

## Quale pedagogia per la professione infermieristica

LORENZA GARRINO\*

**RIASSUNTO:** La formazione infermieristica sta vivendo una continua evoluzione, legata a nuove prospettive che si aprono nel mondo delle cure. In relazione a questo gioca un ruolo molto importante lo sviluppo del pensiero riflessivo e del ragionamento critico sin dalla formazione di base per proseguire poi nella formazione continua del personale di cura. Le Medical Humanities giocano un importante ruolo nella formazione di base e nella formazione dei formatori per accompagnare gli studenti nell'apprendimento. Alcune esperienze formative elettive presso il Corso di Laurea in Infermieristica dell'Università di Torino, caratterizzano una formazione attenta allo sviluppo di competenze che vedano la persona assistita e la sua famiglia non solo al centro, ma in un ruolo di mutua cooperazione nelle cure.

**PAROLE CHIAVE:** apprendimento riflessivo, pensiero critico, pratiche narrative, Medical Humanities formazione infermieristica.

**ABSTRACT:** Nursing education is undergoing a continuous evolution, linked to new perspectives that are opening up in the world of care. Related to this, the development of reflective thinking and critical reasoning plays a very important role, from basic training to the continuing education for healthcare professionals. Medical Humanities play an important role in basic training and in the trainers training with the aims of accompanying students in the learning process. Some elective training experiences at the Degree Course in Nursing at the University of Turin are characterized as a training focused on the development of skills that see the assisted person and their family not

\* Università degli Studi di Torino, Dipartimento di Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche.

only at the center of the care but more importantly in a role of mutual cooperation in care.

KEY-WORDS: reflective learning, critical thinking, narrative practices, Medical Humanities, nursing education.

*La conoscenza della conoscenza deve apparire come una necessità primaria, volta a preparare ed affrontare i rischi permanenti di errore e di illusione, che non cessano di parassitare la mente umana. Si tratta di armare ogni mente umana nel combattimento vitale per la lucidità*

Morin, 2009

## **1. La professione infermieristica oggi in Italia**

La formazione infermieristica in Italia ha recentemente attraversato un periodo di profondi cambiamenti. L'istituzione del Diploma Universitario (DUI) dall'anno 1991, con la progressiva chiusura delle Scuole regionali per Infermieri professionali e successivamente l'istituzione del Corso di Laurea in Infermieristica, testimonia una forte volontà di innovare all'interno della professione, nel Sistema Sanitario e nell'istituzione universitaria. Una professione in evoluzione, quale quella infermieristica, richiede una riflessione sulla sua storia lontana e recente per orientare il proprio percorso verso il futuro. Il trasferimento all'università dei corsi infermieristici e delle professioni sanitarie disegna nuovi panorami, come l'incontro di culture, i paradigmi della salute, delle malattie e dell'assistenza (Gargano *et al.*, 1999).

Le finalità della formazione infermieristica sono state definite in ambito internazionale dai Descrittori Europei del titolo di studio (Descrittori di Dublino), un documento che sviluppa il confronto ed accomuna i vari paesi nella ricerca di una declinazione pertinente e specifica per la professione infermieristica. Nel documento vengono indicati i seguenti risultati attesi: conoscenza e comprensione (*Knowledge*

*and understanding*), capacità di applicare conoscenza e comprensione (*Applying Knowledge and understanding*), autonomia di giudizio (*Making judgements*) abilità di comunicazione (*Communication skills*) e capacità di apprendimento (*Learning skills*).

L'apprendimento non è solo il frutto di acquisizioni provenienti dal mondo esterno, ma vi è una mediazione dal mondo interno del soggetto che apprende e l'apprendimento autentico nasce solo dall'esperienza (Blandino & Granieri, 1995). Quindi in considerazione delle competenze che il professionista infermiere deve acquisire durante il percorso di formazione e che dovrà mettere in atto nella pratica clinica è utile richiamare una interpretazione del concetto di competenza come “la comprovata capacità di usare conoscenze, abilità e capacità personali, sociali e/o metodologiche, in situazioni di lavoro o di studio e nello sviluppo professionale e/o personale, anche in termini di responsabilità e autonomia” (Pellerey, 2004). L'autore sostiene che la nozione di competenza include componenti cognitive, motivazionali, etiche, sociali e componenti relative ai comportamenti. Costituisce l'integrazione di tratti stabili, risultati di apprendimento (conoscenze e abilità), sistemi di valori e credenze, abitudini e altre caratteristiche psicologiche. Fa costantemente riferimento ad una “professionalità riflessiva” per il potere costruttivo generativo di possibilità d'azione attraverso la riflessione sulla pratica e nel corso della pratica.

Proprio per la peculiarità e la specificità dei problemi che il professionista infermiere incontra nel suo agire quotidiano si richiama la definizione della competenza relativa al “prendersi cura”: “Si tratta di una pertinenza nell'attenzione particolare verso l'altro e nella capacità di accogliere la sua singolarità, una pertinenza impregnata di sottigliezza e di delicatezza, una pertinenza che è ricercata, che si crea e che si confronta ogni volta con la complessità singolare di una situazione” (Hesbeen, 2011).

Tutto ciò risulta coerente con l'importanza attribuita recentemente nella formazione infermieristica all'apprendimento clinico. In questa ottica l'accento viene posto sulla comprensione verso le persone e verso i fenomeni che intervengono nella cura. La capacità di comprendere diventa una competenza da acquisire, attraverso una forma di costante impegno. L'approccio fenomenologico ci suggerisce che “Lasciarsi andare nella corrente dei vissuti senza uno sforzo di comprensione significa rischiare di essere schiacciati sotto il peso degli

avvenimenti; impegnarsi a interpretare per comprendere, invece, significa guadagnare quella giusta distanza di riflessione, che sola apre la porta alla possibilità di una esperienza libera” (Mortari, 2009).

La pratica quotidiana delle cure è sempre più influenzata da fattori esterni alla realtà sanitaria: fattori economici, amministrativi ed organizzativi. In questo contesto in cui viene data molta importanza alla distribuzione delle risorse in termini di efficienza, alla valutazione dei risultati ed alla standardizzazione delle cure, quale spazio viene riservato all’umano? Il dibattito è più che mai aperto, infatti, nelle realtà operative vi è la continua tensione tra la “frenesia del fare”, del perseguire il risultato atteso e la sottile ricerca di senso che permea la pratica delle cure. Il rischio della “banalizzazione dell’umano”, vale a dire dell’oblio e della negazione dell’umanità stessa, della singolarità della persona e della sua sensibilità, è accresciuto dalle pressioni di tipo finanziario, organizzativo e giuridico che favoriscono la strumentalizzazione delle persone. (Heesbeen, 2009, 2011; Dupuis *et al.*, 2013; Dutier, 2011).

Nelle professioni di cura, il percorso formativo gioca un ruolo prioritario nel supportare lo studente nello sviluppo dell’abilità di integrare la pratica clinica, la ricerca e la teoria. Nella formazione occorre affiancare le conoscenze generali, astratte e teoriche, a saperi complementari che hanno il carattere della specificità, le cui caratteristiche sono di essere situate, concrete, quotidiane (Jedlowski, 1994).

Come può lo studente infermiere sviluppare le capacità decisionali, di organizzazione, educative e relazionali relative alla azione professionale, necessarie per l’assistenza alla persona? Quali esperienze, vissute durante la formazione di base, influenzano il futuro professionista nel determinare una attitudine adeguata nel prendersi cura? In altre parole, la domanda è orientata a sapere, come suggerisce Michel Foucault (1969), quali argomenti razionali giustificano la presenza e l’uso della riflessività nelle pratiche educative?

Jack Mezirow (1991, 2003) ha affidato alla riflessività la funzione di strumento di consapevolezza delle premesse di significato che sono alla base di come/perché l’adulto vive, agisce, pensa, si relaziona.

L’adozione di una pratica riflessiva può portare una nuova prospettiva sulla cura e sull’apprendimento delle pratiche professionali. Tale prospettiva deve integrare i saperi che Morin (2001) ha dettagliato ed esplorato nella sua opera. Tra questi “Insegnare la condizione umana, affrontare l’incertezza e insegnare la comprensione” risultano essere

imprescindibile nella formazione infermieristica e medica. In tal senso il pensiero riflessivo permette di ridefinire contenuti, attribuire significati alle situazioni incontrate nella pratica professionale e soprattutto stabilisce legami tra la conoscenza e l'azione. Essa permette di trarre vantaggio da una esperienza per migliorare le azioni future. Studi dimostrano che la capacità riflessiva influenza la pratica infermieristica e migliora gli esiti sui pazienti (Paget, 2001).

Il concetto di "riflessione" è molto diffuso nella letteratura internazionale. Dewey (1857-1938) definì 'pensiero riflessivo' una funzione della mente umana in grado di ripensare al 'vissuto' in modo controllato, finalizzato e critico. Egli riteneva l'esperienza fase centrale e punto di partenza dell'apprendimento, e l'apprendimento come risultato della riflessione sul vissuto. Nel contesto italiano, il concetto di riflessione viene indagato in base ad una ricostruzione delle sue matrici teorico-filosofiche da Maura Striano (2002) per chiarificare i nessi intercorrenti tra l'azione educativa (in quanto azione sociale), la conoscenza (in quanto prodotto socialmente situato e costruito) e le diverse forme di razionalità che vi sono implicate.

In questo quadro la "riflessione" è riconosciuta da un lato come forma di razionalità euristica (in riferimento alla "logica" di Dewey), dall'altro come forma di razionalità critico-emancipativa (in riferimento alla "teoria critica" di Habermas), ed è vista come struttura portante dell'agire educativo, complesso e problematico campo di azioni in cui si determina come funzione di ricerca e di trasformazione. Teekman (2000) definisce il pensiero riflessivo come una risposta adattativa e individuale ad un *gap* situazionale e comporta una serie di attività cognitive in cui l'individuo deliberatamente e volutamente si impegna ad un discorso-con-sé, nel tentativo di dare un significato alla situazione, al fine di agire.

La pratica riflessiva sostiene tutto il percorso professionalizzante di formazione alla relazione d'aiuto dove l'acquisizione di una postura riflessiva è ancorata all'accettazione dell'incertezza e nella disponibilità all'avventura del cambiamento del proprio modo di pensare per rendere la mente capace di accogliere l'Altro totalmente (Mortari, 2002).

L'ascolto è il presupposto di base per la comprensione dell'altro. "L'esperienza di essere compresi da parte di qualcuno è un'esperienza bonificante e sanificante: la salute mentale nasce quando ci sentiamo compresi. In questo consiste la relazione di aiuto [...]: non tanto fare

qualcosa, ma saper ascoltare e comprendere. Anzi, ascoltare, comprendere” (Blandino, 1995).

Occorre offrire agli studenti diverse opportunità per esercitarsi nella formulazione delle proprie scelte, per confrontare le proprie decisioni con quelle dei professionisti e per affrontare le criticità di situazioni assistenziali complesse. (Benini, 2016) Si tratta quindi di sviluppare e rinforzare il pensiero critico, descritto come processo attivo, composito e complesso.

Pensare in modo critico significa non dare mai nulla per scontato, immaginare ed esplorare soluzioni alternative, considerare principi etici, porsi domande sull’azione professionale, per riconoscere i propri limiti, ma anche i propri punti forti. Lo sviluppo del ragionamento critico, soprattutto come formazione ed impronta cognitiva, si fonda con il recupero costante delle situazioni, delle direzioni degli sguardi ed inferenze od ipotesi che le stesse spingono ad effettuare.

Il pensiero critico può formarsi solamente all’interno di uno spazio di intersoggettività, laddove viene agito il confronto sincero tra prospettive differenti. “Il pensiero critico nell’assistenza infermieristica è un processo di ragionamento logico, sensibile al contesto, riflessivo, che guida l’infermiere nel generare, implementare e valutare approcci efficaci nell’assistenza alla persona e nei problemi professionali” (National League of Nursing, 2017).

Alcuni studiosi (Myrick, 2002, Scheckel *et al.*, 2006) tratteggiano il pensiero critico come una dimensione dell’intelligenza infermieristica necessaria per l’azione professionale, sottolineando come la conoscenza sia necessaria, ma non sufficiente. Autorevoli voci sostengono l’idea di una evoluzione nello sviluppo del pensiero critico e dell’abilità professionale che procede gradualmente dall’infermiere novizio all’infermiere esperto attraverso cinque livelli di ‘maturità’ professionale (Benner, 1983, 1999).

Sebbene tanto la riflessività quanto il pensiero critico siano stati ampiamente studiati, in realtà esistono pochi studi che indagano il loro inestricabile legame nella pratica clinica. I risultati della ricerca sullo sviluppo del pensiero critico nella formazione degli infermieri evidenziano l’importanza dei processi di riflessione e analisi in situazioni complesse guidati da formatori, tutor e professionisti in grado di condividere le proprie esperienze (Kennison, 2006).

Nelle esperienze dello studente di oggi, professionista di domani si auspica di raggiungere:

- la capacità di analizzare situazioni di cura;
- di identificare il livello di coerenza delle azioni professionali con i principi ed i valori espressi;
- di riconoscere eventuali errori e pregiudizi;
- contribuire al miglioramento delle cure, riflettendo criticamente sulle pratiche abituali e sulle influenze delle scelte organizzative.

Usando pratiche riflessive, chiediamo un esercizio interiore di guardare, ascoltare. Per allenare la consapevolezza critica dei soggetti, vogliamo praticare una pedagogia che cerchi di non fermarsi di fronte alle cose ovvie a portata di mano e alle certezze che ci confortano.

Questa funzione formativa si concretizza nel cuore dell'esperienza, nei luoghi dell'apprendimento clinico e nello sviluppo dei rapporti di cura. Da questo punto di vista la sfida è collocare, in un quadro che favorisca la costruzione di senso, sia i processi assistenziali che i processi di apprendimento e formazione, sottolineando il rapporto reciproco tra questi. È da questa necessità che si articolano i metodi didattici ed è in questa configurazione che la missione formativa e la sua attuazione trovano il loro pieno significato facendo appello alla nozione di riflessività.

Shön (1983, 2006) afferma che il processo di conoscenza è nella nostra azione. I professionisti bloccati nell'idea di essere esperti tecnici, non trovano nella pratica alcun aspetto che sia occasione di riflessione, sono diventati troppo esperti nella disattenzione selettiva. Quando qualcuno riflette nell'azione, diventa un ricercatore che lavora nel contesto della pratica. Non dipende più dalle categorie consolidate di teoria o tecnica, ma sviluppa una nuova teoria del caso singolare, sceglie interattivamente i mezzi e i fini, mentre struttura la situazione problematica. Il professionista riflessivo non separa il pensiero dall'azione, quando ragiona sul problema.

La riflessività può quindi essere intesa come la capacità di formare una coscienza professionale che si interroga costantemente in modo critico su ciò che sta accadendo nella scena della formazione e dell'assistenza. È un elemento fondante e acquista, in questo senso, valore come avviene per tutte le forme di apprendimento, conoscenza, formazione che rimandano all'analisi del proprio "essere in situazione" (Madrussan, 2012).

Sviluppando il tema della riflessività nella sua forma pedagogica ed educativo-formativa, si può sostenere che l'approccio formativo fa appello alla volontà di progettare la formazione come analisi ed elaborazione dell'esperienza su cui intervenire costantemente, intendendo così l'educazione-formazione come esistenza, ovvero esperienza vissuta dell'uomo in quanto cultura (Erbetta, 2005). Da questo punto di vista, gli elementi costitutivi del concetto di formazione-educazione sarebbero il soggetto, l'esperienza, l'altro, la costruzione del senso della propria esperienza alla ricerca dell'acquisizione di una forma professionale e personale (Garrino *et al.*, 2010, 2013, 2014).

## **2. Scoperta critica come risposta decostruttiva**

Le pratiche riflessive, didattiche e metodi per insegnare, per imparare a lavorare, per pensare, per decidere, hanno come denominatore comune il metodo narrativo e la modalità della decostruzione: descrivere l'esperienza, analizzarla, cercare di comprendere gli elementi che lo compongono, gli elementi che costituiscono l'apprendimento e il paradigma su cui è centrato, decostruire, disaggregare, destrutturare un oggetto o un'idea, o in ultima analisi un'esperienza. Possiamo utilizzare diversi dispositivi formativi che orientano la riflessività nel processo di apprendimento e formazione-educazione (Erbetta, 2011).

L'attuazione dell'interrogazione e la ricerca di significati, nascosti e culturalmente predeterminati, comporta un processo di conoscenza che non si riduce solo a spiegare, ma si apre anche alla comprensione: la verità diventa allora costruzione, anche se effimera e temporanea, mentre ermeneutica e decostruzione ne tracciano la direzione.

Un riferimento importante riguarda la "Clinica della formazione", metodologia di studio e ricerca, consulenza e supervisione, volta ad esplicitare le dimensioni pedagogiche latenti dei processi educativi e formativi. La Clinica della formazione è un percorso di lavoro individuale e di gruppo finalizzato al riconoscimento dei modelli latenti e dei vissuti sottesi al concreto lavoro di formatori, facendo costantemente appello a un esercizio interiore di sguardo e di ascolto clinico.

Per allenare la consapevolezza critica dei soggetti, viene praticata una pedagogia che cerca di non fermarsi di fronte alle cose ovvie a portata di mano e alle certezze che ci confortano. ma che si rivolga al-



la scoperta dei processi latenti sottesi (Massa, 1997; Franza & Mottana, 1997).

### 3. Metodologie didattiche per l'apprendimento esperienziale

Nella formazione infermieristica assume una particolare rilevanza l'apprendimento basato sull'esperienza, sia essa cognitiva, emotiva o sensoriale. Secondo Dewey (1993) l'apprendimento è un processo nel quale si integrano l'esperienza e la teoria, l'osservazione e l'azione per orientare l'azione in modo consapevole. L'apprendimento esperienziale si realizza attraverso l'azione e la sperimentazione di situazioni, compiti, ruoli in cui il soggetto, attivo protagonista, si trova a mettere in campo le proprie risorse e competenze per l'elaborazione e/o la riorganizzazione di teorie e concetti volti al raggiungimento di un obiettivo. L'apprendimento esperienziale consente al soggetto di affrontare situazioni di incertezza sviluppando comportamenti adattivi e migliorando, nel contempo, la capacità di gestire la propria emotività nei momenti di maggiore stress psicologico (Bion, 1996).

Consente inoltre di sviluppare le proprie abilità di *problem solving*, anche attraverso l'abilità creativa, e di far acquisire autoconsapevolezza mediante auto-osservazione ed etero-osservazione al fine di ridefinire eventuali atteggiamenti inadeguati e di valorizzare i comportamenti costruttivi (Boud & Walker, 1999).

L'esperienza così acquisita diviene patrimonio di conoscenza del soggetto e costituirà il nuovo punto di partenza di ulteriori evoluzioni (Mortari 2004). Le forme per mettere in discussione l'esperienza dal punto di vista didattico possono essere orali, scritte, individuali o collettive, e possono essere applicate allo sviluppo di capacità cognitive, disciplinari, cliniche, relazionali, formativo-educative.

Ecco alcuni esempi:

– Una forma di apprendimento esperienziale è suscitata dal ciclo che caratterizza il tirocinio clinico, con il suo processo di preparazione all'esperienza, l'esperienza stessa che si realizza e la sua rielaborazione (White Ewan, 1994).

– Il caso studio, partendo da esempi concreti, aiuta a sviluppare abilità cognitive, cliniche e disciplinari, ma è anche un terreno di riflessione (Castagna, 2001).

– Laboratori dedicati al contatto fisico e alla riflessione sulle dinamiche delle relazioni e delle esperienze che avvengono a contatto con i corpi, favoriscono lo sviluppo della competenza di interazione corporea. Esaminiamo in particolare l'uso del nostro corpo così come il contatto con il corpo di chi ci prende cura (Fantauzzi, 2014).

– L'uso di pratiche narrative attraverso il racconto dell'esperienza, o il diario riflessivo, porta ad oggettivare l'esperienza mettendola in discussione e facendo emergere significati che a prima vista non erano noti (Madrussan, 2009).

– L'uso di film che favoriscono la riflessione basata su estratti o la proiezione di un intero film incoraggia ogni persona a esprimere i propri modi di attribuire significati agli oggetti dell'esperienza, e poi la loro decostruzione in una seconda fase di discussione (Agosti, 2004, de Mennato *et al.*, 2011, Garrino & Gregorino, 2011).

#### **4. La medicina narrativa e le Medical Humanities nei percorsi di formazione alle cure**

Il dibattito scientifico internazionale sulla Medical Education, pone in evidenza il ruolo delle Medical Humanities per sviluppare professionisti consapevoli e responsabili (Depalmas & Ferro Allodola, 2015; Ferro Allodola & Depalmas, 2017).

Tale approccio si caratterizza per uno sguardo attento alle dimensioni narrative, autoriflessive e autobiografiche, secondo un orientamento umanistico alla cura, qui restituita nella complessità e profondità esistenziale che la connota (Castiglioni, 2014; Marone, 2016). L'utilizzo di pratiche narrative porta a oggettivare l'esperienza mettendola in discussione, facendo emergere significati inizialmente poco visibili (Zannini, 2008). La letteratura e le arti aiutano a sviluppare e coltivare le competenze di osservazione e analisi, l'empatia e la riflessione che sono essenziali per l'umanità nelle cure. I racconti letterari e cinematografici sui pazienti e sui medici, sulla salute e sulla malattia, pur partendo da una voce laica, contribuiscono a far comprendere che esercitare la medicina non è solo curare le malattie, ma anche prendersi cura delle persone sofferenti (Garrino, 2010).

Emerge quindi un duplice interesse come obiettivo formativo: quello di formare il formatore in pratiche narrative; e, da parte del

formando utilizzare queste pratiche nella propria realtà di apprendimento nel concreto dell'esperienza clinica (Charon, 2006, 2019).

La medicina narrativa, con la sua comparsa in Italia, ha favorito un risveglio di interesse per le abilità umane, che nella salute e nella malattia costituiscono un capitale umano. Capitale che può essere valorizzato nei percorsi formativi (Polvan, 2016). Condividendo gli obiettivi delle cure centrate sul paziente la Medicina narrativa apre le porte alla ricerca di senso. La narrazione rafforza e trasforma la pratica clinica, ci permette di ascoltare meglio i pazienti e noi stessi come curanti ed offrire una assistenza più efficace.

Ma qual è il senso e il valore della narrazione? Perché coltivare contesti e pratiche narrative di cura e di formazione? Quali le competenze, le avvertenze, le opportunità e i presupposti culturali facilitanti queste pratiche nelle organizzazioni dedite alla cura? Per operare in questa direzione vanno seguiti percorsi formativi specifici, centrati a loro volta su registri narrativi, esperienziali e riflessivi e su pratiche di scrittura autobiografica. Occorre allora ripensare i saperi della pratica clinica ed educativa; forse anche ripensare tout court la formazione dei professionisti della cura.

Ripartire dall'esperienza narrata va considerata oggi un'urgenza assoluta: per coltivare la capacità e il piacere di pensare insieme, la cura della mente e l'arte del domandare; per pervenire ad una conoscenza personale concernente il capire chi si è e si può essere veramente, per entrare in contatto con la nostra vita interiore e favorire itinerari compositi, dove soste rigeneranti si accompagnano a impreviste perlustrazioni, per darci forma aprendoci a svelamenti e sentieri inediti.

Esiste poi un altrettanto urgente necessità di ripensare le nostre organizzazioni, i luoghi e i territori di cura che ci appartengono e ai quali apparteniamo. Una pratica formativa narrative-based può allora proporsi come pratica di libertà e speranza e contribuire così a rivitalizzare relazioni organizzative (Alastra, 2016).

## **5. Il contributo della ricerca per lo sviluppo professionale e per il miglioramento delle cure**

Al termine della formazione di base lo studente deve essere in grado di utilizzare la ricerca per introdurre cambiamenti, migliorare la pratica e analizzare criticamente il problema e le conoscenze attuali, svi-

luppare una strategia per applicare la ricerca nella pratica, facilitare la diffusione dei risultati della ricerca. Dare agli studenti infermieri la possibilità di acquisire capacità di ricerca avviene in specifici percorsi di studio, ma anche attraverso diverse forme di apprendimento, ad esempio in esercitazioni svolte in stage (presentazione di relazioni scritte sviluppate intorno una questione clinica in cura, educazione terapeutica, o organizzazione assistenziale, con un percorso di ricerca su banche dati, in stretta relazione con gli obiettivi specifici di apprendimento del tirocinio), o dalla partecipazione a corsi opzionali, nonché durante la stesura della tesi finale.

La formazione a livello di Master e di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche prevede il raggiungimento di un livello più elevato di competenze professionali e mira a promuovere e supportare lo sviluppo della ricerca professionale, per formare il discente a valutare i diversi modelli di organizzazione e gestione dell'assistenza basandosi su conoscenze scientifiche, analisi del contesto operativo e situazione personale e clinica. La formazione mira a sviluppare nello studente la capacità di valutazione critica dei dati relativi all'efficacia di un intervento assistenziale, la creazione di un protocollo per lo svolgimento di un progetto di ricerca, la capacità di contribuire attivamente alle attività di ricerca multiprofessionale/multidisciplinare, di promuovere la ricerca come strumento di formazione, di aggiornamento delle conoscenze e di formazione continua.

Ci sono fenomeni di interesse infermieristico che non si prestano a essere studiati con una metodologia quantitativa, fenomeni che riguardano realmente le persone assistite, le loro vite, le loro esperienze, i loro sentimenti, le loro interrelazioni sociali e familiari. È questa stessa natura olistica e interpersonale dell'assistenza infermieristica che ha spinto i ricercatori infermieristici verso metodologie di ricerca qualitativa, attraverso approcci utilizzati nelle scienze sociali e umanistiche, dove l'essere umano è considerato nella sua interezza e specificità (Streuber Speciale & Carpenter, 2005; Mortari & Zannini, 2017; Mortari & Ghirrotto, 2018).

Interessanti ricerche sottolineano come le pedagogie interpretative, tra cui la pedagogia narrativa, aiutino gli studenti a praticare il pensiero interpretativo, riflettendo ed interpretando le situazioni che incontrano da più prospettive. Tali approcci coinvolgono insegnanti e studenti nel mettere insieme la loro saggezza, sfidare i loro preconcetti,

immaginare nuove possibilità per fornire assistenza e impegnarsi con gli altri per garantire cura e sicurezza centrate sul paziente. Documentando le esperienze degli studenti nei corsi in cui viene utilizzata la pedagogia narrativa, vengono fornite agli insegnanti prove basate sulla ricerca per guidare le loro azioni educative (Ironsides, 2003, 2006).

Coltivare il pensiero interpretativo offre un approccio innovativo per insegnare e apprendere il pensiero che si occupa delle esperienze di pensiero incarnato, riflessivo e pluralistico degli studenti. Gli insegnanti che coltivano il pensiero interpretativo aggiungono complessità al pensiero degli studenti per prepararli meglio per ambienti clinici impegnativi, complessi e imprevedibili (Scheckel & Ironsides, 2006).

## **6. Lo sviluppo delle competenze riflessive: la formazione dei formatori**

Dal punto di vista formativo la sfida è collocare, in un quadro che favorisca la costruzione di senso, sia i processi assistenziali che i processi di apprendimento e formazione, sottolineando il rapporto reciproco tra loro. È da questa necessità che si articolano le modalità didattiche: la situazione formativa comprende infatti tutti gli attori: la persona curata, il tutor clinico e gli studenti. È in questa configurazione che la missione formativa e la sua attuazione trovano il loro pieno significato facendo appello alla nozione di riflessività.

L'obiettivo è quindi quello di sviluppare capacità riflessive nell'azione formativa, abilità utili sia dal punto di vista dell'apprendimento che da quello dell'acquisizione disciplinare (Cambi, 2003; Zannini, 2005). Queste competenze, infatti, permettono di mettere in discussione allo stesso tempo sia la natura dell'azione formativo-educativa in cui può essere impiegata la professionalità educativa, sia la concezione che abbiamo della professione a cui ci rivolgiamo.

Tali modalità prevedono una analisi specifica dedicata al significato della propria azione professionale ed educativa e al reinvestimento dell'esperienza professionale secondo una pratica più incisiva del lavoro di formatore e di cura: riflessività e meta cognizione, proposti come elementi di uno sforzo instancabile per cogliere le forme vive della propria azione. Un presupposto imprescindibile per il formatore nelle professioni della cura riguarda la cura educativa. Come può lo

studente apprendere e sviluppare una postura “curante” se nell’apprendimento non ha sperimentato la cura educativa su di sé?

Cristina Palmieri (2014) propone una riflessione su quell’esperienza di cura che spesso si nasconde nell’esperienza dell’educare, vivendo e agendo dal profondo di essa. Una cura radicata nell’esistenza, che da lì derivi e prenda forma ogni suo rapporto, di per sé radicale e critico, con la formazione, l’educazione e la terapia.

Un percorso formativo per i tutor “*I processi di apprendimento-insegnamento: un percorso riflessivo e di auto comprensione*” che si avvale dell’approccio della Clinica della Formazione (Massa, 1997; Franza & Mottana, 1997) attraverso un lavoro individuale e di gruppo finalizzato al riconoscimento dei modelli latenti e dei vissuti sottesi al concreto lavoro di formatori è stato messo in atto dal 2003 al 2018 presso il Corso di Laurea in Infermieristica di Torino, aperto anche ad altre professioni della cura (Garrino *et al.*, 2012).

Nell’apprendimento clinico il *faculty development* (Lotti & Lam-pugnani, 2020) segue strategie per migliorare le capacità individuali dei tutor e degli infermieri guida nel *questioning*, nel porre domande per analizzare le situazioni di cura e guidare lo sviluppo del pensiero critico. Deve “tutorare i tutor”, lavorare direttamente con loro in quanto risorse cruciali per lo sviluppo del processo di apprendimento degli studenti e condurre ulteriori ricerche.

## **7. Alcune esperienze formative presso il Corso di Laurea in Infermieristica dell’Università di Torino**

Le competenze legate alla comunicazione empatica ed all’abilità di dedurre, interpretare e tradurre la storia della malattia del paziente vengono sviluppate attraverso la scrittura narrativa. Il dispositivo narrativo consente ai partecipanti di riflettere sulle pratiche professionali e favorisce l’esplorazione prima a livello individuale e poi in gruppo, della dimensione cognitiva e affettiva dell’apprendimento, dell’insegnamento e del lavoro di cura. L’utilizzo della narrazione trova svariate applicazioni in differenti ambiti, sia per l’analisi delle esperienze educative e formative, sia per la riflessione sul lavoro assistenziale e di cura.

Le potenzialità formative della narrazione si esplicitano nel valore del raccontare ed il raccontarsi che consente di orientare lo sguardo su

aspetti particolari dell'esperienza e sviluppare nel soggetto in formazione questa capacità riflessiva su di sé. L'utilizzo della narrazione e dei diari esperienziali fornisce nei corsi di formazione per formatori, la possibilità di uno strumento per costruire al meglio la relazione didattica con lo studente e dar senso ai vissuti che lo stesso studente evidenzia nel tirocinio. Nei processi formativi la comprensione delle esperienze umane profonde legate alla malattia, alla disabilità viene resa più efficace attraverso l'utilizzo della letteratura, dei film, del teatro, dell'arte. Vengono presentate alcune esperienze formative realizzate presso il Corso di Laurea in Infermieristica dell'Università degli Studi di Torino nell'ultimo decennio.

### *7.1. La Pedagogia dei Genitori*

La Pedagogia dei Genitori (Moletto & Zucchi, 2013) è un esempio dell'utilizzo pedagogico delle narrazioni. Tale approccio intende valorizzare le competenze educative genitoriali e dei familiari all'interno del patto educativo terapeutico. Riconosce e valorizza la dignità dell'azione pedagogica dei genitori e familiari come esperti educativi, sia come mutuo aiuto che nella formazione dei professionisti. L'azione dei genitori è quindi fondamentale per assicurare la crescita e lo sviluppo armonico dei propri figli. Viene sottolineato il ruolo dei genitori come esperti e si esplica con la raccolta, pubblicazione e diffusione delle narrazioni dei percorsi educativi dei genitori con figli diversabili. Durante tale attività formativa gli studenti sono invitati a narrare un episodio relativo ad un malato che non dimenticheranno mai.

Nella formazione condotta secondo la Pedagogia dei Genitori la narrazione degli itinerari educativi permette di far emergere la soggettività dei partecipanti. Il racconto di vicende professionali permette di mettere a fuoco il vissuto del personale sanitario in relazione al paziente, migliorando la relazione di cura. Dai racconti emerge un'umanità che non è conosciuta e valorizzata. Le storie di cura parlano di intrecci relazionali che danno senso e dignità alle professioni sanitarie e testimoniano come l'attenzione nei confronti del malato costituisca il fulcro dell'atteggiamento professionale. La pregnanza delle vicende narrate suggerisce di utilizzarle come strumento di comunicazione sociale tra le strutture sanitarie e i cittadini valorizzando

l'intreccio di relazioni tra pazienti e curanti che i racconti del personale fanno emergere.

### 7.2. Esperienze di malattia e la cura narrata: il paziente scrittore

Questa esperienza formativa dal titolo “I racconti dei pazienti come strumento professionale di cura”, è condotta dalla docente pedagogista e *counselor* Ernestina Parente e dalla scrivente. I racconti dei pazienti che hanno pubblicato libri sulla loro esperienza di malattia sono un’utile risorsa professionale per l’operatore all’interno della relazione di cura ed una preziosa possibilità nel realizzare l’alleanza terapeutica (Tabella 1).

**Tabella 1.** Testi dei pazienti scrittori coinvolti nell’attività didattica.

Anna Lisa Russo, <i>Toglietemi tutto ma non il sorriso</i> , Mondadori, Milano 2012.
Silvia Bonino, <i>Mille fili mi legano qui</i> , Laterza, Bari 2006.
Marco Braico, <i>La festa dei limoni</i> , Piemme Edizioni, Segrate 2015.
Stefania Santolli, <i>Rewind</i> , L’Autore Libri, Firenze 2012.
Lucia Fontanella, <i>La comunicazione diseguale</i> , Il Pensiero Scientifico, Roma 2011.
Francesca Sartori, <i>Oggi ho due compleanni</i> Effatà Editrice, Cantalupa (Torino) 2016.
Sara Rubatto, <i>Non ancora: il mio ritorno alla vita</i> , Armando Editore, Roma 2018.
Gianni Valente, <i>Sotto sotto tutto è perfetto</i> , NEOS Edizioni, Torino 2020.

I pazienti nei loro racconti ci narrano di cosa hanno bisogno e cosa può essere loro di aiuto. La narrazione dei pazienti attraverso il loro contributo scritto sviluppa nei discenti le competenze per riconoscere e cogliere il senso della malattia che ogni sistema familiare elabora. Lo studente attraverso la formazione allena e sperimenta abilità di relazione e di comunicazione professionale che attivano la valorizzazione delle narrazioni, affinché non rimangano solo dei momenti intensi emotivi e di condivisione umana. In questo collegamento risiede l’obiettivo dell’attività formativa: la testimonianza del paziente, la lettura della sua produzione scritta rappresentano una precisa richiesta di professionalità relazionale e comunicativa e nasce da un bisogno sperimentato nell’esperienza di malattia. Possiamo riferirci ad abilità che ci insegnano a sviluppare un atteggiamento che potenzi interventi focalizzati su quel singolo paziente, su quello che vive in quel preciso



momento e contesto. Scrive uno degli studenti al termine di una giornata formativa nell'ottobre 2013:

Ho capito che si può lavorare sugli aspetti relazionali come su altri [...]. Tali abilità riportano su un piano professionale, formativo e tecnico, un'esperienza che diversamente sarebbe rimasta sul piano empatico.

### *7.3. Resilienza e vulnerabilità attraverso una proposta filmica*

L'esperienza didattica è orientata all'approfondimento del concetto di vulnerabilità e resilienza, in forma strettamente connessa agli aspetti educativi e assistenziali (Conti *et al.*, 2019). La vulnerabilità rimanda al fatto che tutti possiamo essere feriti. In natura siamo tutti vulnerabili. La radice di questa parola deriva da *vulnus* che significa ferita che come tale comporta come esito una cicatrice, un segno che rimane nel tempo. Noi nominiamo le ferite del corpo e dell'anima con lo stesso linguaggio attraverso un pensiero di tipo analogico.

La resilienza è la capacità di far fronte in maniera positiva agli eventi traumatici di riorganizzare positivamente la propria vita dinanzi alle difficoltà. È la capacità di ricostruirsi restando sensibili alle opportunità positive che la vita offre, senza perdere la propria umanità.

Persone resilienti sono coloro che immerse in circostanze avverse riescono, nonostante tutto e talvolta contro ogni previsione, a fronteggiare efficacemente le contrarietà, a dare nuovo slancio alla propria esistenza e perfino a raggiungere mete importanti. Il concetto di resilienza contiene il costrutto di crisi come opportunità di cambiamento.

L'obiettivo del corso è esercitare la capacità di problematizzare a partire da situazioni complesse legate al mondo della vita e delle cure in cui è rilevante la componente educativa, la storia ed i vissuti del paziente. Analizzare il concetto di resilienza finalizzato ad accrescere le proprie capacità di far fronte agli eventi traumatici e di riorganizzare la propria vita dinanzi alle difficoltà.

Per rispondere a questa esigenza, il cinema può essere considerato un valido strumento per la formazione in medicina e infermieristica, alternativo o di supporto alle lezioni tradizionali per la capacità di suscitare emozioni e sentimenti riguardo alla malattia e di evidenziare i valori e le strategie con cui i diversi sistemi familiari e sociali affrontano e gestiscono la salute.

Il cinema può rivestire un'importanza strategica nel promuovere e facilitare la riflessione degli studenti in merito alle modalità con cui affrontare le diverse e molteplici situazioni che si determinano nella relazione di cura con la persona assistita (Cattorini, 2003; Agosti, 2004; Cappa & Mancino, 2005; Bergonzo *et al.*, 2010; de Mennato *et al.*, 2011; Garrino & Gregorino, 2011).

## **8. Oltre il COVID-19: la didattica a distanza**

Non dimenticheremo facilmente il periodo della pandemia da coronavirus. Ha coinvolto il mondo e messo in gioco tutte le risorse disponibili. La sanità è stata messa a dura prova, anche la famiglia ha sostenuto impegni e responsabilità che l'hanno posta in prima linea accanto al personale sanitario. Tutto il sistema scolastico e universitario è stato posto in una situazione di sfida per riuscire a mantenere il più possibile costante ed efficace il sistema formativo. Didattica in presenza e didattica a distanza (DAD) non vanno viste in contrapposizione, ma come due alleati (Toselli, 2020).

Nella realtà attuale, nonostante le difficoltà che costantemente emergono nella sua gestione da parte dei discenti e degli insegnanti, la didattica a distanza (*distance learning*), sta evidenziando opportunità e potenzialità insospettite dai più, ma ampiamente previste dagli studiosi. Liberandosi del pregiudizio che oppone distanza a presenza, si può approfondire e comprendere meglio le possibilità della didattica in rete e si possono valutare le esperienze positive degli ultimi anni e, soprattutto, di questi ultimi mesi (Bruschi & Perissinotto, 2020).

Nella formazione in infermieristica ed in ambito medico, questi aspetti sono ulteriormente da approfondire attraverso ulteriori esperienze e percorsi di ricerca che ne documentino le difficoltà e l'efficacia, le debolezze ed i punti di forza.

## **9. Conclusioni**

Il contributo che la pedagogia offre nella formazione degli infermieri e nella formazione continua non è legata unicamente all'acquisizione di conoscenze, quanto piuttosto all'offerta di esperienze basate su metodi innovativi, che accompagnano lo studente in percorsi di rilettura

delle situazioni vissute nella cura, di confronto e dialogo con visioni differenti.

Attraverso approcci diversificati ed esperienze interpretative il discente viene stimolato e supportato a costruire quella “professionalità riflessiva” e sensibile capace di fare appello a un esercizio interiore, riferito ad un modo di guardare, ascoltare nella prospettiva del “prendersi cura degli altri”. Lo sguardo diventa allora un atto di pensiero, cognizione, e in questa riflessione prendiamo coscienza dei nostri diversi “centri”, delle nostre metamorfosi. Per allenare la consapevolezza critica dei soggetti, vogliamo praticare una pedagogia che cerchi di non fermarsi di fronte alle cose ovvie a portata di mano e alle certezze che ci confortano.

L'importanza non sta solo nei contenuti, ma piuttosto nei metodi di insegnamento/apprendimento che vengono proposti e le esperienze di riflessione e di analisi che vengono offerte. Infatti una formazione efficace, orientata a formare professionisti attenti ed impegnati nel miglioramento della qualità delle cure, si avvale senz'altro delle Medical Humanities e dell'adozione di una pratica riflessiva che, facilitata dal dispositivo narrativo, possa portare una nuova prospettiva sulla cura.

I percorsi formativi permettono in tal senso di ridefinire contenuti, attribuire nuovi significati alle situazioni incontrate nella pratica professionale e soprattutto stabiliscono legami tra la conoscenza e l'azione. Assume perciò una importanza fondamentale anche la formazione dei formatori, non solo all'utilizzo di metodi ed approcci innovativi, ma anche all'acquisizione di atteggiamenti adeguati e coerenti con quelle competenze riflessive e sensibili che si vorrebbe sviluppare nei partecipanti.

Tutto ciò al fine di creare nelle équipes di cura un ambiente capace di “nutrire” il desiderio di “far bene” e canalizzare le energie e le risorse verso lo sviluppo della ricerca e del miglioramento nelle cure.

Se veramente si vuole mantenere ed alimentare l'impegno verso uno spazio sempre più ampio della componente umana nelle cure ed orientare queste ultime verso un più elevato livello di personalizzazione, una particolare attenzione deve essere rivolta a mantenere lo spazio per la sensibilità, nelle relazioni interpersonali nell'équipe di lavoro, e si devono facilitare e sostenere gli infermieri nel loro impegno di realizzare cure di alta qualità per i loro pazienti; inoltre è im-

portante non ostacolarli, con scelte organizzative inadeguate, nel fare bene il loro lavoro così come essi lo desiderano (Utriainen, 2009).

Per lavorare in questa direzione possiamo, insieme a tutte le componenti professionali, far leva sulla energia desiderante, quale componente dei processi di *empowerment*, poiché essa è importante per il benessere e l'efficacia della persona e offre l'apertura di nuove possibilità, la capacità di cogliere nuove opportunità ed un orientamento verso un cambiamento tanto desiderato quanto necessario.

### Riferimenti bibliografici

AGOSTI A., *Il cinema per la formazione*, FrancoAngeli, Milano 2004.

ALASTRA V., *Ambienti narrativi, territori di cura e formazione*, FrancoAngeli, Milano 2016.

BENINI S., *Reti di possibilità. Quando la pedagogia incontra le prassi sanitarie*, FrancoAngeli, Milano 2016.

BENNER P., *Clinical wisdom and interventions in clinical care*. Philadelphia, WB Saunders, 1999.

— *Da principiante a esperto: eccellenza e potenza nella pratica infermieristica clinica* 1984.

BERGONZO D., GARRINO L., DIMONTE V., *Il cinema per la formazione medica e infermieristica: analisi della letteratura*, «Tutor», 2010, 1, pp. 1-13.

BION W.R., *Apprendere dall'esperienza*, Armando Editore, Roma 1996.

BLANDINO G., GRANIERI, *La disponibilità ad apprendere*, Raffaello Cortina Editore, Milano 1995.

BOUD D., WALKER D., *Making the Most of Experience. Studies in continuing Education*, in S.B. Merriam SB. Caffarella RS. *Learning in Adulthood, a comprehensive guide*, Jojjey-Bass Publishers, San Francisco 1999.

BRUSCHI B., PERISSINOTTO A., *Didattica a distanza. Com'è, come potrebbe essere*, Laterza, Bari 2020.

CAMBI F., *Una professione tra competenze e riflessività*, in AA.VV. *Le professionalità educative*, Carocci Editore, Roma 2003.

— *Sul canone della pedagogia occidentale*, Roma, Carocci 2009.

CAPPA F., MANCINO E., *Il mondo che sta nel cinema, che sta nel mondo*, Mimesis, Milano 2005.

CASTAGNA M., *Esercitazioni, casi e questionari. Come insegnare agli adulti conoscenze e capacità*, FrancoAngeli, Milano 2001.

CASTIGLIONI M., (a cura di) *Narrazione e cura*, Mimesis, Milano 2014.

CATTORINI P., *Bioetica e Cinema, Racconti di malattia e dilemma morale*, FrancoAngeli, Milano 2003.

CHARON R., *Narrative medicine – Honoring the Stories of Illness*. New York: Oxford University Press. 2006, Trad.it. (a cura di) CASTIGLIONI C., *Medicina narrativa. Onorare le storie dei pazienti*, Raffaello Cortina, Milano 2019.

CONTI A., CLARI M., CARIGNANO F., SACCÀ P., GARRINO L., Teaching resilience and vulnerability to nursing students using films: A qualitative study, «Professioni Infermieristiche», vol. 72 2019, pp. 135-142.

DE MENNATO P., OREFICE C., BRANCHI S., *Educarsi alla “cura”. Un itinerario riflessivo tra frammenti e sequenze*, Pensa Multimedia Editore, Lecce 2011.

DEPALMAS C., FERRO ALLODOLA V., *La pratica riflessiva nella formazione alle Medical Humanities. Teorie, metodi, strumenti e valutazione*, Aracne, Roma 2015.

DEWEY J., (1897). *Il mio credo pedagogico. Antologia di scritti sull'educazione*, La Nuova Italia, Firenze 1954.

— (1899), *Scuola e Società*. La Nuova Italia, Firenze 1999.

— (1938), *Esperienza e educazione*, La Nuova Italia, Firenze 1999.

DUPUIS M., GUEIBE R. HESBEEN W. ET AL. *La Banalisation de l'humain dans le système de soins. De la pratique des soins à l'éthique du quotidien*, Éditions Seli Arslan, Paris 2013.

DUTIER A., Pratique de soi et logique de gestion, le rôle médiateur des cadres de santé, «Perspective Soignante», 41, 2011, pp. 24-35.

ERBETTA A., *L'Educazione come esperienza vissuta*, Tirrenia Stampatori, Torino 2005.

— *Decostruire Formando, Concetti pratiche orizzonti*, Ibis, Como-Pavia 2010.

FANTAUZZI A., *Di corpo in corpo. Etnografie tra cura e assistenza infermieristica*, Casa Editrice Ambrosiana, Milano 2014.

FERRO ALLODOLA V., DEPALMAS C., *Le Medical Humanities nella formazione alle professioni della salute e della cura. Lo "stato dell'arte" in Italia*, «Qualeducazione», vol. 87, Pellegrini Editore, Cosenza 2017, pp. 14-29.

FOUCAULT M., (1969), *L'archeologia del sapere*, Rizzoli-BUR, Milano 1994.

FRANZA A., MOTTANA P., *Dissolvenze, le immagini della formazione*, CLUEB, Bologna 1997.

GARGANO A., GARRINO L., LOMBARDO S., *La formation d'infirmier en Italie*, «Soins Encadrement- Formation», vol. 29, 1999, pp. 53-55.

GARRINO L. GREGORINO S. GARGANO A. BEDIN M.G. *Les compétences réflexives: un enjeu majeur dans la formation soignante*. «Perspective soignante», vol. 37, 2010, pp. 84-103.

GARRINO L. (a cura di) *La medicina narrativa nei luoghi di formazione e di cura*, EdiErmes, Milano 2010.

GARRINO L. GREGORINO S. *L'immagine filmica della formazione alle cure: indicazioni metodologiche e pratiche di utilizzo*, «MEDIC», vol. 19(2), 2011, pp. 1-24.

GARRINO L., TORRESAN M., GREGORINO S., MASSARIELLO P., DIMONTE V., *La formazione per Tutor Clinici: analisi del percepito a distanza di un corso di formazione*, «Tutor», 12(3), 2012, pp. 5-16.

GARRINO L., BOERO E., GARGANO A., MERLINO D., BEDIN M.G., «Réflexion sur l'expérience de soins: une logique centrée sur les actes ou une pratique fondée sur le sujet ?». «Perspective soignante», 47, 2013, pp. 71-88.

GARRINO L., GARGANO A., *De la réflexivité des soignants aux sciences infirmières, l'exemple italien* in JOUET E., LAS VERGNAS O., NOËL-HUREAUX E. (a cura di), *Nouvelles coopérations réflexives en santé : De l'expérience des malades et des professionnels aux partenariats de soins, de formation et de recherche*, Edition des Archives Contemporaines, Paris 2014, pp. 147-157.

GREGORINO S., *Considerazioni sulla formazione tutoriale tra pratiche riflessive e scrittura*. «Tutor», 7(2), 2007, pp. 90-93.

GROSS FORNERIS S., FEY MK., *Critical Conversations: The National League for Nursing Guide for Teaching* //www.nursingcenter.com/journalarticle?Article\_ID=3640369&Journal\_ID=3332683&Issue\_ID=3640364 8 U.C. 07/12/2020.

HESBEEN W., *Le soin dans la relation humaine*, Edition Seli Arslan, Paris 2009.

— Competence soignante, formation initiale et évaluation, «Perspective Soignante», 41, 2011, pp. 36-51.

IRONSIDE P.M. Using narrative pedagogy: learning and practising interpretive thinking, «Journal of Advanced Nursing», 55(4), 2006, pp. 478-86.

— New pedagogies for teaching thinking: the lived experiences of students and teachers enacting narrative pedagogy, «Journal of Nursing Education», 42(11), 2003, pp. 509-16.

JEDLOWSKI P., *Il sapere dell'esperienza*. Il Saggiatore, Milano 1994.

JOUET E., LAS VERGNAS O., NOËL-HUREAUX E. (a cura di), *Nouvelles coopérations réflexives en santé : De l'expérience des malades et des professionnels aux partenariats de soins, de formation et de recherche*, Edition des Archives Contemporaines, Paris, 2014, pp. 147-157.

KENNISON M.M., The evaluation of student' reflective writing for evidence of critical thinking. «Nursing Education Perspective», 27(5), 2006, pp. 269-273.

LOTTI A., LAMPUGNANI A., *Faculty Development in Italia. Valorizzazione delle competenze didattiche dei docenti universitari*, Genova University Press, Genova 2020.

MADRUSSAN E., *Forme del tempo/Modi dell'io. Educazione e scrittura diaristica*, IBS Milano 2009.

— *Briciole di Pedagogia, Cinque note critiche per un'educazione come inquietudine*, Anicia, Roma, 2012.

MARONE F. (a cura di), *La medicina narrativa e le buone pratiche nei contesti della cura. Metodologie, strumenti, linguaggi*, Pensa MultiMedia, Lecce-Brescia 2016.

MASSA R. (a cura di), *La clinica della formazione*, Franco Angeli, Milano 1997.

MEZIRROW J. (1991), *Apprendimento e trasformazione*, Cortina, Milano 2003.

MOLETTA A., ZUCCHI R., *La Metodologia Pedagogia dei Genitori. Valorizzare il sapere dell'esperienza*, Maggioli editore, Sant'Arcangelo di Romagna (RM) 2013.

MORIN E., *I sette saperi legati alla educazione*, Raffaello Cortina, Milano 2001.

— *Insegnare a vivere. Manifesto per cambiare l'educazione*, Raffaello Cortina, Milano 2015.

MORTARI L., *Aver cura della vita della mente*. La Nuova Italia, Roma 2002.

— *Apprendere dall'esperienza. Il pensiero riflessivo nella formazione*, Carocci, Roma 2003.

— *Ricerca e riflettere. La formazione del docente professionista*, Carocci Editore, Roma 2009.

MORTARI L., ZANNINI L., *La ricerca qualitativa in ambito sanitario*, Carocci, Roma 2017.

MORTARI L., GHIROTTI L., *Metodi per la ricerca qualitativa*, Carocci, Roma 2018.

MYRICK F., Preceptorship and Critical Thinking in Nursing Education, «Journal of Nursing Education», 41(4), 2002, pp. 154-64. PMID: 11954967.

NEHLS N., Narrative pedagogy: rethinking nursing education. «Journal of Nursing Education», 34(5), 1995, pp. 204-10. PMID: 7790971.

PAGET T., Reflective practice and clinical outcomes: practitioners' views on how reflective practice has influenced their clinical practice. «Journal of Clinical Nursing», 10(2), 2001, pp. 204-14. doi: 10.1046/j.1365-2702.2001.00482.

PALMIERI C., *La cura educativa. Riflessioni ed esperienze tra le pieghe dell'educare*. FrancoAngeli, Milano 2003.

PELLEREY M., *Le competenze individuali e il portfolio*, La Nuova Italia, Scandicci 2004.

POLVANI S., *Cura alle stelle. Manuale di salute narrativa*, Emmebi Edizioni, Firenze 2016.

SCHECKEL M.M., IRONSIDE P.M. Cultivating interpretive thinking through enacting narrative pedagogy, «Nursing Outlook», 54(3), 2006, pp. 159-65. doi:10.1016/j.outlook.2006.02.002. PMID: 16759-940.

SCHÖN DA, *The Reflective Practitioner*. New York, Basic Books, 1983. Trad.it. *Il professionista riflessivo*, Dedalo, Bari 1993.

— *Educating the Reflective Practitioner*. 1987. Jossey-Bass Inc., San Francisco. (trad it.) *Formare il professionista riflessivo. Per una nuova prospettiva della formazione e dell'apprendimento nelle professioni*, FrancoAngeli, Milano 2006.



STREUBER SPEZIALE HJ., CARPENTER DR., (2003) *Qualitative research in nursing: Advancing the humanistic imperative*. (trad. it.) *La ricerca qualitativa: un imperativo umanistico*, Idelson-Gnocchi, Napoli 2005.

STRIANO M., *La razionalità riflessiva nell'agire educativo*, Liguori, Napoli 2002.

TEEKMAN B., Exploring reflective thinking in nursing practice, «Journal of Advanced Nursing», 31(5), 2000, pp. 1125-1135.

TOSELLI L., *La didattica a distanza funziona, se sai come farla*, Ed. Sonda, Milano 2020.

UTRIAINEN K., KYNGÄS H., Hospital nurses' job satisfaction: a literature review. «Journal of Nursing Management», 17(8), 2009, pp. 1002-10.

WHITE R., EWAN C., *Il tirocinio: L'insegnamento clinico del nursing*, Sorbona, Milano 1994.

ZANNINI L., *Salute, malattia e cura*, FrancoAngeli, Milano 2001.

— *La tutorship nella formazione degli adulti*, Guerini Scientifica, Milano 2008.

— *Medical Humanities e medicina narrativa. Nuove prospettive nella formazione dei professionisti della cura*, Raffaello Cortina, Milano 2008.