



Università degli Studi di Padova
Dipartimento di Medicina Molecolare

*Corso di Laurea Magistrale in
Scienze Riabilitative delle Professioni Sanitarie*
Presidente: Ch.mo Prof. Daniele Rodriguez

TESI DI LAUREA

**ANALISI QUALITATIVA DI ESPERIENZE CRITICHE VISSUTE IN
TIROCINIO DAGLI STUDENTI DEL CORSO DI LAUREA IN FISIOTERAPIA
DELL'UNIVERSITÀ DI PADOVA: IMPLICAZIONI DIDATTICHE E SULLE
PRATICHE DI CURA**

(Qualitative analysis of critical situations that students of physiotherapy's degree course at University of Padua experienced during the internship: implications for didactics and treatment's practice)

RELATORE: Dr.ssa Anna Pilat
CORRELATORE: Dr. Natale Migliorino

LAUREANDO: Daniela Rovelli

Anno Accademico 2015- 2016

INDICE

INDICE

RIASSUNTO.....	1
ABSTRACT.....	2
INTRODUZIONE.....	3
1 ASPETTI CONCETTUALI DI RIFERIMENTO.....	4
1.1 Dalla scienza fenomenologica alla filosofia dell'esperienza.....	4
1.2 L'autobiografia come metodo formativo.....	7
1.2.1 Teorie di apprendimento situato.....	7
1.2.2 Il pensiero riflessivo nella formazione.....	9
1.2.3 La didattica tutoriale nell'apprendimento dell'adulto.....	12
1.2.4 Valore e significato della formazione narrativa autobiografica in contesti sanitari.....	16
1.2.5 Dispositivi epistemici del laboratorio formativo autobiografico.....	21
1.3 Il contesto didattico.....	24
2 MATERIALI E METODI.....	26
2.1 Scopo principale.....	26
2.2 Storia della ricerca.....	26
2.3 Il disegno di ricerca.....	27
2.3.1 Criteri per la costruzione della domanda di ricerca.....	27
2.3.2 Criteri di raccolta dati.....	29

2.3.3	Criteri metodologici.....	30
2.3.4	Criteri di analisi del testo.....	31
2.3.5	Criteri etici.....	33
2.4	Valutazione della ricerca.....	33
3	RISULTATI.....	34
4	DISCUSSIONE.....	40
4.1	Commento ai temi generali.....	40
4.2	Nell'esperienza.....	41
4.3	Ai margini dell'esperienza.....	42
4.4	Essere nel tempo.....	44
4.5	Abitare il mondo.....	46
4.6	Il terreno dell'esperienza.....	48
4.7	Coinvolti nell'esperienza.....	49
4.8	Il professionista riflessivo.....	51
4.9	Limiti e sviluppi.....	54
5	CONCLUSIONI.....	55
6	BIBLIOGRAFIA.....	59

RINGRAZIAMENTI

ALLEGATI

RIASSUNTO

Obiettivi: Questa tesi ha lo scopo di studiare il materiale autobiografico di alcuni studenti del CdL in Fisioterapia dell'Università di Padova, relativo a narrazioni di situazioni problematiche vissute nel tirocinio, al I e III anno. I risultanti modelli emergenti, descrittivi di reti di significati, costituiranno materia di riflessione per gli studenti soggetti di indagine e guida per le scelte metodologiche dei formatori.

Contesto didattico: Il raggiungimento delle competenze professionali si attua attraverso una formazione teorica e pratica che include anche l'acquisizione di competenze comportamentali e relazionali. L'attività formativa di tirocinio clinico, con la supervisione e la guida di tutori professionali, acquista rilievo come parte integrante e qualificante della formazione professionale.

Materiali e metodi: Da un campione di 180 narrazioni, ne sono state selezionate 28 e analizzate con metodi di ricerca qualitativa per garantire una profonda conoscenza del contesto e un'esplorazione senza giudizio. È stata scelta la *Grounded Theory* come metodologia in grado di generare modelli esplicativi e descrivere le esperienze reali, i vissuti, i processi psicosociali e i valori dei soggetti coinvolti.

Risultati: I testi autobiografici sono stati analizzati e codificati in due fasi: testuale ed intertestuale. La codifica ha prodotto numerose categorie di base, 60 categorie specifiche, 23 categorie generali e i 7 temi generali relativi all'esperienza dell'essere fisioterapista denominati: Nell'esperienza; Ai margini dell'esperienza; Essere nel tempo; Abitare il mondo; Il terreno dell'esperienza; Coinvolti nell'esperienza; Il professionista riflessivo.

Conclusioni: Dall'analisi dei risultati sono emerse delle considerazioni in merito alla rilevanza dello strumento narrativo autobiografico nella didattica tutoriale. Poiché è situato nella pratica e nell'esperienza personale, rappresenta uno strumento privilegiato nella formazione dell'adulto. Con la sua accessibilità e fruibilità, consente di far emergere la pluralità di conoscenze che lo studente ha già dentro di sé e sviluppa un alto grado di riflessività. Favorisce la consapevolezza di sé, delle proprie azioni e delle proprie responsabilità, consentendo un riposizionamento nella relazione di cura, nel proprio ruolo professionale e maggior comprensione del proprio contesto. Vi è la necessità di garantire allo studente momenti di pratica riflessiva fin dall'inizio del percorso formativo al fine di migliorare le esperienze di tirocinio e le pratiche di cura.

Parole chiave: Affettività, Esperienza terapeutica, Corporeità, Riflessività.

ABSTRACT

Goals: The aim of this thesis is to develop and study the autobiographical material of some students of the degree course in Physiotherapy, University of Padua. The narrations are related to problematic situations experienced in training. The resulting models emerging, with networks of meanings, are subject of reflection for students that are investigate and can guide the methodological choices of trainers. **Background:** Professional skills are achieved through a theoretical and practical training which includes the acquisition of behavioral and relation skills. The training practice activities and clinical training, with the guide of professional tutors, acquire special importance as qualifying and integral part of vocational training. **Materials and method:** it was considered a sample of 180 narratives, of which 28 were selected and analyzed using qualitative research methods to provide a deep understanding of context and exploration without judgment. It was chosen *Grounded Theory* as the methodology capable of generation explanation models and describe the actual experiences, psychosocial processes and the values involved from a very small sample. **Result:** The autobiographical texts are analyzed and codified in two phases: textual and intertextual. The process have product a lot of basis categories, 60 specific categories, 23 general categories and 7 general themes related to the experience of being physiotherapist: in the experience, at the edge of experience, be in the time, live the world, the field of experience, get involved in the experience, the reflexive professional.

Conclusions: From the analysis of results, we can understand the relevance of autobiographical narrative in the tutorial teaching. Autobiographical narrative is a favored tool in the adult formation because is situated in the practice and in the personal experience. Because of its accessibility and usability, it allow bringing out the plurality of knowledge that the students have already within themselves and develop reflectiveness. It promotes self-awareness, their action and their responsibility, allowing a repositioning in the relationship of care, in their professional role and greater understanding of it context. It is important to guarantee at the students some moments of reflective practice from the beginning of their training, in order to improve the training experience and care practices.

Keys Words: Affectivity, Therapeutic Experience, Corporeality, Reflexivity.

INTRODUZIONE

Il disegno della ricerca nasce dall'interesse condiviso del ricercatore e della *tutor* accademica, relatrice della presente tesi, verso la didattica tutoriale e le pratiche narrative. Le narrazioni raccolte da quest'ultima in anni di esperienza di tutorato rappresentano una ricca fonte di materiale autobiografico genuino e poco conosciuto, interessante da indagare per comprendere meglio domini di realtà e portare alla luce conoscenze insite nei soggetti in formazione che generalmente rimangono taciti. Tale interesse è mosso dall'intenzione di contribuire a valorizzare e migliorare le esperienze formative di tirocinio in modi conformi ad un discente adulto e calibrati sul singolo studente. Lo studio si ritiene significativo poiché nell'Ordinamento Didattico del Corso di Laurea in Fisioterapia dell'Università degli Studi di Padova, in riferimento al Decreto Ministeriale n. 270/2004, sono previsti per l'area Relazione e Responsabilità professionale i seguenti obiettivi formativi: imparare a guardare alla propria emotività, come ad uno degli elementi essenziali della relazione terapeutica, e imparare ad ascoltare l'altro. A questo scopo nel programma delle attività tutoriali proposte, in area Neurologico Adulto, vengono chieste agli studenti fisioterapisti l'elaborazione, la lettura e la discussione di una "Narrazione di una situazione problematica vissuta a tirocinio". Da questi presupposti sono nate l'esigenza d'indagine e la domanda generativa, così definita: "Come gli studenti affrontano situazioni critiche di tirocinio". La ricerca qualitativa può essere utilizzata: per descrivere e interpretare fenomeni complessi che non si prestano alla verifica di ipotesi, in particolare all'interno delle professioni sanitarie, e per acquisire conoscenze su questioni organizzative e culturali al fine di migliorare la comprensione dell'interazione sociale e dei processi di assistenza sanitaria in ambienti naturali di cura alla persona. Il campione può essere anche molto piccolo. La *Grounded Theory* come metodo di ricerca qualitativa è in grado di: generare modelli esplicativi e teorie, descrivere le esperienze reali, i vissuti, i processi psicosociali e i valori dei soggetti coinvolti. I dati ottenuti con tecniche qualitative sono trasferibili ma non generalizzabili tuttavia contribuiscono a garantire una profonda conoscenza del contesto e un'esplorazione senza giudizio. Poiché il contesto in questione è formativo e professionalizzante i risultati potranno: fornire materia di riflessione per i soggetti stessi della ricerca e per i formatori, avere ricadute sulla didattica e sulle pratiche di cura.

1 ASPETTI CONCETTUALI DI RIFERIMENTO

1.1 Dalla scienza fenomenologica alla filosofia dell'esperienza

Il metodo trascendentale di cui si avvale la ricerca trova il paradigma di riferimento nella fenomenologia di tipo descrittivo. La fenomenologia come scienza prende avvio all'inizio del Novecento, nella crisi delle scienze europee, come uno dei movimenti filosofico-culturali che mette in evidenza i limiti del positivismo considerato una scienza schematica, astratta, estranea alle problematiche più profondamente umanistiche e tenta il superamento. Nel pensiero di Edmund Husserl (1859-1938), con fenomenologia si intende un metodo di indagine filosofica basato sull'analisi dei fenomeni per come si presentano alla coscienza, intesa non come soggettività empirica, bensì come fondamento trascendentale di ogni esperienza. Nella sua forma originale la fenomenologia è il tentativo di lasciar parlare le cose, cogliendo la purezza di un fenomeno negli aspetti che più interessano la coscienza umana come i valori, le essenze (*eidos* = essenza). *La fenomenologia asserisce che l'opzione fondativa di un sapere che intende essere rigoroso consiste nel cogliere l'essenza della cosa oggetto di indagine, ossia individuare le qualità essenziali in cui quella cosa consiste. [...] un'essenza del concreto che è, che è contingente e situata, poiché è costituita da quelle qualità concretamente essenziali che qualificano uno specifico evento di esperienza.* [1] Per cogliere l'essenza del fenomeno attraverso una percezione sensibile, il ricercatore deve liberarsi da tutte le opinioni preconcepite e mettere in atto la sospensione del giudizio o *epochè* e compiere la riduzione eidetica, cioè deve prescindere dal fatto che l'oggetto possieda un'esistenza reale dotata di coordinate spazio-temporali e di leggi causali. Le essenze valgono a priori. Dal pensiero degli allievi di Husserl, tra cui Martin Heidegger (1889-1976), nasce successivamente la fenomenologia ermeneutica. In prospettiva diversa rispetto alla fenomenologia descrittiva si fa largo l'idea che si debba rifiutare l'*epochè* e la sospensione delle opinioni personali per lasciar spazio alla narrazione interpretante dei fenomeni che fa parte dell'esperienza del soggetto. Ci si concentra, allora, sulla esperienza soggettiva degli individui e dei gruppi. La fenomenologia diviene un modo per disvelare il mondo così come vissuto dal soggetto attraverso le storie. Le descrizioni di cui parla Husserl e Merleau-Ponty vengono sostituite dalle narrazioni [2]. La fenomenologia detta esistenziale è la matrice filosofica che accomuna le riflessioni di Heidegger (1889-1976), Sartre (1905-1980), Merleau-Ponty (1908-1961) e altri filosofi da essi influenzati. È esistenziale quella fenomenologia che, rifiutando la possibilità della

riduzione eidetica, utilizza il metodo fenomenologico per la comprensione delle esperienze vissute quotidiane così come sono percepite dalla coscienza degli individui. [2] “Se accettiamo di considerare l’essenza ciò che non può essere variato né eliminato di una cosa, poiché ne costituisce propriamente la realtà, allora è possibile parlare di essenza anche nel mondo contingente del divenire. Ogni fenomeno, infatti, manifesta qualità specifiche, che anche se non fanno parte dell’essenza generale concorrono a definire la sua essenza particolare.” [1] Heidegger (1975), sostiene che la concrezione fenomenale particolare di un’essenza oltre ad incarnarne le qualità essenziali, evidenzia anche altre proprietà che dipendono dal modo specifico del suo accadere; queste non fanno parte dell’essenza generale ma concorrono a definire la sua essenza singolare, che è concrezione particolare dell’essenza generale. Autori più moderni tra cui Carlo Conni, Roberta De Monticelli, Luigina Mortari, Massimiliano Tarozzi, mettono in relazione l’esigenza attuale in campo umanistico e sociosanitario della ricerca di tipo qualitativo, strumento essenziale per la comprensione di fenomeni complessi capace di generare una teoria “radicata” nei dati, e la necessità di riconsiderare la fenomenologia come strumento di revisione dell’ontologia. Con le loro tesi, relative al modo di concepire i rapporti tra realtà ed apparenza, tra essenza e concetto, tra ricerca filosofica e neurobiologica, sintetizzano e riproducono in maniera fedele lo spirito dei fenomenologi secondo i seguenti principi epistemici:

- la regola di fedeltà;
- il principio di evidenza;
- il principio di trascendenza.

La **fedeltà del fenomeno** è raggiunta tramite l’**epochè** [3]: nella ricerca qualitativa l’**epochè** è un dispositivo cognitivo che permette al ricercatore di isolare il mondo dato per scontato al fine di costruire una conoscenza rigorosa, sostiene il ricercatore nel non assumere alcun implicito e alcun pregiudizio. [2] Quando si è in ricerca, è necessario essere fedeli al fenomeno, così come appare alla coscienza, rispettandone confini e limiti. È fondamentale soprattutto quando i fenomeni studiati sono iscritti in scienze della cura e della salute in quanto i termini mettono in gioco reti complesse di significati. Il metodo fenomenologico presuppone sempre l’esistenza del fenomeno, mentre l’essenza, il profilo nascosto delle cose, pur rivelandosi attraverso la riduzione eidetica, rimane sempre altro dalla descrizione. Il **realismo** fenomenologico è un realismo intersoggettivo, basato sulla fedeltà al fenomeno, frutto della condivisione dei punti di vista, la realtà secondo Husserl,

quindi, non è mai solo nella mente dell'individuo, ma dentro a un processo condiviso, non solipsistico, di significazione.

La fenomenologia è un metodo per comprendere la significatività dell'esperienza vissuta, non la vuole spiegare, la descrive a partire dalla fedeltà al fenomeno e dall'intersoggettività. I dati della ricerca non sono, allora, cose che esistono oggettivamente nel mondo e nemmeno costruzioni puramente della mente del ricercatore: sono fenomeni offerti alla coscienza individualmente e a tutti. All'interno di questo realismo la fenomenologia diviene "scienza delle essenze". [1]

De Monticelli ridefinisce completamente il rapporto tra realtà e apparenza: il fenomeno, come atto originariamente offerente, non è solo l'apparenza della cosa ma piuttosto la sua essenza che è la *struttura emergente della cosa, cioè dell'esperienza* [1], *niente appare invano.* [4] Per questo motivo è importante seguire l'invito husserliano di *fedeltà al fenomeno* secondo i principi di *evidenza*, che richiede che il ricercatore si muova solo nella direzione suggerita dal fenomeno stesso e di *trascendenza* in quanto l'oggetto di ricerca non rivela immediatamente la propria essenza. [2] *Ciò è dovuto al fatto che l'essere di una cosa non è completamente trasparente al nostro sguardo dal momento che ogni ente ha un proprio modo specifico di trascendere l'apparenza.* [1] È compito del ricercatore descrivere l'essenza, dove per descrivere significa compiere atti di coscienza, intesa come "presenza di oggetti" rispetto al fenomeno. Processo che secondo De Monticelli, avviene in questa sequenza: la 'sosta', la messa tra parentesi della conoscenza del fenomeno apparso e la riduzione dell'io all'"Io puro".

Per Mortari fare fenomenologia comporta un'educazione e una definizione della postura del ricercatore in relazione con il mondo esterno. La realtà e il profilo visibile delle cose sono il contenuto delle descrizioni fenomenologiche. La realtà non è una costruzione sociale, ma qualcosa cui prestare attenzione. [1] *Ragionare in una prospettiva fenomenologica, se è essenziale perché fornisce indicazioni per un procedere rigoroso del discorso, tuttavia richiede una presa di distanza dal realismo. Essere realisti significa pensare che data una realtà, la conoscenza consista nel coglierle le sue qualità, mentre la svolta costruttivistica fa presente che non esiste un accesso diretto ad una realtà che si palesa in termini oggettivi, poiché sempre il soggetto conoscente interviene sul reale.* [1]

Carlo Conni, esemplifica l'applicazione della fenomenologia come metodo di ricerca filosofica nell'ontologia del concreto. Rimarcando la centralità della percezione nel programma fenomenologico, l'autore ci riporta a uno dei capisaldi del pensiero husserliano, ossia quello di andare verso le cose stesse (*Zur Sache selbst*), attraverso gli

strumenti della teoria degli interi e delle parti, e dell' 'a priori materiale'. Si viene così valorizzando una forma di realismo diretto secondo cui le cose sono dotate, proprio per il modo in cui si manifestano, di caratteri e significati che prescindono da qualsiasi tipo di elaborazione ermeneutica o intellettuale.

Ai fini della ricerca che ha come oggetto la cura che un fisioterapista dedica ad uno specifico paziente in una specifica situazione, dentro ad uno specifico ambiente e la cura che un insegnante dispone per facilitare l'apprendimento di uno studente, acquista rilievo il pensiero di Luigina Mortari di una filosofia dell'esperienza. Se la filosofia fenomenologica come scienza eidetica è interessata all'essenza generale intesa come l'insieme delle qualità universali e necessarie, una filosofia dell'esperienza interessata al mondo quotidiano, ha necessità di concettualizzare un'idea di essenza capace di dire anche le qualità cangianti e mutevoli dell'esperienza.

Un sapere rigorosamente fondato non può dunque che coltivare i due differenti piani d'indagine (generale e individuale): mirare a definire l'essenza generale tenendo sempre lo sguardo radicato nel concreto ed esaminare la molteplice fenomenicità concreta misurando continuamente i prodotti degli atti cognitivi che analizzano l'esperienza con l'idea di essenza generale che si va configurando nella mente. Un muoversi dialogico ricorsivo fra i differenti piani della vita della mente, è il tratto specifico di un'interpretazione del metodo fenomenologico che coniuga il principio di obbedienza alla realtà nel suo concreto accadere con l'esigenza di una teoria dal valore quanto più possibile generale. [1]

La fenomenologia, nonostante le differenziazioni storiche, rimane comunque un atteggiamento epistemologico, teorico e metodologico che assume un ruolo di paradigma, cioè di un modo particolare di fare scienza che non ha a che fare col positivismo o col costruttivismo. *La fenomenologia è il paradigma della terza via: cerca di chiarire le modalità attraverso le quali gli esseri umani raggiungono la conoscenza. La fenomenologia quindi come modo di fare scienza, come filosofia di ricerca che raccorda e rende coerenti epistemologia, prospettiva teorica, metodologia e metodo. [2]*

1.2. L'autobiografia come metodo formativo

1.2.1 Teorie di apprendimento situato

La didattica tutoriale contemporanea trova il suo fondamento nelle teorie di apprendimento sviluppatesi nel corso dello scorso secolo. Tra di esse, l'approccio socio costruttivista ha ispirato parte della ricerca negli ultimi vent'anni, annoverando tra i maggiori esponenti Vygotskij, Cole, Bruner, Brown, Wenger, Streibel. Secondo i

costruttivisti, *la conoscenza è un aspetto dinamico, che avviene non solo per acquisizione ma anche per revisione* in quanto *si impara a partire da ciò che già si conosce, anche se queste pre-conoscenze a volte, devono essere modificate, perché incompatibili con le evidenze scientifiche.* [5] L'apprendimento statico delle prassi e delle procedure cliniche diviene "*costruzione di conoscenza*" in quanto il discente assume un ruolo attivo, mettendo in atto una riflessione, un pensiero critico, che si sostanzia nel momento in cui diventa consapevole e responsabile del proprio agire. Tale processo è connotato da variabilità, modificabilità e strategie attraverso cui *lo studente può regolare, e in qualche modo gestire, il proprio apprendimento, le proprie attività cognitive e anche le proprie emozioni.* [5] Si deve a Vygotskij il superamento dei limiti del costruttivismo di matrice cognitivista con l'apporto dei costrutti di contesto e partecipazione. Secondo questa nuova visione socio costruttivista *le persone costruiscono nuove conoscenze non solo sulla base di quelle già in possesso ma anche attraverso la negoziazione e la condivisione dei significati, tramite un'interazione fitta con l'ambiente culturale, sociale e fisico in cui l'individuo vive ed opera.*"¹. Assumono particolare rilievo in quest'ottica l'insegnante/tutor, le sue scelte metodologiche ed il clima relazionale. L'apprendimento, frutto di una continua negoziazione, si manifesta come una *partecipazione legittima ad una comunità di pratiche*,² il cui sapere viene continuamente attivato ed arricchito dall'apporto delle singole esperienze dei suoi membri nei diversi contesti e tramite i quali accrescono il proprio ruolo all'interno della comunità stessa. Nella partecipazione alla comunità di pratiche si realizza la possibilità di costruzione di una competenza esperta costituita da conoscenze, capacità/abilità, comportamenti, atteggiamenti, abilità trasversali attraverso l'esperienza guidata da esperti al fine di attivare quei processi funzionali a portare a termine compiti complessi. Ciò si traduce per il professionista nel "Fare", "Saper fare" e "Saper essere". Il mezzo per raggiungere tale competenza è l'"*apprendistato cognitivo*", concetto sviluppato da Collins, Brown e Newman in cui si pone maggior attenzione la dimensione metacognitiva e che mira a coltivare strategie di articolazione (verbalizzando quello che si sta facendo), riflessione (confronto durante e dopo l'azione), esplorazione (fare domande e risolvere i problemi in una nuova forma). In particolare la riflessione si colloca in una fase avanzata, quando lo studente è quasi autonomo e pronto per la fase di esplorazione in cui si assume la responsabilità del proprio

¹ Varisco B. M, *Costruttivismo socioculturale*, Carocci, Roma, 2002

² Lave J., Wenger E. *Situated Learning Legitimate peripheral participation*, Cambridge, Cambridge University Press, 1991, trad. it. *L'apprendimento situato*, Erickson, Trento, 2006

apprendimento. [5] *La practice si caratterizza quindi per la fusione di aspetti espliciti e taciti, di sapere e fare, pensiero e azione* [5] e in questi termini è la fusione di diversi modelli di apprendimento: cooperativo (Dewey, Lewin, Vygotskij, Comoglio), riflessivo (Schön), esperienziale (Kolb), trasformativo (Merzirow).

1.2.2. Il pensiero riflessivo nella formazione

L'evoluzione del pensare riflessivo nella teorizzazione pedagogica trova origine nel pensiero di Dewey, il quale sostiene che perché *la riflessione si manifesti è necessario che il soggetto percepisca uno stato di incertezza. E' sulla base di questa coscienza del dubbio, che si esprime in forma di "disagio cognitivo" accompagnato dal desiderio di superarlo, che il soggetto avvia "un'operazione di ricerca"*³ che si attua nell'analisi della situazione, nella formulazione di ipotesi, e nelle decisioni di azione. [6] La riflessione, pur legata nella sua teorizzazione alle emozioni in quanto scaturisce dalle difficoltà incontrate dalla persona che sta apprendendo, resta comunque un atto prevalentemente cognitivo, solo successivamente il concetto venne sviluppato da Schön. [...] *sia la gente comune sia i professionisti spesso riflettono su ciò che fanno, a volte persino mentre lo fanno. Stimolati dalla sorpresa, tornano a riflettere sull'azione e sul conoscere implicito nell'azione. [...] C'è qualche fenomeno enigmatico, problematico o interessante che l'individuo sta cercando di affrontare. Quando egli cerca di coglierne il senso, riflette anche sulle comprensioni implicite nella sua azione, che fa emergere, critica, ristrutturare, e incorpora nell'azione successiva.* [7] Nel preparare i professionisti alle richieste della pratica è necessario sviluppare attraverso il fare un' *"abilità artistica"*. Di fronte al dilemma tra rigore e pertinenza, i professionisti migliori non seguono il modello della razionalità tecnica ma sviluppano processi cognitivi basati sull'intuizione e sulla creatività. Schön definisce questa pratica come *"riflessione nel corso dell'azione"* e ritiene che il dilemma tra rigore e pertinenza possa essere rimosso qualora sia possibile costruire *un' epistemologia della pratica che collochi la soluzione tecnica dei problemi all'interno di un più ampio contesto di indagine riflessiva, che mostri che la riflessione nel corso dell'azione può essere rigorosa per propri meriti, e che legghi l'arte dell'esercizio della pratica in condizioni di incertezza e unicità, all'arte della ricerca propria dello scienziato,* [7] . Nella definizione del problema, fini e mezzi risultano interdipendenti, conoscenza e azione inscindibili. Per Maturana e Varela, teorici della complessità *ogni azione è conoscenza e ogni conoscenza è azione. Ogni cosa è detta a qualcuno. Ogni*

³ Dewey, *Come pensiamo*, La Nuova Italia, Firenze, 1986

riflessione ci porta un mondo tra le mani e, come tale, è un'azione umana fatta da qualcuno particolare in un luogo particolare. Conoscere è un'azione effettiva, è decidere, realtà operativa nel dominio dell'esistenza dell'essere vivo. Mortari analizza la teoria di Schön alla luce della tradizione fenomenologico ermeneutica e della *Critical Educational Theory*, una teoria dell'educazione che assume tra i suoi interlocutori privilegiati Freire, Habermas, Foucault, Bloch, secondo la quale il valore del processo formativo è tale se garantisce l'acquisizione di quelle abilità necessarie per entrare a far parte del mondo del lavoro produttivo così com'è strutturato. Ella giunge alla conclusione che un laboratorio del pensare riflessivo dovrebbe sviluppare sia il *philosophical approach* che il *critical approach*, con l'obiettivo di un "pratico competente" [6] che progetta pensosamente le sue azioni, affronta situazioni problematiche sulla base di deliberazioni supportate da una profonda e larga analisi critica del contesto, osserva e registra sistematicamente le conseguenze delle sue azioni e riflette criticamente sulle potenzialità e sui vincoli presenti nell'ambiente. *La disposizione alla pensosità è la condizione necessaria affinché l'esperienza si trasformi in competenza.*⁴

Nella sua teorizzazione individua due livelli di riflessione: "pensare a ciò che si fa" e "pensare i pensieri". [6] Per pensare a cosa si fa si intende quella postura mentale che mette a fuoco situazioni di incertezza, la problematicità di una situazione di cui parla Dewey, e la ricerca contestuale della *riflessione in- azione* definita da Schön ossia un pensare sui propri passi. Spesso il pratico, sostiene la Mortari, mette in atto una conoscenza in azione che pur risultando efficace non è oggetto di una indagine riflessiva. *La fenomenologia insegna a interrompere l'atteggiamento naturale con cui si fa uso di questa conoscenza e a fare della vita di coscienza l'oggetto di un'analisi dettagliata.* [6] Si rende necessaria anche una *riflessione su- l'azione*, Heidegger parla della comprensione come di un "esistenziale fondamentale", nel senso che è un modo fondamentale nell'esserci [8]. È importante imparare ad essere riflessivi anche quando l'azione è conclusa, per una comprensione del proprio stile operativo, utilizzando un modello di riflessione retrospettiva in un'analisi ricorsiva *che si attualizza nell'elaborazione progressiva di dispositivi ermeneutici sempre più adeguati.*⁵ E infine, poiché abbia una valenza trasformativa, la riflessione dovrebbe prevedere anche una fase speculativa in cui si ipotizzano altre possibili modalità di affrontare situazioni simili,

⁴ Rolfe G., *Beyond Expertise: Reflective and reflexive Nursing Practice*, in Johns C, *Freshwater, Transforming Nursing through Reflective Practice*, Blackwell Science, Oxford, 1998

⁵ Gadamer, *Verità e metodo*, Bompiani, Milano, 1999

divenire cioè una *riflessione- sull'azione-possibile*, realizzabile in tempi lunghi, *poiché solo il tempo dilatato consente di ritornare sui propri vissuti per interrogarli in profondità e da qui sviluppare quella fiducia in sé stessi necessaria per attivare azioni trasformative*. [6] Pensare i pensieri significa riflettere attorno alla vita della mente, adottando il principio epistemico fenomenologico della realtà al fenomeno, per il pratico è possibile liberare la mente dalla pressione cognitiva dei saperi abituali, trovando nuovi significati possibili e nuovi modi di inquadrare la situazione problematica. Questo livello di riflessione metacognitiva ha lo scopo di prendere in esame quelle convinzioni che guidano l'azione, sia sul piano esistenziale, portando alla luce la "*conoscenza tacita*", che professionale, in quanto esiste un "*sapere implicito*" che appartiene alla comunità di pratiche. In un sistema autopoietico di economia di pensiero, un livello radicale di incertezza può mettere in crisi l'autostima, così come stare perennemente in uno stato di condizione critica, sollevare dubbi su tutto provocherebbe un'impasse nell'agire, pertanto l'adesione alle convinzioni ampiamente condivise è essenziale, oltre che alla costituzione di un'identità professionale, anche a soddisfare un bisogno affettivo di radicamento in un luogo simbolico e di appartenenza al modo in cui ci si trova ad agire. [6]

Il modello di analisi dell'esperienza detto "*triplo ciclo di apprendimento*", teorizzato da Kolb parallelamente all'elaborazione di Schön, attuandosi ad un livello molto profondo di riflessione non può essere una prassi poiché psicologicamente dispendioso e politicamente arduo. Mettendo in discussione personalità, pensieri e valori, particolare attenzione va data ad *un ambiente rispettoso e sicuro, dove le persone possono sperimentarsi*. [5] Merzirow riprendendo e sviluppando la pratica riflessiva elaborata da Schön, enfatizza la riflessione critica come una forma più profonda di pratica riflessiva che impatta sullo sviluppo della personalità mediante un *apprendimento trasformativo*. [5] Nella prospettiva della *Critical Pedagogy* di ispirazione freiriana, che concepisce l'educazione in termini di *empowerment*, la riflessione critica consente di attivare una formazione significativa solo se è connessa con un impegno nell'azione trasformativa. Coltivare la speranza per un *futuro* che non è da subire ma costruire nel presente, secondo il pensiero "*critico positivo*" (ottimismo critico) di Bloch si concretizza, nel promuovere nei soggetti abilità e disposizioni cognitive ed emotive necessarie a posizionarsi in modo critico e creativo rispetto all'ordine culturale e sociale esistente, in una dimensione di "*etica di responsabilità*". [6] Per la Mortari *la pratica riflessiva dà spazio alla costituzione della soggettività, che è la capacità di prendere posizione a partire da una disamina critica dell'orizzonte simbolico cui si appartiene, di costruire significati a*

partire da sé di ascoltare e dar voce ai propri desideri [6]. La pratica è essenziale ed è efficace se illuminata da una teoria a partire dalla pratica stessa, il che non significa semplicemente partecipare ad un contesto esperienziale, ma avvalersi della ragione riflessiva, *il fare esperienza va inteso come il movimento dello stare in contatto con sé, il disporsi in un atteggiamento di ascolto pensoso rispetto al divenire della propria presenza nel mondo. L'esperienza richiede ascolto: ascolto di sé, dei propri vissuti cognitivi ed emotivi.* [6] Nell'apprendimento esperienziale teorizzato nel ciclo di Kolb, le persone possono iniziare la riflessione dell'esperienza da ognuna delle dimensioni implicate: sensazione, osservazione, pensiero, azione in quanto le persone apprendono con stili diversi, *è responsabilità e privilegio dei tutor/docenti scoprire il modo di studiare e di organizzare le attività capitalizzando le modalità di ognuno.* [5]

1.2.3 La didattica tutoriale nell'apprendimento dell'adulto

L'adulto come discente, svela una impermeabilità a letture univoche. L'adulto appare definibile solo localmente (regioni fenomeniche) e nelle sue plurime identità: anagrafica, giuridica, sociale, culturale, affettiva e certamente biografica, ossia costruita nel e attraverso il percorso di vita. [14] Pertanto è imprescindibile considerare un modello formativo centrato sull'adulto come molteplice e meta-disciplinare. Questo settore dell'educazione non può che porsi in un'ottica a 360°, come ponte tra i saperi e in circolare reciprocità tra formazione e ricerca, tra discipline teoriche e pratiche educative, tra processi di costruzione del senso ed esperienza vissuta, in quanto prende origine da storie di vita. *La ricerca biografica è sempre testimonianza di individualità soggettive e interpretanti, dunque formativa; d'altro canto, ogni formazione in quanto processo è ricerca, sia in senso proprio come ricerca di conoscenza che come "tensione a" e cioè progetto.* [9] Kirkegaard sosteneva che la vita può essere capita solo all'indietro nel frattempo deve essere vissuta in avanti. la biografia viene così focalizzata sempre più come primo terreno dell'adulto; l'identità individuale si presenta come risultato di processi trasformativi lunghi e intricati, che potrebbe essere opportuno imparare ad anticipare e gestire. La coesistenza della pluralità di modelli educativi rende il mondo dell'andragogia un movimento di ampio respiro e al tempo stesso molto articolato, entro cui emergono temi trasversali. Si ritiene che la formazione dell'adulto sia un percorso auto formativo ad alta motivazione intrinseca e che i soggetti siano dotati di autonomia organizzativa quindi competenti. *Agli adulti si chiede di auto educarsi, di essere la guida di sé stessi, di assumere la responsabilità della propria vita, di dare senso alle pratiche*

della loro quotidianità. [9] In quest'ottica la formazione si delinea come un processo dinamico entro cui l'adulto si ri-scopre soggetto in formazione, si riappropria, a partire dall'interno, della capacità di autotrasformazione ed il formatore assume il ruolo di facilitatore di apprendimenti autodiretti (*leadership* creativa). Considerati questi aspetti e l'esperienza, come la risorsa più preziosa nell'educare un soggetto adulto, in letteratura si concorda nel ritenere la scrittura narrativa autobiografica uno strumento privilegiato della pratica riflessiva e della formazione andragogica. La visione di un discente adulto che impara dalla sua storia, in grado di autogovernarsi e auto educarsi ha radici molto antiche, a partire dal "conosci te stesso" di tradizione filosofica greco romana, all'evoluzione agostiniana del dispositivo del "prendersi cura di sé" che Foucault riconosce come centrale nelle filosofie storiche. S. Agostino nelle sue Confessioni suggerisce nella pratica autobiografica un modo per ritrovare il "Maestro interiore", egli sostiene che *la prima incrollabile certezza dell'uomo è proprio la coscienza di sé, la pratica di riscrivere sé stessi non può prescindere dalla triade concettuale interconnessa di storia, memoria e narrativa.* [9] L'innesto pedagogico che attraverso la "cura di sé" tale pratica produce, è un tema centrale ed attuale che vede *individui più problematici, fragili, e alla ricerca di sé stessi.* [10] Lo scrivere di sé per secoli ha rappresentato per filosofi e pedagogisti, come J.J. Rousseau, e B. Pascal, un mezzo per comunicare il proprio pensiero sull'educazione ed un modo per educare altri adulti. È solo dagli anni 70 ad opera di Malcolm Knowles che viene introdotto il concetto di andragogia, poi rivisitato e ampliato. Knowles, partendo dalla definizione di adulto, delinea i presupposti che stanno alla base del suo modello andragogico: il bisogno di conoscere, il concetto di sé del discente considerato persona capace e responsabile, la disponibilità ad apprendere, l'orientamento verso l'apprendimento centrato sulla vita reale, la motivazione. Emerge che la conoscenza e la ricchezza risiede nei soggetti stessi ed esiste un'intima connessione tra esperienza e identità dell'adulto. Successivamente, il dibattito culturale ed epistemologico che ha investito trasversalmente la comunità scientifica ha fornito una revisione radicale delle teorie della conoscenza. Di particolare rilievo per lo sviluppo dei metodi autobiografici in andragogia è stato il pensiero di Gaston Pineau, che ha segnato il passaggio dall'etero all'auto formazione, intesa come un processo permanente che non ha mai fine nel vivente, un'occasione per una personalizzazione, riorganizzazione e presa di coscienza della temporalità del vivere, *la ricerca permanente della buona forma.*⁶

⁶ G. Pineau, M. Michele, *Produire sa vie: autoformation et autobiographie*, Edilig, Montreal, 1983

Alheit definisce il corso di vita, come un “*laboratorio permanente*” in cui maturano abilità e competenze per le quali non esiste un curriculum proprio ma modi di apprendere transizionali qualitativamente diversi secondo il potenziale creativo insito in ciascuno. Occorre creare per l’adulto situazioni educative che offrano informazioni nuove dentro un contesto che si presenta stabile. Egli è frutto dell’intreccio di soggettività e struttura intesa come l’insieme di modelli interpretativi e copioni di linguaggio corporeo, che vengono scolpiti nell’individuo dalla socializzazione e da anni di esperienza. La conoscenza, come facoltà mentale di riprogettare i contorni della propria vita nei contesti specifici in cui è vissuta, può essere transizionale solo se è biografica. [9] Si fa largo una nuova concezione di formazione come processo dinamico, autogenerativo, permanente, esistenziale e autopoietico, sulla base di molteplici teorie: quelle ecosistemiche, che identificano *la dinamicità relazionale tripolare complessa tra sé (auto), gli altri (etero) e le cose (eco)* [9]; le teorie della complessità [11]; e quelle di “*formatività*” di matrice esistenziale. Per Pareyson, formatività ed ermeneutica sono corrispettivi e costitutivi modi dell’essere umano, in un quadro ontologico dove essere e libertà si convertono pur senza confondersi. Secondo Maturana *l’essere e l’agire di un’unità autopoietica sono inseparabili, e ciò costituisce la sua modalità specifica di organizzazione* [12]. Per Morin, una “*testa ben fatta*” non è tale perché accumula o assorbe nozioni eterodirette ma in quanto sviluppa logica e serendipità in *un’attitudine generale a porre e a trattare i problemi*, disponendo di *principi organizzatori che permettano di collegare i saperi e di dare loro senso*. [13] Egli individua sette principi guida complementari e interdipendenti in un sistema di auto-eco- organizzazione in cui ogni apprendimento comporta un circolo di auto-eso-referenza, di uscita e di ritorno, di attraversamento di cornici. [11] Tale modello di auto-eco formazione sarebbe la via che l’adulto ha per trasformare le proprie relazioni, in particolare quelle relative ai sistemi complessi o generatori di senso (da Bateson a Morin, Atlan, Prigogine e altri). *La presa di coscienza apre possibilità, nel senso che istiga nuove attribuzioni di senso alle esperienze passate così da costruire e rinnovare il paradigma personale* [9] Mader, di ispirazione fenomenologica, ritiene che l’autobiografia rappresenta un tipo di riflessione costitutiva che se trova clima e metodi favorevoli, emerge spontaneamente. Egli propone un lavoro strutturato e intenzionale di autobiografia tematica guidata in cui gli eventi esistenziali di rilevanza soggettiva rappresentano delle costanti di significato, delle strutture, in una dialettica tra le dimensioni coinvolgimento/distanza e vincolo/possibilità entro confini stabili mantenuti dal singolo. *Lavorare su temi prefissati è come “aprire una finestra per volta”*

sull'autobiografia: quante più finestre si saranno aperte, tanto più la vita sarà compresa, anche se la totalità biografica esistenziale non potrà mai essere vista nella sua interezza.

[9] Il modello attualmente più articolato è quello elaborato a partire dagli anni 90 da Duccio Demetrio e definito “bio-sistemico” in quanto fa riferimento alla vita (*bios*) e alle sue varie forme: egoica, espressiva, temporale, identificativa, cognitiva, relazionale. In una visione ecologica e fenomenologica l'autore rielabora le teorie della complessità, dei costruttivismi, del paradigma sistemico relazionale e propone come soluzione all'intrinseca complessità dell'umano una “*micropedagogia*” in dialogo aperto con tutti i paradigmi e metodi qualitativi derivati dalla ricerca microsociologica, dall'etnometodologia, dalla psicologia clinica. *Una volta accettata l'immagine dell'adulto che si configura attraverso una pluralità di dimensioni e l'incidenza dei contesti in cui tali dimensioni si manifestano e prendono forma, l'attenzione non può che spostarsi sul rapporto tra adulto e apprendimento, sugli aspetti individuali e dunque sulle differenze che non impediscono di formulare teorie generalizzabili. Ciò non corrisponde ad una negazione della possibilità di definire dei modelli di apprendimento degli adulti; significa piuttosto considerare tali modelli come dei principi ordinatori per studiare ed interpretare le differenti modalità in cui la persona apprende per tutto il corso della vita.*

[14] Entro questi modelli egli distingue tre livelli: uno comprensivo e strategico (educazione permanente), il secondo intenzionale e istituzionale (educazione degli adulti), l'ultimo fenomenologico ed esistenziale (educazione in età adulta).

Da diversi anni si è fatta strada una concezione di formazione degli adulti imperniata su saperi da individuare all'interno della propria vicenda educativa, anche e soprattutto attraverso pratiche narrative e autobiografiche. [14] Se mai si possono individuare delle “logiche” nel lavoro autobiografico, queste devono servire a fornirgli un impianto generale che non la riduca a semplice introspezione. La letteratura concorda sul fatto che l'apprendimento esperienziale sviluppi:

- **capacità di metariflessione** (apprendimento riflessivo): riflessioni sulle riflessioni introspezione e consapevolezza, formulazione di domande prima ancora dell'emersione delle risposte adeguate;
- **capacità riflessive** (apprendimento cooperativo): competenze trasversali abilità cognitive, emotive e relazionali di base (*life skill*);
- **comportamenti** (apprendimento esperienziale): riflessioni sull'esperienza clinica e sulle relazioni con pazienti e colleghi, comprensione del proprio contesto e delle

proprie azioni, riposizionamento, assunzione di una postura consapevole e criticamente vigile sulla e nella relazione di cura.

La tutorship che utilizza l'autobiografia come strumento di apprendimento mira a promuovere lo sviluppo della riflessività del discente, cioè a orientare gli studenti verso la comprensione del proprio contesto e delle proprie azioni, favorendo il porre domande prima ancora di cercare le risposte adeguate. In tal senso il tutor agisce a livello metacognitivo. [19] Il tutor accompagna il soggetto nel riconoscimento di risorse e problemi che possono favorire o ostacolare l'esperienza di apprendimento e lo sostiene affinché trovi una via percorribile, supportando nei processi decisionali e metacognitivi e nell'assunzione di comportamenti responsabili. [9] L'approccio psicodinamico presuppone l'inscindibilità della dimensione affettiva da quella conoscitiva nel processo di apprendimento. La vita della mente è incarnata e relazionale [...] mente, cervello e relazioni interpersonali sono facce di un'unica realtà di pattern nei flussi di energia e informazioni. [...] Le emozioni dirigono i flussi di attivazione (energia) e stabiliscono il significato delle rappresentazioni (informazioni). [17] È necessario che il tutor prenda in carico la dimensione affettiva del discente ed è solo se la relazione tra tutor e studente diventa particolarmente significativa che il processo di apprendimento, oltre sviluppare competenze, diventa apprendimento di significati e favorisce il contenimento della fenomenologia affettiva e la trasformazione della paura che si manifesta all'inizio di ogni esperienza formativa. L'incontro autobiografico tra tutor e studente è portatore di tale ricchezza che certamente non è esauribile in uno spezzone esemplificativo di autobiografia, ma stimola entrambi i soggetti, a riflessioni, domande, approfondimenti, condivisioni. [18]

1.2.4 Valore e significato della formazione narrativa autobiografica

in contesti sanitari

Negli ultimi vent'anni sulla base di studi ed esperienze internazionali, sono state elaborate teorie, strategie e strumenti destinati alla crescita e alla cura di sé e degli altri che convergono sulla necessità di una formazione dei professionisti della salute fortemente basata su registri narrativi. Come strumento di apprendimento situato, la pratica autobiografica risulta essere culturalmente, soggettivamente e formativamente, efficace e portatrice di senso. *È metodo che arricchisce tutti i fronti della cultura, li affina, li ricompona su frontiere più vissute e più sottili per una professionalità che si costituisce al crocevia di un fascio di saperi dell'uomo che si saldano in un'ottica critica, da un lato, e si legano a un "caso", dall'altro. Anzi, critico-ermeneutica, che pone al centro il*

dispositivo (cognitivo, etico, antropologico) della interpretazione. [20] La narrazione, insieme ad altri paradigmi, consente di ritessere un ordine trasversale dei saperi, rompendone il carattere statico ed esauriente, l'assetto enciclopedico, settoriale e iperspecialistico spesso privo di senso per gli studenti. [21] Se riportata ad una condizione collettiva risulta essere una vera e propria metodologia educativa, che prima di sviluppare conoscenze e competenze su qualcosa mira a sviluppare conoscenza di sé e consapevolezza rispetto ai fenomeni e alle situazioni sempre più complesse che i professionisti della salute oggi devono affrontare e accogliere. [10] Nella pratica riflessiva autobiografica è insita una triplice valenza: intra soggettiva (tra sé e sé), relazionale (tra sé e l'altro/paziente) e formativa (intersoggettiva). Scrivere consente secondo Demetrio una bi-locazione cognitiva, cioè la capacità di scoprirsi dotati della possibilità della possibilità di dividersi senza perdersi, autonegarsi o annullarsi, [...] di abitare il presente e contemporaneamente il passato o il futuro. [9] Egli definisce l'autobiografia come "faccenda adulta", poiché immerge la persona nella sua "maturescenza", intesa come crescita di sé rispetto alla propria storia personale e al proprio migliorare interno. È risorsa personale e termometro del proprio benessere, ascolto degli altri e nell'incontro di queste due dimensioni, fornisce al narratore di sé spunti per utilizzare le storie di vita per formare un'"intelligenza biografica". I nostri argomenti sono materiale per educare ed educarsi, da adulti, nel corso della vita, ad affinare, se non proprio le qualità morali, almeno il lavoro della mente. [22] L'utilizzo di tale metodo declina la formazione in educazione. La narrazione è un potente strumento per dar senso alla nostra vita per conoscere il mondo e noi stessi. Narrare e narrarci è un atto spontaneo che risponde ad un'esigenza vitale, ad un bisogno umano insopprimibile. Il nostro sé è un prodotto di questo raccontarci esito di continue interazioni e rinegoziazioni. [5] Siamo immersi nelle nostre storie, dentro di esse viviamo e ci trasformiamo spesso con fatica umana e sofferenza personale di fronte a scelte sospese e domande irrisolte, raccontare di sé è un processo di ricostruzione. È proprio questa fatica umana, tuttavia, che genera risultati in termini di educazione alla persona. [10] Apprendere, significa non solo muoversi nella direzione di determinate finalità formative, ma è anche un'esperienza che comporta per il soggetto in formazione l'entrare in contatto con situazioni non previste e, soprattutto, con le proprie reazioni a tali situazioni. [19] La consapevolezza di essere influenzati dalla propria storia nelle azioni, nei pensieri e nei comportamenti permette all'adulto in formazione di riappropriarsi delle ragioni del proprio percorso personale e professionale. [10] Riflettere sul proprio modo

di generare e gestire le competenze professionali permette ai soggetti in formazione *di riacquistare o consolidare la fiducia nelle proprie potenzialità e di rivalutare l'importanza del proprio ruolo umano oltre che professionale all'interno del contesto lavorativo nel quale operano determinando un miglioramento della motivazione e della dedizione per il proprio lavoro.* [10] L'etimologia del termine narrare deriva da "gnarus", ossia che sa, che è consapevole, e rimanda alla costruzione della conoscenza, la consapevolezza quindi, risulta essere una competenza fondamentale che connette la narrazione con la formazione. Come sottolinea Bruner, 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.* [23] Innanzitutto la narrazione autobiografica ha in sé una forte connotazione individuale, *non è tuttavia da intendersi come strumento "intimistico" di scandaglio dell'esperienza soggettiva, ma come metodologia formativa in grado di attivare ed esplicitare gli aspetti soggettivamente significativi dell'accadere educativo.* Il semplice "fare esperienza" non è sufficiente a sviluppare apprendimento, allo stesso modo narrare e trattenere l'esperienza attraverso la scrittura di un diario, non è di per sé sufficiente al fine di sviluppare conoscenze, per lo meno in quegli adulti non ancora esperti in pratiche riflessive.[19] L'autobiografia ha tanto più valore formativo tanto più alto è il livello di riflessività, [16] *è un genere assolutamente democratico e imparziale: dà voce a tutti e tutti ascolta. È una metodologia umanistica e attivistica di tutto rispetto (bagni di realtà), dove il presupposto metodologico consisterà nella organizzazione di esperienze di apprendimento capaci di diventare poi, memoria di chi partecipa.* [22]

La scrittura di sé rappresenta una dimensione privilegiata euristica, ossia un'attività che costringe chi scrive a dipanare, riconoscere relazioni, mettere in fila, per la linearità insita nel processo stesso, conoscenze simultanee e complesse. Intesa in questo modo la scrittura costituisce uno strumento privilegiato dell'approccio riflessivo. [22] Poiché nella pratica narrativa ciò che ci accade viene analizzato, smontato e rimontato, classificato e ordinato, vengono a crearsi connessioni all'interno della propria storia e con le storie di altri, il che ci permette di imparare, secondo il principio etico che Demetrio definisce "egotismo solidale", a rispettarle, ascoltarle e farle rivivere in altre storie. [22] Secondo l'approccio *Autobiographical Memory Sharing*, *la capacità di ascolto permette al medico di cercare nei propri ricordi autobiografici, quegli episodi che possono essere simili a quelli che possono essere stati raccontati dal narratore (il paziente), ed estrarre*

quegli elementi utili per la comprensione⁷, del vissuto del paziente, trasmettendo quel senso di vicinanza e supporto emotivo che rende la relazione di cura umana oltre che professionale. [24] Secondo Bert, porre attenzione alla propria storia è *un momento di autoconoscenza che il professionista è tenuto a fare per via del proprio ruolo che ricopre nella relazione di cura*. La quale richiede attenzione, precauzione e rispetto “*nel suo caso in effetti la riflessione critica su sé, sui propri pregiudizi, sulle sue convinzioni e certezze, sui valori è un obbligo*.” [25] Per Bert il contesto della cura è relazionale e narrativo, ed il medico oltre a competenze scientifiche deve apprendere e padroneggiare competenze relazionali e narrative. Nel modello *Relationship Centered Care* (RCC) elaborato da alcuni studiosi, la relazione tra medico e paziente viene considerata come prodotto unico e irripetibile dei suoi partecipanti e del contesto. Si fonda sul presupposto che la relazione deve includere le persone oltre ai ruoli, pertanto il medico deve essere in ogni momento consapevole delle proprie caratteristiche individuali, delle proprie emozioni, che costituiscono un elemento importante delle relazioni di cura, e del fatto che in un rapporto di reciprocità anche il paziente influenza il medico. L’etica della cura trova fondamento nell’essere consapevoli, nella capacità di immaginare il punto di vista dell’altro, e nel rispetto. *Il medico non agisce “come se” avesse rispetto per l’altro ma prova realmente rispetto* [26]. L’*“ascolto partecipe”* oltre ad essere una scelta umana ed etica fornisce un aiuto concreto al paziente nel costruire una storia con risvolti positivi sul suo contesto di malattia. [25] Il professionista della salute deve esprimere un certo atteggiamento mentale narrativo che consenta di “esserci” in relazione con l’altro, pensare insieme, co-costruire un progetto in senso terapeutico ed esistenziale [25], è nell’incontro di due storie, nel confronto, nella diversità che una nuova storia e nuovi significati si co-costruiscono sull’esperienza dei soggetti coinvolti. *L’autobiografia di un incontro particolarmente delicato tra professionista e paziente permette di ridare senso e valore a un gesto che, almeno apparentemente, nell’immaginario collettivo, riveste significati negativi*. [18] Il mondo dell’altro è una costruzione complessa, estremamente solida, in continuo divenire che non si limita al mondo individuale del singolo. *Ognuno è infatti elemento di una rete di relazioni, cioè di sistemi diversi a partire da quello fondamentale costituito dalla famiglia*. [25]

⁷ Lockhart R., *Consciousness and the function of remembered episodes: comments on the fourth section. Varieties of memory and consciousness: essays in honor of Endel Tulving*, NJ England: Hillsdale Lawrence Erlbaum Associates, 1989

La scrittura autobiografica è in grado di far emergere consapevolezze diverse rispetto alla relazione di aiuto che diviene sempre meno di aiuto e sempre più relazione interpersonale e interprofessionale. Mentre la relazione si trasforma, spesso gli studenti diventano consapevoli della propria crescita legata alla relazione con l'altro. [18]

L'operatore narrativo, secondo Alastra è il professionista consapevole, critico e trasformativo, capace di mettersi in discussione, di vivere l'incertezza della vita emotiva e relazionale, di approfondire la comprensione di se stesso, di accogliere vissuti, limiti, condizionamenti socioculturali e atteggiamenti valoriali propri e dell'altro, riconoscendo e rispettando specificità e unicità di entrambi, *affinché la relazione di cura possa rivelarsi un intreccio virtuoso di storie, in maniera tale da consentire ai protagonisti di incontrarsi con le loro storie.* È un professionista che non si sente depositario del sapere, di ciò che è meglio fare per il paziente. Risulta fondamentale, "sperimentare sulla propria pelle", apprendere ed esercitare *l'arte del domandare, ovvero di quella propensione a porre domande larghe e profonde, circolari e riflessive, che alimentano l'adozione di punteggiature flessibili e più articolate sulle storie che appassionano; domande generative di senso, che fanno pensare e non solo conoscere una realtà.* Questo può avvenire entro contesti relazionali idonei, in un gruppo paritario e con la facilitazione di un formatore esperto. [10]

L'autobiografia quindi educa la mente, migliorandoci culturalmente e socialmente affina quell'habitus intellettuale, e riverbera in campi diversi fino ad invadere la nostra professionalità, portando un contributo umano e filosofico alla visione scientifica. *L'autobiografia restituisce allo scienziato le immagini che gli individui hanno di quel che vedono e pensano.* [22]

Un testo che esprime la vita vissuta, può essere disordinato e confuso, lo stato emotivo incide sulla percezione del tempo e dello spazio. La narrazione rappresenta l'unico strumento in grado di esprimere un *concetto difficile da definire come il tempo*, inteso non come tempo cronologico (*kronos*), ma tempo vissuto (*kairos*), percepito, individuale soggettivo. [25]

Gli strumenti narrativi nella ricerca educativa assumono perciò particolare rilevanza:

- nei processi di ricostruzione di azioni in situazione;
 - nella definizione della posizione epistemica di un soggetto che agisce in situazione col proprio bagaglio biografico, culturale, esperienziale;
 - nell'individuazione di preconcetti, credenze, teorie implicite, dominanti nel contesto socio culturale educativo, che per la complessità e la pregnanza conoscitiva condizionano l'agire di un soggetto in formazione. [23]
- L'autobiografia può spezzare il cerchio magico di una coazione a ripetere e*

portare luce là dove stili, modelli, principi operano in modo quasi inconscio e condizionano l'agire formativo, [20] in tal modo la complessa e problematica identità della funzione formativa si esprime nell'”essere-per-agire-per-la-libertà-dell'-altro”. [20]

Fare autobiografia è formarsi; anzi, e formarsi due volte. E rileggere la propria formazione e mettere in moto un altro processo di formazione. Tale pratica, inoltre, appare centrale, irrinunciabile nella formazione dei formatori. [20]

1.2.5 Dispositivi epistemici del laboratorio formativo autobiografico

Molti autori con lunga esperienza nell'ambito della formazione degli adulti convergono su alcuni punti chiave:

- *Poiché il luogo comune di abitare il luogo in cui si è consiste in una modalità irriflessa, la disposizione alla pratica riflessiva **va appresa**;* [6]
- *La riflessione e la sua pratica sono un' **attitudine mentale** e un modo di vivere una professione e non solo una tecnica di apprendimento”;* [5]
- **Gli strumenti** considerati facilitanti la rievocazione e la riorganizzazione della memoria autobiografica e più idonei all'educazione di un pensare riflessivo, sono **molteplici**: lettere, racconti di vita, diari, diario di bordo, diario di tirocinio, ricostruzione della propria storia formativa, incidenti critici, interviste, questionari... *Non esistono metodi “speciali” per raccogliere le storie di vita se non quelle elaborate dalla ricerca qualitativa nelle sue diverse declinazioni;* [9]
- Gli elementi più significativamente utili alla costruzione di una cornice metodologica relativa alla formazione autobiografica sono il **contesto** di applicazione e le **finalità** della ricerca. [5]

Le tecniche riflessive sono quelle che facilitano il processo cognitivo del portare l'esperienza dentro il contesto di apprendimento. [6]

Metodi e procedure evolvono continuamente, cambiano nel tempo secondo i contesti di applicazione e la creatività/capacità di invenzione del formatore, purché resti salvaguardata la coerenza epistemologica rispetto alle premesse e la chiarezza nelle finalità formative [9]

*Lo spontaneismo della narrazione autobiografica non sembra essere utile a generare situazioni formative, più sensato appare il progetto di percorsi nei quali si dà un **dinamismo produttivo tra vincoli e possibilità**. Tale dinamismo può essere generato in molti modi diversi, dal racconto di sé libero, ma con obiettivi precisi, più o meno negoziati, e in seguito l'analisi critica e riflessiva,*

all'individuazione di temi o focalizzazioni, sapendo che l'autonomia del soggetto si esprimerà comunque in modi unici e irripetibili rispetto al tema. [9]

- La riflessione autobiografica acquista valenza formativa se riportata ad una **dimensione collettiva**, [5] quando si qualifica come un “*processo fondamentalmente sociale*”. [27] *Il gruppo diventa luogo di esercitazione, palestra delle proprie identità e meta-identità, di scoperta delle alterità e insieme delle potenzialità inesprese o latenti nella storia. Il gruppo, esercitando una meta- prospettiva, esalta le dimensioni connettive dell'autobiografia, facendole esplodere in una pluralità di livelli: di senso, di autonomia, di esperienza, di collegamento possibile inter, intra e trans individuale. [9] A facilitare l'emergenza di uno sguardo disincantato è il confronto con altri, perché quando è vissuto con spirito aperto facilita lo sviluppo di una mentalità allargata che è la condizione per l'esercizio critico. [6] Le narrazioni, lasciano spazio a rotture e a violazioni che rendendo nuovamente strano ciò che è fin troppo familiare. Anzi sono proprio le rotture, le violazioni, generatrici di divergenza e cambiamento, a connotare ogni forma di narrazione; senza una condizione o disposizione al cambiamento e al pluralismo non vi è narrazione⁸. In questa prospettiva di mutamento il soggetto diventa fondamentale nell'ideare/ inventare nuovi mondi culturali. Un soggetto che si costruisce partendo dal “pluralismo”, dalla problematicità, dalla proiezione aperta sul e nel tempo; aprendosi ad una condizione che, nel cambiamento e nel pluralismo, nell'incertezza e nella relazione con, trova i propri volani. [20]*
- La narrazione può far emergere un “**curriculum nascosto**”, tra le esperienze formative attese e quelle effettivamente sperimentate. *Il diario di bordo rappresenta un concreto strumento didattico per far emergere la complessità dell'esperienza sul campo, e anche e soprattutto nelle sue componenti di vissuto. [19] Il tutor-lettore dalle esperienze riportate nel diario cercherà di far emergere non solo le conoscenze teoriche imparate in aula, ma anche i saperi impliciti del quotidiano agire professionale. [9] Perché la riflessione condotta nel gruppo consenta di accedere alle assunzioni che tendono a rimanere implicite, il formatore deve chiedere ai partecipanti di spiegare le ragioni che sono alla base del loro comportamento. [6]*

⁸ Bruner J. (1997), *La cultura dell'educazione*, Milano, Feltrinelli

- La condizione necessaria perché il discente possa mettere a nudo i propri vissuti, stili cognitivi e rigidità è la possibilità di sperimentarsi in un **clima relazionale positivo**. È compito del formatore favorire nel gruppo l'emergere delle competenze comunicative come il saper ascoltare, la sospensione del giudizio, l'assunzione del punto di vista dell'altro. *Partendo dall'analisi della propria esperienza, i partecipanti dovrebbero essere guidati a individuare le azioni comunicative che possono favorire il concretizzarsi di un buon clima conversazionale.* [6]
- Particolare rilevanza assume la cura del **setting tutoriale** come luogo di sapere esperienziale. Inquadrato in una cornice, spaziale, temporale, relazionale, normativa e simbolica, assume un valore epistemologico in grado di fornire elementi sia di carattere metodologico sia di tipo critico rispetto al "cosa" ha provocato quel processo di apprendimento. *Nell'esercizio della tutorship è necessario allestire un setting caratterizzato da uno **spazio** in cui sia possibile una "vicinanza" e nel quale il discente possa vivere concretamente l'apprendimento; il **tempo** deve essere un tempo progettato e presidiato, ma al contempo flessibile, per permettere la personalizzazione dell'apprendimento; per lo stesso motivo, è necessaria una continuità temporale nella relazione tutoriale.* La relazione tutoriale centrata sul discente implica una comunicazione bidirezionale, una ridotta asimmetria relazionale, senza scadere nella collusività, nel mantenimento del proprio ruolo istituzionale. [19]

Ai fini della ricerca sono state prese in considerazione le narrazioni autobiografiche di situazioni critiche vissute dagli studenti di Fisioterapia a tirocinio. La strategia definita da Brookfield degli "incidenti critici" risulta essere un dispositivo utile alla riflessione in ambito di gruppo. Si tratta di brevi descrizioni di eventi problematici, che producendo **sorpresa** stimolano la riflessione. L'autore intende per situazioni problematiche non esclusivamente quelle aventi una connotazione negativa o percepite come tali, ma quegli eventi particolarmente significativi tali da indurre una riflessione profonda. Possono quindi avere valenza positiva se riferiti a momenti in cui si è reagito con successo ad un problema o negativa se riferita a momenti in cui non si è verificata una soluzione adeguata. L'analisi dell'incidente critico consentirebbe, come la tradizione fenomenologica, di portare alla luce contenuti impliciti, *la cornice di presupposti che fanno da sfondo all'attività cognitiva del narratore e con lo stesso stile operativo che il*

pratico adotta spesso inconsapevolmente di fronte alle situazioni. [28] Un evento non è critico di per sé, ma viene soggettivamente identificato come problematico sulla base della situazione emotiva in cui ci si trova in quel momento preciso del *background* culturale, del ruolo ricoperto, della propria storia formativa e delle aspettative rispetto all'agire educativo. [27]

1.3. Il contesto didattico

Nell'ambito della professione sanitaria del fisioterapista, i laureati sono operatori sanitari cui competono le attribuzioni previste dal D.M. del Ministero della sanità 14 settembre 1994, n. 741. Il raggiungimento delle competenze professionali si attua attraverso una formazione teorica e pratica che include anche l'acquisizione di competenze comportamentali e relazionali conseguite nel contesto lavorativo specifico, così da garantire, al termine del percorso formativo, la piena padronanza di tutte le necessarie competenze e la loro immediata spendibilità nell'ambiente di lavoro. [29] Particolare rilievo, come parte integrante e qualificante della formazione professionale, riveste l'attività formativa pratica e di tirocinio clinico, svolta con almeno 60 crediti formativi universitari, coordinata da un docente appartenente al più elevato livello formativo previsto per ciascun specifico profilo professionale e corrispondente alle norme definite a livello europeo ove esistenti. Secondo il regolamento didattico, l'attività formativa pratica e di tirocinio clinico viene svolta con la supervisione e la guida di tutori professionali, appositamente formati e nominati dal CCL per discipline caratterizzanti e del tirocinio clinico. Al termine di ogni periodo previsto nelle diverse aree riabilitative (neuropsicologica adulto, ortopedica, età evolutiva, geriatria, viscerale), lo studente viene valutato nelle seguenti competenze: autonomia e responsabilità, relazione, ragionamento clinico e ricerca.

Alla fine del tirocinio è previsto un esame con le stesse modalità e valenza di un esame di corso integrato. Per essere ammessi all'iscrizione dell'anno successivo lo studente dovrà aver superato l'esame di tirocinio. [30] L'ordinamento didattico del Corso di Laurea in Fisioterapia dell'Università degli Studi di Padova, in riferimento al Decreto Ministeriale n. 270/2004, Immatricolazioni dall'A.A. 2011/2012 in poi [31], prevede 180 crediti formativi nel triennio di cui 60 in attività di tirocinio con una progressiva assunzione di autonomia e responsabilità. Il tirocinio formativo per lo studente è obbligatorio. Le attività tutoriali sono tenute dal *Tutor* Accademico d'Area, specifici per area clinica: nominato dal C.C.L. in Fisioterapia. Il *tutor* clinico affianca lo studente con un rapporto di 1/1 o 1/2 durante l'attività clinica presso le sedi di tirocinio. Il ruolo del

tutorato è stato istituito con la legge 19 novembre 1990, n. 341 “Riforma degli ordinamenti didattici universitari” (art. 13). [32]

Il tirocinio ha un peso riconosciuto nei curriculum legislativi, rappresentando 1/3 dei crediti formativi, ma anche nelle teorie dell’apprendimento. Per Bandura rappresenta una modalità di apprendimento sociale. Il tirocinio come viaggio di esperienza è luogo di apprendimento per immersione, a contatto diretto, contestuale, situato. In quest’ottica il *tutor* (da *tutus* = rendo sicuro), è considerato facilitatore di un apprendimento esperienziale e tecnico professionale, congiunzione tra teoria e prassi. Rappresenta il fattore chiave del processo educativo in quanto agisce con/per e nel soggetto al servizio di un suo percorso e permette l’integrazione della dimensione individuale, organizzativa e sociale dello studente in formazione. [33] Perché ci sia un doppio legame tra teoria e pratica è necessario avvalersi della pratica riflessiva. [2]

Al terzo anno del Corso di laurea in Fisioterapia di Padova, è previsto, secondo il vigente ordinamento, un periodo di tirocinio, in area Neurologica Adulto, della durata di otto settimane. Gli studenti partecipano inoltre in questo periodo ad otto incontri di Didattica Tutoriale, presso il Centro di Riabilitazione Territoriale C.S.S. Colli, Ulss 16, di Padova, sotto la guida di due *tutor* universitarie, dott.ssa Anna Pilat e dott.ssa Paola Targa. [34] Nell’anno accademico 2013/2014 tale attività è stata prevista anche per gli studenti del primo anno. [35] Tra gli obiettivi formativi previsti per l’area Relazione e Responsabilità professionale vi sono: imparare a guardare alla propria emotività come ad uno degli elementi essenziali della relazione terapeutica e imparare ad ascoltare l’altro. A questo scopo nel programma della attività proposte è prevista, nel IV e nel VI incontro, la lettura di una “Narrazione di una situazione problematica vissuta a tirocinio”. A tutti gli studenti viene chiesto di scrivere, tra un incontro e l’altro, una storia relativa ad una situazione difficile vissuta a tirocinio, solo quelli che lo desiderano leggono il testo in gruppo. L’attività di laboratorio di narrazione viene collocata in un momento adeguato della giornata di attività tutoriale, solitamente nel primo pomeriggio, dopo la pausa pranzo, sottolineando il cambio di clima e di prospettiva rispetto alle altre attività proposte. Alla fase di lettura, seguono le fasi di riflessione soggettiva, in cui viene chiesto ad ognuno di elaborare un proprio titolo ed una propria riflessione personale, ed infine una fase di scambio e di costruzione del senso intersoggettivo. L’autore della presente tesi, studente del Corso di Laurea Magistrale in Scienze delle Professioni Sanitarie Riabilitative, ha partecipato in veste di tirocinante in area Didattica Tutoriale alle attività sopradescritte.

2. MATERIALI E METODI

2.1. Scopo principale

Lo scopo principale di questa ricerca di tipo qualitativo è di portare alla luce reti di significati che alcuni studenti del Corso di Laurea in Fisioterapia dell'Università di Padova attribuiscono ad esperienze critiche vissute in tirocinio. Il disegno di ricerca è indirizzato a sviluppare concetti che aiutino una comprensione profonda dei fenomeni complessi, quali: percezioni, vissuti, dinamiche culturali, processi psicosociali, educativi e di cura, in ambienti naturali di assistenza sanitaria riabilitativa alla persona; e con particolare attenzione ai significati, alle esperienze e ai punti di vista dei partecipanti. Ciò al fine di produrre risultati in termini di conoscenze, su questioni culturali e organizzative, rispetto al contesto formativo e alle possibili risposte comportamentali delle persone, di carattere inevitabilmente soggettivo. I modelli emergenti descrittivi serviranno a produrre risultati che costituiscano: materia di riflessione per gli studenti soggetti di indagine; e guida per le scelte metodologiche dei formatori, impegnati nella ricerca di quei mondi di esistenza che promuovano in ciascuno propri modi di autorealizzazione allo scopo di creare scenari educativi migliori. L'incremento della consapevolezza critica, le modifiche dei comportamenti e delle esperienze, potranno avere molteplici ricadute sui soggetti in formazione, sui formatori, sulla cultura formativa e sulle pratiche di cura a beneficio ultimo dei pazienti.

2.2. Storia della ricerca

Il disegno della ricerca nasce dall'interesse condiviso del ricercatore e della *tutor* universitaria, relattrice della presente tesi, verso la didattica tutoriale e le pratiche narrative. Le narrazioni raccolte in anni di esperienza di tutorato rappresentano una ricca fonte di materiale autobiografico genuino e poco conosciuto, interessante da indagare, per comprendere meglio domini di realtà e portare alla luce conoscenze insite nei soggetti in formazione che generalmente rimangono taciti. Tale interesse è mosso dall'intenzione di contribuire a valorizzare e migliorare le esperienze formative di tirocinio in modi conformi ad un discente adulto e calibrati sul singolo studente. Da questo incontro è nata la domanda generativa: come gli studenti affrontano situazioni critiche di tirocinio. Stabilita la significatività dello studio per la cultura formativa, sia per le ricadute didattiche che per le pratiche di cura, ci si è orientati alla ricerca di tipo qualitativo, in grado di descrivere le esperienze reali, i vissuti, i processi psicosociali e i valori dei soggetti coinvolti. Considerando che i modi in cui i ricercatori costruiscono la conoscenza scientifica ricadono sulle pratiche, per rendere i risultati oggettivamente condivisibili, a

garanzia di rigore e di solidità della ricerca qualitativa, si è stabilito a priori di avvalersi metodologicamente della *Grounded Theory* (GT). La metodologia scelta si fonda ontologicamente ed epistemologicamente sull'orizzonte teorico della fenomenologia e prevede tra i metodi di raccolta dati le narrazioni autobiografiche. Posta una domanda di ricerca aperta, allo scopo di sensibilizzare il ricercatore rispetto a fenomeni emergenti, sono state lette le 180 narrazioni raccolte che rappresentano il campione totale. I primi dati significativi emersi sono relativi all'impatto emozionale delle esperienze critiche narrate. Il processo della ricerca, come prevede la GT, è stato costruito non in modo lineare ma nella ricorsività virtuosa alla raccolta dati, al campionamento teorico, alla produzione di memo rappresentativi della storia della ricerca e dello sviluppo della domanda di ricerca. Data la significatività della dimensione patica ci si è orientati a ricercare i risvolti didattici e formativi nel divenire trasformativo dell'esperienza narrata. Sul campione scelto sono state realizzate con crescente livello di astrazione due processi di codifica, di riduzione fenomenologica e eidetica, che hanno portato ad una revisione del metodo, della domanda di ricerca e a temi organizzanti. Le categorie intertestuali collegate e denominate ricorsivamente, hanno contribuito alla costruzione di una rete tematica e all'elaborazione di una teoria atta ad esplicitare i processi sottesi ai 7 temi generali finali oggetto di discussione. La revisione della letteratura ha accompagnato tutto il processo di ricerca, secondo le indicazioni metodologiche della GT, allo scopo di dialogare ricorsivamente con i risultati, favorire il posizionamento della propria teoria, evidenziare mancanze nella letteratura esistente e mostrarne i limiti. La storia della ricerca è stata finalizzata ad individuare *core categories* fenomeni capaci di integrare il percorso analitico. Infine, la ricerca è stata scritta e valutata secondo i criteri di adeguatezza, rilevanza, funzionamento, modificabilità.

2.3. Il disegno di ricerca

A partire dalla preoccupazione principale dei partecipanti e da come questa viene risolta e gestita, sono stati individuati i criteri guida delle scelte metodologiche determinanti delle fasi costruttive del processo, relativamente: alla formulazione della domanda di ricerca, alla raccolta dati, all'analisi del testo, e all'analisi dei risultati.

2.3.1. Criteri per la costruzione della domanda di ricerca

I criteri utilizzati per la costruzione della domanda di ricerca sono stati:

- **Flessibilità:** dispositivo in grado di accogliere, nella comprensione di fenomeni complessi

dati emergenti a posteriori. Si rende necessaria poiché dal tipo di ragionamento logico abduttivo utilizzato derivano sia l'imprevedibilità a priori del disegno di ricerca sia la capacità dello stesso di autoregolarsi e di modificarsi al variare dei dati;

- **Rigore metodologico**, nella definizione della domanda generativa si è tenuto conto dei seguenti principi: bisogno, originalità, utilità, rilevanza, chiarezza, semplicità.

La domanda di ricerca iniziale volta ad indagare la complessità della relazione col paziente per una conoscenza più approfondita dei fenomeni dal punto di vista degli studenti fisioterapisti in tirocinio: si ritiene **necessaria** per far fronte alle difficoltà riportate ai *tutor* universitari dagli studenti, considerato che l'attività formativa pratica e di tirocinio clinico, parte integrante e qualificante della formazione professionale, assume particolare rilievo nel percorso formativo; si rivela **utile** per gli studenti stessi, per le guide di tirocinio e per i formatori nell'individuazione di modelli operativi, strumenti e metodologie di azione volti al miglioramento dei contesti formativi indagati e delle pratiche delle professioni di cura. In letteratura sono note la significatività delle esperienze critiche e l'importanza, l'utilità e la peculiarità dell'approccio narrativo autobiografico nella formazione degli adulti, tuttavia emergono resistenze degli studenti nella pratica di questa proposta formativa. Questa indagine si pone come ulteriore terreno di riflessione; porta con sé caratteristiche di **novità**, in quanto questo fenomeno non è mai stato indagato in questo specifico contesto e dal punto di vista degli attori coinvolti. La domanda generativa si inquadra in una prospettiva fenomenologica in quanto si propone di indagare le esperienze vissute. Nel voler porre attenzione ai risvolti metodologici e alle pratiche di cura, si rivela utile l'uso della GT per generare una teoria o un modello teorico esplicativo del processo. Nel corso dell'analisi si è evidenziato come le criticità degli studenti contemplassero non solo la relazione con il paziente ma la complessità intrinseca dell'esperienza coinvolta relativa a diversi piani costitutivi dell'esperienza tra cui la relazione con i familiari, coi tutor, il rapporto con sé stessi, coi propri limiti e la storia personale, l'ambiente di cura. Pertanto si è orientati nel porre l'attenzione a come gli studenti si pongono, affrontano e superano la particolare situazione terapeutica ritenuta critica, in che modo diventa esperienza formativa e come questa esperienza influisca sulla loro futura professione. La domanda aperta iniziale è stata codificata nel modo seguente: "Analisi qualitativa di esperienze critiche vissute in tirocinio dagli studenti del corso di

laurea in fisioterapia dell'Università di Padova: implicazioni didattiche e sulle pratiche di cura".

2.3.2. Criteri di raccolta dati

I criteri guida su cui si è basata la raccolta dati sono i seguenti:

- **Metodo:** testi sollecitati autobiografici;
- **Scelta del campione:** il materiale di studio è stato raccolto nei sei anni accademici, dal 2009/2010 al 2014/2015 per gli studenti del terzo anno e nei due anni accademici 2013/2014 e 2014/2015 per gli studenti del primo anno. Sono state prese in considerazione le narrazioni autobiografiche raccolte dal 2009 al 2015 per un campione totale rappresentativo di 180 studenti. (*Vedi tabella I*)

Tabella I: campione di narrazioni autobiografiche

ANNI	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	TOT
1°					3	7	9	19
3°	28	17	34	40	16	12	14	161
TOT	28	17	34	40	19	19	23	180

- **Contesto d'indagine:** le narrazioni autobiografiche sono state elaborate e discusse dagli studenti del Cdl in Fisioterapia facenti capo all' Università di Padova (I e III anno), che hanno partecipato agli 8 incontri di attività tutoriale, al primo anno e/o al terzo anno presso il complesso Casa ai Colli dell'Ulss 16 di Padova negli anni 2009/2015, sotto la guida di due *tutor* universitarie, dott.ssa Anna Pilat e dott.ssa Paola Targa. Nel programma della attività proposte è prevista, nel IV e nel VI incontro, la lettura di una "Narrazione di una situazione problematica vissuta a tirocinio", allo scopo di imparare a guardare la propria emotività, come ad uno degli elementi essenziali della relazione terapeutica ed imparare ad ascoltare l'altro. A tutti gli studenti viene chiesto di scrivere, tra un incontro e l'altro, una storia relativa ad una situazione difficile vissuta a tirocinio e solo quelli che lo desiderano leggono il testo in gruppo. L'attività di laboratorio di narrazione viene collocata in un momento adeguato della giornata di attività tutoriale, solitamente nel primo pomeriggio, dopo la pausa pranzo, sottolineando il cambio di clima e di prospettiva rispetto alle altre attività proposte. Alla fase di lettura, seguono le fasi di riflessione soggettiva, in cui viene chiesto ad ognuno di

elaborare un proprio titolo ed una propria riflessione personale, ed infine una fase di scambio e di costruzione del senso intersoggettivo. Le narrazioni prese in esame sono relative ad esperienze di pratica clinica sotto la supervisione delle guide di tirocinio e sono relative a diverse aree (ortopedica, neurologica, viscerale, geriatria, età evolutiva), svariati contesti (in reparto, in palestra, a domicilio) e differenti anni formativi (I; II; III anno).

Il ricercatore, studente di laurea specialistica, in Scienze Riabilitative delle Professioni Sanitarie, e guida di tirocinio per gli studenti fisioterapisti, ha avuto modo di calarsi nel contesto di ricerca partecipando attivamente in qualità di tirocinante in area Didattica Tutoriale, ai laboratori di scrittura narrativa destinati agli studenti del terzo anno in corso e condividendo con la *tutor* accademica, dott.ssa Pilat, l'interesse per i dati emersi.

- **Campionamento teorico:** il campionamento teorico si ritiene adeguato alla saturazione dei dati, ossia quando questi vengono ritenuti sufficienti a chiarire il soggetto della ricerca. Per arrivare alla saturazione, è fondamentale i casi negativi che potrebbero disconfermare le ipotesi che l'analisi fa emergere. [2]

2.3.3 Criteri metodologici

Per una conoscenza più approfondita dei problemi legati ai partecipanti all'interno di un contesto si è ritenuta idonea la metodologia della *Grounded Theory* (GT) che governa la scelta e l'uso di strategie di raccolta dati. Dalla letteratura si evince che le narrazioni autobiografiche siano contemplate tra i metodi di raccolta dati e che la GT sia idonea a descrivere e interpretare, tramite un'esplorazione senza giudizi, fenomeni complessi che non si prestano alla verifica di ipotesi. La GT come metodologia è fondata ontologicamente sulla prospettiva teorica fenomenologica. La ricerca si avvale come base epistemologica della fenomenologia descrittiva ed ermeneutica per portare alla luce rispettivamente i significati oggettivi che emergono dal testo e soggettivi del ricercatore coinvolto. La fenomenologia di tipo descrittivo si presta ad una lettura dei fenomeni contingente e situata, per un sapere rigoroso che vuole cogliere l'essenza dell'oggetto di indagine secondo il principio di fedeltà e l'atteggiamento di sospensione del giudizio. La componente ermeneutica lascia spazio alla narrazione interpretante dei fenomeni che il ricercatore fa rispetto al testo e al proprio modo per disvelare il mondo così come vissuto dal soggetto sulla base della sua personale esperienza. La relazione che si instaura tra testo e lettore si realizza in una duplicità ed una reciprocità di intenzioni. Il lettore, alla luce del proprio bagaglio culturale e dei propri scopi nell'interpretazione del testo scritto,

dotato di autonomia di significato, ontologica ed epistemica, coglie un ente intenzionale, lo scrittore, capace di esprimere messaggi che chiedono di essere decifrati. Lo sguardo del lettore nell'incontro col testo, l'interesse e la scelta della metodologia di analisi ai fini conoscitivi, pone il ricercatore come soggetto coinvolto nell'esperienza e quindi come parte della ricerca stessa. Ciascun passaggio dell'analisi si contraddistingue per una sua peculiare trascendenza ontologica, passaggio di livello di realtà, e comprensione epistemica, contenuto di conoscenze e di senso che si rende disponibile nell'orizzonte di un particolare dominio ontologico o livello di realtà.

2.3.4 Criteri per l'analisi del testo

Il processo di analisi dei dati della ricerca può essere distinto in due parti: la riduzione fenomenologica del singolo testo in unità di significato; e la riduzione eidetica, in cui il ricercatore si mette in dialogo con la propria domanda di ricerca e mette in dialogo i testi fra loro. Il ricercatore lascia la sospensione del giudizio per stabilire quali unità di significato sono pertinenti rispetto alle proprie aspettative e quali hanno maggior valore per chiarire il contesto.

I fase

Riduzione fenomenologica: testuale

In modo congruente alla prospettiva fenomenologica che orienta la ricerca è stato scelto il seguente metodo di analisi di testi esperienziali i cui diversi passaggi sono espressione in modo alternato delle due parti intenzionali, dell'opera e del lettore. L'analisi funzionale del testo esperienziale ha seguito le seguenti fasi:

Analisi generale

- I. Lettura preliminare del testo:
a scopo orientativo e di sensibilizzazione del lettore/ricercatore.
- II. Ancorarsi allo stile del testo:
dopo attenta lettura sono state individuate e poi evidenziate, con colori diversi, le funzioni costitutive dell'esperienza utilizzando la seguente griglia di codifica:
 - *Narrativa* (verde): tempo;
 - *Descrittiva* (nera): spazio;
 - *Patica* (rossa): corpo vivente;
 - *Riflessiva* (blu): coscienza riflessiva.
- III. Codifica iniziale: analisi tematica

Seguendo fedelmente il testo, all'interno delle singole parti sono state sottolineati i termini e le espressioni semanticamente rappresentative della frase. I temi di base sono stati riportati a margine nella colonna in sequenza temporale non necessariamente significativa. Riproducono lo spazio nel testo in un tempo dell'esperienza, e sono espressi generalmente con un predicato verbale. Rappresentano il primo livello di astrazione.

IV. Temi aggreganti:

le categorie individuate all'interno di un tema di base sono state ordinate nella seconda colonna, in uno spazio orizzontale e orientato, in aggregati omogenei di relazione per comunanza o per differenza, allo scopo di eliminare ripetizioni tematiche o temi superflui e isolati.

V. Temi organizzanti:

sui temi precedentemente riordinati in forma spazializzata statica, sono state evidenziate le relazioni dinamiche, ossia quelle condizioni influenti, predisponenti (fatti osservabili, separabili, ripetibili, misurabili in condizioni controllate), che mettono in evidenza il dinamismo che sottende al cambiamento. I temi aggreganti sono stati evidenziati nella colonna in grassetto.

VI. Struttura unitaria, titolo e mappa concettuale:

al testo è stato attribuito un titolo dal carattere essenziale ed espressivo, una chiave di accesso suggestiva al fine di caratterizzarlo da un'attitudine conoscitiva ed è stata costruita una mappa concettuale, rappresentativa della struttura unitaria, che evidenzia visivamente i nodi concettuali e le relazioni strutturali e/o dinamiche.

[36]

II fase

Riduzione eidetica: intertestuale

Al fine di produrre risultati coerente con il disegno di ricerca, nell'integrazione continua con la teoria e dei dati emergenti, considerando non più il singolo testo ma l'insieme del campione analizzato si sono andate costituendo reti tematiche che hanno consentito di focalizzare la ricerca su alcuni particolari temi delimitando la teoria. Se la prima fase di analisi testuale ha avuto come principio guida quello di evidenza, in questa seconda fase è stata utilizzata la funzione interpretante guidata dal principio di trascendenza.

I quesiti che hanno guidato l'analisi intertestuale delle esperienze sono state i seguenti:

1. A quale forma di esperienza ci si trova di fronte;
2. Qual è l'oggetto di esperienza;

3. Qual è l'esperienza ritenuta critica;
4. Dove accade;
5. In che tempo accade;
6. Da cosa è attivata l'esperienza;
7. Qual è la causa efficiente (condizioni di disagio cognitivo ed emotivo che hanno consentito maggior consapevolezza, comprensione, un riposizionamento);
8. Sono presenti una riflessione sull'esperienza e un processo trasformativo: riposizionamento cognitivo, emotivo, relazionale, esistenziale, formativo professionale (riposizionamento nella relazione di cura, educativa, nel proprio ruolo, nella propria professione), comportamentali. Quali sono i modi di riflessione.

2.3.5. Criteri etici

Alla luce del principio etico primario del rispetto della dignità umana nella costruzione della ricerca sono stati presi in considerazione i seguenti requisiti:

- valore sociale e scientifico, riscontrabile in un avanzamento delle conoscenze;
- validità scientifica, nella dichiarazione dei principi metodologici e dei fondamenti teorici ed epistemici;
- selezione equa dei partecipanti, senza favorire o stigmatizzare alcun partecipante;
- rapporto rischio/beneficio, considerato positivo;
- validazione indipendente, il disegno di ricerca accoglie una valutazione del processo di ricerca da parte di ricercatori esterni ad essa;
- consenso informato, nel coinvolgimento della ricerca;
- rispetto per le persone e per i partecipanti, nella tutela della riservatezza, nell'informare i partecipanti dei risultati della ricerca. [2]

2.4. La valutazione della ricerca

A garanzia di rigore e affidabilità a ricerca conclusa il lavoro viene sottoposto ad un'autovalutazione considerando i seguenti criteri:

- campionamento teorico: come è stato selezionato il campione, come si è proceduto al campionamento teorico, se i dati sono sufficienti a sostenere le inferenze prodotte:

- tracciabilità del processo: se è ripercorribile il processo di generazione delle categorie, se ci sono solidi legami tra l'analisi e i dati;
- integrazione della teoria: se i concetti sono sistematicamente collegati, come e perché è stata selezionata la categoria fondamentale;
- profondità: se sono stati rilevati solo aspetti parziali o marginali, ci sono significati dati per scontato;
- rilevanza: se le categorie aprono nuove prospettive o ricerche sono significative, concettualmente dense
- utilità: se ha senso per i partecipanti, se significativa per le ricadute formative e nei contesti di cura. [2]

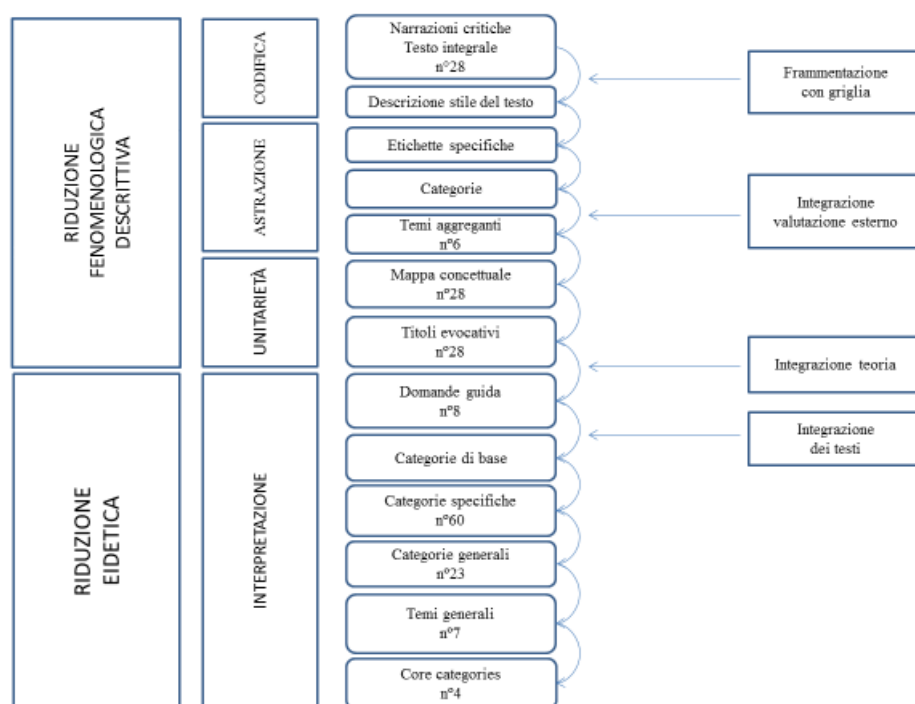
3. RISULTATI

Per arrivare ad un campionamento teorico è stata effettuata dalla relatrice e dall'autore della tesi una lettura preliminare dei 180 testi raccolti. Sensibilizzati ai temi di ricerca hanno effettuato successivamente una prima selezione di 30 testi dal campione totale, scelti tra i più significativi secondo osservazioni e categorizzazioni soggettive di carattere generale. I 30 testi selezionati sono stati ridotti a 6 dagli studenti del V anno di Laurea Magistrale in Scienze Riabilitative delle Professioni Sanitarie. Durante la presentazione dell'attività di scrittura narrativa nel corso "Metodologia del *tutoring* in riabilitazione", agli studenti magistrali, divisi in sei gruppi, è stato chiesto di leggere una narrazione critica scritta dagli studenti del III anno di Fisioterapia, e di cogliere nel testo: l'incipit, l'emergere del problema, le emozioni, come lo studente cerchi di risolvere e dare un senso al problema, le domande etiche e deontologiche sottese. In plenaria il gruppo ha discusso sulle narrazioni motivando i criteri che hanno guidato le loro scelte: intensità affettiva, età della vita, originalità. Alla luce della teoria che si stava costruendo e dei fini della ricerca, sono stati selezionati dal ricercatore altri 3 testi considerando il ruolo del *tutor*, ritenuto perno dell'esperienza formativa.

In seguito, dal campione totale, sono state scelte 19 narrazioni critiche relative al I anno di corso allo scopo di portare all'evidenza l'esperienza empirica della comunità di pratiche, la quale ritiene che la riflessione autobiografica sia importante fin dall'inizio del percorso formativo, a differenza di ciò che emerge dalla letteratura che colloca lo sviluppo del pensiero riflessivo in fase avanzata rispetto all'apprendimento esperienziale. Si è quindi giunti alla saturazione dei dati sufficienti a chiarire il soggetto della ricerca, rilevando falsi negativi a disconferma delle ipotesi. L'adeguatezza del campionamento è

stata stabilita prendendo in considerazione 28 narrazioni di cui 19 relative al I anno e 9 al III anno. Su questo campione teorico i dati prodotti relativi ai punti di vista dei soggetti coinvolti e ai significati attribuiti all'esperienza critica sono stati raccolti ed elaborati in reti tematiche, attraverso due fasi distinte: la riduzione fenomenologica e la riduzione eidetica illustrate nel diagramma sottostante:

Tabella II: diagramma di processo di analisi



I Fase

Nella prima fase di analisi generale, dopo una lettura preliminare a scopo orientativo, è stata effettuata una frammentazione (vedi estratto in *Tabella IV*) dei testi integrali utilizzando una griglia di codifica costituita dai seguenti quattro codici: narrativo, descrittivo, patico e riflessivo, relativi alle funzioni costitutive dell'esperienza. Sulla base di essa è stata realizzata una breve descrizione dello stile del testo, come nell'esempio sottostante.

Tabella III: analisi stilistica

<p>STILE DEL TESTO:</p> <p>Il testo prevalentemente in stile descrittivo nella prima parte e patico nella seconda verte su contrasti stridenti di un corpo martoriato oggetto di cura in cui risiede un essere altamente sensibile, di una vita (paziente) rifiutata perché non è vita, e di una vita (studente) giovane, spensierata, con un futuro.</p> <p>Nella conclusione approda ad una riflessione sulla professione e sul senso di una cura nell'”incurabile”. Riflessione che resta sospesa, una domanda esistenziale aperta, senza risposta.</p>

Successivamente sono state estratte etichette specifiche aderenti al testo denominate **Temi di base**, in ordine sequenziale, e categorie di aggregati denominate **Temi aggreganti** e **Temi organizzanti** (evidenziati in grassetto) come nell'esempio riportato.

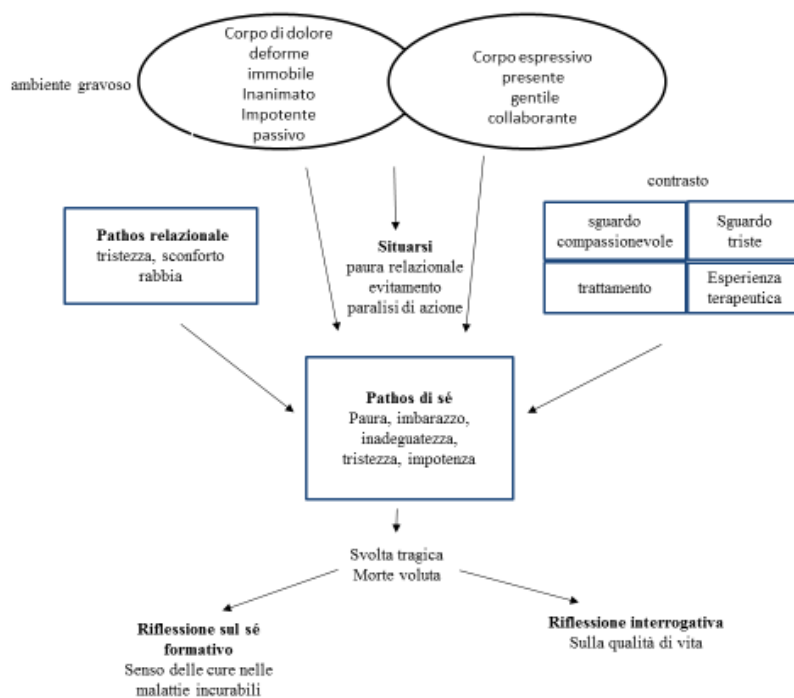
Tabella IV: analisi testuale

TESTO ORIGINALE 1	TEMI DI BASE	TEMI AGGREGANTI ORGANIZZANTI (in grassetto)
<p>Ricordo che la maggior parte dei pazienti erano malati terminali di cancro, ormai allettati, cachettici, oppure in stato vegetativo, o affetti da malattie degenerative progressive come la Sclerosi Laterale Amiotrofica.</p> <p><u>Davanti ai miei occhi i loro corpi, orrendi</u>, di un colorito che non aveva più neanche un tono del rosa, <u>deformati</u> dagli edemi, <u>attaccati ai respiratori</u> e <u>costretti all'immobilità</u>, molti con piaghe da decubito.</p> <p><u>Soltanto alcuni avevano gli occhi</u></p>	<p>Essere in un ambiente pesante</p> <p>Vedere corpi orrendi deformati</p> <p>costretti all'immobilità</p>	<p>Ambiente gravoso</p> <p>Corpo di dolore</p>

<u>aperti, e ancora meno con quello sguardo riuscivano a comunicare.</u>	all'incomunicabilità	deforme, immobile, inanimato impotente incomunicabile
--	----------------------	---

Le categorie riportate al margine del testo sono state successivamente organizzate in una seconda fase di focalizzazione in mappe concettuali per rappresentare visivamente in una struttura unitaria i nodi concettuali e le relazioni strutturali e dinamiche (Vedi *Tabella V*).

Tabella V: mappa concettuale



Infine è stato attribuito un titolo dal carattere essenziale ed espressivo, chiave di accesso suggestiva e attitudine conoscitiva rispetto al testo originale, come nell'esempio sotto riportato.

Tabella VI: titolo evocativo

TITOLO EVOCATIVO: Vivere da malato per morire sano?
--

I 6 **Temi organizzanti** emersi sono stati i seguenti:

- ambiente/atmosfera;
- sorpresa/svolta tragica/contrasto;
- corpo di dolore/corpo prigioniero;

- *pathos* di sé/*pathos* relazionale;
- situarsi/orientarsi
- riflessione sul sé/riflessione sul sé formativo.

Per ridurre il livello di soggettività e rendere più oggettivi possibili i risultati dello studio, questa prima fase di analisi è stata effettuata anche da un ricercatore esterno, uno studente magistrale, e poi comparate e integrate. Il processo integrale relativo a questa prima fase è rappresentato nell'*Allegato I* del fascicolo del materiale supplementare.

II Fase

Se la prima fase di analisi fenomenologica ha avuto come principio guida quello di evidenza, la seconda fase di riduzione eidetica è stata caratterizzata dalla funzione interpretante guidata dal principio di trascendenza e da un'integrazione continua tra la teoria e i dati emergenti mettendo a fuoco la valenza formativa dei dati emersi. La ricerca si è focalizzata su alcuni quesiti, elencati a seguito (*vedi esempio in Tabella VII*), che hanno guidato l'analisi delle esperienze nel ritorno al testo.

1. A quale forma di esperienza ci si trova di fronte?
2. Qual è l'esperienza ritenuta critica?
3. Qual è la sua durata temporale?
4. Dove accade?
5. Da cosa è attivata l'esperienza?
6. Qual è la causa efficiente? (condizioni di disagio cognitivo ed emotivo che hanno consentito maggior consapevolezza, comprensione, un riposizionamento);
7. Verso dove si muove? Sono presenti una riflessione sull'esperienza e un processo trasformativo: riposizionamento cognitivo, emotivo, relazionale, esistenziale, formativo professionale (riposizionamento nella relazione di cura, educativa, nel proprio ruolo, nella propria professione), comportamentale? Quali sono i modi di riflessione?

Tabella VII: rete tematica

RETE TEMATICA: narrazione 1

- 1. A quale forma di esperienza ci si trova di fronte:** noetica (percepire, immaginare, ricordare, giudicare).
- 2. Qual è l'oggetto di esperienza:** relazione gestuale con il corpo del paziente.

3. **Qual è l'esperienza ritenuta critica: contrasti** corpo deformato, prigione, malato/essere sensibile, trattamento/esperienza terapeutica, sguardo compassionevole/triste.
4. **In che tempo accade:** senso della cura nelle malattie incurabili. Vita chiusa al futuro (paziente), vita aperta al futuro (studente). Domande esistenziali senza risposta.
5. **Dove accade:** Ambiente gravoso, Spazio esistenziale: vita che non è vita /morte.
6. **Da cosa è attivata l'esperienza:** contrasto corpo inanimato/essere sensibile, rifiuto della vita nella malattia incurabile.
7. **Qual è la causa efficiente:** Pathos di sé: paura relazionale, inadeguatezza, imbarazzo, incapacità, impotenza, evitamento, tristezza. incapacità di stare Pathos relazionale: tristezza, sconforto.
8. **Sono presenti una riflessione sull'esperienza e un processo trasformativo:** Riflessione sul sé formativo, Senso delle cure nelle malattie incurabili **Quali sono i modi di riflessione:** riflessione interrogativa sulla qualità di vita.

La ricerca nel corso di una seconda analisi è stata di tipo intertestuale. Sono stati presi in considerazione i **Temi di base**, **Temi aggreganti**, **Temi organizzanti** di tutti i 28 testi analizzati e sottoposti ad un ulteriore processo di ricategorizzazione. Tali temi sono stati raffinati ed hanno prodotto: numerose **Categorie di base** fedeli al testo riportate nel fascicolo supplementare (vedi *Allegati da III a VIII*) e in un processo crescente di astrazione: 60 **Categorie specifiche**, 23 **Categorie generali** e 7 **Temi generali** (vedi *Allegato IX*). I Temi generali, oggetto di discussione, sono così definiti:

1. Nell'esperienza;
2. Ai margini dell'esperienza;
3. Essere nel tempo;
4. Abitare il mondo;
5. Il terreno dell'esperienza;
6. Coinvolti nell'esperienza;
7. Il professionista riflessivo.

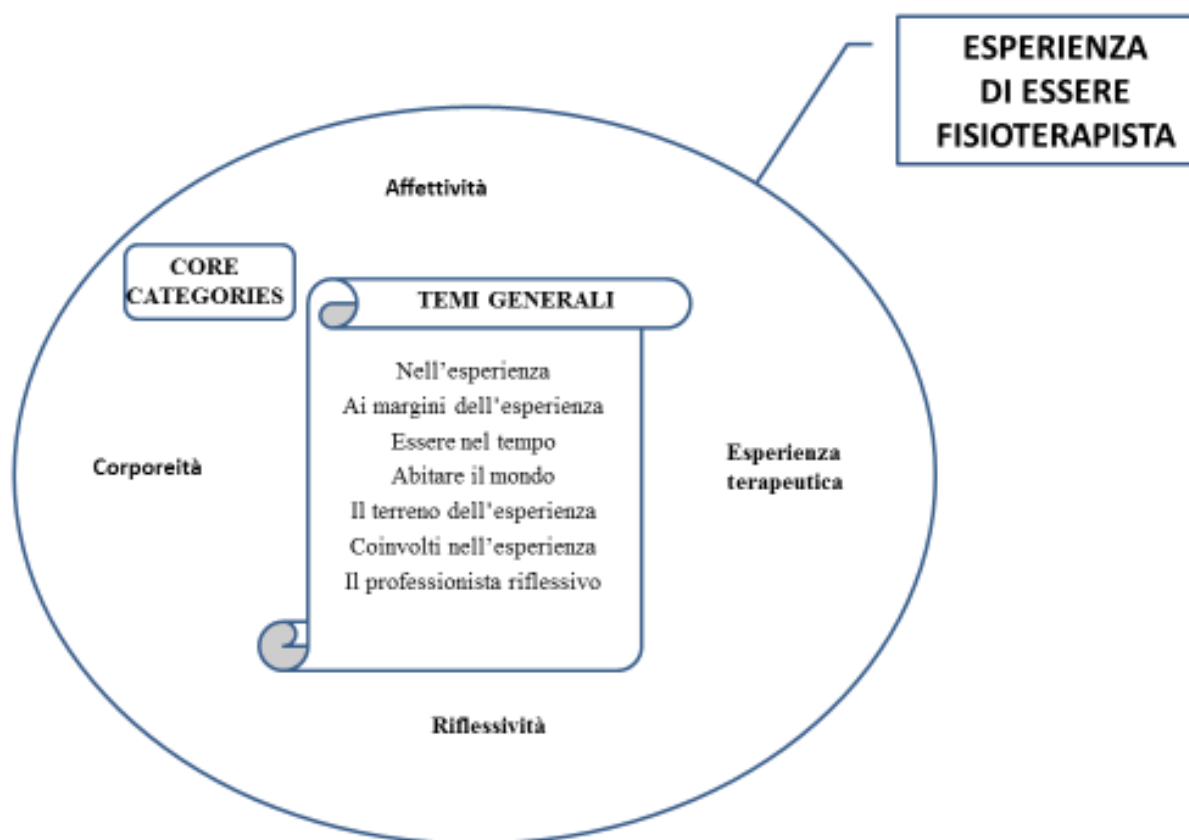
In un ultimo processo di astrazione sono state infine individuate e denominate 4 *Core categories* che si pongono come parole chiave, connettori delle reti tematiche, filo conduttore di un unico grande tema centrale che è l'**Esperienza di Essere Fisioterapisti** e sono:

1. Affettività;
2. Esperienza terapeutica;
3. Corporeità;
4. Riflessività.

La distinzione tra reti tematiche e *core categories* è stata operata a fini esplicativi poiché queste ultime rappresentano concetti comuni e trasversali ai temi distinti.

I temi generali e le *Core categories* sono rappresentati visivamente nella Tabella V.

Tabella VIII: diagramma dei Temi generali e delle *Core categories*.



4 DISCUSSIONE

4.1 Commento ai temi generali

Nel presente capitolo sono presentati i sette temi generali emersi dai risultati relativi all'esperienza di essere fisioterapisti, sperimentata, come banco di prova, in situazioni di

tirocinio sotto la guida di tutori. La scelta dell'integrazione ricorsiva con gli aspetti concettuali di riferimento e con frammenti delle narrazioni autobiografiche, si pone a garanzia di rigore della ricerca e di fedeltà ai fenomeni descritti. Saranno messi in evidenza i risvolti didattici, gli elementi di novità, i limiti e i possibili sviluppi. Le *core categories*: Affettività, Esperienza terapeutica, Corporeità e Riflessività rappresentano "parole chiave", concetti ricorrenti e temi trasversali alla descrizione dei temi generali.

4.2 Nell'esperienza

Nel primo tema generale si descrive il rapporto tra la forma e l'oggetto di esperienza. Ci si trova di fronte ad una forma di esperienza intuitiva, soggettiva, cosciente, in termini fenomenologici noetica, che include tutti gli atti di comprensione rivolti verso l'oggetto dell'esperienza come la percezione, l'immaginazione, il ricordo e il giudizio. Tra questi atti, che De Monticelli definisce come originariamente offerenti, si possono riconoscere quelli semplici come la percezione sensoriale nei suoi molti modi, e quelli complessi, fondati sui primi, come la percezione affettiva e psicologica [4]. Ad esempio nei testi analizzati si legge: *"Gli occhi azzurri e chiarissimi sono stati la prima cosa che ho notato, la vitalità del momento era tanta che anche gli occhi sembravano sorridere"* ; *"...lei è affranta, anche se mi accorgo che non è un pianto liberatorio, di sfogo...ma un pianto soffocato, fragile, flebile, sembra quasi il capriccio di un bambino."*. Nella compromissione affettiva che, come afferma Masullo, si ha con le cose ancora prima di conoscerle per il semplice fatto di trovarsi in mezzo ad esse e contattarle coi nostri sensi, l'esperienza acquista senso. [37] Il tema dell'**affettività** emerge in tutte le narrazioni in modo molto forte: *"Ciò che mi faceva stare tanto male erano le smorfie dell'uomo durante la mobilitazione: trasmettevano dolore all'ennesima potenza, impossibilità a fare qualsiasi movimento. Spalancava la bocca, sbarrava gli occhi, pur non dicendo una parola"*. Gli studenti non parlano semplicemente del paziente ma del suo universo familiare, della relazione gestuale col suo corpo: *"Ciò che ha colpito è stato non tanto il loro disagio fisico, ma la contestualizzazione della loro malattia e della loro persona, in rapporto con la famiglia, i figli, la badante"*; dell'ambiente di cura, della guida di tirocinio: *"Inizìo a dirti le percentuali di sopravvivenza dei trapianti polmonari ...numeri...Inizìo a chiedermi: non ti sei affezionata a Davide vero? Benvenuta nel tugurio. Non devi affezionarti ai pazienti. (TROPPO TARDI...)"*. La dimensione affettiva riveste un ruolo di primo piano sia nella percezione dell'oggetto di esperienza terapeutica sia nel veicolare l'apprendimento che, come afferma Kolb, è esperienziale: *"La nostra professoressa del corso di relazione terapeutica era solita ripeterci: un paziente è prima*

di tutto una persona, con il suo bagaglio di esperienze, emozioni, bisogni, speranze. Ho compreso appieno il significato di questa frase solo durante il tirocinio con una tutor fisioterapista domiciliare “; e cooperativo, come ha teorizzato per primo Vygostskij la mente è incarnata e relazionale. [17] Per i socio-costruttivisti le azioni sono intese come il risultato di processi deliberativi socialmente situati in un complesso campo di forze e la riflessione sulle proprie azioni risulta efficace solo riconoscendo il ruolo fondamentale che gioca il contesto relazionale. Come previsto dagli obiettivi didattici si ritiene necessario formare i professionisti della cura nell’ambito Relazione e Responsabilità, innanzitutto in situazione, ma poiché questo spesso non avviene, acquista rilevanza prevedere nel percorso formativo momenti di riflessione retrospettiva che consentano di recuperare un apprendimento situato latente.

4.3 Ai margini dell’esperienza

Il secondo tema generale si addentra nei significati che gli studenti in questione attribuiscono alle situazioni critiche. Poiché le narrazioni sono autobiografiche, quindi incarnate nell’esperienza, i fenomeni non si presentano in modo isolato ma in rapporto dialettico con fenomeni opposti e complementari generativi di campi di senso. Ciò rappresenta nei testi la condizione critica che in un primo momento esige di prendere le distanze dall’esperienza: *“Mi sentivo attratta, e desideravo andare più vicino a vedere meglio, ma contemporaneamente un senso quasi di religioso rispetto mi diceva: Tieniti distante, non c’entri niente tra loro due. Non sapevo veramente che fare. Ho seguito la via di mezzo: ho osservato, ma tenendomi distante”*. Inizialmente nei testi compare la sorpresa per la situazione nuova e inaspettata: *“Questo mio consolidato modo di essere, a sorpresa, è stato messo in discussione dall’incontro con la Fisioterapia”*. Subentra uno stato di incertezza e di dubbio che rappresenta quel disagio cognitivo, di cui parla Dewey, il quale innesca nella ricerca di soluzioni al problema, un riposizionamento sull’esperienza. [6]

“Ho passato una situazione molto forte, un’esperienza che mi ha segnato la vita in maniera positiva attribuendo un significato positivo nonostante l’accaduto avesse un impatto negativo.”

Come sostiene Brookfield, [28] e come testimoniano le esperienze analizzate, vengono vissute come critiche non esclusivamente le situazioni negative ma tutto ciò che risulta particolarmente significativo e, più si riscontrano analogie con la propria storia, più acquistano senso. *“Lei aveva circa la mia età e conoscendo la situazione credevo di incontrare una persona triste ed arrabbiata. A mia sorpresa ho avuto il piacere di*

conoscere una ragazza estremamente solare e disponibile con chiunque avesse di fronte, non solo nei confronti dei terapisti ma anche verso i tirocinanti.”; “Mi sarei presentata davanti a lei sotto veste di tirocinante di fisioterapia, quando, solo qualche anno prima, eravamo compagne di squadra e si chiacchierava spesso assieme. Il suo comportamento mi ha stupito: a differenza di ciò che credevo, mi ha messo subito a mio agio.”.

Altra questione molto critica per gli studenti risulta essere la **Corporeità** nella relazione con un corpo che visibilmente porta con sé segni di malattia, ma che è corpo vivente in un mondo (*Leib*) [38], che assurge alla dignità ontologica dell'esistenza [1] e non organismo biologico (*Körper*). [38] Questo tema è strettamente connesso all'**Esperienza terapeutica**, contrapposta al trattamento da cui gli studenti si distanziano. “*Durante il tirocinio ho capito che l'incontro con il paziente non è finalizzato solo alla riabilitazione richiesta, ma è anche una grande occasione di crescita non solo dal punto di vista professionale ma anche umano.*”.

Dalle narrazioni emerge un corpo ferito, malato, prigioniero, un corpo di dolore, espressione di un disagio e di uno squilibrio di possibilità e condizioni: “*Per dare un'idea delle condizioni di quella gamba posso dire di aver immediatamente pensato che io avrei preferito un'amputazione piuttosto di ritrovarmi con una gamba così malridotta.”; “Pochi chili di corpo, raggomitolati in un letto su cui era appoggiato di tutto, farmaci, mascherine, tubini per l'ossigeno, libri, il telecomando, qualche telo sporco e carte cliniche.”.* La **Corporeità** si esprime nel corpo che si percepisce, del paziente, e che percepisce, dello studente. È per Zannini un luogo originario di fare esperienza nel mondo. Affrontare questo argomento per l'autrice consente di toccare aspetti personali e profondi dell'agire professionale latenti, ma comunque agiti in modo inconsapevole nella pratica assistenziale [39] e potrebbe essere ulteriore argomento di approfondimento. “*Decisi di partire dal piede destro, perché era la parte del suo corpo che mi sembrava meno fragile in quel momento...O forse era la più facile da muovere...Le braccia erano ingarbugliate di fili e filetti, e avevo paura che muovendo il braccio avrebbe sentito male per via della centrale...”.* Di fronte alla malattia, a vite brevi e dolorose, alla morte, si aprono una moltitudine di domande esistenziali che non hanno risposta e questo aspetto rappresenta un'altra situazione critica fonte di disagio emotivo e cognitivo: “*Io, come lui, ero paralizzato, bloccato. Non sapevo cosa fare e come comportarmi. Nel mio cervello intanto si susseguivano milioni di domande. Come poteva l'asportazione di un tumore rivoluzionare in maniera così repentina la vita di un uomo? Non trovando una risposta a tutti questi interrogativi, velocemente la situazione si fece per me insostenibile.”; “La*

risposta non esiste come non dovrebbe esistere tutto questo.”. Lo strumento autobiografico, per Formenti, permette anche il riconoscimento dei vuoti, dell'impossibilità di spiegare e controllare tutto. [8]

L'ultima condizione critica è relativa a questioni etiche e deontologiche: *“Sono rimasta colpita dal cinismo che alcune persone possono raggiungere nell'esercitare la professione medica, allontanandosi dalla vera natura del loro mestiere.”*; *“Sono esseri umani ma con pochi semplici accorgimenti sono riusciti a togliere loro ogni traccia di personalità. Permettereste a qualcuno di trattare i vostri genitori o i vostri nonni in quel modo? Come fate a chiudervi nella guardiola a chiacchierare e giocare a carte mentre tutte quelle persone attorno a voi si spengono perché private di ogni stimolo e possibilità di esprimersi?”*. Secondo De Monticelli l'esperienza affettiva a cui ci si trova di fronte si fonda sull'identità morale sulla sensibilità affettiva che è in continuo mutamento. La vita del sentire, la percezione di valori positivi o negativi nelle cose, nel flusso emotivo dell'interazione con l'ambiente e nel suo costante rinnovarsi modificando abitudini, fondando scelte e decisioni nuove presuppone l'esistenza di un ente unico e nuovo, dotato di iniziativa e creatività e che gode di un grado di libertà fondato sull'etica personale. [2]

4.4 Essere nel tempo

Spazio e tempo, sono per Kant categorie ontologiche fondamentali del conoscere. [1] Le narrazioni rappresentano l'unico strumento in grado di esprimere un concetto difficile come il tempo. Nelle narrazioni il tempo, come funzione costitutiva dell'esperienza, emerge in diverse forme: quello vissuto dello studente, quello di malattia che modifica il modo di essere nel mondo del paziente e del suo universo familiare, quello di un incontro terapeutico e il tempo formativo in quanto l'esperienza vissuta riverbera anche a distanza temporale sulla crescita dello studente come persona e come futuro professionista. Il tempo vissuto si esprime nella descrizione della densità dei momenti, *“Ecco, questa è stata solo una mezz'ora a casa di un paziente. Una mezzora in cui un sacco di pensieri e di emozioni sono esplose”*, un presente spesso per i pazienti governato dal passato, *“nel ricordo della tristezza”* o nella *“felicità dei tempi che furono”*. Soprattutto è un tempo che ha regole proprie, che si dilata: *“Iniziai a fissare l'orologio aspettando la fine della seduta che tardava ad arrivare”*, o si restringe adeguandosi al rumore interno delle emozioni e dei sentimenti, ma in relazione anche alle emozioni dell'altro: *“...essendo persone, i pazienti, se sono belle persone, simpatiche, accoglienti, disponibili, sorridenti sarà piacevole passare del tempo... poi ci sono pazienti arrabbiati, infastiditi, nervosi ...Con questa seconda categoria di pazienti il tempo passa più lentamente”*. Quasi tutti narrano di un

singolo incontro terapeutico, esistono, come dice Mortari, azioni di cura che non stanno dentro ad un progetto, ad un tempo lungo, ma si attuano nello spazio breve di un incontro. [1] Una finestra che si apre sulle storie, sui tempi andati, sul futuro, sulla speranza di un'evoluzione positiva o spesso di un esito fatale e drammatico. *“Meraviglioso, tragico mondo della terapia intensiva post operatoria, detto anche tugurio dal mio terapeuta, dove prima di entrare devi aprire due porte e lavarti due volte, dove tutti sono vestiti di azzurro ed incolofanati dalla testa ai piedi, dove la luce arriva solo dalle lampade al neon e dove i canti degli uccellini sono sostituiti dai bip bip delle macchine. Beh entrai in questo mondo per conoscere Davide, un ragazzo di 29 anni...”*. Il tempo di terapia emerge scandito dalla ritmicità dei movimenti involontari, dal suono di macchinari, ma è spaccato di un'intera vita tanto è denso, spesso di una vita breve e di dolore. Gli studenti che hanno avuto la possibilità di seguire un percorso terapeutico rivelano anche un tempo della fiducia che si costituisce al progredire della conoscenza e al maturare della relazione terapeutica. *“Più andavamo avanti con la riabilitazione, più maturava e cresceva il rapporto con la bambina e più mi stupivo nel riscoprire una vivacità e un'energia che mai mi sarei aspettata di riscontrare in un contesto come questo.”*. Il tempo di malattia si profila invece come un tempo lungo, gli studenti narrano di anni di malattia, di un'intera esistenza di sofferenza, di vite che si spengono lentamente o inaspettatamente in modo rapido sotto i propri occhi in *“un processo inverso della terapia”*. Parlano con drammaticità di vite brevi, di vite non vissute nella loro giovinezza e spensieratezza, di cambiamenti tragici e repentini, di perdita dell'autonomia e della dignità, di perdita della sovranità sul divenire, di futuri incerti o preclusi, del tempo obbligato di attesa prima del recupero, di quello lontano da casa e dagli affetti in contrasto col tempo di chi, fornitore di cure, si trova in salute. Nella sofferenza, afferma Mortari il tempo cambia di qualità: si fa muto, impenetrabile diventa un continuo compatto che opprime l'anima. [1] *“Ha dovuto lasciare prima lo sport per preservare e non aggravare la sua salute; poi è stata costretta anche ad abbandonare gli studi in quanto il suo corso di laurea era troppo faticoso da sostenere per il suo corpo fragile.”*; *“I casi che più mi hanno colpito riguardavano pazienti particolarmente gravi con prospettive di vita dolorose e, per di più brevi.”*. Alcune esperienze, infine, si riconducono ad un tempo esistenziale legato alla ciclicità della vita: la morte intesa non come fine perché si affaccia alla vita; la vita quotidiana che scorre inesorabile; genitori anziani che da fornitori diventano bisognosi di cure.

4.5 Abitare il mondo

Testi che esprimono la vita vissuta possono essere disordinati e confusi poiché lo stato emotivo incide sulla percezione del tempo e dello spazio. L'esperienza narrata integra aspetti del mondo esterno, del mondo interno e del luogo dell'incontro dei soggetti in relazione, come terza entità. Pur in compresenza essi vengono colti in tempi diversi al progredire della conoscenza della realtà in quella comprensione che Heidegger definisce un "esistenziale fondamentale", un modo fondamentale nell'esserci. Il corpo abita il mondo e per disporre del proprio corpo non basta che esso funzioni anatomicamente ma che esista uno spazio dove possa muoversi ed esprimersi con senso, isolato dal mondo il corpo diventa oggetto. [38] Il tema dell'ambiente si manifesta generalmente nella parte iniziale delle narrazioni in modo descrittivo: immagini, scenari, fotogrammi, colori, forme, suoni, rumori, silenzio, barriere, elementi fisici del contesto e dell'aspetto esteriore delle persone, che colpiscono immediatamente fissandosi nel ricordo. Spesso l'ambiente rappresenta una condizione critica poiché, ostile o accogliente, è in contrasto con un'atmosfera gaia o "grigia" e con un mondo interno disabitato o intensamente ricco. In una Casa di Riposo stride la convivenza di "spazi immensi, proposte ricreative, cura dell'ambiente" e "l'assenza, il silenzio, l'incuria" verso le persone. Considerato l'ambito fisioterapico ci si aspetterebbe di leggere di reparti e di palestre riabilitative, ma poiché l'affettività gioca un ruolo cruciale i contesti che emergono come particolarmente significativi sono il domicilio e l'ospedale, in particolare reparti di terapia intensiva e rianimazione. L'esperienza che più colpisce gli studenti è quella vissuta in riabilitazione territoriale a domicilio dei pazienti. "...a casa delle persone si vedono (e vivono) delle situazioni che in ospedale e in ambulatorio spesso e volentieri non capitano mai. Si entra nella dimensione più intima del paziente, che si tratti di persone giovani o anziane, assistite da familiari o badanti."; "Le case stesse, attraverso il modo in cui sono arredate, l'odore che emanano, come sono organizzati gli spazi, ci dicono molto di chi vive là dentro. Tutto ciò che può essere raccontato non sortisce lo stesso effetto di quello che si respira e tocca con mano tramite un'esperienza più diretta.". La casa, l'ambiente domestico di vita quotidiana, risulta essere per tutti il modo più diretto, profondo e immediato per entrare nella relazione col paziente, nella sua storia, nella sua vita. È per molti un'esperienza intima, un'esperienza unica che non ha eguali. La casa, come luogo terapia, appare a volte un luogo accogliente, caldo, familiare, in cui si possono cogliere nelle fotografie esposte attimi di felicità, di gioventù, di tempi andati, ricordi fermati in "un'ansa di eterno presente", altre volte rappresenta un ambiente desolato, disabitato, una prigione, un ostacolo. È un luogo dove scorrono e

s'intrecciano "sotto lo stesso tetto" vite diverse, luogo privato in cui entrare in punta di piedi, con rispetto, lo studente racconta spesso del disagio di occupare spazi altrui, della difficoltà di trovare un posto nel suo ruolo osservativo, una posizione ai margini dello spazio di incontro terapeutico tra il fisioterapista ed il paziente. *"...ho osservato, ma tenendomi distante. Non so perché, ma non me la sentivo di avvicinarmi a loro. Forse, per paura di quel paziente, forse per ciò che avrebbe potuto dire il terapeuta."* Infine è un luogo consolidato di abitudini, un rifugio, in cui regnano equilibri familiari che hanno spesso funzione regolativa. *"Spero che la signora Bertilla e suo marito siano riusciti ad arrivare a una soluzione, a un compromesso per continuare a prendersi cura della signora Emma e allo stesso tempo per ritrovare un po' di forza e libertà per ritornare a fare alcune delle cose che amano tanto."* Il forte coinvolgimento nella vita quotidiana vede la famiglia parte integrante del processo terapeutico. A volte la malattia si estende all'intero nucleo familiare, per il carico emotivo, la perdita di autonomia e di libertà, altre volte emerge la fondamentale funzione di sostegno affettivo. È per Stein il mondo-della-vita (*lebenswelt*) il mondo vissuto quotidiano dove si sperimentano le relazioni vitali con gli altri soggetti, luoghi e ritmi temporali significativi. [40] L'ospedale è vissuto dagli studenti come luogo freddo, di incontro di sofferenza, morte, isolamento affettivo. *"Poi il tirocinio: finalmente qualcosa di pratico! Il giorno prima di iniziare mi è stato chiesto se mi sentivo pronto...no! In ospedale - ho pensato - c'è anche la morte, il dolore, la sofferenza...e per certe cose non si è mai pronti! Massì...è il primo anno, cosa vuoi che veda io? ...sì è vero, in ospedale c'è un po' di tutto, ma non sono mica un medico, un semplice studente di fisioterapia del primo anno!"*.

Varcare la soglia significa traghettare da luoghi incantevoli, colorati, pieni di vita, di impegni, di futuro, di spensieratezza, dove tutto è possibile, a luoghi *"meravigliosi e tragici"*, dominati da suoni, luci, colori, innaturali, speranze spente, fatica, dolore, rassegnazione, accettazione, immobilità, impotenza. *"Dietro la porta il paesaggio d'improvviso mutava, sempre assurdo il distacco da questa natura accogliente, le mura medievali i merletti e le piastrelle sterili per scendere al seminterrato nello spogliatoio con la finestrina oblò e i colori odori ospedale; a questo non mi potevo abituare. Un grigio triste, privo di qualsiasi tonalità. Potrei dire, senza sbagliare, che è uno spazio sporco, buio, angusto e puzzolente ma mi sento in colpa a usare questi termini."* . Il letto di ospedale, lo spazio vitale della terapia intensiva rappresenta un mondo a sé, a volte alienante altre familiare. Attraverso le foto e gli oggetti personali ci si proietta istantaneamente, e con un forte impatto nella storia, nelle relazioni affettive e nell'intera esistenza delle persone a

cui ci si trova di fronte. *“Durante il tirocinio, nel periodo dedicato ai servizi domiciliari, mi sono reso conto che le foto appese ai muri o sulle credenze dei mobili sono l’unica possibilità per me di vedere l’aspetto più vero della persona che ha bisogno dell’assistenza.”*. Al primo impatto l’attenzione è catturata dall’aspetto di malattia, messaggi contrastanti del corpo, man mano che ci si addentra nell’esperienza e nel racconto la riflessione apre ad uno sguardo più in profondità, rivolto al mondo interiore che è luogo accogliente e di dolore nascosto, chiuso all’interno e aperto verso gli altri, fusione di mente e corpo. *“...non parlava per via della tracheotomia ed era affetto dalla SLA, che ormai gli aveva paralizzato il diaframma, ma era presente con la mente, sveglio e lucido. Potrei affermare che lì dentro fosse il più sano, ed era gentile e collaborante [...] Non era mai arrabbiato, o seccato, era lì, immobile e paziente.”*.

Molti testi parlano dello spazio inter relazionale, luogo di incontro con l’altro che prende forma col progredire della conoscenza e col maturarsi della relazione terapeutica che alimenta la fiducia. Uno spazio che diventa luogo di comprensione e di co-costruzione di significati se questo incontro avviene o viceversa di incomprensione e di fallimenti terapeutici. *“Tuttavia dopo tanta fatica per instaurare una relazione terapeutica, per cercare di capirla e di farle capire che la stiamo aiutando, l’unico rimando è stata la domanda della signora su che terapeuta la avrebbe seguita nel pomeriggio e, sempre davanti a noi, la sua richiesta era se poteva essere trattata meglio...”*. È quello spazio di intersoggettività, di relazione necessaria, in cui per Costa il rapporto all’altro è più originario del soggetto. [40] Il forte e consolidato coinvolgimento nella vita quotidiana vede la famiglia estensione della malattia (per il carico emotivo, la perdita di autonomia e libertà, l’impegno, il sostegno) quindi come parte integrante dall’esperienza terapeutica. Una dimensione ricorrente è quella dello spazio esistenziale che si esprime nella presenza nel mondo data da uno sguardo, da assenza mentale, incomunicabilità, silenzio, immobilità, paralisi, letto vuoto, desiderio di morte, vita che non è vita, morte. *“osservavo anche la miriade di fili, che riempivano il suo corpo, e l’espressione del suo. Alla mia entrata in reparto, qualcuno ha provato a seguirmi con lo sguardo cercando di salutarmi, mentre altri erano del tutto assenti. Occhi sbarrati, sguardo assente, labbro cadente e qualche sbadiglio.”*; *“Purtroppo nelle visite seguenti era evidente che la situazione si era complicata: Francesco era spesso assente con la mente”*.

4.6 Il terreno dell’esperienza

Questo tema generale rappresenta quell’*humus* generativo entro cui si possono cogliere le posture e i modi dell’essere nell’esperienza. Riporta alla dimensione dell’affettività e del

corpo-paziente che si staglia nell'orizzonte persona, un'unità di essere concreta, per Scheler, la cui comprensione è fondamento per la comprensione dei suoi atti. [40] Come si è anticipato nelle precedenti descrizioni il coinvolgimento (*pathos* di sé), l'aderenza o il contrasto con il proprio sistema valoriale, il lasciarsi sorprendere, il vedere l'altro, l'immedesimarsi nell'Altro, nella storia e nel suo dolore (*pathos* relazionale), il tentativo di comprensione e la compassione sono costitutivi di quell'atteggiamento empatico necessario ma mai scontato e in costante ricerca. Quando l'Altro è bisognoso di essere accompagnato nel lavoro di costruzione del proprio esserci, il sentire prende la forma dell'**empatia**, quando invece esprime una situazione di difficoltà che rivela il suo trovarsi a subire una forma di ingiustizia si parla di compassione. [1] Vedere gli atteggiamenti costruttivi in condizioni di malattia riportati con espressioni come “forza d'animo”, “naturalizza”, *sdrammatizzare la grave situazione*” consente vedere la persona oltre la malattia mettendo in discussione pre-giudizi rispetto agli altri o a sé stessi. L'incapacità di stare dentro alla situazione è spesso in contrasto con gli altri soggetti in relazione paziente, guida di tirocinio, familiari: “Mi ricordo come la terapeuta iniziò a parlargli normalmente, conversando del più e del meno e facendogli delle domande per cercare di ottenere una qualsiasi risposta da parte del paziente.”. Ad un livello più profondo di sensibilità del lasciarsi sorprendere queste “posture d'essere” si esprimono nei testi in categorie aggreganti come: il lasciarsi colpire, in particolar modo dal dolore e dalle condizioni di malattia; la compassione; l'immedesimazione, specie se vi sono analogie nelle storie; e l'affezionarsi, accusando tragicamente il colpo nella perdita dell'altro. Il passaggio da una “postura d'essere un modo di esserci”, si esprime ad un'azione precisa nell'ascolto, in atteggiamento di sospensione del giudizio. Gli studenti, sentendo l'esigenza di posizionarsi in osservazione o in ascolto “in modo discreto”, “ad una distanza rispettosa”, nel tentativo di maggior comprensione dell'Altro riscoprono il valore terapeutico di questi atti. “L'unico aiuto che abbiamo potuto dare in quel momento alla signora Bertilla e a suo marito è stato ascoltarli in silenzio.”.

4.7 Coinvolti nell'esperienza

Il sentire, inteso come apertura all'altro e intenzionalità, si esprime in questo tema. Il coinvolgimento come elemento costitutivo dell'apprendimento situato è molto rappresentato nei testi e fa riferimento ad emozioni e sentimenti vissuti in prima persona (*pathos* di sé), o in terza persona (*pathos* relazionale). Per Mortari i pensieri che abbiamo costruito insieme agli altri e le emozioni sono i fili che ci tengono in relazione con gli altri. [1] Le condizioni di disagio cognitivo sono riportate in termini di: crisi, angoscia, *shock*,

oppressione, turbamento, *caos*, vuoto, disperazione, distacco, frustrazione, destabilizzazione, commozione. *“Di fronte a pazienti prossimi alla morte ero preparata, ma non sapevo di dovermi aspettare anche una simile situazione. Questo mi ha colto impreparata e mi ha interdetta. Sapevo di non poter fare niente per migliorare l’esistenza di quella donna, per sollevarla, così mi sono sentita, per un certo lasso di tempo, profondamente inutile.”*; *“ Il senso di vuoto e di disperazione che il contatto con quella persona mi ha lasciato era tanto grande da non riuscire a levarmelo dalla testa.”*. Questo stato di destabilizzazione subentra quando: si è *“testimoni del peggioramento”*; partecipi alla scena di dolore; quando si percepisce una *“situazione insostenibile”* e non si sa come agire; *“non si hanno risposte di fronte a questioni esistenziali”*; non si comprende l’altro, tutti i *“tentativi risultano fallimentari”*. Stare in un luogo disagiata, nel contrasto tra corpo inanimato ed essere sensibile, in un posto intimo, di fronte al rifiuto della vita nella malattia, nella convivenza di forze contrapposte verso l’altro e verso sé stessi: tra compassione e inutilità, aiuto concreto e ascolto, rispettosa distanza e attrazione, si ripercuote sulla vita emotiva narrata in prima persona, *pathos* di sé, o in terza persona, *pathos* relazionale. Rispetto alla prima persona le categorie più ricorrenti sono: impotenza, inutilità, inadeguatezza di fronte a sofferenza, malattia, disabilità e desiderio di morte; indignazione e rabbia per l’incuria, la spersonalizzazione, la privazione di diritti, di dignità, la mancanza di umanità; tristezza per non esserci nel divenire, di fronte ad un futuro non conoscibile, per la perdita e il lutto; la paura di causare disagio, di non essere all’altezza della situazione; vergogna e imbarazzo per il nuovo ruolo, rispetto alle aspettative, colpa per aver messo in atto comportamenti analoghi. *“Quello che ancora mi provoca rabbia è il fatto che io non sia riuscito a dare una parola di speranza o trovare un solo motivo per farle vedere la vita con un’accezione positiva.”*; *“L’immensa tristezza che mi si era depositata dentro aveva continuato a farsi sentire ed aumentare per tutte le cinque settimane, tanto da farmi desiderare che quel periodo di tirocinio terminasse al più presto.”*. Il *pathos* relazionale si esprime invece in questi termini: paura dell’inesperienza, evitamento, inadeguatezza, incapacità, condizione di bisogno, impotenza, tristezza, sconforto, sconfitta, vergogna, disagio sociale, il sentirsi di peso o fuori luogo. *“Sgorgano goccioloni mi bagnano subito gli occhi lacrimotti da chilo e fuggo in bagno leggera più di un velo senza fare neanche vento. Singhiozzi potenti, possibile che possa essere talmente difficile dire sì, io posso dire diecimila parole in un’ora anche i suoni arabi cinesi anche aiuola, paracetamolo, supercalifragilistipeschiralidosizzando mentre pattino o sweet child o’ mine a testa in giù. Un’ora di lenzuoli sudati per dire solo sì!!!”*; *“Rabbrivisco al pensiero di quanto tempo*

e fatica impiegherà il signore a salire la ripida scala di legno che ho visto appena entrato.”; “La cosa però che più mi ha colpito è stato lo sconforto nello sguardo del signore mentre raccontava a me e alla fisioterapista quello che gli era accaduto, lo sguardo e il racconto del paziente hanno indotto in me una partecipazione al suo dolore e anche per me, a livello emotivo, quei momenti sono stati difficili da vivere.”.

4.8 Il professionista riflessivo

Le condizioni di disagio emotivo o cognitivo costituiscono il fulcro di azione verso una ricerca di omeostasi ed equilibrio delle energie psichiche. Metterle in luce acquista rilevanza in un’ottica formativa per la discussione dell’ultimo tema generale che pone la **Riflessività** come condizione necessaria professionista che agisce responsabilmente nei confronti dell’Altro. Una riflessione metacognitiva su momenti critici del proprio percorso formativo, mediata dallo strumento narrativo consente di portare alla luce la conoscenza tacita dello studente e il sapere implicito che appartiene alla comunità di pratiche. [6]

Una conoscenza che altrimenti andrebbe persa: infatti gli studenti che dichiarano nell’*incipit* di non essere propensi alla pratica narrativa, rivelano nello sviluppo del testo un profondo livello riflessivo, *“Premetto di non aver mai avuto una gran propensione per la scrittura e le riflessioni; i famosi temi di italiano per me erano una tortura e la fatica maggiore era soprattutto quando si trattava di descrivere le proprie sensazioni in merito a qualche accaduto. [...] Una lezione di vita che mai dimenticherò e che proverò ad applicare ogni giorno anche e soprattutto nelle vesti di fisioterapista, per svolgere al meglio quella che in fondo resta sempre una professione di aiuto per le persone.”*. La bilocazione cognitiva tra passato e presente nella rievocazione di memorie biografiche e la consapevolezza data dalla compresenza di questo duplice sguardo nel testo autobiografico, segno bidirezionale di memoria e di progetto, rappresenta terreno per una riflessione di tipo esistenziale. [36] *“L’incontro con questa ragazza è stata un’occasione di riflessione per me: certe situazioni fanno capire quanto sia importante la possibilità di compiere delle scelte e di decidere del proprio futuro...”*. In quanto funzioni costitutive dell’esperienza spazio e tempo emergono nel loro dinamismo nei testi in modo frequente e spontaneo. Fornire istruzioni dettagliate circa il tempo, il luogo, gli attori coinvolti e le ragioni per le quali l’esperienza risulta significativa, come descritto nella tecnica degli incidenti critici consente di strutturare in modo chiaro e particolareggiato l’evento descritto [6] ma restringe il campo rispetto ai modi di espressione soggettivi. Potrebbe essere invece utile focalizzare questi aspetti in fase di discussione collettiva. In situazioni difficili della pratica della cura come quelle riportate dagli studenti, di fronte all’altro che soffre, alla propria impotenza e

incapacità di trovare un problema pratico di relazione con l'altro si tende a cercare rifugio in realtà consolatorie, è necessaria quella che la Mortari chiama una disciplina dell'attenzione, ossia coltivare la capacità di tenere il pensiero incollato al reale nel suo accadere. E se una buona pratica di cura si delinea come fortemente nutrita di pensiero, il laboratorio narrativo formativo si accende di senso poiché sviluppa un tempo di inizialità e attitudine a stare metodologicamente dentro all'esperienza. [6] Dai dati raccolti emerge un tempo presente in cui, come dice S. Agostino, passato e futuro non esistono se non come presente del passato (memoria), presente del presente (visione) e presente del futuro (attesa). [22] In una riflessione prospettica di previsioni, finalità e progetti [40] costitutiva di un **tempo formativo** si attua quell'educazione permanente teorizzata da Pineau, occasione per una personalizzazione, una riorganizzazione e una presa di coscienza della temporalità del vivere, [9] di crescita umana prima ancora che professionale. In alcune narrazioni si riconosce la riflessione-in azione di Shön, che ha consentito un riposizionamento nella relazione di cura, ma nella gran parte dei casi ci si trova di fronte a riflessioni retrospettive a distanza temporale su come si è agito e come si sarebbe potuto fare, la riflessione sull'azione e sull'azione possibile teorizzata dalla Mortari. Solo contemplando una fase speculativa la riflessione acquista valenza formativa e ciò è realizzabile solo in tempi lunghi, poiché il tempo dilatato consente di tornare sui propri vissuti con profondità e sviluppare la fiducia in sé stessi necessaria per attivare un processo trasformativo. [4] La narrazione autobiografica, per la distanza temporale intercorsa tra l'atto di scrittura e gli episodi autobiografici riportati, si distingue dalla scrittura diaristica per la sua valenza trasformativa dell'esperienza. Il diario è un esercizio auto formativo che consente di salvare le esperienze dall'oblio, ma proprio per la sua aderenza al presente non consente al passato di evolversi. [41] Il processo trasformativo messo in atto dalla riflessione consente: la comprensione di sé e delle proprie azioni, un riposizionamento nella relazione di cura, nel proprio ruolo professionale e la comprensione del proprio contesto: *“Mi sembrava quasi stupido provare a chiamare una persona, che comunque non ti risponderà mai, ma è comunque un essere umano con le sue emozioni e le sue paure e per questo va trattato in quanto tale. L'umanità e il rispetto devono essere rivolti al paziente fino alla sua morte.”*, *“Però questo episodio mi ha fatto capire veramente che il lavoro del terapeuta non può assolutamente prescindere dall'aspetto psicologico e dalla condizione della persona. In questi casi più che mai.”*; *“Tutto ciò mi ha fatto riflettere su quanto fortunata son ad essere giovane e in salute...”*. Come sostiene Shön, i pratici, stimolati dalla sorpresa, tornano a riflettere sull'azione e sul conoscere implicito nell'azione, cercando

di coglierne il senso. Tale pensiero critico ristruttura e si incorpora nell'azione successiva. [7] *“Mi aveva avvisato che era una cosa difficile, una fatica immensa. Quindi scopro i segreti del quaderno che lo aiuta a rispondere alle domande indicando delle figure e mostra la sua casa i suoi figli e l'ospedale e i piatti e il tempo. Bellissimo. Poi iniziano degli esercizi assurdi...”*. Una riflessione sul sé formativo è presente in tutti i testi, a conferma delle ipotesi sono stati individuati due casi negativi, in cui non viene identificato un evento critico significativo. Mancando il *pathos* di sé, che lascia ad intendere ma non è mai espresso a pieno, viene preclusa una riflessione profonda e un processo trasformativo dell'esperienza critica. In entrambi i casi si evince la poca attenzione rispetto al proprio ruolo formativo della guida di tirocinio. *“...ma soprattutto, è giusto che una persona così, che abusa del proprio potere; sia lasciata libera di danneggiare parte del futuro? Mi scuso se per alcuni ho esagerato ma provo ancora molta rabbia e rancore verso questa persona; comunque ho riportato i fatti in modo schietto e veritiero e in fondo, se lo scopo della scrittura narrativa è quello di soppesare ogni minimo vocabolo, allora non ci sono parole più giuste per descrivere ciò che penso.”* In altre narrazioni emerge il ruolo positivo del *tutor* come facilitatore di apprendimenti autodiretti e nella comprensione del proprio contesto, anello di congiunzione tra una formazione teorica e una prassica, ma questa figura appare raramente in primo piano. Infatti, come sostiene Zannini, il formatore è una persona retratta, una figura sottesa che è fondamentale nell'esperienza ma scompare in essa. [19] *“A questo proposito mi è stata d'aiuto la direttiva personale che la nostra tutor ha condiviso con me. Ha ammesso che anche lei, all'inizio del suo lavoro, si sentiva sconfortata quando non riscontrava miglioramenti nei pazienti o quando capiva di non poter fare nulla per loro.”; “Sono rimasta colpita dal cinismo che alcune persone possono raggiungere nell'esercitare la professione medica, allontanandosi dalla vera natura del loro mestiere. Al contrario mi ha sorpresa la professionalità e al tempo stesso la grande umanità che la mia tutor.”*

La maggior comprensione di sé e delle proprie azioni è data dalla consapevolezza che rende possibile un nuovo sguardo e nuovo modo di essere che rende migliori. Tra le trasformazioni positive rilevate ricorrono: il porsi in modo diverso nelle situazioni problematiche, l'assumersi le proprie responsabilità nei confronti dell'altro, l'apprezzare i piccoli gesti, l'essere compassionevoli verso sé stessi e gli altri. Maggior conoscenza di sé stessi e degli altri favorisce un riposizionamento nella relazione di cura. Dalla riflessione sull'esperienza vissuta emergono nelle citazioni molteplici conclusioni di gran valore sono: *in primis* che il rispetto della vita e della dignità umana è fattore imprescindibile in ogni relazione di cura, e che essa deve contemplare nell'inscindibilità della condizione fisica e

psicologica l'ente persona. In secondo luogo: che bisogna vedere oltre la malattia, che il vero problema non è la deformità del corpo ma non poter abitare il mondo, che il bisogno di cura prevalente è relazionale, che la relazione condiziona il modo di sentirsi, di porsi e la cura, che la relazione terapeutica comprende i familiari parte fondamentale del progetto riabilitativo, che l'ascolto è terapeutico, che l'incontro terapeutico è occasione di crescita reciproca umana e professionale e che la fiducia è data dalla conoscenza, dalla comprensione e dall'interesse reciproco.

La riflessione principale rispetto ad un riposizionamento proprio ruolo professionale e alla ridefinizione della propria professione riguarda il non essere semplicemente fornitore di trattamenti che vedono il paziente come soggetto passivo ma essere nell'esperienza terapeutica. Il complesso di strategie comunicative e relazionali, la propria sicurezza e conoscenza, la fatica e l'offerta di aiuto risultano fallimentari se c'è discrepanza tra bisogni e obiettivi terapeutici. Motivazione e impegno personale del paziente e l'interazione attiva nella relazione terapeutica vengono riconosciute come condizioni indispensabili. Risulta doveroso per il professionista umano lasciarsi toccare nel profondo, riflettere sul senso della vita e sul proprio impatto nella vita di chi si cura e porsi come fine ultimo utilizzando tutti i mezzi a disposizione il sollievo del dolore del paziente. In situazioni di forte carico emotivo (come il fine vita) la perdita della componente umana indispensabile nella professione è un rischio possibile ma evitabile coltivando consapevolezza e vedendo un proprio caro nell'altro. Per Mortari assumersi la responsabilità della cura di un Altro significa essere disponibile per il ben-essere dell'altro con premura e sollecitudine in modo attivo ed esplicito. [1]

4.9 Limiti e sviluppi

I limiti della ricerca sono rappresentati innanzitutto dal fatto che il campione totale delle narrazioni è vastissimo, un'analisi rigorosa e fedele ai testi richiede tempi molto lunghi e i temi rilevanti emergono solo in uno studio accurato. Pertanto considerato il campione ridotto rimane ancora molto materiale interessante da indagare. Tra i risultati emersi la dimensione della corporeità, cardine nella professione del fisioterapista, sarebbe importante da sviluppare da un punto di vista didattico- formativo e potrebbe essere oggetto di tesi. Un limite è rilevabile dal fatto che alcuni testi, pur non ricchi degli elementi messi a fuoco colpiscono in modo immediato e significativo, come la narrazione "Tutto in un contatto" acquisendo una valenza formativa. Sarebbe interessante indagare lo stile del testo, preso in considerazione solo nelle fasi iniziali della ricerca, espressione della soggettività e dei molteplici modi di apprendimento. Un altro limite è riscontrabile nel fatto che le esperienze

narrate sono relative a situazioni di tirocinio in generale, ma non è specificato a quale periodo si riferiscano, di conseguenza non è possibile comparare i risultati mettendo a confronto I e III anno. Tuttavia, poiché è risaputo che all'inizio dell'esperienza formativa la componente emotiva è più rilevante, dai risultati si può considerare che sia gli studenti del I che del III anno vivono situazioni critiche a forte impatto emotivo e che la componente riflessiva da esse suscitata è presente, e praticabile, fin dalle prime fasi della formazione. I risultati di un'indagine qualitativa non sono generalizzabili ma i contenuti emersi rappresentano una ricchezza di contenuti che forniscono un'importante materia di riflessione e che ben esprimono i vissuti dei soggetti in formazione e l'essenza della cura. I dati dimostrano il ruolo fondamentale dello strumento narrativo nel far emergere i contenuti impliciti e suggeriscono l'esigenza della condivisione collettiva delle esperienze in momenti formativi dedicati e guidati da formatori esperti.

5 CONCLUSIONI

L'incontro con la pratica biografica in questo percorso di studi e soprattutto nella stesura della presente tesi ha rappresentato la sintesi delle molte esperienze personali di studente, ricercatore, fisioterapista, *tutor* clinico e paziente. Questo lavoro ha dato la possibilità di esprimere ed integrare i diversi punti vista consentendo una crescita personale prima ancora che professionale. Nel raggiungimento di consapevolezza nuove, di una rinnovata fiducia, di una riscoperta della passione per la didattica tutoriale, della necessità di testimoniare l'essenza della cura cardine delle professioni sanitarie e riabilitative ed il bisogno di riconnettere mondo umanistico e scientifico in ambiti socio sanitari questa esperienza si è rivelata preziosa. Alla luce delle teorie dell'apprendimento, considerata la rilevanza del tirocinio professionalizzante nel percorso formativo dei fisioterapisti e in generale delle professioni sanitarie riabilitative, questa ricerca, mossa dall'interesse per la didattica tutoriale e la pratica narrativa, si è posta l'obiettivo di generare risultati in termini di maggior conoscenza dello specifico contesto di tirocinio avvalendosi di metodi e strumenti qualitativi quali le narrazioni autobiografiche. A garanzia di rigore e stabilità della ricerca sono stati stabiliti a priori i criteri metodologici ed è stata utilizzata *Grounded theory*. come metodologia in grado di generare, a partire anche da un campione molto piccolo, teorie esplicative dei fenomeni attraverso un processo analitico di astrazione progressiva. Fare ricerca qualitativa richiede al ricercatore sensibilità teorica, creatività e riflessività. Nel corso del processo di analisi è stato difficoltoso definire il campionamento teorico poiché ogni testo aveva qualcosa da raccontare, delimitare la teoria tra la moltitudine di modelli di

apprendimento, teorie andragogiche e sfumature fenomenologiche ed infine integrare la moltitudine di dati emergenti. In una esplorazione senza giudizio, la ricerca descrive le esperienze reali, i vissuti, i processi psicosociali e i valori dei soggetti coinvolti, alcuni studenti in formazione del Corso di Laurea in Fisioterapia dell'Università degli Studi di Padova. Tali aspetti sono ritenuti fondamentali poichè imparare a guardare alla propria emotività, come ad uno degli elementi essenziali della relazione terapeutica, e imparare ad ascoltare l'altro sono obiettivi previsti dall'Ordinamento Didattico e preparano i futuri professionisti della cura in un'ottica di etica e responsabilità. Sono emersi temi rilevanti quali l'affettività, il corpo, la riflessività. Si ritiene che la dimensione affettiva sia inscindibile da quella conoscitiva poiché attribuisce un senso all'esperienza. In particolare come emerge dai dati è componente essenziale di ogni forma di percezione e dei processi di apprendimento, pertanto si profila la necessità che il *tutor* prenda in carico la dimensione affettiva del discente ponendosi come figura retratta e facilitatore di apprendimenti autodiretti. All'interno di un contesto socio-culturale *logos* e *praxis* risultano di fatto inseparabili e le competenze di professionisti "della pratica" non sono esclusivamente tecniche ma rappresentano la fusione di aspetti espliciti e taciti, di sapere e fare, pensiero e azione. La didattica tutoriale si pone come ponte tra i saperi. Si rende necessario favorire una formazione che preveda un apprendimento che sia nel contempo esperienziale, riflessivo, cooperativo e trasformativo. La disposizione alla riflessività e al pensiero critico è la condizione necessaria affinché l'esperienza si trasformi in competenza. Per pensare a cosa si fa si intende quella postura mentale che mette a fuoco situazioni di incertezza, la problematicità di una situazione, la ricerca contestuale della riflessione in-azione, ossia un pensare sui propri passi ed un pensare i pensieri che facilitato da un distanziamento temporale dell'esperienza coinvolta consente un profondo livello di riflessività sulle azioni e sulle azioni possibili. Come sostenuto nelle teorie di apprendimento esperienziale le persone possono iniziare la riflessione dell'esperienza da ognuna delle dimensioni implicate: sensazione, osservazione, pensiero, azione in quanto ognuno apprende con stili diversi, ed è responsabilità e privilegio dei *tutor* e dei formatori la scelta di metodi e strumenti calibrati sul singolo studente, conformi ad un discente adulto. Come strumento di apprendimento situato, la pratica autobiografica risulta essere culturalmente, soggettivamente e efficace e portatrice di senso in un'ottica di educazione alla persona e formazione permanente. In contesti sanitari la formazione autobiografica permette all'adulto di scoprire di avere una storia, di chiarire sé stesso e quindi di riapprendere le ragioni del proprio percorso personale e professionale.

Inoltre rappresenta uno strumento privilegiato nella formazione dell'adulto di facile fruibilità. I dati, a conferma della teoria, dimostrano come lo strumento narrativo consenta di far emergere la pluralità di conoscenze che lo studente ha già dentro di sé e sviluppa un alto grado di riflessività. Inoltre favorisce la consapevolezza di sé, delle proprie azioni e delle proprie responsabilità, consentendo un riposizionamento nella relazione di cura, nel proprio ruolo professionale e maggior comprensione del proprio contesto. Un elemento di novità risulta essere che l'esperienza ritenuta più significativa per gli studenti è quella vissuta in riabilitazione territoriale. Il domicilio dei pazienti come luogo di terapia rappresenta per i soggetti di ricerca un'esperienza unica, particolare, la forma più diretta e intima per entrare nella relazione col paziente, nella sua storia, nella sua vita. Tra i limiti della ricerca si riscontra il fatto che le esperienze narrate sono relative a situazioni di tirocinio ma non è dichiarato nello specifico a quale periodo si riferiscano, di conseguenza non è possibile comparare i risultati mettendo a confronto le esperienze del I e III anno. Tuttavia mentre le attuali conoscenze ritengono la componente emotiva sia più rilevante all'inizio dell'esperienza formativa e che lo sviluppo del pensiero riflessivo si situi invece alla fine quando lo studente è pronto ad assumersi le responsabilità delle sue azioni, i risultati sembrano dimostrare che la componente riflessiva, suscitata dal coinvolgimento emotivo, è presente e praticabile, fin dalle prime fasi della formazione. Questo dato oltre a fornire un'ulteriore materia di approfondimento appare interessante per i risvolti didattici. Anche il tema della corporeità, come luogo originario di fare esperienza nel mondo consente di toccare aspetti personali e profondi dell'agire professionale latenti, ma comunque agiti in modo inconsapevole nella pratica e potrebbe essere ulteriore argomento di tesi. Data la significatività di alcune narrazioni escluse dal campionamento perché non rappresentative della domanda di ricerca ma espressione dei molteplici modi soggettivi di apprendimento si ritiene che un aspetto marginale del presente studio come lo stile personale del testo possa avere in un ulteriore approfondimento dei risvolti formativi. Tra gli scopi della ricerca ci si è posti l'obiettivo di produrre risultati che costituiscano materia di riflessione per i soggetti stessi della ricerca e per i formatori con ricadute sulla didattica ma anche sulle pratiche di cura. Il contesto della cura è relazionale e narrativo e il professionista della salute deve esprimere un certo atteggiamento mentale narrativo che consenta di "esserci" in relazione con l'altro, pensare insieme. L'esperienza terapeutica si edifica sull'incontro di due storie, nel confronto, nelle analogie, nelle diversità e nella costruzione di nuovi significati. Il professionista consapevole, critico e trasformativo è colui capace di mettersi in discussione, di vivere l'incertezza della vita emotiva e relazionale, di

approfondire la comprensione di sé stesso, di accogliere vissuti, limiti, condizionamenti socioculturali e atteggiamenti valoriali propri e dell'altro, riconoscendo e rispettando specificità e unicità di entrambi. Negli ambienti formativi sanitari, è viva l'esigenza di una profonda trasformazione culturale che modifichi il sapere, non più come trasmissione di conoscenze, che miri al superamento della disgiunzione tra mondo umanistico e scientifico e del ritardo riscontrabile nell'elaborazione dei saperi andragogici in sanità, a vantaggio dell'intera comunità scientifica ma soprattutto dei destinatari delle cure. Soprattutto è attuale la necessità di una formazione basata su registri narrativi.

BIBLIOGRAFIA/SITOGRAFIA

1. Mortari L. (2015), *“Filosofia della cura”*, Raffaello Cortina, Milano.
2. Sasso L, Bagnasco A. Ghiretto L. (2015) *“La ricerca qualitativa. Una risorsa per i professionisti della salute”*, Edra, Milano.
3. Tarozzi M. (2015), *“Che cos’è la Grounded Theory”*, Carocci editore, Roma.
4. De Monticelli R (2012), *“L’ordine del cuore”*, Garzanti, Milano.
5. Gamberoni L., Marmo G., Bozzolan M., Loss C. Valentini O. (2015), *“Apprendimento clinico, riflessività e tutorato. Metodi e strumenti della didattica tutoriale per le professioni sanitarie”*, EdiSES, Napoli.
6. Mortari L. (2015), *“Apprendere dall’esperienza. Il pensare riflessivo nella formazione”*, Carocci editore, Roma.
7. Schön D. A. (2006), *“Formare il professionista riflessivo. Per una nuova prospettiva della formazione e dell’apprendimento nelle professioni”*, Franco Angeli, Milano.
8. Heidegger M. (2016), *“Essere e tempo”*, Mondadori, Milano.
9. Formenti L. (2002), *“La formazione autobiografica”*, Guerini Studio, Milano.
10. Muschitiello A. (2008), *“Il metodo autobiografico nella scuola per la formazione di insegnanti e alunni, Eda e metodologie didattiche innovative”*, disponibile on-line all’indirizzo http://rivista.edaforum.it/numero12/monografico_Muschitiello.html
11. Mori L., *“Lessico della complessità”*, Disponibile on-line all’indirizzo <http://docplayer.it/5101233-Appunti-sulla-complessita-luca-mori.html>
12. Maturana H. R., Varela F.J (1999), *“L’albero della conoscenza,”* Garzanti, Milano.
13. Morin E. (2000), *“La testa ben fatta. Riforma dell’insegnamento e riforma del pensiero”*, Raffaello Cortina Editore.
14. Demetrio D. (2003), *“Manuale di educazione dell’adulto”*, Disponibile on-line all’indirizzo <https://www.scribd.com/doc/92439937/>
15. Scandella O. (2007), *“Interpretare la tutorship. Nuovi significati e pratiche nella scuola dell’autonomia”*, Franco Angeli, Milano.
16. Arcuri A., Paternostro G., Pinello V. (2014), *“La scrittura autobiografica come strumento di riflessione”* in *“Verso una didattica linguistica riflessiva”* a cura di Adriana Arcuri e Egle Mocchiato, strumenti e ricerche della Scuola di Lingua italiana per Stranieri dell’Università di Palermo, *Collana diretta da Mari D’Agostino*, riviste.unimi.it/index.php/promoitals/article/download/5027/5092.
17. Siegel D. J. (2013), *“La mente relazionale. Neurobiologia dell’esperienza interpersonale”*, Raffaello Cortina, Milano.

18. Artioli G., Artioli F. (2016), "Autobiografia e apprendimento in tirocinio", In Alastra V. "Ambienti narrativi, territori di cura e formazione", Franco Angeli, Milano.
19. Zannini L. (2005), "La tutorship nella formazione degli adulti. Uno sguardo pedagogico", Guerini scientifica, Milano.
20. Cambi F. (2005), "L'autobiografia: uno strumento di formazione", Disponibile on-line all'indirizzo http://www.analisiqualitativa.com/magma/0303/articolo_04.htm
21. Maria Piscitelli, (2006), "La narrazione come paradigma attuale di contemporaneità" Disponibile on-line all'indirizzo www.cidi.it/cms/doc/open/item/filename/348/la-narrazione.pdf.
22. D Demetrio, (1996), "Raccontarsi. L'autobiografia come cura di sé", Raffaello Cortina editore, Milano.
23. Striano M, "La narrazione come dispositivo conoscitivo ed ermeneutico" Disponibile on-line all'indirizzo http://www.analisiqualitativa.com/magma/0303/articolo_04.htm
24. Smorti A., Della Croce R. (2016), "Condurre il medico a riflettere su di sé: elementi a favore di una formazione narrativa del personale", In Alastra V. (2016), "Ambienti narrativi, territori di cura e formazione", Franco Angeli, Milano.
25. Bert G. (2016), "Narrazione e cura". In Alastra V. (2016), "Ambienti narrativi, territori di cura e formazione", Franco Angeli, Milano.
26. Bert G. "Narrazione e cura: la medicina come scienza e come arte", Istituto Change di Counselling Sistemico, Torino. Disponibile on-line all'indirizzo http://www.aiems.eu/files/bert_7.pdf.
27. Brookfield S. (1990), "Becoming a Critically Reflective Teacher, Jossey-Bass", San Francisco.
28. Brookfield S (2008) "Using critical incident to explore learners' assumption" Nurse Education Today Volume 28, Issue 1.
29. Ordinamento didattico del Corso di Laurea in Fisioterapia dell'Università degli Studi di Padova. Disponibile on-line all'indirizzo: <http://www.fisioterapia.medicina.unipd.it/>
30. Regolamento didattico del Corso di Laurea in Fisioterapia dell'Università degli Studi di Padova. Disponibile on-line all'indirizzo: <http://www.fisioterapia.medicina.unipd.it/>
31. piano didattico del Corso di Laurea in Fisioterapia dell'Università degli Studi di Padova. Disponibile on-line all'indirizzo: <http://www.fisioterapia.medicina.unipd.it/>

32. Obiettivi formativi attività di tirocinio terzo anno del Corso di Laurea in Fisioterapia dell'Università degli Studi di Padova. Disponibile on-line all'indirizzo:
<http://www.fisioterapia.medicina.unipd.it/>
33. Sasso L., Lotti A., Gamberoni L., Tibaldi L. (2003) *“Il tutor nelle professioni sanitarie”*, Carrocci, Roma.
34. Programma attività tutoriale III anno del Corso di Laurea in fisioterapia, 2014/2015, PDF.
35. Programma attività tutoriale I anno del Corso di Laurea in fisioterapia, 2013/2014, PDF.
36. Migliorino N., *“Analizzare testi esperienziali”*, PDF.
37. Galimberti U. (2013) *“Idee: il catalogo è questo”*, Feltrinelli, Milano.
38. Galimberti U. (1999) *“Il corpo”*, Feltrinelli, Milano.
39. Zannini L. (2004) *“Il corpo-paziente. Da oggetto delle cure a soggetto della relazione terapeutica”*, Franco Angeli, Milano.
40. Migliorino N., *“Appunti delle lezioni di Metodologia di ricerca qualitativa in riabilitazione”*, V anno.
41. Mandrussan E. (2009) *“Forme del tempo/Modi dell'io”*, Ibis editore.
42. Alastra V. (2016), *“Ambienti narrativi, territori di cura e formazione”*, Franco Angeli, Milano.

RINGRAZIAMENTI

Ringrazio sentitamente tutti colori che hanno contribuito alla realizzazione di questa tesi a partire dagli studenti, autori di queste narrazioni.

In particolare dedico questa tappa che rappresenta un approdo dopo un lungo viaggio in mare:

a Salvo,

vento nelle vele, per avermi fatto salpare,

a Pier,

faro nella nebbia, per essere stato porto sicuro nella tempesta,

a Riccardo,

capitano di vascello, per aver dato senso al viaggio da percorrere,

alla mia matita che ha creato mappe e nuovi mondi,

ai miei compagni e colleghi Andrea, Roberta, Valentina, Elisa, Marina, Silvia, Stefano che hanno remato con me e per me,

ad Anna e Natale,

maestri preziosi ed amici premurosi, con affetto filiale,

a Danilo, Alice, Elena e Anna

in attesa sulla soglia di casa, per non aver mai smesso di credere in me,

a Regina, Mariuccia

e a tutte le donne d'altri tempi amanti della conoscenza incontrate nella mia vita professionale che non hanno avuto possibilità di studiare con cui abbiamo condiviso libri, sogni e storie di vita.

ALLEGATI

Allegato 1: analisi testuale

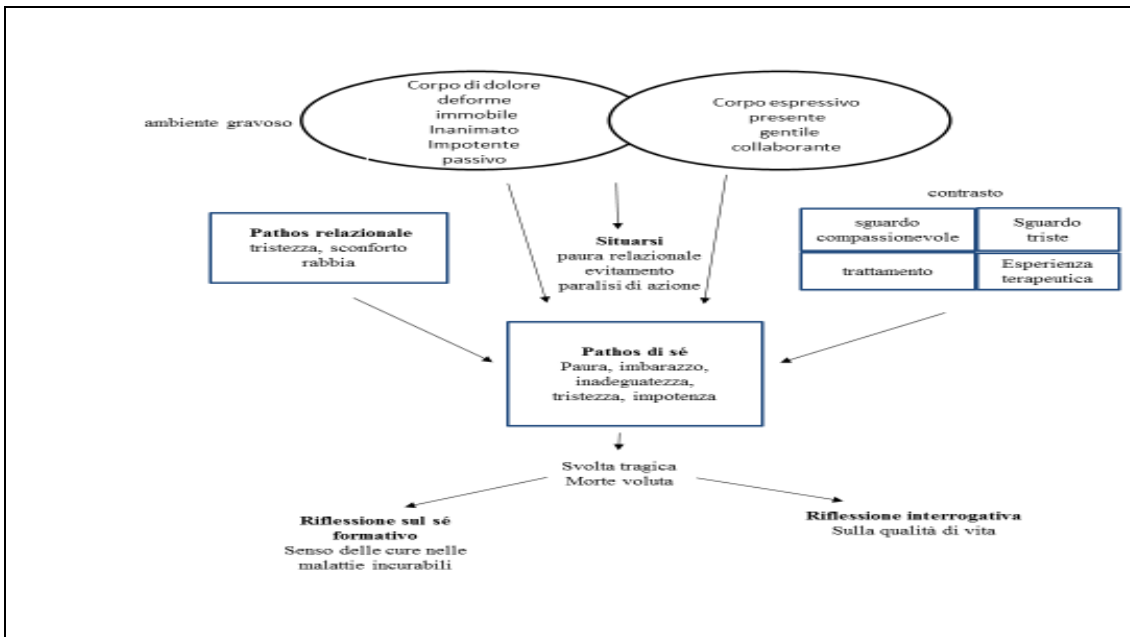
TESTO ORIGINALE 1	TEMI DI BASE	TEMI AGGREGANTI ORGANIZZANTI (in grassetto)
<p>Ero al primo tirocinio del primo anno di scienze infermieristiche, e mi trovavo, (giusto per iniziare con qualcosa di leggero) nel reparto di Lungodegenza dell'ospedale di Conegliano. Ricordo che la maggior parte dei pazienti erano malati terminali di cancro, ormai allettati, cachettici, oppure in stato vegetativo, o affetti da malattie degenerative progressive come la Sclerosi Laterale Amiotrofica. <u>Davanti ai miei occhi i loro corpi, orrendi</u>, di un colorito che non aveva più neanche un tono del rosa, <u>deformati dagli edemi, attaccati ai respiratori e costretti all'immobilità</u>, molti con piaghe da decubito. <u>Soltanto alcuni avevano gli occhi aperti, e ancora meno con quello sguardo riuscivano a comunicare.</u> Come infermieri il nostro compito era quello di fare l'igiene perineale di tutti i pazienti, ovvero <u>lavare le zone intime</u>, cambiare i pannoloni, medicare le eventuali piaghe e cambiare le lenzuola; <u>quindi ogni paziente riceveva questo trattamento "in automatico"</u>. Salutavamo e informavamo i pazienti di quello che andavamo a fare, ma per quelli in stato vegetativo a volte si procedeva in silenzio, proprio <u>come se</u></p>	<p>Essere in un ambiente pesante vedere corpi orrendi deformati costretti all'immobilità all'incomunicabilità fornire trattamenti soggetti passivi</p>	<p>Ambiente gravoso Corpo di dolore deforme, immobile, inanimato impotente incomunicabile oggetto di trattamenti passivo</p>

<p><u>stessimo pulendo un corpo inanimato.</u></p> <p>Poi c'era Natalino...</p> <p>Era un signore sui 75 anni, <u>allettato, attaccato stabilmente al respiratore, non parlava</u> per via della tracheotomia ed era affetto dalla SLA, che ormai gli aveva paralizzato il diaframma, <u>ma era presente con la mente, sveglio e lucido.</u></p> <p><u>Potrei affermare che lì dentro fosse il più sano, ed era gentile e collaborante</u> perché quando arrivavamo in stanza <u>capiva</u> che era il momento di lavarsi <u>e ci aiutava</u> a spostare i tubi del respiratore, si impegnava con le forze residue a facilitarci nei passaggi sul fianco. <u>Non era mai arrabbiato, o seccato, era lì, immobile e paziente.</u> Ma durante il periodo di tirocinio che ho trascorso lì, Natalino ha fatto un <u>cambiamento ... da un giorno all'altro, non voleva più farsi medicare e sbuffava tristemente</u> ogni volta che nel giro toccava a lui, <u>se lo si guardava con il viso (involontariamente) compassionevole, iniziava a piangere, singhiozzando.</u> Chiesi agli infermieri cosa fosse successo e mi risposero che Natalino <u>prima pensava di poter guarire, ma poi gli è stata detta la verità sulla malattia.</u></p> <p>Le volte che io entravo nella sua stanza <u>da sola, quando incrociavo i suoi occhi avevo paura di suscitargli rabbia, o anche solo fastidio, mi imbarazzava, mi faceva sentire un'ipocrita ...</u> immaginavo che pensasse che io avrei potuto dirgli le parole più belle e incoraggianti che potevo, ma <u>che finite le chiacchiere lui rimaneva lì con la sua malattia incurabile ed io proseguivo con</u></p>	<p>agire verso corpi inanimati</p> <p>percepire una presenza lucida gentile</p> <p>collaborante disponibile e paziente</p> <p>improvviso cambiamento spazientito e triste</p> <p>Comprendere Perdere la speranza di guarigione</p> <p>La malattia incurabile</p> <p>Provare imbarazzo, paura di suscitare rabbia e fastidio con uno sguardo compassionevole</p>	<p>Contrasto</p> <p>Corpo immobile /essere sensibile</p> <p>Trattamento /esperienza terapeutica</p> <p>Svolta tragica</p> <p>Corpo di dolore</p> <p>consapevolezza/ malattia incurabile</p> <p>Contrasto</p> <p>Sguardo compassionevol e/ Sguardo triste</p> <p>Pathos relazionale</p>
---	---	---

<p><u>la mia vita giovane e spensierata.</u></p> <p>Sentivo un senso di inadeguatezza perché <u>volevo fare qualcosa per lui</u> ma avevo l'impressione di stargli sulle scatole come tutte le altre figure sanitarie, perché ormai <u>lui si era arreso, e ogni cura, lui la sentiva come una presa in giro, come se volessimo illuderlo</u> che sarebbe migliorato. I suoi <u>occhi</u> erano <u>molto espressivi</u>, e comunicavano tanta <u>tristezza</u>, e la convinzione <u>che quella per lui non era vita.</u></p> <p>Il periodo di tirocinio finì qualche settimana dopo, e io confesso che se potevo, cercavo di evitare di andare a lavare lui, perché non sapevo come rivolgermi a lui, come ricambiare quello sguardo triste e rabbioso.</p> <p>Le infermiere del turno di notte dicevano che lo dovevano legare, fermando i polsi alle spondine del letto, perché cercava ripetutamente di staccarsi la cannula del respiratore.</p> <p>A distanza di qualche mese una compagna di corso mi ha detto che una notte Natalino ci è riuscito.</p> <p>Forse non era stato legato, o forse è riuscito a liberarsi, comunque <u>ha preferito morire.</u></p> <p>A Natalino ci penso ogni tanto, e mi sento un po' triste, perché anche se le mie idee erano buone, io so che per lui <u>non ho fatto niente, mi sono paralizzata, l'ho evitato... perché non so mai come comportarmi</u> di fronte a un paziente che si è arreso alla sua malattia, e che pensa che sia tutto <u>inutile.</u> Allora inizio a riflettere ... a pensare al <u>senso delle cure, e ora anche della fisioterapia</u></p>	<p>Per incarnare la "vita"</p> <p>sentire inadeguatezza per non poter fare nulla</p> <p>gesti di cura illusori</p> <p>sguardo espressivo che comunica tristezza</p> <p>Agire evitando, non sapendo come ricambiare sguardo triste e rabbioso</p> <p>Cercare la morte</p> <p>Scegliere la morte</p>	<p>tristezza, sconforto</p> <p>rabbia, illusione, desiderare la morte</p> <p>Corpo di dolore</p> <p>Pathos di sé</p> <p>Paura, imbarazzo, inadeguatezza, tristezza, impotenza</p> <p>Situarsi</p> <p>paura relazionale evitamento paralisi di azione</p>
---	--	---

<p>nelle malattie che non lasciano la possibilità di un miglioramento. Mi rendo conto che una risposta non ce l'ho. Dovrei averla??</p> <p><u>La settimana scorsa un paziente con la sclerosi multipla, davanti alla richiesta di un esercizio un po' difficile ha detto:</u></p> <p><u>"Ma perchè devo vivere una vita da malato per morire sano?"</u>.</p>	<p>Riflettere sul senso delle cure, sulla professione, di fonte a malattie incurabili</p> <p>Senza risposta</p> <p>Interrogarsi sulla qualità della vita</p>	<p>Riflessione sul sé formativo</p> <p>Senso delle cure nelle malattie incurabili</p> <p>Riflessione interrogativa</p> <p>Sulla qualità di vita</p>
<p>Legenda: nero: stile narrativo, tempo</p> <p> nero: stile descrittivo, spazio</p> <p> rosso: stile patico, corpo</p> <p> blu: stile riflessivo, coscienza riflessiva</p>		

<p>STILE DEL TESTO:</p> <p>il testo prevalentemente in stile descrittivo nella prima parte e patico nella seconda parte su contrasti stridenti di un corpo martoriato oggetto di cura in cui risiede un essere altamente sensibile, di una vita (paziente) rifiutata perché non è vita, e di una vita (studente) giovane, spensierata, con un futuro.</p> <p>Nella conclusione approda ad una riflessione sulla professione e sul senso di una cura nell'"incurabile". Riflessione che resta sospesa, una domanda esistenziale aperta, senza risposta</p>
<p>TITOLO EVOCATIVO: Vivere da malato per morire sano?</p>
<p>MAPPA CONCETTUALE: Vita: esserci (presenziare) e divenire(azione)</p>



RETE TEMATICA

9. **A quale forma di esperienza ci si trova di fronte:** noetica (percepire, immaginare, ricordare, giudicare).
10. **Qual è l'oggetto di esperienza:** relazione gestuale con il corpo del paziente.
11. **Qual è l'esperienza ritenuta critica:** **contrast** corpo deformato, prigione, malato/essere sensibile, trattamento/esperienza terapeutica, sguardo compassionevole/triste.
12. **In che tempo accade:** senso della cura nelle malattie incurabili. Vita chiusa al futuro (paziente), vita aperta al futuro (studente). Domande esistenziali senza risposta.
13. **Dove accade:** Ambiente gravoso, Spazio esistenziale: vita che non è vita /morte.
14. **Da cosa è attivata l'esperienza:** contrasto corpo inanimato/essere sensibile, rifiuto della vita nella malattia incurabile.
15. **Qual è la causa efficiente:** Pathos di sé: paura relazionale, inadeguatezza, imbarazzo, incapacità, impotenza, evitamento, tristezza. incapacità di stare
Pathos relazionale: tristezza, sconforto.
16. **Sono presenti una riflessione sull'esperienza e un processo trasformativo:** Riflessione sul sé formativo, Senso delle cure nelle malattie incurabili **Quali sono i modi di riflessione:** riflessione interrogativa sulla qualità di vita.

Allegato II: Titoli evocativi

TITOLI EVOCATIVI

1. Il processo inverso della terapia
2. Ero paralizzato come il paziente
3. Sconvolta dal cinismo
4. Tre vite sotto lo stesso tetto
5. Il silenzio non è assenza
6. La signora Noncelafaccio
7. Una roccia sensibile
8. Un disperato bisogno di aiuto
9. ...non era stato creduto dai medici
10. La vita, la morte...sempre le solite cose
11. La mia indifferenza pesa come un macigno
12. La spinta di uno sguardo immobile
13. Un momento di gioia, in un'ansa di eterno presente
14. Un miracolo che fosse vivo
15. Lei aveva circa la mia età
16. La paziente è una mia amica!
17. ...potrebbe essere per l'ultima volta
18. Mi sento un ipocrita
19. Non dovrebbe esistere tutto questo
20. Vivere da malato per morire sano?
21. Tutto in un contatto
22. Scrivere non è la mia passione, ma...
23. La cornice terapeutica
24. ... è morto, possiamo andare a bere un caffè
25. Vivere come alberi secchi dal tronco vuoto e con i rami spezzati
26. "Non devi affezionarti ai pazienti". TROPPO TARDI...
27. Un re nel gabbiotto
28. Ma è giusto che una persona di questo genere rivesta un ruolo così essenziale?

Allegato III: Categorie tema 2

TEMA 2		AI MARGINI DELL'ESPERIENZA
CATEGORIE GENERALI	CATEGORIE SPECIFICHE	CATEGORIE DI BASE
Corpo	Corpo di dolore	<ul style="list-style-type: none"> · dolore alienante ma negato · sconforto sofferenza

		<ul style="list-style-type: none"> · condizioni di vita in stato vegetativo · contesti di vita e di morte, vite brevi e dolorose
	Corpo prigioniero	<ul style="list-style-type: none"> · corpo deformato · insensibile · incomunicabile · vigoroso ma inerme · incontrollato · piegato, fragile · corpo vitale che si spegne · corpo sostentamento che diventa limite personale, sociale
Questioni esistenziali	Morte	<ul style="list-style-type: none"> · precarietà della condizione umana · domande senza risposta · desiderio di morte
	Vita	<ul style="list-style-type: none"> · vuoto esistenziale · fragilità umana (tristezza e sensibilità emotiva in una persona stoica) · condizioni di vita (assenza cognitiva in presenza, immobilità, impotenza, incomunicabilità, impenetrabilità, difficoltà nella comprensione dl vissuto dell'altro)
	Valori etici	<ul style="list-style-type: none"> · rispetto alla persona · genitori anziani bisognosi di cure che si sentono di peso o abbandonati dai figli · indifferenza, superficialità, del professionista guida di tirocinio
	Giovane età	<ul style="list-style-type: none"> · il paziente coetaneo · l'amico

		· immedesimazione e confronto
--	--	-------------------------------

Allegato IV: Categorie tema 3

TEMA 3		ESSERE NEL TEMPO
CATEGORIE DI BASE	CATEGORIE SPECIFICHE	CATEGORIE DI BASE
Tempo dell'incontro terapeutico	<p>Tempo scandito</p> <p>Tempo di una vita</p> <p>Tempo sospeso</p> <p>Tempo di cambiamento</p>	<ul style="list-style-type: none"> · ritmicità dei movimenti involontari · suono di macchinari · denso spaccato di un'intera vita · vita breve e di dolore · storie, tempi andati, futuro · speranza di un'evoluzione positiva · esito fatale e drammatico · sospeso sul recupero · sospeso sul divenire di vite che si incrociano · tempo di cambiamento in azione · tempo della fiducia al progredire della conoscenza al maturare della relazione terapeutica
Tempo vissuto	<i>Kairos</i>	<ul style="list-style-type: none"> · denso · presente governato dal passato · tristezza o felicità dei tempi che furono · con regole proprie · che si dilata o restringe rispetto al rumore interno delle emozioni e dei sentimenti rispetto alle persone che abbiamo di fronte

Tempo di malattia	Tempo da malati	<ul style="list-style-type: none"> · anni di malattia · di un'esistenza di malattia · di vite che si spengono lentamente o inaspettatamente in modo rapido sotto i propri occhi · processo inverso della terapia" · vite brevi · vite non vissute nella loro giovinezza e spensieratezza · cambiamenti tragici e repentini · di perdita dell'autonomia, della dignità · di perdita della sovranità sul divenire · di futuri incerti o preclusi · tempo obbligato di attesa prima del recupero · lontano da casa e dagli affetti · in contrasto col tempo di chi, fornitore di cure, si trova in salute
	Tempo esistenziale	<ul style="list-style-type: none"> · legato alla ciclicità della vita · morte non come fine perché si affaccia alla vita · vita quotidiana che scorre inesorabile · genitori anziani da fornitori a bisognosi di cure
Tempo di formazione	<p>Riflessione in azione</p> <p>Riposizionamento nella relazione di cura</p> <p>Riflessioni retrospettive sull'azione</p>	<ul style="list-style-type: none"> · esperienze significative che sembravano dimenticate · desiderio che l'esperienza travolgente finisca prima possibile · attualizzazioni nel presente e proiezioni nel futuro

		<ul style="list-style-type: none"> · tempo di maturazione personale prima ancora che professionale · <i>tutor</i> come anello di congiunzione tra una formazione teorica e una prassica come esempio nel confronto la sua esperienza di soggetto in formazione
--	--	--

Allegato V: Categorie tema 4

TEMA 4		ABITARE IL MONDO
CATEGORIE GENERALI	CATEGORIE SPECIFICHE	CATEGORIE DI BASE
Contesto	Ospedale	<ul style="list-style-type: none"> · rianimazione, terapia intensiva · luogo artificiale, freddo · luogo di sofferenza di morte, di dolore, fatica, di isolamento affettivo · meraviglioso e tragico · incantevole e disagiata · abitato e disabitato · ambiente gravoso
	Domicilio	<ul style="list-style-type: none"> · esperienza diretta, intima, unica, autentica, · dentro la storia del paziente · in punta di piedi, ai margini, con rispetto · ambiente desolato, disabitato, ostile, prigionia · luogo familiare, di convivenza, condivisione, di memoria, di ricordi felici, di abitudini, di equilibri · coinvolgimento, sostegno, rifugio, abbandono

	Casa di riposo	<ul style="list-style-type: none"> · contrasti · spazio__immenso/assenza, proposte ricreative/silenzio aspettative/consapevolezze · cura dell'ambiente/incuria delle persone
Spazio esistenziale	Presenza nel mondo Assenza Mente incarnata	<ul style="list-style-type: none"> · presenza nel mondo in uno sguardo · vita che non è vita · mondo interno/aspetto di malattia · desiderio di morte, morte · luogo accogliente e di dolore nascosto · assenza mentale · incomunicabilità, silenzio, immobilità, · radicale cambiamento, paralisi · letto vuoto · chiuso all'interno e aperto verso gli altri · mente corpo entità unica
Spazio inter-relazionale	In risonanza Insieme divisi	<ul style="list-style-type: none"> · terza entità nell'incontro · crescita reciproca · non intervento unidirezionale · conoscenza, maturarsi della relazione, fiducia · ruolo di osservatore ai margini, tra rispettosa distanza e attrazione · non incontro, fallimento terapeutico

Allegato VI: Categorie tema 5

TEMA 5		TERRENO DELL'ESPERIENZA
CATEGORIE GENERALI	CATEGORIE SPECIFICHE	CATEGORIE DI BASE

Postura dell'esserci Lasciarsi sorprendere	Lasciarsi sorprendere positivamente	<ul style="list-style-type: none"> - compresenza umanità e professionalità nella guida di tirocinio - forza d'animo nella sofferenza - incredulità per la reale situazione, per l'atteggiamento naturale di relazione, per gli atteggiamenti positivi nella condizione di malattia - atteggiamento pessimistico messo in discussione - vedere oltre la malattia
	Lasciarsi sorprendere negativamente	<ul style="list-style-type: none"> - contrasto con la naturalezza di essere nella relazione a differenza di <i>tutor</i> e familiari - sbilanciamento sul recupero rispetto al supporto emotivo e morale - non presidiare la relazione - fornire azioni di cura ad un soggetto passivo - incapacità di stare con la malattia incurabile - convivere con l'impotenza
Postura dell'esserci Lasciarsi colpire	Compassione	<ul style="list-style-type: none"> - partecipare al dolore del paziente - dolore dei familiari
	Immedesimazione	<ul style="list-style-type: none"> - immedesimarsi nella situazione - immedesimarsi nella sofferenza - confronto con la propria condizione - confronto con la propria esperienza di figli - scoprirsi egoisti

	Affezione	- accusare il colpo della perdita
Modo di esserci	Cercare comprensione	- apertura e intenzionalità - tentativi di comprensione - cercare altri canali - allontanarsi dal pregiudizio
	Dare ascolto	- a volte unica forma d'aiuto - parte della terapia - mezzo per comunicare vicinanza - forma di aiuto importante - ricevere gratitudine per l'ascolto dato
	Provare rispetto	- posizionarsi in osservazione o in ascolto - a distanza rispettosa - con discrezione

Allegato VII: Categorie tema 6

TEMA 6		COINVOLTI NELL'ESPERIENZA
CATEGORIE GENERALI	CATEGORIE SPECIFICHE	CATEGORIE DI BASE
Disagio cognitivo	Shock Angoscia Disperazione Oppressione Crisi Imbarazzo Turbamento Frustrazione Caos Vuoto	<ul style="list-style-type: none"> - al rifiuto della vita nella malattia - di fronte a domande esistenziali - all'essere testimoni del peggioramento - al partecipare alla scena di dolore - al percepire una situazione insostenibile - tra forze contrapposte verso l'altro e verso sé stessi - tra compassione e inutilità - tra aiuto concreto e ascolto

	<p>Distacco</p> <p>Destabilizzazione</p>	<ul style="list-style-type: none"> - tra rispettosa distanza e attrazione a tentativi fallimentari - al posizionarsi in uno spazio intimo - allo stare in un luogo disagiata - al riconoscimento dei propri limiti - al non saper come agire - nel non avere risposte - al non comprendere - al contrasto tra corpo inanimato/essere sensibile
Pathos di sé	<p>Impotenza</p> <p>Inutilità</p> <p>Inadeguatezza</p>	<p>di fronte a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - sofferenza - malattia - disabilità - desiderio di morte
	<p>Indignazione</p>	<ul style="list-style-type: none"> - per l'incuria - per la spersonalizzazione - per la privazione di diritti, di dignità - la mancanza di umanità
	<p>Rabbia</p> <p>Tristezza</p>	<ul style="list-style-type: none"> - per non esserci nel divenire - di fronte ad un futuro non conoscibile - per la perdita e il lutto
	<p>Paura</p>	<ul style="list-style-type: none"> - di causare disagio - di non essere all'altezza della situazione - relazionale - evitamento
	<p>Vergogna</p> <p>Imbarazzo</p>	<ul style="list-style-type: none"> - per il nuovo ruolo

	Colpa	<ul style="list-style-type: none"> - situazione diversa rispetto alle aspettative - per aver messo in atto comportamenti analoghi
Pathos relazionale	Paura	<ul style="list-style-type: none"> - dell'inesperienza
	Inadeguatezza	<ul style="list-style-type: none"> - incapacità - condizione di bisogno
	Impotenza Tristezza Sconforto	<ul style="list-style-type: none"> - sconfitta - ingiustizia - indifferenza - oltraggio - ipocrisia, illusioni di cura - superficialità - negazione del dolore
	Vergogna	<ul style="list-style-type: none"> - disagio sociale - pietismo - sentirsi di peso - sentirsi fuori luogo

Allegato VIII: Categorie tema 7

ESSERE		RIFLESSIVO
CATEGORIE GENERALI	CATEGORIE SPECIFICHE	CATEGORIE DI BASE
Comprensione di sé, delle proprie azioni Comprensione dell'altro	Consapevolezza Comprensione	<ul style="list-style-type: none"> · della condizione di salute · dell'importanza dell'ascolto · dei piccoli gesti nella cura · agire per il bene dell'altro non è scontato · intenzionalità delle azioni · arroccarsi nel sapere clinico non fa che aumentare la distanza · la propria sicurezza non scongiura la paura del paziente

		<ul style="list-style-type: none"> · l'impegno non implica necessariamente risultati · morte e vita sono condizioni ineluttabili dotate di senso · la malattia è condizione subita · la malattia trasforma le persone, i loro corpi e il loro essere · la malattia porta caos e disorientamento, causa regressione, fragilità emotiva, aumenta la profondità sensibile · la malattia toglie il valore della libertà decisionale e di scelta rispetto al futuro · è necessaria intenzionalità per vedere l'altro · il dolore è sempre reale
Riposizionamento su sé stessi	<p>Nuovo sguardo</p> <p>Crescita</p>	<ul style="list-style-type: none"> · nuovo sguardo e nuovo modo di essere · porsi in modo diverso nelle situazioni · vedere positivo dietro a un'apparente negatività · avere fede, speranza, serenità nella difficoltà · assumersi le proprie responsabilità nei confronti dell'altro · apprezzare ciò che siamo, chi ci ha cresciuto · vivere ogni momento e ogni situazione come fosse l'ultima · essere compassionevoli verso sé stessi · avere sensibilità verso gli altri e forza nelle difficoltà

<p>Riposizionamento nella relazione di cura</p>	<p>Stare nella relazione</p> <p>Fiorire della cura</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Il bisogno primario è relazionale - la relazione condiziona il modo di sentirsi e di porsi nella cura - la relazione terapeutica comprende i familiari - il sostegno familiare è parte fondamentale del progetto riabilitativo - la fiducia è data dalla conoscenza, dalla comprensione, dall'interesse reciproco - strategie comunicative e relazionali, sicurezza e conoscenza, fatica, offerta di aiuto sono fallimentari se c'è discrepanza tra bisogni e obiettivi terapeutici - necessità di motivazione e impegno personale del paziente e interazione attiva nella relazione terapeutica - l'ascolto è terapeutico - l'incontro terapeutico è occasione di crescita reciproca umana e professionale - il fine ultimo è utilizzare tutti i mezzi a nostra disposizione per dare sollievo ai pazienti - ogni forma di vita e di morte esige Dignità, Rispetto e Umanità - esistono modi diversi di esprimersi e reagire di fronte alla malattia - inevitabilità e necessità di gestione positiva di situazioni critiche - rispetto della paura del paziente per l'inesperienza
--	--	---

		<ul style="list-style-type: none"> - necessità di ricerca della giusta distanza rispettando sé stessi e la sofferenza del paziente - necessità di una tensione verso l'altro - inscindibilità condizione fisica e psicologica - vi è una persona oltre i segni di malattia - il vero problema non è la deformità del corpo ma disabitare il mondo - necessità di farsi da parte se si perde di umanità - vedere nell'altro un proprio caro alimenta l'umanizzazione
Riposizionamento nel proprio ruolo professionale	Esperienza terapeutica Responsabilità	<ul style="list-style-type: none"> - non fornitore di cure e trattamenti che vedono il paziente come soggetto passivo - doveroso per il professionista umano lasciarsi toccare nel profondo - è doveroso fare riflessioni profonde per porsi e agire in modo diverso - è doveroso interrogarsi in situazioni e condizioni professionali di forte carico emotivo - è doveroso interrogarsi sul senso della cura nelle malattie incurabili, sul significato del "sentire", del percepire, del recupero, del trattamento in condizioni dolorose
Comprensione del proprio contesto	<i>Tutor</i> Persona retratta	<ul style="list-style-type: none"> · <i>tutor</i> facilitatore di apprendimento autodiretto · esempio positivo di relazione in situazioni di gravi incomunicabilità

		<ul style="list-style-type: none"> · colui che prima di noi è passato da esperienze simili · esempio negativo di disumanizzazione delle cure · ostacolo all'apprendimento, all'espressione della soggettività · la neutralità non consente una riflessione sull'esperienza a livelli profondi
--	--	---

Allegato IX: Categorie interpretative

CORE CATEGORIES	TEMI GENERALI	CATEGORIE GENERALI	CATEGORIE SPECIFICHE
AFFETTIVITÀ ESPERIENZA TERAPEUTICA CORPOREITÀ RIFLESSIVITÀ	Nell'esperienza	I. Forma di esperienza II. Oggetto di esperienza	1. Affettiva 2. Percettiva 3. Agente 4. Giudicativa 5. Memorativa 6. La relazione terapeutica 7. Il tirocinio 8. Il corpo 9. La condizione di malattia
	Ai margini dell'esperienza	III. Corpo IV. Questioni esistenziali	10. Corpo di dolore 11. Corpo prigioniero 12. Morte 13. Vita 14. Valori etici 15. Giovane età

Essere nel tempo	<p>V. Tempo dell'incontro terapeutico</p> <p>VI. Tempo vissuto</p> <p>VII. Tempo di malattia</p> <p>VIII. Tempo di formazione</p>	<p>16. Tempo Scandito</p> <p>17. Tempo di una vita</p> <p>18. Tempo Sospeso</p> <p>19. Tempo di Cambiamento</p> <p>20. <i>Kairos</i></p> <p>21. Tempo da Malati</p> <p>22. Tempo Esistenziale</p> <p>23. Riflessione in azione</p> <p>24. Riposizionamento nella Relazione di Cura</p> <p>25. Riflessioni Retrospettive sull'azione</p>
Abitare il mondo	<p>IX. IX Contesto</p> <p>X. Spazio Esistenziale</p> <p>XI. Spazio Interrelazionale</p>	<p>26. Ospedale</p> <p>27. Domicilio</p> <p>28. Casa di Riposo</p> <p>29. Presenza nel mondo</p> <p>30. Assenza</p> <p>31. Mente incarnata</p> <p>32. In risonanza</p> <p>33. Insieme divisi</p>
Il terreno dell'esperienza	<p>XII. Postura dell'esserci: Lasciarsi sorprendere</p> <p>XIII. Postura dell'esserci: Lasciarsi colpire</p>	<p>34. Lasciarsi sorprendere positivamente</p> <p>35. Lasciarsi sorprendere negativamente</p> <p>36. Compassione</p> <p>37. Immedesimazione</p> <p>38. Affezione</p> <p>39. Cercare comprensione</p>

	XIV. Modo di esserci	40. Dare ascolto 41. Provare rispetto
Coinvolti nell'esperienza	XV. Disagio cognitivo XVI. <i>Pathos</i> di sé XVII. <i>Pathos</i> relazionale	42. Shock , Angoscia, Disperazione, Oppressione 43. Crisi , Imbarazzo, Turbamento, Frustrazione 44. Caos , Vuoto, Distacco, Destabilizzazione 45. Impotenza, Inutilità, Inadeguatezza 46. Indignazione, Rabbia, Tristezza 47. Paura 48. Vergogna, Imbarazzo, Colpa 49. Paura 50. Inadeguatezza 51. Impotenza, Tristezza, Sconforto
Il professionista riflessivo	XVIII. Comprensione di sé, delle proprie azioni XIX. Comprensione dell'altro XX. Riposizionamento su sé stessi XXI. Riposizionamento	52. Consapevolezza 53. Comprensione 54. Nuovo sguardo 55. Crescita 56. Stare nella relazione 57. Fiorire della cura 58. Esperienza terapeutica 59. Responsabilità

	<p>nella relazione di cura</p> <p>XXII.</p> <p>Riposizionamento nel proprio ruolo professionale</p> <p>XXIII.</p> <p>Riposizionamento nella relazione di cura</p>	<p>60. <i>Tutor</i> Persona retratta</p>
--	---	--