.

Tab. 1 – Punteggi dei questionari all'inizio dello studio e dopo 2 anni. I punteggi sono espressi come medie e deviazioni standard

	Inizio studio	Dopo 2 anni	Significatività (inizio-fine) p value
<i>N pazienti</i>	83	80	
<i>Qualità di Vita</i>			
Soddisfazione	28.0 ± 6.6	26.3 ± 5.4	< 0.01
Impatto di malattia	32.1 ± 5.6	29.2 ± 5.2	< 0.001
Preoccupazioni generali	9.6 ± 4.0	9.3 ± 3.0	NS
Preoccupazioni per il diabete	7.5 ± 2.6	7.3 ± 2.8	NS
Punteggio Totale	77.2 ± 13.7	72.2 ± 11.1	< 0.001
<i>Locus of control</i>			
Internalità	26.8 ± 4.7	27.4 ± 4.2	NS
Fatalismo	12.0 ± 5.5	11.5 ± 5.1	NS
Fiducia negli altri	20.8 ± 4.7	21.5 ± 4.1	< 0.05
<i>Autostima</i>			
Autostima	32.2 ± 3.3	33.2 ± 2.9	< 0.01
<i>Coping</i>			
Problem solving	27.1 ± 3.9	27.4 ± 3.8	NS
Supporto sociale	22.4 ± 4.9	22.6 ± 4.1	NS
Evitamento	18.2 ± 4.0	17.4 ± 3.9	NS
<i>Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)</i>			
Ansia	7.5 ± 3.7	5.0 ± 2.1	< 0.001
Depressione	4.7 ± 3.3	3.6 ± 2.3	< 0.001

Per quanto concerne l'analisi delle narrazioni, successivamente al processo di concettualizzazione delle risposte e individuazione delle unità comunica-

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

tive e nuclei focali intesi come termini intorno ai quali si organizzavano le frasi, era stato possibile rilevare che i termini più utilizzati dai pazienti con DT1 per definire il percorso educativo erano stati: *confronto, conoscenza, educazione, amicizia, spazio per me*. I pazienti che partecipavano alla GC utilizzavano termini con una connotazione positiva e non si rilevava l'utilizzo di termini medicalizzati o con connotazione negativa.

Discussione

Questa ricerca ha permesso di dimostrare che mediante un percorso di ETP è possibile aiutare le persone con DT1 ad affrontare le situazioni e i problemi legati al mantenimento di un buon equilibrio metabolico, cogliere la sintomatologia della malattia e affrontarla senza farsi sopraffare da essa. Il ridotto numero di ipoglicemie, nel corso dei due anni, evidenziava una maggiore sicurezza e autonomia da parte dei pazienti con DT1. Al contempo le risposte fornite ai questionari sulla qualità di vita mostravano che tra i pazienti con DT1 si modifica la percezione della malattia e il suo impatto nella vita quotidiana. Si poteva osservare una diminuzione dei punteggi nelle dimensioni dell'ansia e depressione mostrando una capacità di autonomia libera da atteggiamenti ansiosi e depressivi.

Le persone con DT1 erano state in grado di attribuire un significato alla propria esperienza personale elaborando atteggiamenti utili a superare l'incertezza che può provocare la presenza di malattia. Curarsi bene con il diabete richiede modifiche di comportamento, l'acquisizione di nuove abitudini e l'abbandono di quelle antiche. Tutto questo non è facile per la maggior parte delle persone poiché significa aggiustare il proprio quadro di riferimento in relazione a obiettivi di vita, rapporto con il cibo, tradizioni, norme e credenze sulla salute. Il recupero del sé si era reso possibile attraverso la condivisione di un ambiente sufficientemente valido e capace di offrire supporto al cambiamento e ristrutturazione cognitiva. Da questo punto di vista le storie dei pazienti, gli eventi significativi della vita, il linguaggio, le rappresentazioni di malattia, i modi di elaborare il problema, avevano favorito le opportunità di sviluppo di ipotesi di alleanza tra gli operatori coinvolti e i pazienti (Trento, 2014).

L'osservazione e il dialogo continuo con i malati erano stati punti fondamentali per comprendere, attraverso la loro esperienza diretta, cosa fosse il diabete, cosa potesse significare vivere con una malattia cronica, cosa cambia nel corso della vita, quindi tutte quelle mille sfumature che coinvolgono le emozioni e gli affetti, ma soprattutto come cambia la percezione del futuro e quali sono i desideri e i progetti che si vogliono concretizzare,

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

nonostante la malattia. Il momento educativo si era caratterizzato per un tempo nel quale l'esperienza personale dei pazienti diventava, all'interno del gruppo, veicolo di formazione e apprendimento. L'operatore, con il suo bagaglio di conoscenze ed esperienze, aiutava il soggetto a imparare, immergendosi nelle situazioni della vita reale dei pazienti e tornando a un modo di guardare le situazioni e i problemi più "laico", ossia meno specialistico (Montagna e Zannini, 2012). I termini evidenziati, mediante la raccolta delle narrazioni, avevano ulteriormente sottolineato le dimensioni del confronto e amicizia come valori utili per favorire l'apprendimento e lo sviluppo della conoscenza.

Come operatori si tratta di assumere un nuovo ruolo: non solo dispensare aiuto e prescrivere terapie, ma fornire strumenti, conoscenze e capacità affinché ogni persona possa davvero diventare autonoma. L'obiettivo non è quello di offrire la mediocrità, ma quello di aiutare la persona ad aiutarsi, renderla capace di affrontare i problemi in maniera autonoma e accettare i conflitti, non più come minaccia della propria identità, ma come momenti di crescita.

Bibliografia

- Bardin L. (1989), *L'analyse de Contenu*, PUF, Paris.
- Gagnayre R. (2006), "Approche conceptuelle d'un dispositif d'évaluation pédagogique du patient"; *Pédagogie Médicale*, 7: 31-42.
- Levine R. (1993), "New international ethical guidelines for research involving human subjects", *Annals of Internal Medicine*, 15: 339-341.
- Mannucci E., Mezzani B., Conti A. e Rotella C.M. (1994), "Valutazione della qualità della vita nei pazienti adulti diabetici di tipo I", *Il Diabete*, 6: 223-228.
- Montagna L. e Zannini L. (2012), *L'approccio di counseling nei processi di educazione del paziente*, in Pellai A. (a cura di) *Igiene e sanità pubblica. educazione sanitaria. Strategie educative e preventive per il paziente e la comunità*, Piccin, Padova, pp. 121-152.
- Pagano, G.F. (2001), *Sinossi diabetologica*, Pacini Editore, Milano.
- Peyrot M., Rubin R., Lauritzen T., Snoek F., Matthews D. e Skovlund S. (2005), "Psychosocial problems and barriers to improved diabetes management: results of the Cross-National Diabetes Attitudes, Wishes and Needs (DAWN) Study", *Diabetic Medicine*, 22: 1379-1385.
- Prezza M. e Trombaccia A. (1997), "La scala dell'autostima di Rosenberg: traduzione e validazione italiana", *Bollettino di Psicologia Applicata*, 223: 35-44.
- Rosenberg M. (1965), *Society and the adolescent self-image*, Princeton University Press, Princeton, NJ.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

- Snoek F. e Skinner T. (2005), *Psychology in diabetes care*, John Wiley & Sons, London, UK.
- The DCCT Research Group (1988), "Reliability and validity of a diabetes quality-of-life measure for the Diabetes Control and Complications Trial", *Diabetes Care*, 11: 725-732.
- The DCCT Research Group (1993), "The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of long-term complications in insulin-dependent diabetes mellitus", *New England Journal Medicine*, 329: 977-986.
- Trento M. (2014), "Educazione e storie di vita: per una teoria della formazione", *Giornale Italiano di Diabetologia*, 34: 181-187.
- Trento M., Borgo E., Kucich C., Passera P., Trinetta A., Charrier L., Cavallo F. e Porta M. (2009), "Quality of life, coping ability and metabolic control in patients with type 1 diabetes managed by group care and a carbohydrate counting programme", *Diabetes Care*, 32,11: e134.
- Trento M., Passera P., Borgo E., Tomalino M., Bajardi M., Brescianini A., Tomelini M., Giuliano S., Cavallo F., Miselli V., Bondonio P. e Porta M. (2005), "A 3-year prospective randomized controlled clinical trial of group care in type 1 diabetes", *Nutrition Metabolism Cardiovascular Disease*, 15, 4: 293-301.
- Winkley K., Landau S., Eisler I. e Ismail K. (2006), "Psychological interventions to improve glycaemic control in patients with type 1 diabetes: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials", *British Medical Journal*, 8: 333-365.
- Zannini L. (2001), *Salute, malattia e cura*, FrancoAngeli, Milano.
- Zigmond A. e Snaith R. (1983), "The Hospital Anxiety and Depression Scale", *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67: 361-370.

In sintesi

La diagnosi di malattia assume per ogni persona una connotazione sempre diversa e unica nella sua rappresentazione. La malattia nel suo estricarsi provoca una rottura biografica ed esistenziale che va a modificare l'immagine di sé e l'identità personale. Talvolta, la permanenza di malattia e il suo trasformarsi in cronicità richiede ancor più un processo di adattamento cognitivo ed emotivo finalizzato ad acquisire la capacità di integrare la malattia nell'esistenza quotidiana. In tal senso l'educazione del paziente si delinea come un lento e graduale processo di ricostruzione del sé finalizzato a sostenere la persona verso il cambiamento e un nuovo stile di vita. In questi anni abbiamo elaborato un modello di Educazione Terapeutica del Paziente (ETP), denominato *Group Care*, con lo scopo di promuovere un apprendimento e responsabilizzazione verso l'assunzione di comportamenti che evitino l'insorgere di complicanze future, legate alla patologia, e consentano alla persona di ritrovare una propria progettualità esistenziale. In

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

questo progetto di ricerca si è voluto rilevare e comprendere quale fosse il vissuto esperienziale e il processo di adattamento di malattia in un gruppo di pazienti con diabete tipo 1. Il percorso educativo di ETP svoltosi nell'arco di due anni ha coinvolto 83 persone con diabete tipo 1, prevedendo sessioni educative di 1 ora, ogni 3-4 mesi, per gruppi di 9/10 partecipanti, condotti da una pedagoga con il supporto di un educatore professionale e un giovane psicologo. Pazienti e operatori sono stati coinvolti in un percorso di analisi di malattia con particolare attenzione alla storia del progetto educativo e alla sua evoluzione. Il percorso di ETP ha favorito la riflessione sui vissuti di malattia favorendo lo sviluppo dell'autonomia tra le persone con diabete tipo 1. Le informazioni e rappresentazioni dei pazienti sono state utilizzate con uno sguardo pedagogico all'interno della relazione terapeutica per favorire nuove condotte di salute e una presa in carico globale della persona, non solo per le componenti biologiche di malattia, ma anche per le dimensioni esistenziali, in una ottica di formazione del paziente oltre che di riflessività per l'équipe curante.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

Soddisfare i bisogni culturali dei pazienti migranti e le loro famiglie nelle cure palliative: le percezioni dei professionisti sanitari

di *Carmen Diana Pantaru, Lorenza Garrino e Valerio Dimonte*

Introduzione

L'Italia si sta trasformando in modo costante in una società sempre più multietnica e multiculturale. La percentuale di cittadini stranieri sul totale della popolazione residente continua ad aumentare passando dal 6,8% del 2012 all'8,3% del 2016. Per via dell'aumento del numero di migranti che si stabiliscono in Italia, ma anche perché una grave malattia e la morte sono eventi imprevedibili che si sottraggono al controllo individuale, diventa imperativo per le istituzioni sanitarie iniziare ad affrontare gli aspetti culturali anche nell'ambito delle cure palliative, dove ormai le migrazioni stanno facendo sentire il loro peso. Secondo alcuni autori, gli infermieri che hanno assimilato il sistema culturale della biomedicina – basato sulla concezione scientifica della malattia – possono sperimentare difficoltà nel comprendere, interpretare e fronteggiare le visioni dell'Altro nella loro pratica. Una ricerca che focalizza il fenomeno della diversità culturale descritto dalla prospettiva degli infermieri operanti nell'ambito delle cure di fine-vita può cogliere elementi di criticità e fornire informazioni sulle possibili soluzioni indirizzate al miglioramento della qualità dell'assistenza ai migranti nella fase terminale della loro malattia e alle loro famiglie.

Il contesto

Questa ricerca si svolge nel territorio piemontese con il coinvolgimento dei distretti sanitari di Alba e Bra dell'ASL CN2 che gestisce i servizi sanitari su un territorio che comprende 76 comuni con una popolazione che al 2016 è di 171.263 residenti, di cui circa 19.821 sono di nazionalità non italiana, rappresentando l'11,6% del totale dei residenti (tab. 1).

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

Tab. 1 – Stranieri per 100 residenti - Anno 2014

<i>Realtà di riferimento</i>	<i>% totale dei residenti stranieri</i>
ASL CN2	11,5
Distretto 1 Alba	11,8
Distretto 2 Bra	11,2
Provincia Cuneo	10,3
Regione Piemonte	9,6

La Struttura Operativa Complessa Cure Primarie e Domiciliari CN2 rappresenta il servizio che garantisce assistenza domiciliare ai pazienti in fase avanzata di malattia cronico-degenerativa e oncologica, fornendo assistenza clinica (terapie di supporto, sollievo dai sintomi, ecc.) e supporto pratico alla famiglia della persona assistita, sui territori distrettuali di Alba e Bra. L'attività di assistenza domiciliare integrata (ADI), svolta dal servizio di Cure Domiciliari, include anche l'erogazione di Cure Palliative (ADI-CP) per le persone nella fase terminale della loro malattia, su proposta del medico di medicina generale (MMG).

Obiettivo dello studio

Lo scopo del presente studio è esplorare i processi sociali che guidano l'agire degli infermieri delle cure palliative per assistere le persone appartenenti ad altre culture, arrivando a costruire una teoria esplicativa alla base di tali processi.

Soggetti e metodi

Disegno di studio

La ricerca è uno studio esplorativo di tipo qualitativo che utilizza come quadro metodologico la *Grounded Theory* (GT), come descritta da Glaser e Strauss (2009). L'interazionismo simbolico descritto dai sociologi Mead (1934) e Blumer (1969), ha fornito le basi filosofiche per la GT e ha guidato la domanda di ricerca, le domande dell'intervista, la raccolta e il metodo di analisi dei dati.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

Partecipanti

È stato utilizzato il campionamento teorico¹ per reclutare un campione non casuale di infermieri che lavorano nelle Cure Domiciliari. Gli infermieri coinvolti nello studio garantiscono le cure palliative all'interno del modello assistenziale ADI-CP, sui territori distrettuali di Bra, Cherasco, Magliano Alfieri, Grinzane Cavour, Montà e Canale d'Alba, (centri con il maggior numero di residenti stranieri) e hanno accettato volontariamente di essere sottoposti all'intervista condotta per la ricerca.

Modalità di raccolta dati

La raccolta dati è avvenuta nel periodo compreso tra gennaio e febbraio 2016. Il principale strumento utilizzato è rappresentato dall'intervista, con un orientamento che cercasse di far convergere sia la strutturazione parziale tipica dell'intervista discorsiva semi-strutturata, sia le attenzioni alla relazione, proprie dell'intervista conversazionale. I partecipanti sono stati incoraggiati a descrivere tutti gli aspetti della loro esperienza così come emergano spontaneamente durante l'intervista. Tutte le interviste, svolte durante l'orario di servizio nelle sedi degli ambulatori infermieristici territoriali, sono state audio registrate. La trascrizione integrale è stata preceduta dall'assegnazione di un codice numerico che identificava l'intervista (1-14) e da una scheda comprensiva di dati sulle esperienze formative e professionali dell'operatore sanitario. Ogni trascrizione è stata integrata con le riflessioni e le considerazioni che spontaneamente sono emerse durante o subito dopo l'intervista. La proposta per lo svolgimento dello studio è stata approvata dalla Direzione Generale ASL CN2. L'intervista è stata condotta in modo individuale, nello studio infermieristico del territorio presso il quale l'operatore sanitario prestava servizio, per garantire la privacy dei partecipanti. Gli infermieri hanno aderito in modo volontario e hanno avuto la possibilità di scegliere l'ora e la data dell'incontro (durante l'orario di servizio), per favorire la loro apertura e disponibilità. I partecipanti disposti a condividere i loro vissuti esperienziali hanno voluto restare anonimi. Prima della realizzazione delle interviste i professionisti sanitari sono stati informati verbalmente delle finalità e degli obiettivi della ricerca e il consenso informato è stato acquisito subito prima delle interviste individuali.

¹ Nella *Grounded Theory* non sono fissati limiti al numero di partecipanti intervistati o alle fonti dei dati (Cutliffe, 2000). Il campionamento nella GT è di conseguenza teorico, più che propositivo (Glaser e Strauss, 2009).

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

Modalità di analisi dei dati

Per analizzare i dati delle interviste sono stati applicati i processi chiave utilizzati nella GT, tra cui la codifica aperta, assiale e selettiva. Lo scopo del processo di codifica è quello di concettualizzare i dati raccolti attraverso l'analisi e l'identificazione di tutti i processi e modelli presenti nelle interviste. Per la generazione della teoria, in questo studio è stata usata la tecnica della comparazione costante per raccogliere, codificare e analizzare i dati contemporaneamente. Progressivamente, la variabile *core* è stata sviluppata attraverso un processo costante di riduzione e confronto dei dati. La struttura teorica dello studio è stata ricavata mentre le sotto-categorie e le categorie principali venivano collegate man mano.

Risultati

Il campione è formato da 14 infermiere di origine e madrelingua italiana, con una media di anzianità professionale di circa 27 anni (*range* 15-33). La media di attività lavorativa nell'ambito delle cure domiciliari è di 15 anni (*range* 5-20). Tutte le infermiere intervistate erano in possesso del diploma regionale e 3 di loro hanno conseguito titoli di studio post-base. Dallo studio sono emerse tre categorie principali e sei sottocategorie (tab. 2). La relazione tra di loro ha generato la teoria *dell'impegno interculturale*, che spiega come gli infermieri operanti nel campo delle cure palliative cerchino di fare del loro meglio per soddisfare i bisogni culturali dei migranti in fase terminale e della loro famiglia.

Tab. 2 – Categorie principali e sottocategorie emerse dai dati

<i>Categorie principali</i>	<i>Sottocategorie</i>
1. Il non sapere	a. Garantire assistenza infermieristica uguale a tutti b. Formazione e autoformazione come risorsa
2. Soddisfare i bisogni culturali	a. Preservare la centralità della persona b. Rispettare le esigenze culturali
3. Abbattere le barriere socio-culturali	a. Affrontare le difficoltà linguistiche e sociali b. Affrontare la mancanza di risorse

La rappresentazione del modello teorico come relazione tra le categorie, sottocategorie e la variabile *core* viene illustrata nella fig. 1.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

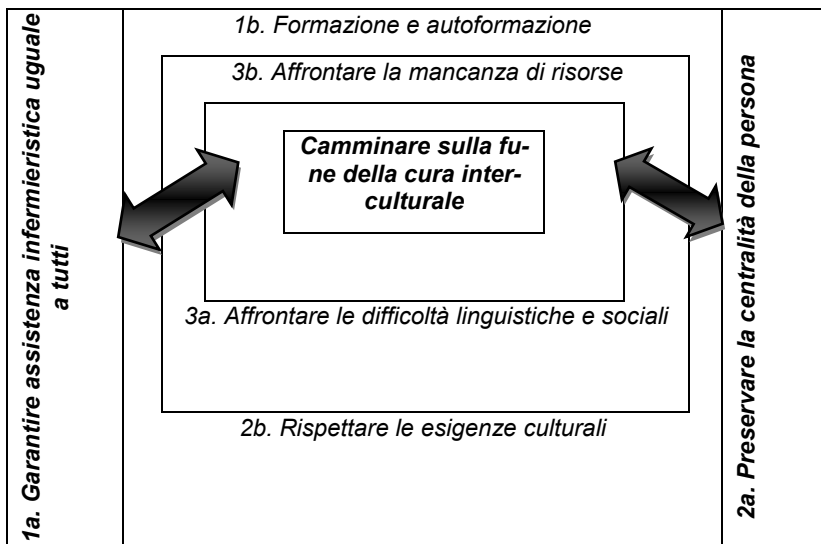


Fig. 1 -Variabile core e rappresentazione del modello teorico

Il non sapere

Gli operatori intervistati, mettendo in discussione le dimensioni emotive della cura interculturale nel contesto del fine vita, si sentono perlopiù impreparati, avvertono incertezze e forti dubbi sull'adeguatezza dell'assistenza garantita ai migranti morenti. Nel loro agire quotidiano vi è la paura di sbagliare, di offendere o di perdere la fiducia delle persone appartenenti a una cultura diversa, sentimenti che limitano gli spazi audaci della cura:

Ci sono spesso problematiche che originano dalla mancanza di conoscenza sulla loro cultura, per cui l'infermiere ha paura di dire e fare determinate cose che possono offendere, o in qualche modo turbare (intervista 12).

Di fatti, la maggior parte ha asserito di assistere tutte le persone in maniera indifferenziata, indipendentemente dalla loro provenienza socio-culturale, poiché i bisogni di assistenza infermieristica, specialmente in fase di terminalità sono uguali per tutti:

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

I bisogni fondamentali meno male sono quelli per tutti. Noi, come professionisti sanitari abbiamo un codice deontologico [...] È già insita nella professione che svolgiamo: non abbiamo lingua, religione, etnia. Se sei un delinquente, io ti garantisco la stessa assistenza di un altro (intervista 9).

Soddisfare i bisogni culturali

Tutti gli intervistati concordano sul fatto che l'assistenza al morente migrante richiede uno sforzo aggiuntivo rispetto all'assistenza di un paziente terminale appartenente al medesimo orizzonte culturale dell'operatore. Un aspetto interessante che è emerso dalle testimonianze degli operatori sanitari riguarda i sentimenti di soddisfazione e gratificazione professionale, che hanno vissuto per aver accompagnato il migrante morente nel suo ultimo grande desiderio, quello di morire a casa sua. Di fatti, anche se in tante situazioni era proprio difficile pensare a un possibile trasferimento della persona morente nella terra d'origine, per le condizioni avanzate di malattia, gli infermieri si sono mobilitati (assumendosi anche delle responsabilità non indifferenti) e hanno fatto del loro meglio per riuscire a esaudire quest'ultimo bisogno culturale: accompagnare il migrante morente a ritrovare il riposo nel paese natale, laddove lo si può immaginare più pieno:

Questo ragazzo era in un evidente stato terminale, ma ha voluto tanto ritornare a casa sua [...] Insieme al medico, agli assistenti sociali abbiamo organizzato tutto, in modo che questo ragazzo andasse nella sua terra (intervista 2).

Alcuni intervistati hanno rammentato che nell'assistenza alle persone provenienti da altri contesti culturali, l'enfasi sulla dimensione culturale può distogliere lo sguardo del professionista sanitario dalla persona e la sua individualità:

Per me, non perché tu sei arabo, ti devo trattare in modo diverso; per me sei una persona con bisogni di salute e io sono qui per cercare di esaudirli [...] Noi dobbiamo mettere al centro dell'assistenza la persona e il suo bisogno di salute (intervista 6).

Nelle interviste sono stati descritti diversi esempi di interventi assistenziali attraverso i quali gli infermieri hanno provato di rispondere a specifici bisogni culturali, tra cui quelli legati alla cura della salma. Nella maggior parte dei casi si arrivava all'accettazione ed integrazione dei bisogni culturali espressi del migrante e la sua famiglia:

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

Nella cultura musulmana gli uomini non sono autorizzati a toccare le donne [...] Dobbiamo soddisfare questa loro esigenza perché probabilmente per loro è molto importante (intervista 14).

Abbatere le barriere socio-culturali

Rispondendo alla differenza culturale di fronte alla morte e al morire, i professionisti sanitari affrontano sfide che spesso risultano difficili da gestire. Sicuramente, la barriera linguistica rappresenta un problema fortemente sentito da tutti gli intervistati. La difficoltà di comunicare, in alcune situazioni assume connotazioni drammatiche, potendo inficiare la relazione assistenziale, perché è il primo ostacolo che l'infermiere incontra con una persona e la sua famiglia proveniente da una cultura altra:

La comunicazione con lei era praticamente impossibile [...] Si faceva capire a gesti, oppure quando era presente qualche familiare che ci traduceva e oltre la sofferenza c'era la solitudine... quasi tutto il giorno rimaneva da sola (intervista 12).

Le figure facilitatrici e di mediazione ricordate dagli interlocutori sono: 1) il mediatore professionale, dello stesso ambito di riferimento culturale o aria geografica della persona assistita; 2) l'operatore sanitario emigrato, che somma competenza sanitaria e culturale consentendo di evitare la voce di costo di ricorso a figure professionali esterne; 3) parenti e bambini, esponenti delle seconde generazioni che studiano in Italia, con una buona conoscenza della lingua italiana, ma anche della madrelingua/cultura della persona assistita.

Spesso, il personale sanitario si è trovato davanti a problematiche di natura sociale estranee alle proprie competenze, con la necessità di attivare i servizi sociali per risolvere questioni non sanitarie, spiegare varie procedure burocratiche e gestire urgenze che prescindevano dall'attività del servizio. Così, in molti casi l'intervento sanitario è stato erogato in sinergia con quello sociale. La maggioranza degli intervistati ha dichiarato di vivere spesso sentimenti di afflizione e impotenza di fronte al non raggiungimento degli ideali di una buona cura, libera dal dolore, ancorché all'interno dell'équipe multidisciplinare si sentiva la mancanza di un medico palliativista:

Questa paziente rumena è stata proprio mangiata dal tumore, divorata [...] Aveva tanto dolore. Io mi sentivo davvero impotente (intervista 11).

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

Nei contesti in cui dalle diversità linguistiche originano maggiori lacune di senso, il corpo diviene fondamentale strumento di conoscenza che consente il ravvicinamento ai pazienti di qualsiasi lingua e paese:

La comunicazione verbale non è strettamente necessaria, perché se la persona assistita ha un bisogno, comunicando a gesti, osservando, attraverso l'espressione del viso riesci a captarlo (intervista 8).

Valorizzando una profonda sensibilità culturale, un'infermiera ha dichiarato di aver iniziato a imparare alcuni vocaboli della lingua araba per riuscire a comunicare direttamente con una giovane paziente marocchina in fase terminale. Secondo la testimonianza di questa professionista, avvicinarsi con un linguaggio affettivo attraverso vocaboli che fanno parte del mondo linguistico della persona assistita, è come «una chiave che entra nella serratura dell'accoglienza» che può aiutare l'infermiere ad abbattere le asimmetrie ed entrare in sintonia emotiva con la persona assistita.

Dalle testimonianze è emerso che una importante risorsa utilizzata per comunicare con i pazienti appartenenti ad altre culture è rappresentata dal personale sanitario emigrato. Spesso, gli infermieri di origine non-italiana intervengono come interpreti, in particolare quando non viene reperito alcun mediatore culturale di una specifica comunità etnica, poco rappresentata a livello territoriale (per esempio, Polonia). Secondo gli intervistati, i momenti comunicativi costano sforzi, sofferenze, grande propensione all'empatia e la rinuncia alla propria ideologia, ma alla fine appagano generando profonde emozioni e senso di soddisfazione professionale:

Questo impegno e sforzo continuo da delle emozioni positive, arricchisce, regala proprio questa soddisfazione, quella di essere riusciti a comunicare (intervista 9).

Discussione

Il modello teorico *dell'impegno interculturale*, emerso da questa ricerca, spiega come gli infermieri operanti nelle cure palliative si sforzino di soddisfare e integrare i bisogni culturali del paziente migrante e della sua famiglia, al fine di garantire un'assistenza infermieristica compatibile con le sue credenze. “Camminare sulla fune della cura interculturale”, la categoria *core*, rappresenta il significato attribuito dagli infermieri intervistati all'assistenza infermieristica delle persone appartenenti ad altra cultura nella fase terminale della loro malattia. Passo per passo, i professionisti sanitari ricercano un equilibrio da realizzare tra incertezza, conoscenza, paura di offendere, intuizione e competenza culturale. La mancanza di un'ade-

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

formazione transculturale e conoscenza delle varie culture, la paura di sbagliare o di offendere, genera negli infermieri intervistati la tendenza ad assistere tutti i pazienti allo stesso modo, indipendentemente dalla loro provenienza socio-culturale. Questo aspetto si rispecchia anche nei risultati dello studio condotto da Somerville (2007), nel quale i 10 infermieri intervistati hanno affermato che nell'ambito multiculturale si impegnavano a garantire un'assistenza uguale per tutti, continuando comunque a prendersi cura in modo personalizzato.

Tuttavia, il tradizionale principio etico di trattare ogni paziente allo stesso modo si rivela inadeguato, perché le persone assistite non sono tutti uguali. La cultura è continuamente ridefinita ed è significativa solo quando compresa nel contesto della storia unica della persona assistita e la sua famiglia, nonché del suo background socio-economico.

La formazione transculturale è riconosciuta, dalla maggior parte degli intervistati, come elemento fondamentale per garantire un'assistenza infermieristica culturalmente competente. Dalle interviste è emerso che gli infermieri delle cure palliative partecipanti allo studio acquisiscono conoscenze culturali attraverso tre tipi di apprendimento: a) formazione residenziale durante alcuni corsi aziendali specifici, b) formazione di tipo "informale" acquisita attraverso auto-apprendimento e i colleghi, e c) l'esperienza, imparando dalle persone assistite. Questi risultati sono simili a quelli emersi da alcune ricerche condotte in ambito anglosassone, dove i professionisti sanitari percepivano di avere una scarsa preparazione e conoscenza sugli aspetti culturali essenziali dei loro assistiti (McNamara, Martin, Waddell e Yuen, 1997; Polaschek, 1998; Leininger, 2002). Nel contesto italiano, e in particolare nell'ambito della sanità piemontese, lo studio di Gonella e Garrino (2014) ha evidenziato che il 77% dei 177 professionisti inclusi nella ricerca non ha ricevuto una formazione specifica per assistere gli utenti migranti, mentre l'80% ha considerato importante conoscere le abitudini, le credenze e i valori dei propri assistiti per erogare un'assistenza personalizzata. Tuttavia, alcuni ricercatori sostengono che le conoscenze su una specifica cultura possono condurre gli infermieri a trascurare l'opportunità di scoprire gli interessi e i valori dei loro assistiti e a evitare di conoscere le loro storie. Molti autori considerano tali conoscenze controproducenti, perché intensificano gli stereotipi delle differenze interetniche, fornendo una falsa immagine di omogeneità all'interno dei gruppi culturali.

Dalle interviste emerge chiaramente lo sforzo dei professionisti sanitari che si impegnano a integrare nelle pratiche di cura specifiche esigenze culturali dei pazienti migranti come per esempio: usanze religiose, pratiche per la salute (trattamenti e gestione del dolore), abitudini di vita quotidiana (per esempio le usanze attinenti l'alimentazione e l'igiene). Un aspetto interes-

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

sante dello studio riguarda il profondo rispetto da parte dei professionisti sanitari verso i rituali che accompagnano la persona immigrata alla morte. Nelle interviste, i professionisti hanno riportato il supporto che cercano di dare alla persona immigrata e alla sua famiglia per decidere in quale paese aspira di trascorrere gli ultimi giorni oppure dove vuole essere tumulata. Lo studio di Skrbis[^] (2008) ha rilevato che i migranti sperimentano sentimenti di dissonanza affettiva relativa agli aspetti del morire tra il loro paese d'origine e quello di adozione, sostenendo che dare spazio alle loro usanze e riti funebri può servire come conforto alla fine della vita. Inoltre, la letteratura suggerisce che le risposte emotive verso la morte e il morire, come la sofferenza, il dolore o il lutto, possono essere espresse in un modo culturalmente determinato.

La difficoltà più sentita da tutti professionisti intervistati riguarda la comunicazione verbale, specialmente se l'assistito parla esclusivamente la lingua madre. Per affrontare le barriere linguistiche, gli infermieri utilizzano le tecniche del linguaggio non-verbale come il gesto, il contatto fisico, lo sguardo e l'aiuto del mediatore culturale (quando disponibile). Secondo il parere di molti intervistati, la figura del mediatore culturale dovrebbe essere disponibile per tutte le etnie maggiormente rappresentate sul territorio ed inserita tra gli operatori del servizio, perché rappresenta una doppia risorsa sia per gli infermieri sia per l'assistito. Il mediatore culturale accoglie e riconosce la diversità del migrante malato, la sua percezione di dolore, malattia e morte, che ulteriormente decodifica per trasmetterla all'operatore sanitario come bisogno esplicito.

Un aspetto singolare emerso dalle interviste fa riferimento alle figure professionali che provengono da altre culture. Questi operatori sanitari costituiscono una valida risorsa per la comunicazione interculturale in ambito delle cure palliative, poiché possono garantire un'accoglienza in comunanza con la cultura del paziente straniero. Conclusioni simili si sono registrate anche nello studio di Huang, Yates e Prior (2009), che ha coinvolto 7 infermiere dell'area oncologica, dove si è visto che i professionisti sanitari provenienti da altre culture sono a volte coinvolti come risorse per la comunicazione interculturale.

Generalmente, i partecipanti hanno riferito una percezione positiva nei confronti del vissuto esperienziale vicino alle persone provenienti da altri contesti culturali. Alcuni infermieri hanno suggerito che, per riuscire ad affrontare le diverse situazioni di vulnerabilità che si presentano nell'incontro con il migrante morente, oltre all'esperienza e la conoscenza professionale, bisogna sviluppare una costante apertura ad altri valori, prospettive e pratiche corporee.

Limiti dello studio

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

Le percezioni dei partecipanti coinvolti in questo studio possono non essere tipiche di tutti gli infermieri, nonché di quelli che lavorano in contesti simili. Bisogna sottolineare che per questa ricerca sono state esplorate le percezioni dei professionisti sanitari che erogano assistenza infermieristica palliativa nel più ampio contesto dell'assistenza domiciliare, pertanto, a livello organizzativo non esiste un'équipe multidisciplinare specifica per le cure palliative. Inoltre, lo studio è stato condotto in una singola realtà operativa. I professionisti hanno descritto le problematiche derivate durante l'assistenza garantita prevalentemente ai pazienti provenienti dalla Romania e Marocco. Questo potrebbe suscitare una serie di domande sull'accessibilità alle cure palliative di persone appartenenti ad altri gruppi etnici. In più, per questo motivo, forse non sono state rilevate una serie di problematiche relative all'assistenza della persona immigrata nelle cure palliative, che tuttavia sono registrate nella letteratura.

Conclusioni

Il presente studio si focalizza sulle difficoltà di comunicazione con il migrante morente, ma anche sugli aspetti di fragilità sociale, che rendono l'accompagnamento alla morte del morente migrante un processo particolarmente delicato. Gli infermieri intervistati si ingegnano cercando nuove risorse e strategie per superare le barriere e le asimmetrie culturali, affrontando le sfide assistenziali dello spazio interculturale con entusiasmo e flessibilità. Il timore dello "straniero", in quanto esponente di una cultura che si caratterizza per una lingua diversa, incomprensibile, cade di fronte all'evidenza che ogni persona è una persona a sé. In questo senso, lo studio ha evidenziato la dimensione ambivalente dell'assistenza infermieristica transculturale nell'ambito delle cure palliative, il "paradosso" vissuto dai professionisti sanitari che cercano di garantire un'assistenza uguale a tutti, ma contemporaneamente personalizzata, basata sui valori individuali della persona.

Implicazioni per la pratica

Anche alla luce dei limiti indicati, sono necessari nuovi studi per approfondire le difficoltà sperimentate dai professionisti sanitari operanti nelle cure palliative nell'assistere persone provenienti da altri contesti socio-

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

culturali e per individuare soluzioni efficaci, incluso un adeguato supporto formativo. È indispensabile pianificare un adeguato piano di formazione aziendale, che supporti i professionisti sanitari nell'affrontare le sfide assistenziali del contesto multiculturale, privilegiando metodologie didattiche attive, come il role playing e la riflessione esperienziale con l'utilizzo di materiali scritti e audio-visivi, come le proiezioni filmiche. Come suggerisce la letteratura, per diffondere buone pratiche relative all'interculturalità può essere utilizzato il cinema, che rappresenta una pratica consolidata nella formazione sanitaria (Gonella, Garrino, Baldan e Di Monte, 2014). Sono necessarie ulteriori ricerche che, oltre agli infermieri, coinvolgano altri professionisti sanitari, ma anche l'esplorazione delle prospettive dei pazienti, per aggiungere valore ai dati presentati e per aumentare la comprensione del fenomeno indagato.

Bibliografia

- Blumer H. (1969), *Symbolic Interactionism: Perspective and Method*, University of California Press, Berkeley.
- Cutcliffe J.R. (2000), "Methodological issues in grounded theory", *Journal of Advanced Nursing*, 31, 6: 1476-84.
- Diver F., Molassiotis A. e Weeks L. (2003), "The palliative care needs of ethnic minority patients: staff perspectives", *International Journal of Palliative Nursing*, 9, 8: 343-351.
- Evans N. (2012), "Cultural Competence in End-of-Life Care: Terms, Definitions, and Conceptual Models from the British Literature", *Journal of Palliative Medicine*, 15, 7: 812-820.
- Glaser B.G. e Strauss A.L. (2009), *La scoperta della Grounded Theory. Strategie per la ricerca qualitativa*, Armando, Roma.
- Gonella S., Garrino L., Baldan O. e Di Monte V. (2014), "Assistere l'utenza straniera: quale bisogno formativo per gli operatori sanitari dell'Azienda Città della Salute e della Scienza di Torino?", *Professioni infermieristiche*, 67, 4: 225-234.
- Gunaratnam Y. (2008), "From Competence to Vulnerability: Care, Ethics, and Elders from Racialized Minorities", *Mortality: Promoting the Interdisciplinary Study of Death and Dying*, 13, 1: 24-41.
- Huang Y.L., Yates P. e Prior D. (2009), "Accommodating the diverse cultural needs of cancer patients and their families in palliative care", *Cancer Nursing* 32, 1: 12-21.
- Lea A. (1994), "Nursing in today's multicultural society: a transcultural perspective", *Journal of Advanced Nursing*, 20: 307-313.
- Leininger M. (2002), *Essential transcultural nursing care concepts, principles, examples, and policy statements*, in Leininger M. e McFarland M. (eds.), *Trans-*

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

cultural Nursing. Concepts, Theories, Research and Practice, 3rd ed., McGraw-Hill, New York, NY, pp. 45–69.

McNamara B., Martin K., Waddell C. e Yuen K. (1997), “Palliative care in a multicultural society: perceptions of health care professionals”, *Palliative medicine*, 11, 5: 359-367.

Polaschek N.R. (1998), “Cultural safety: a new concept in nursing people of different ethnicities”, *Journal of Advanced Nursing*, 27, 3: 452-457.

Skrbis Z. (2008), “Transnational families: Theorising migration, emotions and belonging”, *Journal of Intercultural Studies*, 29: 231-246.

Somerville J. (2007), “The paradox of palliative care nursing across cultural boundaries”, *International Journal of Palliative Nursing*, 13, 12: 580-8.

Todd J. e Baldwin C.M. (2006), “Palliative care and culture: an optimistic view”, *Journal of Multicultural Nursing & Health*, 12, 2: 28-32.

Viafora C. e Marin F. (2014), *Morire altrove. La buona morte in un contesto interculturale*, FrancoAngeli, Milano.

Sitografia

CCM Network (2017), disponibile al sito <http://www.ccm-network.it>, consultato in maggio 2017.

Piemonte Immigrazione (2017), disponibile al sito <http://www.piemonteimmigrazione.it>, consultato in giugno 2017.

In sintesi

Introduzione. Anche nell'ambito delle cure palliative è ormai forte la presenza di utenza immigrata che richiede un'assistenza culturalmente competente. Tuttavia, come i professionisti sanitari affrontano gli aspetti culturali nel contesto del fine vita, rappresenta tuttora un fenomeno poco indagato in letteratura. **Obiettivo.** Esplorare i processi sociali che guidano l'agire degli operatori sanitari delle cure palliative nell'assistere i migranti e le loro famiglie, arrivando a costruire una teoria esplicativa alla base di tali processi. **Materiali e metodi.** In questo studio esplorativo di tipo qualitativo i dati sono stati raccolti attraverso interviste qualitative semi-strutturate, condotte e analizzate secondo il metodo della *Grounded Theory*. La rilevazione ha coinvolto un'azienda sanitaria piemontese, dove le cure palliative vengono erogate all'interno del modello di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI-CP) con équipe distrettuali non specificamente dedicate. **Partecipanti.** Le interviste sono state condotte con 14 infermieri dell'ADI-CP che si prendono cura dei migranti terminali. **Risultati.** Sono emerse la teoria *dell'impegno interculturale* con la variabile *core*, *camminare sulla fune della cura interculturale*, che

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

spiegano come gli infermieri dell'ADI-CP si impegnano per soddisfare i bisogni culturali dei migranti in fase terminale e le loro famiglie, affrontando difficoltà linguistiche, socio-culturali e la mancanza di risorse. *Conclusioni.* Sullo sfondo di una scarsa formazione transculturale, gli infermieri intervistati assistono tutti allo stesso modo e contemporaneamente si impegnano per assistere l'individuo nella sua unicità. La teoria generata dai dati permette di acquisire maggiore consapevolezza sulle problematiche correlate all'assistenza infermieristica transculturale nelle cure palliative, evidenziando la necessità di elaborazione di strumenti, soprattutto di tipo formativo, indirizzati a sviluppare la competenza culturale degli operatori sanitari.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

ISBN: 9788891778123

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

Conclusione

di *Marika D'Oria*

Comporre le esperienze

Il percorso della giornata di studi si snoda su almeno tre concetti trasversali in molti contributi proposti. Il volume, incentrato sulle esperienze autentiche degli autori, compone le molte sfaccettature che questi concetti possono assumere nelle professioni sanitarie, pur seguendo percorsi interpretativi e metodologici differenti.

Un primo concetto che possiamo individuare è quello di *cura*, sviluppato soprattutto su una dimensione relazionale (Benini, *infra* p. 55-66; Franceschini et al., *infra* p. 36-44; Musaio, *infra* p. 24-35) e riflessiva (Selmo, *infra* p. 79-89): in questi contributi, relazione e riflessività sono presupposti attraverso cui la cura ha modo di esistere ed essere riconosciuta. Promuovere la cura implica anche prestare attenzione ai dettagli che caratterizzano un percorso formativo. Basti pensare, ad esempio, al coinvolgimento di pazienti, tirocinanti o dirigenti che si trovano in situazioni particolari e che necessitano, pertanto, di essere accompagnati dal formatore tenendo conto della complessità di fattori che influiscono sulle loro esperienze di apprendimento (vd. Guarneri, Rota e Motta, *infra* p. 45-54; Mostarda et al., *infra* p. 121-129).

Il secondo concetto identifica l'*ermeneutica* come oggetto di indagine riflessiva, intendendo con essa tutti quei modi attraverso cui interpretiamo e diamo un senso al mondo: si dà voce a esperienze vissute (vd. Trento et al., *infra* p. 211-219), a percezioni (vd. Lotti e Di Giacomo, *infra* p. 189-200; Pantaru, Garrino e Dimonte, *infra* p. 220-233) e punti di vista (vd. Di Masi e Surian, *infra* p. 179-188), in quanto sorgenti narrative capaci di creare occasioni di riflessività per i professionisti della cura. Ermeneutica che può essere, a sua volta, decostruita per riformulare le sfide presenti nelle organizzazioni sanitarie (vd. Striano, *infra* p. 140-167).

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

Il terzo concetto emergente è quello di *ricerca*, intesa non solo come attività scientifica, ma come vera e propria attitudine all'osservazione e alla scoperta di nuovi significati, specialmente in servizi dov'è difficile smuovere quegli assunti impliciti che ne connotano le premesse (vd. Sannipoli, *infra* p. 169-178). Mettersi in ricerca apre inoltre frontiere non esplorate pienamente, spaziando dal registro narrativo (vd. D'Oria, *infra* p. 110-120) a quello estetico (vd. Castiglioni e Girotti, *infra* p. 100-109; Gambacorti-Passerini et al., *infra* p. 90-99), fino a radicarsi in quello corporeo (vd. Casadei, *infra* p. 67-78). Infine, il concetto di ricerca si definisce come sperimentazione di ciò che è nuovo, profilandosi in contesti digitali alla riscoperta di luoghi, ruoli, strumenti e competenze professionali utili per poter diventare professionisti della salute e della cura (vd. Bonometti e Maculotti, *infra* p. 201-210; Punziano e Rumiano, *infra* p. 130-139).

Quasi fossero degli “attrattori di senso” questi tre concetti (cura, ermeneutica e ricerca), già noti alla fenomenologia della formazione (vd. Mortari, 2009), potrebbero suggerire una direzione per le future giornate di studio, riunendo la comunità scientifica attorno a questi elementi e facendoli evolvere, esplicitamente e dinamicamente.

Bibliografia

Mortari L. (2009), *Ricercare e riflettere. La formazione del docente professionista*, Carocci, Roma.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

Gli Autori

Stefano Benini. Coordinatore didattico del Corso di laurea in Infermieristica, docente a contratto di Pedagogia e Pedagogia sanitaria, Università degli Studi di Bologna.

Stefano Bonometti. Professore associato di Pedagogia, Dipartimento di Biotecnologie e Scienze della Vita, Università degli Studi dell'Insubria (Varese).

Riccarda Camellini. Tutor e docente del Corso di laurea in Infermieristica, Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia (sede di Reggio Emilia).

Salvatore Caputo. Direttore U.O. Diabetologia, Ospedale Policlinico Universitario Agostino Gemelli, Roma.

Rita Casadei. Ricercatore confermato, Dipartimento di Scienze dell'Educazione, Università di Bologna.

Elena Casadei Turoni. Tutor del Corso di laurea in Infermieristica, Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia (sede di Reggio Emilia).

Micaela Castiglioni. Ricercatrice e docente di Pedagogia generale II (Educazione degli adulti) e di Educazione permanente ed educazione degli adulti, Dipartimento di Scienze Umane per la Formazione, Università degli Studi di Milano-Bicocca.

Franco Cavallo. Docente di Statistica Medica, Dipartimento di Scienze di Salute Pubblica e Pediatriche, Università degli Studi di Torino.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

Marika D'Oria. Ph.D., pedagoga e co-chair dell'area "Formazione, complessità e identità professionale" presso ASSIMSS.

Patrizia De Mennato. Professore ordinario, Dipartimento di Medicina Sperimentale e Clinica, Università degli Studi di Firenze.

Anne Destrebecq. Professore associato, Dipartimento di Scienze Biomediche per la Salute, Università degli Studi di Milano.

Valerio Dimonte. Professore associato, MSN, Dipartimento di Sanità Pubblica e Scienze Pediatriche, Università degli Studi di Torino.

Eleonora Di Giacomo. Pedagoga.

Olga Durando. Educatrice presso il Laboratorio di Pedagogia Clinica, Dipartimento di Scienze Mediche, Università degli Studi di Torino.

Diego Di Masi. Ph.D., Dipartimento FISPPA, Università di Padova.

Rita Fantuzzi. Tutor del Corso di laurea in Infermieristica, Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia (sede di Reggio Emilia).

Lorenza Franceschini. Tutor del Corso di laurea in Infermieristica, Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia (sede di Reggio Emilia).

M. Benedetta Gambacorti-Passerini. Ph.D., assegnista di ricerca, Dipartimento di Scienze Umane per la Formazione "Riccardo Massa", Università degli Studi di Milano-Bicocca.

Lorenza Garrino. RN MSN, Dipartimento di Sanità Pubblica e Scienze Pediatriche, Università degli Studi di Torino.

Valentina Giorgi. Tutor del Corso di laurea in Infermieristica, Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia (sede di Reggio Emilia).

Carola Girotti. Cultore della materia per gli insegnamenti Pedagogia generale II (Educazione degli adulti) e di Educazione permanente ed educazione degli adulti, Università degli Studi di Milano-Bicocca.

Cinzia Gradellini. Tutor e docente del Corso di laurea in Infermieristica, Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia (sede di Reggio Emilia).

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

Daniela Guarneri. Infermiera, laureata magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche, ASST Spedali Civili di Brescia.

Antonella Lotti. Ricercatrice di Didattica e Pedagogia speciale, Dipartimento di Scienze della formazione, Università di Genova.

Rossella Iannarelli. Direttore UOSD Diabetologia e Malattie Metaboliche - P.O.S. Salvatore L'Aquila- ASL 1, Abruzzo.

Danila Maculotti. Infermiera, Enterostomal Therapist, Wound Care Specialist, Fondazione Ospedaliera Poliambulanza (Brescia).

Daniela Mecugni. Presidente Corso di laurea in Infermieristica e professore associato, Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia (sede di Reggio Emilia).

Stefano Merlo. Psicologo e borsista, Laboratorio di Pedagogia clinica, Dipartimento di Scienze Mediche, Università degli Studi di Torino è

Maria Paola Mostarda. Docente di Pedagogia della comunicazione, Università Cattolica del Sacro Cuore, Brescia.

Paolo Carlo Motta. Infermiere, professore associato, Università degli Studi di Brescia.

Marisa Musai. Ricercatrice di Pedagogia generale e sociale, abilitata professore associato, Dipartimento di Pedagogia, Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano.

Carmen Diana Pantaru. RN MSN, Azienda Sanitaria Locale CN2-SOC Chirurgia Generale.

Massimo Porta. Docente di Medicina interna, direttore Scuola di specialità di Medicina Interna, Dipartimento di Scienze Mediche, Università degli Studi di Torino.

Antonella Cinzia Punziano. Infermiera magistrale, responsabile Processo infermieristico, Ph.D. Student in Nursing Science, INAIL, Sovrintendenza Sanitaria Centrale.

Serena Rapetti. Studentessa del Corso di laurea in Medicina e Chirurgia, Università degli Studi di Torino.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

Maurizio Rota. Infermiere, laureato magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche, ASST Spedali Civili di Brescia.

Simona Rumiano. Infermiera e formatrice, Centro di formazione IRC Safety And Health Rcp, INAIL.

Moira Sannipoli. Ricercatrice in Pedagogia e Didattica speciale presso il Dipartimento di Filosofia, Scienze Sociali, Umane e della Formazione dell'Università di Perugia. È premio SIPED 2017 per il testo *Diversità e differenze nella prospettiva coevolutiva* (FrancoAngeli, 2015).

Antonietta Maria Scarpitta. Dirigente medico U.O.C. Diabetologia e Malattie del ricambio, P.O. "P. Borsellino", Marsala.

Laura Selmo. Docente a contratto, Università degli Studi di Verona e Università degli Studi di Milano-Bicocca.

Maura Striano. Professore ordinario, Dipartimento di Studi Umanistici, Università degli Studi di Napoli Federico II.

Alessio Surian. Professore associato, Dipartimento FISPPA, Università di Padova.

Stefano Terzoni. Ph.D., Docente a contratto, Corso di laurea in Infermieristica, Polo Didattico San Paolo, Università degli Studi di Milano.

Marina Trento. Pedagogista, Laboratorio di Pedagogia clinica, Dipartimento di Scienze Mediche, Università degli Studi di Torino.

Umberto Valentini. Direttore U.O. Diabetologia, Dipartimento di Medicina, ASST Spedali Civili di Brescia.

Lucia Zannini. Professore associato, Dipartimento di Scienze Biomediche per la Salute, Università degli Studi di Milano.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

Clinica della formazione
Pratiche pedagogiche
Serie del Centro Studi Riccardo Massa
diretta da Anna Rezzara e Cristina Palmieri

Ultimi volumi pubblicati:

Pratiche pedagogiche

Strumenti per il lavoro educativo

PIERANGELO BARONE (a cura di), *Vite di flusso*. Fare esperienza di adolescenza oggi.

MANUELA PALMA (a cura di), *Consulenza pedagogica e Clinica della formazione*.

CRISTINA PALMIERI, *Un'esperienza di cui aver cura*. Appunti pedagogici sul fare educazione.

MANUELA PALMA, *Il dispositivo educativo*. Esperienza, formazione e pedagogia nell'opera di Riccardo Massa.

MARIA BENEDETTA GAMBACORTI-PASSERINI, *Pedagogia e medicina: un incontro possibile*. Un'esperienza di ricerca in salute mentale.

STEFANO BENINI, *Reti di possibilità*. Quando la pedagogia incontra le prassi sanitarie.

FRANCESCO CAPPÀ (a cura di), *Metodo e qualità dell'esperienza scolastica*.

PAOLA MARCIALIS (a cura di), *Educare e ricercare*. Oltre la fine della pedagogia nella cultura contemporanea.

GIORGIO PRADA, *Ma chi ti ha insegnato l'educazione?*. Genitori sulla scena educativa.

STEFANO BENINI, *Reti di possibilità*. Quando la pedagogia incontra le prassi sanitarie.

CRISTINA PALMIERI, *Un'esperienza di cui aver cura*. Appunti pedagogici sul fare educazione.

PAOLA MARCIALIS (a cura di), *Educare e ricercare*. Oltre la fine della pedagogia nella cultura contemporanea.

FRANCESCO CAPPÀ (a cura di), *Metodo e qualità dell'esperienza scolastica*.

GIORGIO PRADA, *Ma chi ti ha insegnato l'educazione?*. Genitori sulla scena educativa.

Clinica della formazione

MANUELA PALMA, *Soggetti al potere formativo*. Per una pedagogia clinica e critica.

LUCIA ZANNINI (a cura di), *Il corpo-paziente*. Da oggetto delle cure a soggetto della relazione terapeutica.

CRISTINA PALMIERI, GIORGIO PRADA (a cura di), *La diagnosi educativa*. La questione della conoscenza del soggetto nelle pratiche pedagogiche (disponibile anche in e-book).

ANNA REZZARA, STEFANIA ULIVIERI STIOZZI (a cura di), *Formazione clinica e sviluppo delle risorse umane*.

CRISTINA PALMIERI, *La cura educativa*. Riflessioni ed esperienze tra le pieghe dell'educare (disponibile anche in e-book).

ISBN: 9788891778123

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

FRANCESCA ANTONACCI, FRANCESCO CAPPÀ (a cura di), *Riccardo Massa. Lezioni su "La peste, il teatro, l'educazione"*.

JOLE ORSENIGO (a cura di), *Lavorare di cuore. Il desiderio nelle professioni educative*.

LAURA VILLA, *Il lavoro pedagogico nei servizi educativi*. Tra promozione, controllo e protezione.

LUCIA ZANNINI, *Salute, malattia e cura*. Teoria e percorsi di clinica della formazione per gli operatori sociosanitari.

PAOLO MOTTANA, *Miti d'oggi nell'educazione*. E opportune contromisure.

FRANCESCO CAPPÀ (a cura di), *Foucault come educatore*. Spazio, tempo, corpo e cura nei dispositivi pedagogici.

FRANCESCO CAPPÀ (a cura di), *Intenzionalità e progetto*. Tra filosofia e pedagogia.

PAOLA MARCIALIS, *L'arte della domanda*. Il linguaggio sulla scena della Clinica della formazione.

ANNA REZZARA (a cura di), *Dalla scienza pedagogica alla clinica della formazione*. Sul pensiero e l'opera di Riccardo Massa.

IGOR SALOMONE (a cura di), *Il segno dell'altro*. Per una propedeutica dell'esperienza educativa.

MARIA GRAZIA RIVA, *Studio "clinico" sulla formazione*.