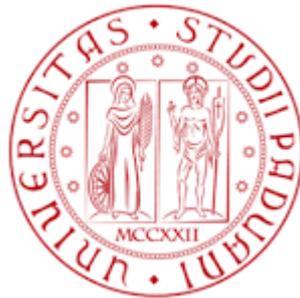


UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Filosofia, Sociologia, Pedagogia e Psicologia Applicata  
(FISPPA)

Corso di Laurea Magistrale in

MANAGEMENT DEI SERVIZI EDUCATIVI E DELLA FORMAZIONE  
CONTINUA



Tesi di Laurea Magistrale

**La pratica riflessiva come *core competence* delle professioni sanitarie:  
una revisione della letteratura per una proposta operativa**

**Reflective Practice as a Core Competence of Healthcare Professions: A  
Literature Review as a basis towards an Educational and Training  
Proposal**

*Relatrice:*

Prof.ssa Ambra Stefanini

*Laureando:*

Zecchin Gianmaria

*Matricola:*

1242358

Anno Accademico 2021 - 2022

“I pensieri sono come l’acqua, dipende dal recipiente”

## Indice

Introduzione	3
Capitolo 1 – Dalle <i>core competence</i> ai professionisti della salute	
1.1 Tra competenza e <i>core competence</i>	6
1.2 Le <i>core competence</i> in sanità: il contesto internazionale	10
1.3 Le competenze culturali in sanità: uno sguardo d'insieme	15
1.4 Le competenze emotive in sanità: uno sguardo d'insieme	18
1.5 L'equipe multidisciplinare nell'asma	21
Capitolo 2 – Dalla riflessione alla pratica riflessiva nel contesto sanitario	
2.1 Tra riflessione e pratica riflessiva: autori, teorie e modelli	26
2.2 La riflessione e la pratica riflessiva nelle professioni sanitarie	33
Capitolo 3 – La Ricerca: dalla Literature Review a una proposta operativa	
3.1 Obiettivo della Literature Review e domande di ricerca focalizzate	39
3.2 Le evidenze in letteratura: Literature Review e riflessioni verso l'operatività	40
3.3 Analisi e commento dei dati a disposizione	80
Capitolo 4 – Una proposta operativa: il corso di formazione sulle <i>core competence</i> e la pratica riflessiva nei contesti sanitari	
4.1 Una proposta operativa	85
4.2 Il progetto formativo: il corso di formazione sulle <i>core competence</i> e la pratica riflessiva nei contesti sanitari	86
4.3 La formazione degli operatori della salute: tra Andragogia e Educazione in Medicina	88
4.4 Struttura e ambiti del corso	91
4.5 La Valutazione nell'intervento. Un itinerario tra Andragogia e Educazione in Medicina	93
4.6 Il percorso formativo, i suoi step, i suoi strumenti: una proposta operativa	95
4.6.1 Una prima strategia: un breve inciso sulla democratizzazione della classe nella formazione degli adulti	95
4.6.2 Una seconda strategia: "un'escursione alle tre cime", il ruolo della metafora in un percorso formativo per operatori sanitari	98

4.6.3 Una terza strategia: il documento di riconoscimento e la scrittura riflessiva	102
4.6.4 Una quarta strategia: “recuperare i pezzi per tornare a sé”, il debriefing nella formazione degli operatori sanitari	105
4.6.5 Una quinta strategia: “la passeggiata che non ti aspetti”, l’esperienza formativa outdoor	108
4.6.6 Una sesta strategia: il photolanguage\photovoice e le emozioni della pratica professionale	110
Conclusione	113
Limiti della ricerca	118
Bibliografia	120
Allegati	139

## Introduzione

All'interno del comparto sanitario, il concetto di razionalità tecnica sembra essere il fondamento necessario per esercitare la propria competenza. Quest'ultima, ancorata ad una logica e condivisione dei mezzi-fini che la esplicitano, permette al professionista di esercitare le proprie capacità e abilità senza la necessità di porsi con uno sguardo critico circa la propria definizione professionale, che perde il carattere dell'unicità e dell'arte della pratica che la possono caratterizzare. In questo scenario, emerge sempre più il bisogno di vedere in queste professioni non solo la traduzione dalla mera "tecnè", ovvero il saper fare tecnico, ma anche della cosiddetta "praxi", che richiama ad un valore morale dell'agire del professionista sanitario (De Mennato & Pennacchini, 2015). Per fare ciò, diventa necessario recuperare un'epistemologia della pratica riflessiva che sia in grado di svincolare l'attività degli operatori sanitari da semplici schemi operativi e da strumenti di esercizio (SIPEM, 2014).

In questa prospettiva, si inserisce la pratica riflessiva, una metodologia di analisi dell'azione che può dipanarsi durante la stessa, prima o una volta che questa è conclusa. Attraverso questa particolare modalità di scomposizione dell'agire professionale, l'operatore potrà immergersi in un apprendimento profondo, base di partenza per un miglioramento della pratica clinica e del benessere del paziente. Questo perché grazie alla connotazione critica che la pratica riflessiva è in grado di promuovere nell'analisi che il professionista fa della propria esperienza, vi rientra un nuovo modo di osservare il proprio operato, più artistico e sfaccettato. Quello di cui si sostanzia questo nuovo modo di fare fronte al proprio agire professionale evidenzia a sua volta un nuovo elemento rilevante, quello delle competenze, e, nella fattispecie, delle *core competence*. Quest'ultime non sono altro che un insieme minimo di competenze che costituiscono la base comune per i diversi ruoli impegnati nelle pratiche di promozione della salute che permettono al

professionista sanitario di lavorare adeguatamente ed efficacemente (OMS, 2006). Tuttavia, la letteratura del settore non sembra procedere all'unisono rispetto alla definizione di quante e quali siano queste competenze, ma, a sua volta, in alcuni documenti emerge o viene lambita anche la necessità per l'operatore di conoscere la pratica clinica riflessiva, quale capacità in grado di definire una competenza autovalutativa. Perciò, risulta di fondamentale importanza, una volta compreso quali siano queste competenze, andare a definire come possano essere oggetto di formazione attraverso la metodica esplicitata poco fa. In questo caso, la letteratura sembra bloccata nella ricerca del collegamento tra la definizione della pratica riflessiva nel contesto sanitario e la sua effettiva realizzazione, offrendo perlopiù strumenti pedagogici che permettono agli esperti della formazione di lavorare attraverso di essi per canalizzare nella competenza un nuovo modo dell'agire riflessivo. Ne viene altresì evidenziata l'efficacia, come del resto i limiti o le peculiarità. Ma non viene mai ricercato un effettivo collegamento tra questi due mondi, che continuano a navigare a vista.

Il seguente documento illustra, per prima cosa, la definizione del costrutto *core competence*, riesaminando il terreno letterario da cui prende avvio l'analisi di questa tematica. Vengono aggiunti brevi incisi sulle competenze culturali ed emotive in quanto si pensa che possano arricchire l'esercizio di una pratica professionale significativa e di qualità. Successivamente si cercherà di comprendere come quest'ultimo venga declinato nel contesto sanitario e di come in esso possa essere dipanato. Nel capitolo due si affronta la tematica della pratica riflessiva, andando ad evidenziare quei modelli e quelle teorie che fungono da principi ispiratori del nostro elaborato. Al fine di avvicinare questo importante metodo al contesto sanitario si è cercato di comprendere dove la pratica riflessiva venga utilizzata, in che modo, ma soprattutto, quale apporto da all'esercizio della pratica clinica. Si procede con il terzo capitolo dove viene presentata una disamina della letteratura circa il costrutto della pratica riflessiva nel contesto sanitario.

Con precisione, vengono evidenziati sia gli strumenti attraverso cui promuoverla, il processo nel quale essa si articola, le teorie che la sorreggono, i punti di forza e debolezza sul quale poggia. Tutto il percorso funge da supporto a quella che riteniamo una proposta mirata e molto ben tarata sulle esigenze di un gruppo target composto da un'equipe multidisciplinare sanitaria impegnata nella cura dell'asma infantile.

Infine, il percorso formativo proposto non parte dalla definizione di strumenti, bensì dalla ricerca del connubio tra il mondo medico e quello educativo, unico elemento in grado di declinare al meglio tutti i singoli interventi che da lì si svilupperanno. Come per l'Andragogia, anche l'Educazione in Medicina offre dei pilastri su cui progettare un percorso formativo sensato e di qualità. Attraverso la prima si possono declinare le tecniche, i metodi, gli strumenti e le strategie; attraverso la seconda si possono definire gli obiettivi e le finalità. Ne emerge una programmazione che trova forza nella democratizzazione della classe, nel processo valutativo, nella scrittura riflessiva, nel debriefing, nella formazione outdoor, nell'uso delle metafore, delle foto e altri oggetti di vario tipo; il tutto accompagnato da una sorta di diario di bordo, dove narrarsi quando si raggiunge una tappa del percorso, o prima di essa, o una volta superata. Per declinare al meglio la nostra proposta non potevamo non avere un riferimento sul quale ancorarci. In primis per una questione logico-gestionale, infatti, gli strumenti e i metodi ivi presentati necessitavano di essere pertinenti rispetto ad un'ipotetica situazione, il più possibile fedele alla realtà. In secondo luogo, la mia personale esperienza nel mondo sanitario e nella fattispecie nel mondo della cura dell'asma infantile, mi ha permesso di possedere già nel principio il capitale umano e conoscitivo sul quale pensare e progettare questo tipo di esperienza. Pertanto, la proposta formativa che di seguito troverete, si basa su un'equipe multiprofessionale impegnata nella cura dell'asma infantile. Nel caso specifico si tratta dell'Istituto Pio XII, centro di cura, diagnosi e riabilitazione dell'asma in età pediatrica. Un'eccellenza nazionale e internazionale per una sua peculiarità molto

significativa nel processo di presa in carico del bambino malato cronico, infatti, la struttura si trova a 1754 mt di altitudine di fronte alle Tre Cime di Lavaredo.

## Capitolo 1 – Dalle *core competence* ai professionisti della salute

Questo capitolo si propone di evidenziare il legame che sussiste tra il professionista sanitario e le sue relative competenze, ma soprattutto, come queste incidono sull'esercizio della pratica clinica. Partendo dall'analisi del costrutto di competenza nel suo senso più generale, declineremo poi l'argomentazione del costrutto al mondo sanitario, nel quale si sente riecheggiare sempre con maggiore tenacia il termine *core competence*. Queste rappresenterebbero le competenze di base necessarie per offrire un servizio di qualità alla persona, per raggiungere efficaci risultati nella pratica clinica e quindi nella vita del paziente malato. La nostra riflessione vuole portare alla luce l'immobilità che il comparto sanitario ha nel definire quali competenze minime siano necessarie e basilari per operare in un contesto clinico di aiuto alla persona. Ma non solo.

Cercando di comprendere quali siano queste competenze che la letteratura sanitaria ha da tempo evidenziato, proveremo anche a comprendere come mai il professionista della salute sembri operare senza un'apparente attenzione rispetto a questi temi. A tal proposito, emerge proprio che, come sosteneva Donald Schön (1993) ne "Il professionista riflessivo", l'esercizio routinario della razionalità tecnica porti il professionista a perdere il rapporto creativo che ha con la sua pratica professionale. In questo senso, il mondo sanitario, sempre alla ricerca delle cause del vissuto di malattia del paziente, non si svincola facilmente dalla considerazione che la logica mezzi - fini suggerisca la qualità della propria performance, che viene altresì a perdere i connotati di una relazione di aiuto basata anche sulla scoperta, sulla riflessione e sull'interazione con una persona che con sé non porta soltanto i sintomi o i segni della malattia. A sua volta, il contesto sanitario esige sempre più la necessità di assumere i caratteri della multidisciplinarietà. Tale fattore, che incide nel processo di presa in carico del paziente, richiede ai professionisti di saper

definire il proprio campo di intervento, essendo consapevoli dello spazio d'azione degli altri membri dell'equipe. Per questo motivo, l'analisi delle *core competence* degli operatori sanitari potrebbe evidenziare quelle connessioni professionali che gli permettano di offrire al paziente una cura globale e personalizzata, in un'ottica multidisciplinare. L'analisi delle *core competence* permetterà di comprendere quali elementi minimi accomunano tutte le professioni di aiuto, lasciando perciò spazio agli elementi che invece le differenziano, che vengono definiti nei termini delle diverse specializzazioni tecniche, aspetto di cui non ci occuperemo, per ovvi motivi di spazio, in questo lavoro.

Le opportunità insite nella seguente ricerca riguardano le possibili proposte formative che possono essere create a partire dall'insieme di quelle competenze che accomunano tutti i professionisti della salute, una volta individuate ed analizzate. Con la speranza che questo percorso possa far emergere l'eccessiva razionalità con la quale il comparto sanitario evidenzia anche i legami con le altre professioni e con il processo di presa in carico del paziente, ci accingiamo a presentare l'analisi del costrutto di competenza e la sua deriva nel mondo sanitario.

### ***1.1 Tra competenza e core competence***

Comparso inizialmente negli anni 70', negli studi dello psicologo statunitense McClelland (Longo, 2004), il costrutto di competenza racchiude al suo interno una vastità di definizioni tanto da risultare un concetto polisemantico che non ne facilita una visione unitaria (Rossi, 2011). Allievo di McClelland, lo psicologo Boyatzis afferma che la competenza è rintracciabile nelle caratteristiche della persona casualmente correlate con l'esecuzione efficace di una determinata performance (Lodigiani, 2011). Un pensiero

simile a quello di altri due suoi mentori, Spencer e Spencer (1993) secondo cui la competenza sarebbe una caratteristica intrinseca della persona che costituisce parte della sua personalità (Lodigiani, 2011). Per Andrews (1971), invece, la competenza diverrebbe tutto ciò che un'azienda è in grado di fare particolarmente bene, mentre per Le Boterf (2008) sarebbe da considerare un processo attraverso cui un individuo è in grado di orchestrare le proprie risorse (e quelle dell'ambiente) verso una determinata situazione problematica, quindi, in sostanza, una sorta di saper agire e poter agire. Secondo l'autore francese, la competenza si declina a seconda della situazione e del contesto in cui la persona si trova ad agire ed essa può essere più o meno routinizzata o incerta (Le Boterf, 2008). Tuttavia, in questa sede, non ci si occuperà dell'analisi storica del costrutto di competenza nel suo senso più generale, bensì si cercherà di analizzarne un aspetto più profondo.

Le pagine che seguiranno cercheranno di sviscerare quello che viene tecnicamente definito con il termine *core competence*, ponendo l'attenzione in particolare al mondo sanitario e come tale concetto venga in esso declinato. Per fare ciò però risulta necessario anzitutto contestualizzare quello che si intende con il termine *core competence*, andando a capire il risvolto operativo dello stesso. Infatti, tra i vari approcci che potremmo trovare rispetto al tema delle competenze, uno è proprio basato sulle *core competence*. In quest'ottica, la competenza diverrebbe un sapere operativo difficilmente imitabile che risulta essere un prodotto storico dell'organizzazione derivante da un accumulamento dell'esperienza (Prahalad & Hamel, 1990) che ha luogo in essa. Riprendendo una prima analogia degli stessi Prahalad e Hamel (1990), le competenze di base o *core competence* potrebbero essere viste come le radici di un albero “che gli forniscono nutrimento, sostentamento e stabilità. [Tuttavia,] se noi ci concentrassimo solo sulle foglie dell'albero non vedremmo quanto di fondamentale ne deriva dalle sue radici che gli garantiscono la vita stessa”. Con un pregevole gioco linguistico i due autori rimandano tale associazione

al mondo economico, affermando che se un'azienda si concentrasse solo sui prodotti finali dei concorrenti, perderebbe la sua forza intrinseca. Dunque, si afferma che le *core competence* rappresentano ciò che permette all'azienda di competere, nonostante possano essere difficilmente identificabili o meglio facilmente oscurabili dai prodotti finali dell'organizzazione. Una prima critica sollevata ai due autori appena citati proviene da uno studio di Mansour Javidan (1998) pubblicato qualche anno più tardi. Secondo l'autore, in "The core competence of corporation", non sono stati differenziati sinotticamente i costrutti di competenza, competenza di base e capacità. Prima di tutto perché tale costrutto non racchiuderebbe le diverse dimensioni di un'organizzazione, concentrandosi dunque solo sulla sua catena del valore. In secondo luogo, tale definizione, non solo non permetterebbe di considerare i vari passaggi che portano valore all'intero sistema ma creerebbe anche confusione sul legame tra capacità e competenza. Sebbene il termine *core competence* sia diventato popolare nelle diverse discipline aziendali, il significato di *core* non è del tutto chiaro perché utilizzato vagamente e in diverse modalità (Lathi, 1999). Lo si può notare ancor di più avvicinandosi all'odierna letteratura dove sorgono ulteriori definizioni del costrutto di *core competence*, tanto che lo si accomuna a quello di competenza distintiva. Quest'ultima, infatti, sarebbe caratterizzata da un nucleo che dovrebbe essere un'abilità o una capacità piuttosto che la sola proprietà di una risorsa. Dall'altra parte, tale competenza diverrebbe fondamentale per un'organizzazione ai fini del raggiungimento del proprio scopo. Nella sostanza, tutte le attività generatrici di valore deriverebbero dalle competenze distintive insite nelle diverse dimensioni dell'impresa (Moonet, 2007). Un'altra ricerca basata sulla prospettiva della gestione strategica delle risorse umane di Chen e Chang (2011) afferma che le competenze core e le competenze umane sono complementari. Secondo gli autori, le competenze *core* permetterebbero di dirigere strategicamente le competenze umane e il loro insieme comporrrebbe la competenza fondamentale totale. Lungi dall'aver analizzato

il costruito secondo tutte le sue diverse applicazioni e sfaccettature, ci addentriamo ora a far luce brevemente su quali dimensioni dell'organizzazione risentono delle *core competence* di chi ne fa parte. Si potrebbe notare anzitutto come queste siano fondamentali per l'apprendimento organizzativo (Lei, Hitt & Bettis, 1996; Murray, 2003) e per la costruzione di una cultura organizzativa (Håland & Tjora, 2006). Ma non solo, le *core competence* infatti, si svilupperebbero da un "apprendimento collettivo dell'organizzazione" (Prahalad & Hamel, 1990, pp. 79 - 91) e creerebbero i presupposti per un insieme di intuizioni volte alla definizione e la risoluzione dei problemi ai fini di un suo vantaggio competitivo (Lei, Hitt & Bettis, 1996) sostenibile (Srivastava, 2005; Agha, Alrubaiee & Jamhour, 2012). Temi che in realtà sembrano comparire già con lo studio di Prahalad e Hamel (1990) per cui le competenze *core* non sarebbero statiche o fisse, ma continuamente revisionate e modificate da una gestione in linea con l'evoluzione dell'organizzazione. Dunque, sarebbero indispensabili per un adattamento dell'organizzazione al contesto mutevole e per una sua continua crescita, oltre a non essere facilmente imitabili e sostituibili (Prahalad & Hamel, 1990). Secondo gli autori sarebbero tre i criteri che rendono *core* una competenza: anzitutto deve assumere un valore per il cliente, dopodiché deve permettere all'organizzazione di differenziarsi dai competitor ed infine deve essere estendibile ovvero la competenza deve potersi applicare in diversi ambiti (Prahalad & Hamel, 1994). Quello che si è cercato di fare in queste prime pagine deriva dalla necessità di offrire al lettore un primo contatto con il tema delle *core competence*. Ciò sembra necessario prima di passare ad un ulteriore punto della nostra analisi, ovvero, come queste *core competence* e il linguaggio che vi appartiene vengano declinati nel settore sanitario, quali strutture ne reggano e definiscano i suoi fondamenti, ma soprattutto, quali siano le sue diverse implicazioni nella pratica clinica.

## ***1.2 Le core competence in sanità: il contesto internazionale***

Al fine di fornire una presa in carico multidisciplinare di qualità, in un'ottica paziente centrata, sembra che la competenza divenga una componente vitale della pratica clinica degli operatori sanitari (WHO, 2013). Nell'inquadramento delle competenze generali che il professionista sanitario deve possedere, le *core competence* si riassumono nei valori, atteggiamenti e convinzioni che l'organizzazione esplicita e che ogni operatore deve quotidianamente dimostrare (Albarqouni et al., 2018). Dunque, la performance dei sistemi sanitari è strettamente connessa con le competenze, la motivazione e l'impegno dello staff (OMS, 2006). Le *core competence* rappresentano un insieme minimo di competenze che costituiscono la base comune per i diversi ruoli impegnati nelle pratiche di promozione della salute che permettono al professionista sanitario di lavorare adeguatamente ed efficacemente (OMS, 2006). Secondo la PAHO e il WHO (2013), le *core competence* sarebbero costituite “dalle conoscenze, le abilità e gli atteggiamenti di base necessari per la pratica della salute pubblica, cioè per risolvere i problemi di salute della comunità in modo efficace ed efficiente. Sono le competenze che ogni professionista della salute deve possedere per svolgere compiti di sanità pubblica, indipendentemente dall'area della propria attività professionale o dell'attività in cui sono impegnati” (PAHO & WHO, 2013, p. 5). A sua volta, questa pubblicazione, che pertiene alle popolazioni latine e caraibiche, afferma l'importanza per il settore sanitario di impegnarsi per l'equità, la giustizia sociale e lo sviluppo sostenibile, il riconoscimento dell'importanza della salute sia comunitaria che individuale, la necessità di possedere un'ampia comprensione dei determinanti sociali della salute e di possedere un approccio multidisciplinare (PAHO & WHO, 2013). Le altre core competence, presenti in questo documento, risuonano come delle mission: la lotta per l'uguaglianza di genere e l'esclusione sociale, il rispetto della diversità, dell'autodeterminazione della persona e l'importanza della partecipazione

sociale e comunitaria unite al ruolo chiave delle cure primarie (PAHO & WHO, 2013). Nel modello canadese (PAHC, 2007), invece, si aggiunge la visione per cui le *core competence* scavalcano i confini di una disciplina particolare e non si pongono come dipendenti da uno specifico argomento. Ma non solo. Infatti, secondo tale modello, le *core competence* sarebbero ben trentasei, divise in sette categorie, e contribuirebbero a creare una forza lavoro che si basa su una comprensione unitaria delle pratiche e dei concetti di servizi basati sull'evidenza, raggiungendo gli obiettivi di salute pubblica e così via (PAHC, 2007). In questo modello, infatti, si toccano le dimensioni dell'*advocacy*, della partnership, della leadership ma anche della diversità e dell'inclusione, passando dal possesso di capacità di negoziazione e team building ad una dimensione di apprendimento organizzativo condiviso dove il significato delle informazioni viene declinato con l'etica, la politica, lo stato scientifico, socioculturale ed economico del contesto (PAHC, 2007). Sempre in Canada, la Royal College of Physicians negli anni 90' ha definito quali sono "le competenze richieste dai medici in risposta ai bisogni di salute della popolazione" (Lotti, 2017). Dal medico comunicatore, leader, esperto e formatore al medico come politico della salute, questi sono alcuni dei ruoli che tale figura professionale deve essere in grado di ricoprire una volta terminato il proprio percorso accademico. È ancora Lotti a proporre un altro modello potrebbe essere quello di Jean-Jacques Guillbert, che riformulando la tassonomia degli obiettivi di Bloom e riaffermando il valore comunitario della formazione e dell'apprendimento, attraverso la "Guida Pedagogica per il personale sanitario dell'Organizzazione Mondiale della sanità" (Guilbert, 2002) definisce quali competenze concorrano a profilare il professionista della salute. Anche l'Institute of Medicine (2013) afferma che "ogni operatore sanitario dovrebbe essere educato a fornire cure centrate sul paziente come membro di un team multidisciplinare, sottolineando la pratica basata sull'evidenza e la qualità degli approcci volti miglioramento del sistema in generale e di quelli digitali" (Greiner & Knebel, 2003,

pp. 277 - 289). Ragioniamo con Greiner e Knebel. Tale definizione racchiuderebbe in sé quelle che sono le cinque dimensioni che compongono l'articolazione del costrutto di *core competence* in sanità e in questa sede rappresenta uno dei fondamenti della nostra ricerca. Ma se andassimo ad analizzare in profondità il modello che ne deriva, noteremmo come ogni competenza sia stata abbondantemente scomposta nelle diverse capacità, conoscenze ed abilità che deve possedere ogni operatore sanitario. Per quanto riguarda la prima dimensione, ovvero "fornire assistenza centrata sul paziente", si aggiunge che l'operatore debba essere in grado di identificare e rispettare i valori, alleviare il dolore e la sofferenza, coordinare l'assistenza sanitaria, comunicare e educare adeguatamente i pazienti e così via. Lavorare in equipe dovrebbe racchiudere una buona capacità di comunicazione tra i suoi membri, in un contesto d'assistenza continua e affidabile. Impiegare una pratica basata sull'evidenza che sia in grado di integrare l'esperienza clinica con i valori del paziente vedrebbe anche valorizzato l'impegno degli operatori sanitari alla partecipazione ad attività di apprendimento. Identificare errori e pericoli nell'assistenza, comprendere la qualità di cura in termini di struttura, processo e risultati in relazione ai pazienti e i bisogni della comunità sono alcune delle capacità che un operatore sanitario deve possedere per applicare miglioramenti di qualità al servizio. Ultimo ma non meno importante vi è la competenza nell'uso dell'informatica che prevede la gestione della conoscenza e del processo decisionale clinico anche grazie all'utilizzo della tecnologia. Infine, in uno studio di Albarquoni L., Hoffmann T., Strauss S. et al. (2019), intento a definire un set di competenze *core* per la pratica basata sull'evidenza per i professionisti sanitari, ne ha evidenziate sessantotto e le ha divise in cinque set. Tra gli aspetti generali si legge, ad esempio, come il professionista sanitario debba conoscere il rationale della pratica basata sull'evidenza sapendone ricavare informazioni da utilizzare nelle decisioni cliniche e così via. Il saper formulare quesiti clinici passa attraverso anche la conoscenza dello stesso attraverso PICO, sapendo al contempo

identificare anche le differenti tipologie di quesiti. Successivamente si evince come l'operatore sanitario debba saper ricercare le evidenze, valutandole, interpretandole e applicandole criticamente. In quest'ultima dimensione, l'applicazione delle evidenze, l'attenzione del professionista sanitario viene rivolta al saper riconoscere i valori, le speranze del paziente, conoscendo gli elementi che caratterizzano il processo decisionale condiviso. Ma non solo, anche il riconoscimento della professione degli altri membri dell'equipe sembra essere rilevante, così come nel saper valutare le proprie performance lo è la conoscenza del processo della pratica clinica riflessiva. Su quest'ultimo tema torneremo più volte nelle pagine che seguono, in quanto costituisce uno dei pilastri su cui si sviluppa la ricerca.

Per quanto riguarda il contesto italiano, sicuramente uno dei modelli maggiormente accreditati per la definizione del profilo di competenza è quello di Isfol (1998). Quest'ultimo però, non si occupa primariamente dei contesti sanitari e l'articolazione che fa del costrutto (in competenza di base, trasversale e tecnico professionale) risulta difficilmente applicabile a tale contesto (ISFOL, 1998). Nonostante ciò, l'argomentazione di Antonella Lotti (2017) rispetto all'ascesa concettuale che ha avuto il termine *core competence* nel linguaggio sanitario italiano sembra essere di esaustiva chiarezza. La pedagoga italiana afferma che un contributo fondamentale nella declinazione delle diverse competenze che compongono il profilo del professionista sanitario derivi proprio dalla Guida Pedagogica di Guillbert precedentemente citata (Lotti, 2017). Saranno poi i diversi Collegi professionali ad avvalersi di questo sapere pedagogico per definire il profilo di competenze dell'operatore sanitario in questione. Ne sono un esempio le diverse linee guida per la formazione del fisioterapista, infermiere, dietista e dell'educatore professionale e delle ulteriori figure che si susseguirono negli anni. Dunque, anche nello scenario italiano le *core competence* dell'operatore sanitario divengono il "nucleo di competenze fondamentali e distintive, essenziali e irrinunciabili che un professionista

deve possedere per poter rispondere in modo efficace, responsabile e sicuro alle domande della comunità” (Regione Toscana, 2011, p. 16). Ed anche in questo caso, tali competenze diverrebbero necessarie per migliorare la qualità delle cure fornite al paziente in un’ottica di pratica clinica basata sull’evidenza (Albarqouni, Hoffman & Straus, 2019). Tuttavia, sembra che in Italia manchi un modello di riferimento unitario che permetta ai diversi professionisti della salute di orientarsi nel difficile campo del lavoro di cura.

Prima di passare alla pratica riflessiva in ambito sanitario, che abbiamo detto essere un elemento rilevante nella nostra analisi, sembra necessario apporre due ulteriori considerazioni. La prima su una competenza non di mero stampo clinico diagnostico, quella culturale, più volte ripresa nei precedenti documenti, tanto da sembrare un elemento caratterizzante le professionalità sanitarie. La seconda considerazione invece, nasce dall’osservazione della mancanza di una chiara e netta analisi circa il ruolo delle emozioni e della loro necessità di modulazione in un ambiente di lavoro come quello sanitario, ove nella maggioranza dei casi si entra a contatto con persone e contesti fragili. Nelle pagine che seguiranno, andremo ad analizzare brevemente come le competenze culturali abbiano fatto della loro ascesa una necessità per il mondo sanitario. Porremo anche lo sguardo sul ruolo che le competenze emozionali hanno sull’esercizio della pratica clinica del professionista in questo settore. In entrambi i casi vedremo l’impatto che tali costrutti hanno sul processo di presa in carico del paziente.

### *1.3 Le competenze culturali in sanità: uno sguardo d'insieme*

Le competenze culturali sono necessarie al fine di offrire un'assistenza di qualità fondata sulla centralità del paziente, anche se il costrutto non ha avuto interesse nel dibattito sanitario se non a partire dagli anni 90' (Saha, Beach & Cooper, 2008), con un'esplosione di programmi che l'hanno affrontato nell'ultimo decennio (AMA, 1999). Una prima definizione di competenza culturale in sanità risale proprio a quegli anni, quando viene identificata come un insieme di comportamenti, atteggiamenti e politiche congruenti che derivano da un sistema, un'agenzia o un insieme di professionisti che ne definiscono l'abilità di far fronte efficacemente a situazioni interculturali (Cross et al., 1989). Ma potrebbe essere vista anche come un insieme di abilità dei sistemi sanitari di fornire assistenza e servizio a persone che possiedono valori e credenze diverse da quelle dell'operatore o dell'organizzazione stessa (Betancourt, Green & Carrillo, 2002). In questo senso, dunque, la personalizzazione ai bisogni sociali, culturali e linguistici del paziente diverrebbe la linea comune di tale competenza in questo tipo di settore (Betancourt, Green & Carrillo, 2002). Vedere la persona nella sua unicità, mantenendo un'attenzione incondizionata per costruire un rapporto efficace, avvalendosi di un approccio bio – psico – sociale ed essendo in grado di analizzare criticamente le convinzioni ed i valori del paziente connessi al significato dato alla malattia, rappresenta un'ulteriore esplicitazione di che cosa significhi possedere competenze culturali in un contesto sanitario (Saha, Beach & Cooper, 2008). Dunque, il professionista sanitario non solo dovrebbe essere in grado di identificare uno spazio comune per la condivisione del trattamento (Saha, Beach & Cooper, 2008) ma dovrebbe anche essere consapevole di tre particolari tematiche specifiche della popolazione: le diverse credenze e valori, l'incidenza e la prevalenza di quel tipo particolare di malattia e l'impatto della stessa sulla vita della persona (Lavizzo – Mourey & Mackenzie, 1996). In ultima analisi, va

evidenziato come per essere culturalmente competente, sembra che in alcuni modelli uno degli elementi rilevanti sia il processo autoriflessivo attraverso cui l'operatore ha la possibilità di valutare i propri comportamenti, promuovendo l'accettazione, l'inclusione e considerazione dei diritti altrui (Balcazar, Balcazar & Rtzler, 2002). Questo, unito ad una capacità di riflettere criticamente rispetto ai propri errori percettivi rivolti a chi è diverso da sé, una conoscenza culturale che permette di sensibilizzarsi rispetto alla storia, i valori, i sistemi di credenze e comportamenti del paziente. E Infine, unito alla capacità comunicativa, l'empatia e la pianificazione (Balcazar, Balcazar & Rtzler, 2002) e la loro relativa applicabilità (Balcazar, Balcazar & Rtzler, 2009). Anche per Bacote C.J. (2002) ad esempio, nel suo "Processo di competenza culturale nella fornitura di servizi sanitari" si afferma che uno dei costrutti del modello è la consapevolezza culturale, al cui interno troviamo una sorta di autoriflessione, che viene però definita con il termine "autoesame" del proprio bagaglio culturale e professionale (Bacote, 2002, p. 181 - 184). A ciò si aggiungono poi la conoscenza culturale e temi quali la motivazione dell'operatore, l'essere in grado di raccogliere dati e analizzarli e di interagire in situazioni cross – culturali (p. 181 - 184). Anche secondo Anderson e collaboratori (2003) la riflessione ha un ruolo rilevante in quanto area di sviluppo delle competenze culturali del professionista sanitario, infatti, egli afferma che queste deriverebbero dal: definire programmi per reclutare e mantenere membri dell'equipe che riflettono rispetto alla diversità della popolazione di cui hanno cura, l'utilizzo dei servizi di interpretariato e materiali educativo\ linguistico appropriati, la formazione sulle competenze culturali per i singoli operatori sanitari e strutture sanitarie adeguate (Anderson et al., 2003). Va detto che, nonostante siano numerosi i modelli sviluppati attorno al costrutto (Alizadeh & Chavan, 2016), il contesto sanitario sembra permanere ancora bloccato dalle differenze culturali (Johnson, Roter & Powe, 2004). Passando ad analizzare la performance vera e propria dell'operatore sanitario dotato di un proficuo ventaglio di comportamenti, abilità e

atteggiamenti culturalmente competenti, va detto che secondo la letteratura ciò si assocerebbe ad una maggiore soddisfazione da parte del paziente rispetto al trattamento (Brunett & Shingles, 2018; Govere & Govere, 2006). A sua volta sembrerebbe che i pazienti acquisiscano un atteggiamento più aperto nei confronti dell'operatore (Paez et al., 2009), così come una maggiore fiducia (Thom & Tirado, 2006) e tutto ciò sarebbe positivamente correlato all' impegno nel seguire i consigli dell'operatore (Paez et al., 2009; Ohana & Mash, 2014). Pertanto, anche il tema dell'aderenza sembra rientrare tra gli elementi che giovano di un operatore sanitario culturalmente competente (McQuaid & Landier, 2017). Infine, va affermato come l'interesse crescente del comparto sanitario rispetto al tema delle competenze culturali lo abbia portato in auge a tal punto da divenire oggetto di dibattito scientifico rispetto al tema di come formare il professionista in questo senso. A tal proposito, ad esempio, negli anni 2000 il Comitato di collegamento per l'educazione in medicina ha inserito uno standard relativo alla competenza culturale; dunque, viene richiesto a studenti e docenti americani di questo settore di esplicitare una comprensione e conoscenza del ruolo che la cultura ha nell'esercizio di un'attività assistenziale sanitaria (AMA, 2016). Anche altre istituzioni sono arrivate ad affermare la necessità di riconoscere programmi educativi che favoriscano l'acquisizione di un curriculum sulle competenze culturali, ma sembra che ciò richieda numerose risorse alla comunità e alle sue istituzioni (AMA, 2005).

Dunque, nonostante la formazione sulla competenza culturale sembra essere una strategia necessaria per implementare conoscenze, attitudini e abilità degli operatori sanitari rispetto a tale dimensione della clinica (Beach, 2005), che a sua volta come abbiamo detto ha un impatto sui risultati di salute del paziente (Truong, Paradies, & Priest, 2014), emerge come ci sia poca evidenza nel determinare i costi che le istituzioni dovrebbero sostenere per sorreggere questo impianto formativo (Beach, 2005) e di sviluppo. Ma

risulta comunque un elemento educativo strategico per preparare la futura assistenza sanitaria (Bentacourt, Green & Carrillo, 2015).

#### ***1.4 Le competenze emotive in sanità: uno sguardo d'insieme***

Nonostante la necessità di fornire una cura centrata sui bisogni del paziente racchiuda al suo interno l'essere in grado di considerare l'individualità dello stesso, dei suoi bisogni emotivi, dei suoi valori e dei problemi della sua vita (Greiner & Knebel, 2003), non viene fatto cenno al mondo emotivo dell'operatore. Ma soprattutto non viene menzionata nemmeno in parte la necessità "del sanitario" di possedere un ventaglio di capacità che gli permettano di saper regolare le proprie emozioni ed agire in modo emotivamente intelligente. Il concetto di competenze emotive, infatti, sembra poco studiato quale elemento di interesse disciplinare dell'operatore sanitario (Ashkanasy & Daus, 2005), sebbene ci si dimostri concordi sul ritenere quanto queste siano fortemente collegate con il raggiungimento degli obiettivi di un'organizzazione proprio perché nelle esperienze lavorative viene richiesta per definizione l'interazione interpersonale (Kim, Cable, Kim, & Wang, 2009). Ma non solo. A detta degli ultimi autori citati, le competenze emotive infatti sarebbero collegate ad atteggiamenti proattivi, all'integrazione sociale e al soddisfacimento dei compiti di un'organizzazione. In generale, come sostengono Giardini e Frese (2008), queste competenze racchiudono un insieme di abilità che permettono di percepire le proprie ed altrui emozioni, di regolarle e usarne le informazioni al fine di indirizzare il proprio pensiero e la propria azione. Dunque, sembrano essere quattro le dimensioni che compongono questo genere di competenza: la prima sarebbe rappresentata dall'abilità di comprendere le proprie emozioni, la seconda di comprendere quelle degli altri, di regolare le proprie e infine, ultima, di saperle utilizzare (Barsade &

Gibson, 2007). Per quanto riguarda la letteratura strettamente sanitaria in questo campo, sembrano essere due gli aspetti più considerati: il lavoro emotivo e l'intelligenza emotiva (Mark, 2005). Con il primo si intende la capacità di gestire le emozioni in modo da creare un'apparenza posturale ed espressiva accettabile, ma anche l'impegno, la pianificazione e il controllo funzionali all'espressione delle emozioni realmente percepite, necessarie per l'organizzazione e le relazioni interpersonali (Morris & Feldman, 1996). Questo tipo di capacità viene considerata funzionale al raggiungimento degli obiettivi di un'organizzazione (Grandey, Fisk, & Steiner, 2005) e in sanità è stato studiato prevalentemente per quanto concerne il mondo infermieristico (Mark, 2005), mentre sembra essere poco associato al ruolo dei medici, come osservano Larson e Yao (2005). Nonostante ciò, per quanto riguarda il mondo infermieristico, sembra che la distanza emotiva non sia una parte costituente dell'identità di quel tipo di ruolo professionale mentre per il mondo medico sembra sia più in auge lo studio relativo all'intelligenza emotiva (Larson & Yao, 2005). Inoltre, sembra che il lavoro emotivo sia correlato positivamente con la soddisfazione sul luogo di lavoro e la capacità di far fronte efficacemente alle performance lavorative (Yeh et al., 2020). Ma non solo, il lavoro emotivo infatti, sembra essere associato anche al benessere dell'operatore sanitario (Kinman & Leggetter, 2016) e alla sua capacità di gestione dello stress nel luogo di lavoro (Couper, 2013). Per quanto riguarda l'intelligenza emotiva e il suo ruolo nel mondo sanitario, pionieristici sono gli studi di Goleman (1995) secondo cui essa permette di divenire consapevoli dei propri sentimenti e di quelli degli altri, di motivarsi e di gestire positivamente le proprie emozioni, tanto interiormente, quanto nelle relazioni sociali. Tale capacità è composta da: la consapevolezza di sé, riconoscendo le emozioni altrui; il dominio di sé, regolando il proprio comportamento e i propri pensieri; la motivazione; l'empatia e l'abilità sociale. Lo psicologo americano sviluppa tale costrutto scomponendolo in due competenze sottostanti: la competenza personale e la competenza

sociale. La prima racchiude la consapevolezza di sé, l'autocontrollo e la motivazione. La seconda è composta da un set di capacità che ci permettono di relazionarci positivamente con gli altri, facendo spiccare il valore dato all'empatia. Per quanto riguarda la pratica clinica, da un lato l'intelligenza emotiva avrebbe un impatto sul comportamento etico del personale infermieristico, migliorando la loro capacità di prendere decisioni in tal senso (Deshpande & Josep, 2009), dall'altro influenzerebbe in modo significativo gli esiti del paziente e il successo complessivo dell'organizzazione rispetto al raggiungimento dei propri obiettivi (Nightingale, Spiby, Sheen, & Slade, 2018). Quindi, nella sostanza, elevati livelli di intelligenza emotiva da parte dell'operatore sembrano essere correlati positivamente con la soddisfazione e la fiducia del paziente (Kadadi & Bharamanaikar, 2020) così come con la soddisfazione sul luogo di lavoro da parte del professionista sanitario, grazie a una riduzione dei livelli di stress e a un conseguente minor rischio di burnout (Raghunbir, 2018). Questo perché le persone con un alto grado di intelligenza emotiva sono generalmente motivate, amano raggiungere obiettivi a lungo termine, sono altamente produttive e amano le sfide (Skarbaliene, 2019). Anche se va detto che in letteratura rimane ancora una controversia il tema dell'apporto clinico che può dare l'intelligenza emotiva in sanità. Infatti, al contrario di fino a quanto sostenuto, potremmo vedere come rimane ambiguo il ruolo dell'intelligenza emotiva rispetto alla cura del paziente (Birks & Watt, 2007). Nonostante ne venga valorizzata l'efficacia pratica (Cadman & Brewer, 2001), alcune ricerche continuano a rigettare questa affermazione (Birks & Watt, 2007). Pare, ad esempio, che i punteggi ottenuti dai medici nei test di intelligenza emotiva siano scarsamente associati alla soddisfazione dei pazienti (Wagner, Ginger, Grant, Gore, & Owens, 2002). Dunque, oltre un ruolo ambiguo, sembra vi sia anche poca enfasi su tale costrutto in sanità (Reeves, 2005), in quanto il predominio dell'aspetto razionale risulta essere necessario per il perseguimento dei fini scientifici che caratterizzano le professioni che ruotano attorno a questo comparto (Mark, 2005), anche

se va detto che l'intelligenza emotiva rappresenta uno degli obiettivi strategici riconosciuti come indicatori di qualità per migliorare i servizi sanitari (Celik, 2017).

Tuttavia, anche se l'intelligenza emotiva e la competenza emotiva sono sostanzialmente due costrutti differenti, in entrambi i casi appare rilevante il ruolo della riflessione nel determinarle (Saarni, 2011). In particolare, per quanto riguarda la dimensione dell'autoconsapevolezza emotiva, sembra che la pratica riflessiva si ritiene apporti un sostanziale contributo nel formarla (Gill, 2014), promuovendo così una crescita intellettuale della persona (Salovey, 1990). Nella sostanza, sembra che la competenza emotiva sia fondamentale per svolgere efficacemente i compiti definiti dalla pratica clinica, affermando al contempo il bisogno del mondo della formazione di sostenere il professionista sanitario in questa crescita (Munrinson et al., 2008). Ne gioverà un processo decisionale clinico di maggior qualità (Kozlowski et al., 2017) unito ad accorciamento dei tempi per quanto riguarda il recupero e la diminuzione dei livelli di sintomi (De Biasi et al., 2001) del paziente.

### ***1.5 L'equipe multidisciplinare nell'asma***

Una volta analizzate le diverse *core competence* dei professionisti che operano nel settore sanitario, riteniamo necessario andare ad intercettare e presentare brevemente anche chi possiede queste competenze. A questo punto, risulta indispensabile comprendere in che contesto questi professionisti operano, quali sono le professioni che interagiscono, ma soprattutto che ruolo essi hanno nella presa in carico del paziente malato cronico.

Rispetto a quest'ultimo punto, la nostra breve disamina va ad analizzare il ruolo dell'equipe multidisciplinare nell'asma, in quanto i destinatari della nostra ricerca saranno proprio professionisti di diversa provenienza disciplinare impegnati nella cura

dell'asma del paziente pediatrico. Infatti, l'equipe multidisciplinare è composta da operatori sanitari di diverse discipline che collaborano per far fronte ai bisogni di salute della popolazione attraverso la creazione di apposite opzioni di assistenza, garantendo una maggiore continuità e il coordinamento delle cure fornite (Haggerty, Pineault, Beaulieu, Brunelle, Gauthier, & Goulet, 2008). Queste sembrano essere necessarie per garantire un'assistenza di qualità al paziente malato cronico, in quanto assicurano un approccio integrato alla gestione della malattia che include screening, check-up, monitoraggio e coordinamento del trattamento e educazione del paziente (Glossary of chronic disease management, 2021). Ma non solo, a risentirne positivamente sarebbe anche la qualità di cura percepita dal paziente connessa ai risultati di salute ottenuti (Dennis et al., 2008; Harris et al., 2011). Dunque, indipendentemente dalle dimensioni del team, l'approccio multidisciplinare sembra abbia un risvolto positivo sui processi di cura e un'influenza indiretta sui risultati dell'assistenza sanitaria e sugli esiti della salute del paziente (Wieslawa, Wranik, Prive, Susan et al., 2019). Anche nell'asma sembra sia necessario un approccio multidisciplinare (Clark, Griffiths, Kateyan & Partidge, 2010) e anche in questo caso a risentirne positivamente sarebbero un più accurato riconoscimento dei sintomi e un miglioramento della qualità della vita del paziente (Clark, Griffiths, Kateyan, & Partidge, 2010; Harris & Zwar, 2007). Va detto però che sono anche altri i vantaggi che può comportare un approccio multidisciplinare alla cura dell'asma. Infatti, è stato riscontrato che a seguito di questo tipo di presa in carico, vi è un miglioramento nel possesso dei farmaci da parte dei bambini ricoverati (Parikh, Perry, & Pantor, 2019). Ma anche una riduzione significativa dell'ospedalizzazione dei pazienti (Burke, 2016) con una conseguente riduzione dell'uso dell'assistenza sanitaria, circa il 50% in meno (Clark, Griffiths, Kateyan, & Partidge, 2010). Dunque, la gestione ottimale dei pazienti con asma difficile si basa su un rigoroso sistema multidisciplinare di valutazione (Burke et al., 2016), dove rimane tuttavia necessario un rapporto di "cura condivisa" tra

generalisti e specialisti come parte di un rapporto continuativo tra il paziente, il medico di base e lo specialista (Drummond, Abdalla & Buckingham, 1994; Meulepas, Jacobs & Lucas, 2006). Questo perché l'asma è una malattia cronica infiammatoria delle vie aeree che ne altera la responsività, conducendo ad episodi di respiro sibilante, mancanza di respiro, senso di oppressione toracica (Bateman et al., 2008). Essendo una patologia cronica, richiede al paziente di saper convivere per tutta la vita con essa e da questa necessità emerge la colonna portante della presa in carico del paziente asmatico: l'autogestione (Bateman et al., 2008). Tale obiettivo che orienta l'attività dell'equipe sanitaria non solo permetterebbe al paziente di conoscere la propria patologia e di assumere un ruolo primario nella gestione di sintomi e rischi, ma allo stesso tempo abbasserebbe il ricorso all'accesso ai servizi assistenziali (GINA, 2021). Nella sostanza rendere il paziente in grado di autogestirsi riduce l'uso delle risorse sanitarie e migliora la qualità di vita dei pazienti asmatici a tutti i livelli di gravità (Hodkinson et al., 2020), rappresentando il più elevato output raggiungibile nel contesto sanitario, esplicitabile da un ampio ventaglio di competenze in collaborazione. Tra gli interventi che lavorano in questa direzione ci sono i gruppi di mutuo aiuto, le sessioni educative individuali, la peer education, il case management, la discussione di gruppo basata sul web e così via (Clark, Griffiths, Kateyan, & Partidge, 2010). Invece, se andassimo ad osservare quali professionisti ruotano intorno alla gestione del paziente asmatico, potremmo trovare in primis il medico e l'infermiere, il cui approccio multidisciplinare abbiamo detto migliora gli standard di dimissione del paziente asmatico (Abayaratne, Babu, & McCulloch, 2011). Ad essi si aggiungono il fisioterapista e lo psicologo: il primo vede risultati specie per quanto riguarda il miglioramento della qualità della vita (Thomas, McKinley & Freeman, 2003) del paziente, attraverso la stesura di protocolli di esercizio fisico strutturato, test del cammino e simili, mentre il secondo interviene per educare i bambini ed i loro genitori ad una gestione graduale della patologia (Fieten, 2019). Ma, nonostante l'efficacia di

questo genere di interventi per quanto riguarda il tema dell'aderenza e l'accettazione della patologia (Burke et al., 2016; Carroll, Balkrishnan, Feldman, Fleischer, & Manuel, 2005), sembra che gli stessi siano più di stampo educativo che psicoterapico (Smith, Mugford, Holland et al., 2005). In questo senso, l'approccio educativo ha l'obiettivo rendere il paziente consapevole dei suoi problemi di salute, così da sviluppare un'analisi autonoma dei suoi comportamenti e delle sue abitudini al fine di prendere decisioni consapevoli per la propria salute (Moretto, 2019). A tal proposito, le figure impegnate non sono solo infermieri, medici, fisioterapisti e psicologi ma anche educatori professionali, operatori sociosanitari e così via. In sostanza, quello che sembra rilevante affermare è che l'equipe multidisciplinare ha un ruolo fondamentale nell'identificazione e nel trattamento di fattori modificabili che possono caratterizzare la vita del bambino asmatico (Finardi e Saglani, 2020). Ne derivano non solo una qualità maggiore delle cure fornite al paziente, così come una sua maggiore soddisfazione dello stesso, ma soprattutto la possibilità per il bambino malato di evitare esami invasivi e inutili cure farmacologiche (Finardi & Saglani, 2020).

## Capitolo 2 – Dalla riflessione alla pratica riflessiva nel contesto sanitario

Per comprendere come queste *core competence* possano essere ricalibrate ad un contesto lavorativo in costante crescita, sembra che vi sia la necessità dell'operatore di rimettersi in gioco, analizzando criticamente tutto ciò che compone la competenza stessa e la sua esplicitazione. Una parola potrebbe altresì riecheggiare a questo punto: "riflessione". Un processo di cui diversi autori hanno scritto, di cui esistono numerosi modelli e a cui fanno testo altrettante teorie di riferimento. Da Socrate, Dewey, Freire, passando per Schön e così via, sono diversi i contributi che possiamo trovare in letteratura e che ci apprestiamo a presentare.

Una volta analizzati questi contributi, andremo a presentare il legame che esiste tra la riflessione e la pratica professionale degli operatori sanitari, ponendo l'attenzione su come ciò si declina nell'effettivo esercizio della pratica clinica. Questo perché il presente lavoro vuole tradursi anche in una proposta di intervento che permetta all'operatore sanitario di acquisire un processo di pensiero riflessivo che gli permetta di supportare la crescita delle sue rispettive *core competence*. In sostanza, la nostra ricerca vede nella pratica riflessiva un vero e proprio strumento per supportare il miglioramento delle *core competence* degli operatori sanitari, arrivando essa stessa ad essere riconosciuta come competenza di base dei professionisti della salute. Ma per dimostrare ciò, occorre partire da una breve presentazione dei vari pensieri che si sono susseguiti in materia di pratica riflessiva e del suo processo in generale.

## ***2.1 Tra riflessione e pratica riflessiva: autori, teorie e modelli***

Ad oggi sembrano essere diversi i contributi che la letteratura ha fornito rispetto al costrutto della riflessione. Dalla filosofia alla psicologia, passando per la pedagogia, numerose risultano essere le scienze che negli anni hanno approfondito l'analisi di questo tema. Già con Platone osserviamo una prima embrionale articolazione di quel dialogo interiore che è riflessione che dal latino significa “volgere indietro”, “ripiegamento” (Enciclopedia Treccani Online, 2021). Il filosofo, nel mito di Teeteto, promuove da Socrate una definizione sul pensiero, nella quale quest'ultimo diviene una sorta di dialogo che l'anima instaura con sé stessa al fine di analizzarne ciò di cui sta facendo esperienza. In questa sede, andremo a vedere solo alcuni degli autori, delle teorie e dei modelli costruiti rispetto a questo costrutto, e per farlo, la nostra analisi non si muoverà secondo un particolare ordine, anzi, cercherà nell'argomentazione di unire i diversi contributi apportati dai vari autori. L'obiettivo di questa scelta stilistica non è quella di fornire al lettore una panoramica delle diverse analisi sulla riflessione, tanto quello di far comprendere quali elementi minimi vi rientrino, quante diverse ed opinabili argomentazioni esistano, nonché di introdurlo nello scenario del progetto vero e proprio che vedrà nella riflessione la colonna portante del tentativo di accrescere le *core competence* dell'operatore sanitario.

Un primo autore interessato al tema è sicuramente John Dewey, che con la distinzione tra “*experiencies had*” e “*experience known*” va a sottolineare come Calcaterra (2013) ci aiuta ad osservare, nella seconda i prodotti della riflessività sugli eventi esperienziali. E ancora, nell'esperienza secondaria, secondo Dewey, l'attività riflessiva ha un ruolo determinante, laddove questa si costituisce di elementi emotivi, sociali, psichici e fisici e di ripiegamento su di essa. Dunque, in Dewey la riflessione è un processo di costruzione di significato rigoroso che si basa su una comprensione profonda dei legami che vi sono

tra le esperienze, in un'ottica di interazione continua che va a valorizzare la crescita della persona. Nella sua teorizzazione del costrutto vediamo che il processo riflessivo inizia con un'esperienza da cui deriva un'interpretazione spontanea e a cui seguono delle eventuali domande su di essa. Da qui dipartono delle possibili spiegazioni che si tramutano in probabili ipotesi che si potranno verificare o meno (Rodgers, 2002). Sostanzialmente, per Dewey, l'esperienza riflessiva rientra in una sorta di dubbio iniziale a cui segue un'interpretazione pressoché provvisoria e l'analisi di diversi scenari considerabili, infine dall'elaborazione di ipotesi si arriva alla decisione di fare qualcosa (Van Manen, 1995).

Il pedagogista americano rappresenta un intellettuale di spiccato interesse per un secondo autore che presentiamo, Donald Schön, il cui libro "Il professionista riflessivo" (1993) rappresenta una delle pietre miliari nella nostra ricerca. In Schön, infatti, la crescita professionale inizia proprio con una sorta di "dubbio Deweyano" che problematizza l'esperienza e viene risolto attraverso un discernimento della situazione (Shapiro, 2010). Ma non solo, anche la pratica riflessiva come l'indagine Deweyana richiede la progettazione del senso dell'esperienza e il focus sul problema ivi creatosi. Secondo Bauer (1991) in Dewey si possono trovare tre elementi di similarità rispetto a come gli autori articolano il concetto di pensiero riflessivo. In entrambi, infatti, sembra che una categoria della riflessione sia quella biografica, ove rientrano il sapere e le conoscenze, la razionalità e così via. In secondo luogo, la riflessione sembra nutrirsi per entrambi di un contesto incerto fatto di situazioni, ambienti, esperienze e azioni collocate in un qualcosa che non è ancora accaduto, che fa riferimento al futuro, alla riflessione stessa e alle conseguenze delle azioni (Bauer, 1991). Inoltre, sembra che altri punti di giunzione tra il pensiero di Dewey e quello di Schön comprendano il legame tra riflessione intenzionale e azione e il concetto di arte ed estetica della pratica (Kinsella, 2009). Rispetto a quest'ultimo punto, Schön ne "Il professionista riflessivo", usando anche le

parole di Brooks, afferma che “il caso che si presenta come unico richiede un’arte della pratica che potrebbe essere insegnata se fosse costante e nota, ma essa non lo è” (p. 43). L’esercizio artistico stesso, inoltre, rivolto ad un caso che si presenta come unico, “appare anomalo quando la competenza professionale è modellata in termini di applicazione di tecniche consolidate a eventi ricorrenti” (p. 43). Un esercizio artistico che secondo l’autore dovrebbe prendere la forma di una “conversazione riflessiva” con quella situazione che appare unica e incerta. Per Schön quindi, qualsiasi evento che non rientra nella quotidianità dell’esercizio della pratica professionale richiede un approccio artistico che non si basi sul mero uso del sapere tecnico. Questo perché “la razionalità tecnica dipende dal consenso sui fini” e “i professionisti che si fanno guidare da essa non si qualificano con modi artistici di affrontare fenomeni incerti” (p. 68). A tal proposito, secondo l’autore, uno di questi modi è l’indagine, che basandosi sull’abilità artistica, diventa un modello di relazione riflessiva in grado trasformare la prima in un “esperimento di strutturazione” (Paterlini, 2019; Schön 1993, p. 89). Questa indagine nel corso della pratica, che permette di interagire con il caso unico, troverà luogo in tre distinte forme di sperimentazione: esplorativa (“e se?”) che dovrebbe portare alla scoperta di qualcosa (Paterlini, 2019; Schön 1993, p. 164); di verifica, che è priva di fini, e di verifica di ipotesi. In questo senso, sembra evidente il richiamo di Schön alla teoria dell’indagine di Dewey (Frison, Fedeli & Minnoni, 2017). Altri elementi minimi del pensiero Schöniano li potremmo rintracciare nel tema della conoscenza professionale e della sua pratica. Infatti, come afferma Schön citando Wilbert Moore, “i due fondamenti della specializzazione in una professione sono il reale campo di conoscenze che lo specialista dichiara di dominare e la tecnica di produzione o di applicazione di conoscenze di cui lo specialista rivendica padronanza” (p. 52). Alcune professioni non avendo fini ambigui diventerebbero maggiori rispetto ad altre dove la base di conoscenza rimane instabile e poco sistematizzata, ma questo deriverebbe da una diversa articolazione del

concetto di razionalità tecnica che è l'epistemologia positivista della pratica (p. 59). Quella pratica professionale che come sostiene Schön citando Glazer N. è un'attività di tipo strumentale e secondo la razionalità tecnica è un processo di risoluzione dei problemi mediante una relazione tra mezzi e fini. Dunque, "i problemi decisionali sono risolti mediante la selezione, fra mezzi disponibili di quello che meglio si adatta a determinati fini" (p. 51). Tuttavia, a proposito di ciò, Schön sostiene che concentrandoci sulla relazione tra mezzi e fini nella risoluzione di un problema dimentichiamo la sua impostazione, ovvero come giungiamo a definirlo. Per quanto riguarda lo snodo centrale della nostra analisi, la riflessione nella pratica, Schön afferma che "la riflessione funge da correttivo all'eccessivo apprendimento" [e che nel corso di essa] "i possibili oggetti della riflessione sono variabili al pari dei tipi di fenomeni che sono di fronte a lui e dei sistemi di conoscenza che egli impiega" (p. 88). Ma non solo. Egli ritiene che i professionisti riflettano sul proprio processo conoscitivo che ha luogo nella pratica, i cui fenomeni di cui parlavamo poco fa se dovessero uscire dall'ordinarietà, permetterebbero alla persona di criticare l'iniziale riflessione per costruirne una nuova, verificandola sul campo. Ciò che ne deriva è quello che prima definivamo con "nuova impostazione del problema" (p. 67). Per quanto riguarda l'argomentazione di Schön circa la riflessione in sé, egli la articola in due processi: la reflection in action e la reflection on action. Nel primo caso l'autore sostiene che "il nostro conoscere è normalmente tacito e che sia implicitamente definito dai nostri modelli di azione", dunque, il nostro conoscere dell'azione è da ricercarsi nell'azione stessa (p. 76). La riflessione nel corso dell'azione permette di rimuovere il "dilemma tra rigore e pertinenza" e si accompagna ai materiali in considerazione e dipende dall'esperienza della sorpresa (p. 76). Lo studioso aggiunge che la riflessione nel corso dell'azione non può essere temporalmente limitata, in quanto la sua velocità dipende dalla durata della situazione incontrata. Dunque, quando uno riflette nel corso dell'azione diventa una sorta di ricercatore operante nel contesto della pratica e

nella sostanza arriva a definire in modo interattivo fini e mezzi della stessa. La riflessione sull'azione invece avviene in un momento successivo all'azione stessa ed ha il compito di revisionare e comprendere più in profondità le azioni compiute in quella situazione (Frison, Fedeli & Minnoni, 2017; Griffiths, 2000). Ma Schön a tal riguardo, prosegue l'argomentazione sostenendo che un livello ulteriore di questo tipo di riflessione a carattere retrospettivo è racchiusa nella capacità di riflettere anche sulla propria riflessione finché questa si dipana nell'azione che si sta svolgendo (Paterlini, 2019) attraverso cui si analizza criticamente il processo attivato. Passando in rassegna altri autori, potremmo notare approcci molto diversi. Per Freire, ad esempio, la riflessività ha più una valenza sociale (Hasbrook, 2002); per Mezirow (2016) invece l'apprendimento stesso diviene un ciclo che inizia con l'esperienza, prosegue con la riflessione e si conclude poi con l'azione (Kelly, 1997). Tuttavia, è proprio con quest'ultimo che potremmo approfondire la valenza "critica" che ha la riflessione di cui trattavamo poco fa, in quanto nelle sue argomentazioni diviene una parola non solo ricorsiva ma dotata di un senso profondo. Per Mezirow (2016), infatti, la riflessione ha una funzione di strumento di consapevolezza delle proprie premesse implicite che sono alla base del normale funzionamento della persona (Biasin, 2015). Questa è quella che nella sua teoria rappresenta una sorta di fase riflessiva primaria dell'indagine critica, una dimensione in cui si acquisisce consapevolezza di una situazione che può essere più o meno problematica (Paterlini, 2019). Ma ancora, secondo l'autore la riflessione non è altro che "il processo con cui si valutano criticamente il contenuto, il processo o le premesse dei nostri sforzi finalizzati ad interpretare un'esperienza e a darvi significato" (Mezirow, 2016. p. 53). Dunque, l'apprendimento stesso diviene un processo critico e riflessivo consapevole, che però si articola in quattro forme. Infatti, può avvenire attraverso gli schemi di significato, la creazione di ulteriori nuovi schemi, la trasformazione degli stessi e la trasformazione di un'intera prospettiva di significato che non sono altro che modelli

di aspettative in grado di filtrare le capacità percettive e di cognizione. Attraverso quest'ultima modalità avviene quello che l'autore definisce "apprendimento trasformativo" e la riflessione, al suo interno, non diviene un elemento centrale soltanto nel processo di problem solving ma anche in quello di problem posing (Biasin, 2015; Paterlini, 2019).

Un altro autore particolarmente sensibile al tema della riflessione tanto da arrivare a strutturarne un modello, è sicuramente Boud (1985) e collaboratori. Secondo gli autori il processo riflessivo parte dalla persona stessa che riflette con intento sulle proprie esperienze, cioè con un obiettivo. A ciò si unisce il terzo passaggio del processo ove si afferma l'interconnessione tra sentimenti e cognizione nella riflessione. Gli autori aggiungono poi che la riflessione non è un'attività solistica ma può verificarsi in gruppo attraverso la scrittura e i pensieri individuali. Nel modello di Boud potremmo notare anche che sono due gli elementi principali: l'esperienza e l'attività riflessiva su quell'esperienza. Alla prima, che rappresenta la risposta complessiva di una persona ad una determinata situazione, segue la seconda attraverso cui le persone riprendono l'esperienza e la valutano. Il risultato di quella valutazione può essere un nuovo stato affettivo, una convalida del sapere già posseduto, una nuova conoscenza e così via. A questo punto diventa necessario introdurre un ulteriore dettaglio rispetto al lavoro di revisione della letteratura e ricerca che troveremo nelle pagine che seguiranno.

Come abbiamo già sostenuto in altre parti del nostro lavoro, l'obiettivo è quello verificare se un intervento di formazione basato sulla pratica riflessiva sia in grado di migliorare le *core competence* dell'operatore sanitario. Al fine di una progettazione efficace dell'intervento sarà necessario ricalcare le teorie andragogiche in quanto capisaldi nella letteratura relativa alla formazione degli adulti. Ma non solo. Sarà infatti necessario avvalersi di un modello che nel caso della formazione degli adulti sembra essere quello esperienziale, in quanto particolarmente accreditato con questo target di persone. Quello

che ora sembra rilevante evidenziare a tal proposito ha a che vedere con il fatto che già nella sua forma embrionale, il modello esperienziale richiama tra le sue dimensioni proprio la riflessione. Il modello esperienziale di Kolb e Fry (1984) infatti si articola in quattro dimensioni: l'esperienza concreta, l'osservazione e la riflessione, la formazione di concetti astratti e la sperimentazione (Smith, 2009). Dunque, di fronte a un'esperienza, a un problema, attraverso la riflessione si cercano somiglianze o differenze rispetto a ciò che è avvenuto, successivamente si ipotizzano altre possibilità applicative e le si sperimentano (De Girolamo, 2020). Quello che emerge in questo senso è un ruolo strutturale della riflessione nella teorizzazione del modello esperienziale di Kolb e Fry. Questa forma di apprendimento, infatti, si basa sulla connessione di due fattori indispensabili: la "*prehension*" e la "*transformation*" (De Girolamo, 2020, p. 4). Con la prima si intende il modo in cui si acquisisce l'esperienza, con la seconda il modo in cui si apprende modificandola. All'interno di quest'ultima dimensione si trova anche l'"*intention*" (p.4), che è un momento di riflessione interiore che sarebbe connesso alla fase dell'osservazione riflessiva nel modello. L'"*extention*", ovvero l'altra dimensione, individua il cambiamento derivante la sperimentazione attiva che ha portato a manipolare la situazione (p. 4).

Una risposta a questo modello sarà quello di Jarvis (1995), che critica il fatto che Kolb e Fry non si fossero interessati della diversa modalità con la quale le persone possono rispondere alle varie e mutevoli situazioni di apprendimento (Bergsteiner & Avery, 2009). Nella sostanza il suo modello si compone di nove scenari possibili a partire dall'esperienza vissuta: i primi rientrano tra ciò che lui definisce "non apprendimento", ovvero tutti quei comportamenti che ne impediscono il processo; i secondi rientrano nel cosiddetto apprendimento non riflessivo, in cui rientrano le attività preconscie derivanti abilità o capacità mnestiche; infine vi è l'apprendimento riflessivo in cui la riflessione stessa modula i comportamenti dell'esperienza, favorendo il cambiamento (Smith, 2009).

Potremmo concludere in modo approssimativo affermando che la riflessione è una nozione descrittiva e non prescrittiva che si riferisce ad un processo di pensiero poco chiaro con il tentativo di darne chiarezza (Clarà, 2014), ma sembra necessario inoltrare già ora alcuni elementi rispetto alla connessione della riflessione con le professioni sanitarie. Anzitutto perché la riflessione e la sua progenie, la pratica riflessiva, sono ormai ampiamente comprese come competenze fondamentali nelle professioni di aiuto (Bailey & Leigh, 2013). Infatti, la pratica riflessiva è vista come un mezzo con il quale l'operatore può accrescere la propria autoconsapevolezza rispetto le proprie performance e ciò ricadrebbe in una maggiore serie di opportunità di sviluppo professionale (Osterman & Kottkamp, 1993). Nella sostanza, la pratica riflessiva sembra goda di una vasta letteratura che l'ha portata a divenire un costrutto fondamentale anche nel comparto sanitario e delle professioni di aiuto, che a loro volta stanno vedendo l'importanza di includerlo come parte della formazione e dello sviluppo professionale di questi professionisti (Driessen, Van Tartwijk & Dornan, 2008).

## ***2.2 La riflessione e la pratica riflessiva nelle professioni sanitarie***

La riflessione è ormai parte integrante delle diverse competenze che sono coinvolte nelle situazioni della pratica professionale sanitaria (Hedy et al., 2012; Mann, Macleod & Gordon, 2009). Anche se, più in generale, potremmo osservare che essere coinvolti nel processo riflessivo dovrebbe permettere a tutti i professionisti di individuare i propri punti di forza e debolezza, migliorandone l'esplicitazione della pratica futura (Thompson & Pascal, 2012). Dunque, l'esercizio e la pratica della riflessione risultano essere elementi importanti in diverse professionalità, non solo nel settore sanitario. Tuttavia, nel primo caso, sembra che lo sviluppo della "pratica riflessiva" permetta di dare significato a

situazioni complesse, imparando dall'esperienza, anche se tale complessità deriva dall'esperienza stessa della persona, dalla sua varietà individuale e dal contesto (Mann, Macleod, & Gordon, 2009). Questo processo multifattoriale, che è la riflessione, si dipana durante l'esperienza, nell'esperienza e nell'anticipazione di situazioni complesse (Mann et al., 2009), permettendo all'operatore sanitario di esercitare una pratica professionale efficace e centrata sul paziente (Bulman & Schouten, 2013).

Nella nostra analisi sosteniamo che il legame tra professionisti della salute e riflessione deriva dalla necessità di vedere in queste professioni non solo una traduzione della mera “tecné”, ovvero il fare tecnico, ma anche della “praxi”, cioè un agire morale che ha come obiettivo il bene del paziente (De Mennato & Pennacchini, 2015). Dunque, gli operatori sanitari hanno la necessità di riappropriarsi di una sorta di nuova epistemologia della pratica riflessiva che gli permetta di svincolare la loro attività dal mero strumento di esercizio e dallo schema operativo nel quale essa può essere racchiusa (SIPEM, 2014). Per fare ciò, nelle pagine che seguiranno vedremo come un intervento formativo che fa della pratica riflessiva il suo fondamento cercherà di favorire nel professionista sanitario un miglioramento delle sue *core competence*. Addentrandoci ancor più in profondità nell'analisi del costrutto in sanità, potremmo notare che in generale la pratica riflessiva permette al professionista della salute di accrescere la sua capacità di offrire un'assistenza efficace al paziente (Koshy et al., 2017). I principali modelli presi come riferimento della riflessione e della pratica riflessiva in questo settore traggono le proprie radici dal pensiero di Dewey e Schön, includendo anche elementi della riflessione critica di Mezirow (Fragkos, 2016). In particolare, a tal proposito, la letteratura evidenzia per la professione infermieristica un uso prevalente del modello di Gibbs, Schön, Atkins e Murphy, Kolb e Johns, specie per quanto riguarda la strutturazione di un piano di riflessione nel corso dell'azione e a posteriori (Mantzourani, Desselle, Lonie & Lucas, 2019). In questo senso, altri autori sostengono la rilevanza anche dei già citati Boud e

Mezirow, vedendo nell'esperienza progressa del professionista riflessivo un elemento minimo fondamentale ai fini di un nuovo apprendimento (Dubè & Ducharme, 2015). Tuttavia, sempre riprendendo uno studio sugli infermieri di Dubè e Ducharme, sembra che nella maggior parte dei casi il processo di riflessione, in questa professione, si riferisca al suo dipanarsi nel corso dell'azione e sull'azione (ovvero quando il fatto è avvenuto) di Schön (Dubè & Ducharme, 2015). In alcuni casi si sostiene che la routinizzazione della pratica riflessiva nella professione infermieristica sia associata ad un miglioramento del processo decisionale e della logica delle azioni che si mettono in atto per assicurare una cura del paziente efficace (Kim, Min, & Kim, 2018). Ma a migliorare sarebbe anche la capacità di pensiero critico e comunicazione tra colleghi, non solo le prestazioni lavorative. In sostanza, nella professione infermieristica, la pratica riflessiva rappresenta uno strumento grazie al quale il professionista è in grado di riconoscere i propri punti di forza e di debolezza (Oluwatoyin, 2015). A sua volta, essa viene "associata all'apprendimento dall'esperienza ed è vista come un'importante strategia per i professionisti della salute che abbracciano l'apprendimento permanente" (p. 28). In questo senso, riferendoci ancora al pensiero di Oluwatoyin, la riflessione rappresenta un metodo che permette di promuovere autonomia nell'operatore e migliorare la qualità delle cure offerte al paziente, alimentando al contempo nel professionista la necessità di una costante crescita professionale. In tutto ciò, va detto quindi che la riflessione non rappresenta solo una pratica di pensiero critico che permette agli infermieri di identificare nuove conoscenze nell'esercizio della loro professione (Chong, 2009) ma, come per tutti i sanitari, essa è un'attività informale che permette loro di assicurarsi uno sviluppo professionale continuo (Cole & Mark, 2005; Koshy, 2017). Per quanto riguarda la categoria dei medici, vengono sottolineati come riferimenti ancora una volta Schön, Kolb e Mezirow, specie per quanto concerne il debriefing e il processo di decision making (Mantzourani, Desselle, Lonie & Lucas, 2019). In particolare, in

medicina, sembra che la pratica riflessiva si articoli in cinque fattori: induzione deliberata (ove il medico ragiona su un quesito sconosciuto), deduzione deliberata (inferenza logica delle conseguenze di possibili ipotesi), test (una valutazione degli scenari previsti), apertura e riflessione che richiede la motivazione a farlo ed il meta ragionamento (pensiero critico sui propri processi di pensiero) (Mamede & Schmidt, 2004). Invece, per quanto riguarda la pratica professionale, sembra non vi sia chiarezza sul contributo che la pratica riflessiva dia al processo diagnostico. Infatti, alcuni studi in dermatologia sembrano evidenziare che ci siano degli effettivi miglioramenti per quanto riguarda l'accuratezza diagnostica dei medici che utilizzano la riflessione in questo iter (Costa Filho et al., 2019). Altri, invece, sostengono che non vi siano degli effettivi miglioramenti confrontando l'accuratezza della diagnosi derivante dalla pratica riflessiva rispetto a quella derivante dalla prima impressione (Lambe, Hevey, & Brendan, 2018). Anche in fisioterapia sembra sia affermato l'utilizzo della pratica riflessiva, specie per quanto riguarda il processo di problem solving, il miglioramento della pratica clinica, la gestione delle emozioni e dei sentimenti (Cole & Mark, 2005). Sono queste e molte altre le discipline sanitarie che si sono avvicinate negli anni al costrutto di riflessione e pratica riflessiva, ma, nonostante ciò, continuano a mantenere una visione diversa per quanto concerne il suo ruolo e i benefici ad essa connessa (Mantzourani, Desselle, Lonie, & Lucas, 2019).

Un ulteriore aspetto suggestivo riguarda la relazione tra la pratica del pensiero riflessivo tra gli operatori sanitari e l'aumento del loro senso di autoefficacia, così come la diminuzione del loro senso di insoddisfazione e dell'incidenza del burnout professionale (Van Roy, Vanheule, & Inslegers, 2015). Infatti, a tal proposito è stato affermato che negli studenti di medicina l'utilizzo della pratica riflessiva applicata al contesto clinico, non solo migliora la qualità della cura offerta al paziente, ma permetterebbe loro anche di ridurre lo stress correlato al lavoro stesso (Lutz et al, 2013). Ma non solo. Anche le

conoscenze e le capacità cliniche dei professionisti sembrerebbero aumentare così come ad intrigare sono il possibile cambiamento degli atteggiamenti, dei valori, delle credenze che sembra emergere dalla pratica riflessiva degli operatori sanitari unito all'impatto che ciò ha sull'organizzazione (Nguyen, Fernandez, Karsenti, & Charlin, 2014; Tsigos, Bosnic-Anticevich, & Lonie, 2015). Questo perché l'apprendimento trasformativo (Mezirow, 2016) che emerge dalla pratica riflessiva può permettere all'operatore sanitario di cambiare il proprio schema di significato così come un'intera prospettiva e, a sua volta, acquisire nuovi e diversi modi di impegnarsi all'interno di un contesto multidisciplinare (Hovey et al, 2018). In questo senso, un ultimo dato interessante deriva proprio dalla necessità che i medici hanno di valutare criticamente le informazioni che provengono dal loro contesto, valori e così via. Sembra infatti che tale processo abbia ricadute positive sulla relazione medico paziente (Alicia et al., 2009).

A questo punto, si rivela rilevante affermare che la nostra ricerca, traducendosi nella progettazione e realizzazione di un intervento formativo con un'equipe multidisciplinare, vede il suo razionale nella relazione tra pedagogia e professioni sanitarie. In questa sede, dunque, si cerca di legare il mondo pedagogico e quello sanitario, attraverso una proposta formativa che fa della pratica riflessiva lo strumento, il materiale e il metodo per migliorare le *core competence* degli operatori sanitari. A tal proposito, una revisione sistematica della letteratura ha indagato i diversi approcci pedagogici nelle diverse professioni sanitarie, classificando le tecniche riflessive in metodi sommativi e formativi (Norrie, Hammond, D'Avray, & Collington, 2012). Nei primi rientrano il portfolio, i diari riflessivi, gli incidenti critici e i seminari, nel secondo, invece, rientrano gli esercizi in classe, l'uso di modelli di riferimento e l'autoriflessione guidata da supervisori o tramite osservazione tra pari (Norrie, Hammond, D'Avray, & Collington, 2012). Rispetto a quest'ultimo elemento, va detto che sono anche altri gli studi che sottolineano l'importanza del supervisore rispetto ai benefici che possono scaturire dalla pratica

riflessiva, così come sembra che ad influenzarla sia anche l'ambiente e il timing a disposizione (Mann e Macleod, 2009).

Tornando agli approcci pedagogici che possiamo trovare nel campo sanitario rispetto al tema della pratica riflessiva, potremmo riassumere dicendo che le strategie adottate sono diverse: da quelle verbali fatte di laboratori di gruppo o quelle scritte come il diario riflessivo alle strategie miste (Dubè & Ducharme, 2015). Strumenti quali il portfolio ad esempio permettono a infermieri, medici e fisioterapisti di acquisire maggiore consapevolezza di sé così come una maggiore integrazione tra teoria e pratica ed una migliore gestione degli stati emotivi (Buckley et al., 2009). Infine, altre tecniche possono essere il mentoring (Borch et al., 2011), i role playing (Reed & Koliba, 1995) o i gruppi di mind body (Saunders et al., 2007), che fanno emergere l'importanza di temi come la scoperta di sé e il sollievo dallo stress.

In conclusione, possiamo dire che essendo i membri di un'equipe multidisciplinare i partecipanti del nostro intervento formativo, anche in questo caso la pratica riflessiva sembra portare un valido contributo al miglioramento della collaborazione all'interno del team (Richard et al., 2018). Tuttavia, quello che in questa sede ci preme argomentare a conclusione del nostro ragionamento riguarda l'obiettivo su cui questa analisi vorrebbe portare a riflettere il lettore. Ivi si sostiene la riflessione non come esecuzione di un esercizio mentale bensì come "modo di essere", che permette all'operatore sanitario di fornire un'assistenza centrata sul paziente, di essere agente di cambiamento sociale, riuscendo a collocare la salute in un contesto sociale più ampio (McCoach, 2016).

## Capitolo 3 – La ricerca: dalla Literature Review a una proposta operativa

### 3.1 Obiettivo della Literature Review e domande di ricerca focalizzate

La ricerca presentata in questo capitolo nasce dalla curiosità di capire se la pratica riflessiva possa considerarsi in toto una *core competence* dell'operatore sanitario. Individuare le modalità attraverso cui questa pratica si dipana e come influenzi la competenza professionale diviene una vera e propria mission nella nostra ricerca. Dall'esplicitazione di questi presupposti, ci sposteremo all'analisi e considerazione di quali tecniche formative possano inserirsi per una progettazione educativa che sia in grado di fornire agli operatori sanitari una pratica riflessiva in grado di supportare la pratica clinica e quindi l'accrescimento delle rispettive competenze che ne derivano.

Ma prima di passare ad una proposta operativa, risulta indispensabile ricercare le evidenze presenti in letteratura circa la pratica riflessiva nei contesti sanitari, sottolineandone anche dei limiti che permettano di fondare razionalmente la nostra proposta di intervento. Dunque, questa revisione della letteratura affronta le seguenti domande di ricerca:

- La pratica riflessiva, può considerarsi una *core competence* degli operatori sanitari? Se sì, in che termini?
- Quali sono le tecniche maggiormente evidenziate per supportare questo processo in ambito sanitario?
- Quali sono i vantaggi e limiti di questa pratica professionale?
- Su quali capisaldi educativi deve poggiare la progettazione formativa che ha per oggetto la pratica riflessiva nei contesti sanitari?

La revisione della letteratura ha previsto l'utilizzo di piattaforme di ricerca come Google Scholar, Pubmed, ScienceDirect e Cinhal. Le parole chiave utilizzate sono state: "reflective practice - Healthcare", "reflective practice – multidisciplinary teams", "reflection – Healthcare".

### 3.2 Le evidenze in letteratura: Literature Review e riflessioni verso l'operatività

Da quanto emerso nell'analisi della letteratura, sono stati evidenziati cinque articoli particolarmente predittivi e rispondenti alle nostre domande di ricerca. La tabella che segue (fig. 1) rappresenta una traduzione, senza riformulazioni, delle diverse argomentazioni su cui si sviluppa la riflessione circa il tema della pratica riflessiva nei contesti sanitari. Sono state selezionate quattro revisioni della letteratura e una revisione unita a due casi studio. Come emergerà dalla lettura della tabella, alcuni articoli presentano una mancanza di alcuni elementi minimi fondamentali della ricerca scientifica basata sull'evidenza. Tuttavia, si ritiene che data l'ambiguità e la non proliferazione di questo tema in letteratura, gli articoli rispondano, attraverso le loro argomentazioni, ai nostri quesiti di ricerca.

<b>Literature Review</b>	
<b>References</b>	Fragkos, C.K. (2016) Reflective Practice in Healthcare Education: An Umbrella Review. <i>Educ. Sci.</i> 6, 27.
<b>Abstract</b>	L'argomento della riflessione nell'educazione sanitaria risulta essere un argomento emergente tanto che sono diversi gli articoli finora pubblicati. Questa revisione sistematica della letteratura esplora diverse dimensioni dell'interazione tra questi due costrutti: le definizioni e i modelli attualmente in uso, l'influenza della riflessione nella progettazione e nella valutazione, le sfide future da affrontare. Diciannove recensioni hanno soddisfatto i criteri di inclusione e hanno riportato come la riflessione venga perlopiù considerata come autoriflessione e riflessione critica, mentre la nozione di epistemologia della pratica risulta essere meno in sintonia con il paradigma della medicina basata sull'evidenza e della scienza moderna. Le tecniche riflessive definite dai diversi contesti (sommative, formative, di gruppo o individuali) sono state associate all'apprendimento ma l'argomento presenta problemi di validità, affidabilità e riproducibilità. Le sfide future includono la necessità di rifarsi ad una epistemologia della riflessione nell'educazione sanitaria e lo

	sviluppo di approcci per la pratica e la valutazione della riflessione senza perdere il background teorico.
<b>Domanda di ricerca/finalità</b>	<p>1. Quali modelli e definizioni di riflessione e pratica riflessiva sono in uso?</p> <p>2. In che modo la ricerca empirica descrive la pratica riflessiva nell'educazione sanitaria (la progettazione e valutazione degli interventi educativi)?</p> <p>3. Quali sono le direzioni future della ricerca e della pratica riflessiva nell'educazione sanitaria?</p>
<b>Metodologia/ Disegno di ricerca</b>	<p>Revisione sistematica della letteratura (Umbrella Review)</p> <p>Dei 443 studi identificati sono stati selezionati 19 articoli che hanno soddisfatto i criteri di inclusione.</p>
<b>Risultati</b>	<p>Rispetto alle domande di ricerca:</p> <p>1. Quali modelli e definizioni di riflessione e pratica riflessiva sono in uso?</p> <p>Nguyen, Fernandez, Karsenti e Charlin hanno sviluppato un modello concettuale di riflessione che identifica cinque componenti fondamentali classificate secondo il contenuto, il processo o entrambi. In questo caso la riflessione coinvolge: il pensiero e le azioni, il processo di attenzione, critico, esplorativo e iterativo, la cornice concettuale e la visione del cambiamento del sé.</p>

Questa la definizione che ne emerge:

“La riflessione è il processo di coinvolgimento del sé in attività attente, critiche, esplorative e iterative interazioni con i propri pensieri e azioni, e la loro cornice concettuale sottostante, al fine di modificarli in vista del cambiamento stesso”

Esperienza e tempismo inciderebbero su questo processo i cui richiami teorici si rifanno a John Dewey, Donald Schön, Chris Argyris, Boyd e Fales, Kolb, David Boud e Jack Mezirow.

Secondo Kinsella, Friesen e Hodges vi sono due principali orientamenti teorici sulla riflessione: l'epistemologia della pratica riflessiva e la riflessione come indagine sociale critica. Anche in questo caso viene ripresa l'articolazione di Schön. Inoltre, vengono evidenziati dei paradossi nell'utilizzo della riflessione nell'educazione medica: applicazioni della riflessione basate sul sé come oggetto dello stesso processo, la razionalizzazione dell'obiettivo educativo caratterizza l'estrema quantificazione e misurazione dell'apprendimento che perde una valenza artistica e si riduce quindi al puro riduzionismo.

2. In che modo la ricerca empirica descrive la pratica riflessiva nell'educazione sanitaria (la progettazione e valutazione degli interventi educativi)?

Norrie, Hammond, D'Avray, Collington e Fook analizzando gli approcci pedagogici nelle diverse professioni sanitarie hanno evidenziato una vastità di tecniche riflessive. Tra i metodi sommativi troviamo il portfolio, il diario e le raccolte autobiografiche, i saggi sugli incidenti critici e i seminari. Tra i metodi formativi troviamo gli esercizi in classe, l'autoriflessione guidata da supervisori, mentori, precettori o l'osservazione tra

pari.

Buckley, Coleman, Davison, Khan, Zamora, Malick, Morley, Pollard, Ashcroft, Popovic e Sayers hanno esaminato la prevalenza dell'utilizzo del portfolio.

Tsingos, Bosnic-Anticevich, Lonie e Smith hanno esaminato l'utilizzo di tecniche quali le riviste riflessive, portfolio, blog, questionari, video e diari.

Asselin ha indagato la riflessione nel contesto di sviluppo professionale infermieristico, evidenziando strumenti come diari, la riflessione guidata dal gruppo, journaling riflessivo e la scrittura riflessiva.

Epp ha evidenziato l'aumento dell'apprendimento degli studenti delle professioni sanitarie attraverso il diario riflessivo, dando evidenza del ruolo della scrittura quale metodo efficace.

Miraglia e Asselin hanno sottolineato l'importanza dei dialoghi riflessivi scritti o verbali, individuali o di gruppo. Gli autori hanno discusso il contrasto tra la riflessione strutturata e quella non.

Van Roy, Vanheule e Inslegers hanno esaminato la relazione tra riflessione pratica e risultati per gli operatori sanitari. I risultati evidenziano un aumento dell'autoefficacia, diminuzione del burnout ma non aumento delle rispettive conoscenze cliniche.

Studi in campo psicoterapico hanno evidenziato che le tecniche riflessive migliorano le competenze tecniche, la consapevolezza di sé, le capacità interpersonali, percettive e relazionali, maggiore empatia.

Quello che si evince è un minor interesse per il tema della

valutazione della pratica riflessiva rispetto al design dell'intervento stesso.

Infatti, Mann, Gordon e MacLeod hanno identificato nove studi che hanno affrontato questo problema. Una pratica comune era confrontare le scale di pensiero riflessivo con altre scale non solo per la convalida, ma anche per esaminare come il pensiero riflessivo sia associato all'apprendimento e comprensione.

3. Quali sono le direzioni future della ricerca e della pratica riflessiva nell'educazione sanitaria?

Mann, Gordon e MacLeod [22] hanno posto in modo perspicace le seguenti otto domande che credono debbano rispondere in studi futuri perché attualmente non sono completamente affrontati:

la riflessione migliora l'apprendimento?

La riflessione migliora la comprensione di sé?

La riflessione è più efficace quando condivisa?

Qual è il ruolo della "riflessione nel corso dell'azione"?

La riflessione migliora l'autovalutazione?

La riflessione altera il comportamento clinico?

La riflessione migliora la cura del paziente?

Può la pratica riflessiva essere insegnata e appresa?

Sembra che la riflessione sia legata all'apprendimento profondo, se eseguita in modo strutturato può essere insegnato, appreso, replicato e misurato.

Sembra che la natura retrospettiva dell'esame la riflessione attraverso la scrittura di riviste, blog, vlog, portfolio o altri metodi non consente il completamento valutazione della riflessione nel corso dell'azione, che è uno dei principali contributi teorici di Schön.

<p><b>Discussione/ Conclusione</b></p>	<p>I risultati hanno indicato che i modelli teorici hanno origine da un'epistemologia della pratica come previsto da Dewey e Schön, includendo elementi della riflessione critica di Mezirow.</p> <p>Si osserva un paradosso tra le basi teoriche della riflessione e la sua ricerca attuale o applicazione, compresi i tentativi di affrontarla da un punto di vista utilitarista basata sull'evidenza. Molte tecniche riflessive utilizzate nell'educazione sanitaria sono state associate all'apprendimento profondo, la comprensione, gli atteggiamenti, le credenze e la soddisfazione e la riflessione sembrano essere positivamente associata a diversi risultati di apprendimento. La valutazione dell'apprendimento riflessivo rimane un problema sotto investigazione.</p>
<p><b>Implicazioni pratiche</b></p>	<p>Le sfide future includono l'epistemologia di riflessione nell'educazione sanitaria e lo sviluppo di approcci per la pratica e la valutazione riflessione senza perdita del background teorico.</p>
<p><b>Elementi di criticità</b></p>	<p>I ricercatori devono affrontare questioni di teoria e misurazione e probabilmente devono proporre metodi per progettare tecniche riflessive che possano anche essere valutate. I professionisti devono anche affrontare il problemi di incorporare la riflessione nella loro pratica quotidiana e garantire che la valutazione della riflessione sia eseguita in modo affidabile. Sebbene la riflessione sia stata correlata con molti risultati positivi, una generale osservazione è che la valutazione è estremamente eterogenea con una certa ambiguità in ciò che è effettivamente valutato. Una delle tante precauzioni è evitare il più possibile un approccio utilitaristico.</p> <p>Lo studio attuale ha dei limiti.</p> <p>Ogni campo di ricerca ha una premessa epistemologica e la sfida nella ricerca sulla riflessione è mantenere un equilibrio tra un</p>

	<p>approccio positivistico, che è assunto nell'approccio basato sull'evidenza delle revisioni sistematiche e la natura fortemente interpretativa della riflessione. Anche con queste limitazioni, tuttavia, l'attuale revisione mostra che la riflessione sta avendo un impatto continuo sull'educazione sanitaria.</p>
--	---

<b>Literature Review</b>	
<b>References</b>	Jayatilleke, N, Mackie, A. (2013), Reflection as part of continuous professional development for public health professionals: a literature review. <i>J Public Health (Oxf)</i> , 35(2):308-12
<b>Abstract</b>	<p>La riflessione da anni è considerata una buona pratica per l'educazione in medicina, tanto da risultare un elemento importante nello sviluppo professionale continuo, senza che esso sia definito da un insegnamento vero e proprio. Questo articolo identifica i modelli riflessivi utilizzati nella sanità pubblica, indagando come tale costrutto venga declinato nella pratica professionale degli operatori di questo settore.</p> <p>I risultati suggeriscono che la riflessione migliora la pratica delle discipline affini alla sanità pubblica anche se non sembra vi siano modelli specifici che raccomandano o vengono utilizzati in sanità pubblica. In sostanza, si conclude asserendo che l'educazione sanitaria ha modelli riflessivi che potrebbero essere applicati alla pratica della sanità pubblica.</p>
<b>Domanda di ricerca/finalità</b>	//
<b>Metodologia/ Disegno di ricerca</b>	Revisione sistematica della letteratura volta a identificare l'esperienza riflessiva correlata alla salute o alla formazione scolastica.

	<p>Revisione che prevede dal settembre 2011 ricerche a testo libero per documenti in lingua inglese su banche dati bibliografiche elettroniche.</p> <p>Tredici documenti hanno soddisfatto i criteri di inclusione.</p> <p>La ricerca bibliografica ha previsto l'utilizzo di CINAHL, Medline e database elettronici come OvidSP nel settembre 2011.</p> <p>I termini di ricerca utilizzati erano: pratica basata sull'evidenza, ricerca, prove, educazione medica, ricerca qualitativa, riflessivo pratica, riflessione ed evidenza. Altre fonti incluse hanno previsto la raccolta manuale di libri sulla pratica basata sull'evidenza, sulla riflessione e ricerca. I documenti sono stati identificati per l'inclusione nella revisione attraverso l'esame di articoli full-text.</p> <p>Sono stati raccolti dati relativi a caratteristiche della popolazione, intervento, misure di outcome, disegno dello studio e risultati.</p>
<p><b>Risultati</b></p>	<p>La ricerca non ha trovato prove che vi siano particolari framework in uso nella pratica di sanità pubblica. Anche se sono stati trovati diversi approcci alla riflessione, nessuno di questi era collegato direttamente alla pratica di sanità pubblica il cui riferimento rimaneva ancorato all'uso che ne viene fatto in medicina.</p> <p>Tuttavia, viene fatto riferimento all'approccio di Burton come strumento per porre domande sulla riflessione sull'azione (prima e dopo). Il ciclo si compone di tre domande (cosa? E allora? Ora cosa?) poste alla persona impegnata nel processo riflessivo.</p> <p>Boud et al. si concentrano sul contesto di apprendimento, andando ad evidenziare l'importanza dell'esperienza personale come oggetto di riflessione. In questo caso le dimensioni focali della riflessione sarebbero l'esperienza, la riflessione e il risultato della stessa. Nella prima vi rientrano comportamenti, idee o sentimenti. Nella riflessione è incluso il ritorno all'esperienza, la</p>

	<p>cura dei sentimenti che ha determinato una rivalutazione dell'esperienza. Attraverso il risultato si vanno ad esaminare nuove prospettive, cambiamenti nel comportamento e l'applicazione dell'apprendimento nella pratica.</p> <p>Il ciclo riflessivo di Gibbs incoraggia una chiara descrizione della situazione, l'analisi dei sentimenti, la valutazione dell'esperienza e un'analisi per dare un senso all'esperienza. Questo sarebbe seguito da conclusioni in cui sono considerate altre opzioni e la riflessione sull'esperienza viene utilizzata per esaminare cosa si farebbe se la situazione si ripresentasse. In essenza, Gibbs descrive un ciclo di descrizione, sentimenti, valutazione, analisi, conclusione e piano d'azione.</p> <p>Atkins e Murphy suggeriscono l'importanza che la riflessione sia seguita da un impegno in azione. Gli autori descrivono un ciclo di consapevolezza, descrizione, analisi, valutazione e apprendimento. Gli autori includono un processo di revisione post-azione, ovvero di de-briefing che mira ad identificare come migliorare, mantenere i punti di forza e a concentrarsi su prestazioni di obiettivi specifici. Tale processo dovrebbe rispondere a quattro domande: cosa avrebbe dovuto accadere? Cos'è successo davvero? Perché erano diversi? Cosa (ho) abbiamo imparato?</p>
<p><b>Discussione/ Conclusione</b></p>	<p>Non sembra vi siano particolari modelli di riflessione nella pratica di sanità pubblica. Sono poche le prove che suggeriscono come la capacità di autoriflessione dell'operatore possa essere migliorata attraverso la formazione formale. Essendovi varie teorie sulla riflessione nella letteratura educativa, l'implicazione che questo porta alla sanità pubblica dipende dalla considerazione di come e quando questo processo diviene parte del loro ciclo di apprendimento continuo. Dovrà essere stabilito se questo processo debba avere atto individualmente o in gruppo.</p>

Rimangono presenti una serie di metodi per riflettere, come la scrittura del diario, le discussioni e l'uso della tecnologia come i blog. L'obiettivo della riflessione sarebbe quello di migliorare la pratica e l'apprendimento dalle esperienze, riconoscendo l'importanza dell'influenza emotiva, della sfida posta alle proprie idee e dell'esperienza pregressa della persona.

La riflessione migliora lo sviluppo personale, portando autoconsapevolezza. A sua volta, se il suo focus di questo processo è rivolto alla cura del paziente, aiuta a sviluppare le conoscenze e le abilità cliniche. La riflessione promuove l'efficacia e l'efficienza di un sistema sanitario in evoluzione e "ricorda" ai professionisti qualificati che non esiste un punto finale per l'apprendimento sulla loro pratica quotidiana.

Il coinvolgimento del discente è un principio guida e la riflessione in questo settore deve rientrare nella considerazione che la sua formazione deve essere osservata alla luce dei principi andragogici. Pertanto, il semplice atto di riflettere sostiene il modello andragogico che richiama alla necessità degli adulti di stabilire lo scopo dell'attività svolta e identificare come affrontare efficacemente le situazioni della vita reale. Ci deve essere la possibilità di riflettere individualmente e in gruppo, così facendo si rende la persona agente di cambiamento e si contribuisce al suo empowerment. Vanno considerate variabili interne quali atteggiamenti, abilità, esperienze e dinamiche di squadra e, al contempo, vanno considerate variabili esterne come le politiche, le influenze professionali e sociali.

I concetti educativi e l'impatto della riflessione non sono facilmente misurabili, pertanto i suoi meriti possono essere trascurati. Tempo, motivazione, la competenza iniziale e la mancanza di sostegno tra pari sono riconosciuti ostacoli alla riflessione. A ciò si aggiungono i contesti organizzativi e dinamiche di gruppo. Sembra sia necessario ulteriore sforzo nel rafforzare la base di prove per la riflessione in particolare del suo impatto sui cambiamenti delle conoscenze e delle abilità.

<b>Implicazioni pratiche</b>	Necessità di valutare formalmente l'efficacia della riflessione della pratica della salute pubblica. Gli individui che lavorano nella salute pubblica possono prendere in considerazione alcuni degli approcci ivi presentati insieme alle loro attuali attività di sviluppo professionale, sia individualmente che in team.
<b>Elementi di criticità</b>	Con l'obiettivo di fornire un'ampia panoramica della riflessione approcci rilevanti per i professionisti della PH, questo lavoro fornisce una selezione e non una raccolta completa e completa di letteratura di educazione medica.

<b>Literature Review</b>	
<b>References</b>	Mann, K., Gordon, J., & MacLeod, A. (2009), Reflection and reflective practice in health professions education: a systematic review. <i>Advances in health sciences education</i> , 14(4), 595-621.
<b>Abstract</b>	La capacità riflessiva è considerata come una caratteristica essenziale per la competenza professionale. Gli educatori sostengono che l'emergere della pratica riflessiva richiami la nozione di cambiamento per cui si riconosce la necessità degli studenti di agire e pensare in maniera professionale durante i loro corsi di studio, attraverso l'integrazione della teoria e della pratica. Gli interventi che si dipanano per promuovere la riflessione sono incorporati nella formazione medica universitaria, post-laurea e continua così come in altri ambiti sanitari. Tuttavia, permangono poche prove per supportare e informare questi interventi, le cui innovazioni curriculari rimangono in gran parte teoriche. Non è chiaro quale tipo di

	<p>approccio possa avere efficacia o impatto. Il presente studio si propone di valutare le prove esistenti sulla riflessione e sulla pratica riflessiva e la loro utilità nella formazione professionale sanitaria. L'obiettivo è capire quali variabili chiave influenzano questo processo educativo, identificare possibili lacune ed esplorare possibili implicazioni per la pratica educativa stessa e la ricerca.</p>
<p><b>Domanda di ricerca/finalità</b></p>	<p>I professionisti della salute praticanti si impegnano nella pratica riflessiva?</p> <p>Qual è la natura del pensiero riflessivo degli studenti?</p> <p>È possibile valutare il pensiero riflessivo?</p> <p>Si può sviluppare il pensiero riflessivo?</p> <p>Quali influenze contestuali ostacolano o consentono lo sviluppo della riflessione e della capacità riflessiva?</p> <p>Quali sono i potenziali effetti positivi o negativi della promozione della riflessione?</p>
<p><b>Metodologia/ Disegno di ricerca</b></p>	<p>Abbiamo condotto una revisione sistematica della letteratura di ricerca nell'area della riflessione e apprendimento riflessivo nella formazione e nella pratica professionale sanitaria.</p>
<p><b>Risultati</b></p>	<p>1. I professionisti della salute praticanti si impegnano nella pratica riflessiva?</p> <p>La riflessione sembra essere parte della pratica dei professionisti sanitari, a sua volta sembra vi siano dei correlati che necessitano di considerazione. Infatti, la pratica riflessiva sembra diminuire con l'aumentare degli anni nella pratica e nei contesti in cui la base scientifica della pratica clinica non è stata rafforzata. Lo studio di Mamede e Schmidt, attuato con 202 medici brasiliani,</p>

ha dimostrato che la pratica riflessiva si sviluppava attorno a cinque fattori: induzione deliberata, deduzione deliberata, test, apertura alla riflessione e meta-ragionamento. Da evidenziare che secondo gli autori questo modello vede nelle sue dimensioni unicità e sovrapposizione (dunque non è un processo graduale ed ha luogo durante e dopo un evento).

Klemola e Norros, intervistando degli anestesisti intenti a monitorare il paziente in sala operatoria, hanno evidenziato come siano due i possibili approcci alla pratica. L'orientamento interpretativo che permette di sviluppare le capacità riflessive e critiche, guidato dalla credenza in un mondo imprevedibile. L'orientamento reattivo invece, guidato dalla credenza di un mondo prevedibile, ostacola l'orientamento precedente e non ne facilita un suo dipanarsi.

Sono stati trovati studi sulla riflessione anche nell'insegnamento clinico in medicina (Pinsky e Irby), in particolare per quanto riguarda il ruolo di questo processo sul successo formativo nella propria attività professionale. Anche in questo caso sono state evidenziate tre fasi della riflessione: anticipatoria (basata sulle esperienze passate per pianificare le attività), riflessione nel corso dell'azione e la riflessione sull'azione. Questo processo viene ad essere definito come iterativo di osservazione, riflessione e sperimentazione. Gli stessi autori in un altro studio hanno evidenziato come la riflessione sui fallimenti portava gli insegnanti di clinica a migliorare la propria performance. Entrambi gli studi, in sostanza, sostengono il ruolo della riflessione nello sviluppo professionale continuo.

In uno studio con infermieri, Gustafsson e Fagerberg (2004) hanno evidenziato come la riflessione sia composta da una fase anticipatoria o di pre-riflessione che si verifica prima di un'attività. Anche in questo caso la riflessione si dipana su due

elementi “nella” e “sulla” pratica. Inoltre, hanno evidenziato il ruolo dell’approccio creativo, affermando come orientamento e supervisione rappresentino elementi cardine della riflessione.

Teekman (2000), in uno studio con infermieri, ha cercato di evidenziare la presenza del pensiero riflessivo nella pratica degli stessi. In situazioni complesse, la riflessione viene inclusa in una varietà di attività cognitive, di inquadramento e auto-interrogazione. Anche in questo caso la supervisione era un elemento d’importanza strutturale. L’autore sostiene che vi sono tre livelli gerarchici di riflessione: pensiero – azione riflessiva (cosa fare qui e ora), pensare per la valutazione (integrazione dei punti di vista), pensare per indagare criticamente. L’autore distingue tra pensiero riflessivo per l’apprendimento e pensiero riflessivo come inchiesta critica. Nel primo caso si dà senso a una situazione per sviluppare conoscenze pratiche. Mentre nel secondo caso, si va oltre la competenza tecnica e alle considerazioni di contesto.

Questi studi sembrano far emergere degli elementi minimi importanti per quanto riguarda la funzione e l’uso della pratica riflessiva. Anzitutto sembra includere una fase anticipatoria, in cui l’esperienza passata informa la pianificazione, viene incoraggiato dalla supervisione, sembra verificarsi più spesso in situazioni difficili in cui la conoscenza in azione del professionista non è adeguata alla situazione. I risultati di questi pochi studi suggeriscono che medici e infermieri usano riflessione per informare la pratica, ma che non è un fenomeno unitario.

## 2. Qual è la natura del pensiero riflessivo degli studenti?

Sono stati trovati otto studi che hanno affrontato questa domanda. Questi studi hanno esplorato la riflessione negli studenti delle professioni mediche e sanitarie, mettendola in relazione con

l'apprendimento, l'identità professionale sviluppo e pensiero critico.

Alcuni studi, a tal proposito, hanno evidenziato che la riflessione è influenzata dalla tendenza generale ad essere riflessivi, i vari livelli di abilità nella riflessione, le conoscenze e le esperienze.

Niemi (1997), in uno studio longitudinale in cui sono stati coinvolti 110 medici, sulla base del contenuto emerso dalle interviste, ha descritto quattro livelli di riflessione: quella impegnata (considerazione analitica delle esperienze), esplorazione emotiva (caratterizzata da autocoscienza), un'esplorazione focalizzata su eventi oggettivi, fatti clinici e, infine, l'evitamento o la scarsa riflessione. Sembra che le persone coinvolte nel gruppo più piccolo abbiano esplicitato un pensiero più maturo.

Pearson e Heywood (2004) hanno evidenziato l'importanza dell'utilizzo del portfolio riflessivo.

Wong et al. (1995), rifacendosi a Boud e Mezirow, hanno analizzato 45 saggi di apprendimento riflessivo degli infermieri. È emerso che i non riflessivi erano descrittivi e non analitici, mentre i riflessivi hanno descritto e correlato l'esperienza e sviluppato nuove opportunità di apprendimento (talvolta con vere e proprie trasformazioni delle rispettive prospettive di significato).

Kember et al. (2000), utilizzando un questionario di sedici elementi per misurare il pensiero riflessivo degli studenti di diverse professioni sanitarie, hanno evidenziato che in tutti i gruppi sono stati meno dimostrate le azioni abituali e la riflessione critica. La differenza statistica significativa la si è riscontrata per lo più tra gli studenti universitari e quelli già laureati. Anche in

questo studio gli item per misurare il pensiero riflessivo hanno preso come riferimento il contributo di Mezirow.

### 3. È possibile valutare il pensiero riflessivo?

Sobral (2000) ha utilizzato un questionario di autovalutazione di 10 elementi per valutare l'autoriflessione di 103 studenti di medicina. Tale strumento ha evidenziato una elevata consistenza interna e stabilità nel tempo. Per identificare la relazione tra riflessione e approccio allo studio ha utilizzato anche la scala di riflessione sull'apprendimento (RLS), un questionario di self-report, il Course Valuing Inventory e gli Approaches to Study Inventory. L'autore ha sostenuto la posizione teorica secondo cui la riflessione e l'apprendimento profondo sono correlati positivamente.

Sempre lo stesso autore ha poi esplorato ulteriormente il costrutto andando a rivedere l'affidabilità della RLS a quattordici item; sembra che anche in questo caso sia esplicitata una buona coerenza interna dello strumento (in questo caso sono stati coinvolti 275 studenti).

Leung et al. (2003), attraverso un questionario sul processo di studio e il Reflection Questionnaire, hanno dimostrato che l'approccio di apprendimento superficiale era correlato con l'azione abituale, mentre gli approcci di apprendimento profondo erano correlati con la comprensione, la riflessione e la riflessione critica. I loro risultati hanno anche sostenuto un'associazione tra apprendimento e pensiero riflessivo.

Boenik et al. (2004) hanno sviluppato un questionario semi-strutturato per misurare la riflessione tra gli studenti olandesi del quarto anno prima di entrare nell'esperienza clinica.

Mamede e Schmidt (2004), utilizzando un questionario di 87

item, di cui 65 domande erano relative alla pratica riflessiva, hanno identificato un modello a più dimensioni (cinque) di pratica riflessiva. I fattori erano: induzione deliberata, deduzione deliberata, test e sintesi, apertura alla riflessione, meta ragionamento.

Wong et al. (1995) hanno tentato di sviluppare sistemi per la codifica della riflessione scritta nelle riviste. Anche in questo caso sulla base del modello di Boud e Mezirow. L'autore ha concluso sostenendo che le riviste riflessive potrebbero essere utilizzate per dimostrare la presenza o l'assenza del pensiero riflessivo.

Kember et al. (2000) ha sviluppato un questionario a quattro scale di sedici elementi per misurare la riflessività. Anche in questo caso a modello di riferimento vi era la teorizzazione di Mezirow. Sono stati coinvolti più di trecento studenti, e le quattro scale evidenziate, ciascuna che misura un costrutto (azione abituale, comprensione, riflessione e riflessione critica), sembra essere ben adattata alla struttura dei quattro fattori della teoria. Sono stati evidenziati punteggi differenti tra studenti universitari e già laureati.

Pee et al. (2002) hanno esaminato il pensiero riflessivo di ventisei studenti di odontoiatria, utilizzando un metodo strutturato o attività chiamata "un'esperienza di apprendimento". Questo intervento, declinato secondo i principi della teoria di Boud, ha permesso di analizzare il pensiero riflessivo utilizzando tre modelli: quello di Johns, di Hatton e Smith. Sembra che coloro i quali rispondano ad un maggior numero di domande del modello di Johns, abbiano un livello di riflessione critica più elevato.

Dagli studi presentati, si evince come la riflessione possa essere valutata ed individuata su diversi livelli. Inoltre, si evince che le misure di riflessione si correlano con altre misure in modi

teoricamente coerenti. Gli studenti non hanno la stessa opportunità come fanno i professionisti per la pratica riflessiva in contesti autentici e quindi rimangono alcune domande sulla validità di ciò che viene misurato attraverso l'indicatore di attività riflessiva, quando si considerano le influenze del contesto e della cultura.

#### 4. Si può sviluppare il pensiero riflessivo?

Sobral (2000) ha studiato lo sviluppo del pensiero riflessivo basato su attività volte a favorire la riflessione durante un'esperienza elettiva di 103 studenti che hanno lavorato in piccoli gruppi e sono stati incoraggiati a partecipare all'autovalutazione del loro apprendimento, alla discussione delle loro strategie di apprendimento e al feedback su di loro ad altri membri del gruppo. Mentre non vi erano differenze significative tra il gruppo sperimentale e quello di controllo prima di iniziare il corso, al termine dello stesso è emerso un cambiamento dei livelli di riflessione. Un dato interessante riguarda il fatto che il livello di riflessione nell'apprendimento era significativamente correlato alla competenza percepita per l'apprendimento autoregolato e con la significatività dell'apprendimento dall'esperienza. Anche la percezione della propria competenza sembra aver raggiunto punteggi più alti nei soggetti con alto livello di riflessione.

Beecher et al. (1997) hanno coinvolto in un'intervista semi-strutturata dieci membri della facoltà di medicina, i quali dovevano preparare un portfolio educativo che stimolasse il pensiero riflessivo. Gli autori hanno affermato che il processo di preparazione di questo strumento ha fornito un forum e uno stimolo per il pensiero riflessivo, nonché per il cambiamento.

Duke e Appleton (2000) hanno esaminato lo sviluppo delle capacità riflessive degli infermieri impegnati nelle cure palliative.

I dati dimostrano un aumento della pratica riflessiva nel tempo, ma l'analisi della conoscenza e del contesto di cura è apparsa più difficile.

Williams e Wessel (2004) hanno studiato lo sviluppo del pensiero riflessivo in studenti di fisioterapia tramite l'analisi del diario riflessivo scritto durante l'anno accademico. I risultati potrebbero essere non veritieri in quanto i due autori sostengono che gli studenti potrebbero aver scritto ciò che pensavano che l'insegnante volesse leggere.

I risultati di questi studi hanno evidenziato che il pensiero riflessivo può svilupparsi in correlazione a determinate attività. Rimane evidente il legame tra lo sviluppo del pensiero riflessivo, l'apprendimento e lo sviluppo professionale.

5. Quali influenze contestuali ostacolano o consentono lo sviluppo della riflessione e della capacità riflessiva?

Sobral (2000) suggerisce che l'esperienza di apprendimento positiva e la riflessione nello stesso è correlata alla disponibilità all'apprendimento autoregolato e alla significatività dell'esperienza.

Boenink et al. (2004) hanno ipotizzato che vi sia un ruolo della stanchezza e dell'interesse degli studenti nel rispondere ai quesiti, ciò influenzerebbe la capacità riflessiva.

Mamede e Schimdt (2005) hanno evidenziato come la riflessione diminuisca con l'aumentare degli anni nella pratica ed era inferiore nelle impostazioni della pratica dove il pensiero riflessivo non è stato rinforzato. Gli autori hanno notato che la pressione del tempo nell'ambiente clinico può fungere da barriera alla riflessione. Inoltre, hanno ipotizzato che con l'aumentare

dell'esperienza il sapere in azione può essere sufficiente per inquadrare e affrontare gran parte delle situazioni cliniche.

Dornan et al. (2002) hanno evidenziato il ruolo positivo del portfolio nell'aumentare delle capacità riflessive dei medici impegnati in un corso di educazione medica continua. L'unico elemento di criticità che sembra emergere a tal proposito riguarda la barriera filosofica all'utilizzo del portfolio che poteva non essere in linea con gli stili di apprendimento degli utenti.

Pearson e Heywood (2004) hanno sottolineato che l'efficacia del portfolio aumenta se vi è il sostegno da parte di un formatore, obiettivi chiari e tempo a sufficienza.

Becher et al. (1997) hanno evidenziato l'efficacia del portfolio, ma ad essere più rilevante potrebbe essere la relazione di tutoraggio.

Altri studi hanno evidenziato il ruolo della supervisione come elemento centrale dello sviluppo della riflessione nella pratica. Mentre alcune ricerche hanno sostenuto che a subire un cambiamento siano state dimensioni come il senso di professionalità, la maggiore autonomia nel processo decisionale, la capacità di mettere in discussione lo status quo. In questo caso la riflessività è stata favorita dal sostegno reciproco dei membri del gruppo e dalla possibilità di imparare dall'esperienza degli altri.

Francesco et al. (1998), in uno studio che ha coinvolto diversi infermieri nella scrittura di un diario, hanno rilevato come dei fattori vincolanti nella facilitazione del cambiamento fossero le precedenti esperienze della scrittura del diario, includendo riflessione nell'azione e sull'azione, la disponibilità di precedenti modelli di riflessione e le aspettative circa la pratica

professionale.

In tutte le argomentazioni finora analizzate emerge che i vari metodi diventano più influenti se vi è un supporto emotivo e intellettuale dell'ambiente, un contesto autentico, che rispetti lo stile di apprendimento individuale. Risulta essere diffusa l'efficacia del tutoraggio, la discussione di gruppo, la libera espressione delle opinioni. Altri fattori decisivi possono essere la percezione di pertinenza, l'esperienza pregressa, il clima organizzativo, il rispetto tra i professionisti e il tempo per la riflessione.

6. Quali sono i potenziali effetti positivi e negativi della promozione della riflessione?

Secondo gli studi considerati, uno dei primi effetti della riflessione sarebbe la profondità dell'apprendimento, che rende maggiormente positiva l'esperienza stessa. A migliorare potrebbe essere anche la relazione insegnanti e studenti e la capacità di interagire positivamente con i coetanei.

Secondo Pinsky et al. (1998) la pratica riflessiva era una parte integrante della pianificazione dell'insegnamento, serviva dunque per migliorare la didattica.

Altri studi hanno evidenziato un miglioramento della capacità degli operatori sanitari di connettere teoria e pratica grazie all'assistenza di un facilitatore. Altri ancora hanno evidenziato una migliore comprensione del contesto da parte di infermieri esperti. A tal proposito, gli intervistati hanno sostenuto che ad essere evidente è il miglioramento della pratica clinica come maggior vantaggio della pratica riflessiva.

Per quanto riguarda gli aspetti negativi, sempre la letteratura

	<p>infermieristica ha evidenziato che le grandi preoccupazioni attorno agli effetti della pratica riflessiva riguardano il tempo e i limiti dell'utilizzo di un approccio strutturato. Lo scetticismo rispetto alla partecipazione ad attività che sembrano scollegate dai veri bisogni di apprendimento dello studente o da abituali metodi di apprendimento nella pratica professionale rappresenta un ulteriore elemento negativo da tenere in considerazione. Così come la percezione che l'attività riflessiva possa essere un "lavoro impegnativo".</p>
<p><b>Discussione/ Conclusioni</b></p>	<p>Stato attuale della ricerca</p> <p>Dei ventinove studi selezionati, la maggior parte dei quali di natura osservativa, si evince come allo stato delle cose l'indagine qualitativa informi che la comprensione delle prospettive teoriche e dei modelli che sembrano orientare al meglio la riflessione e pratica riflessiva nell'educazione medica siano ancora all'inizio del proprio sviluppo. Detto questo, la revisione ha rivelato diversi strumenti e analisi analitiche accuratamente sviluppate per misurare il pensiero riflessivo. Laddove la loro strutturazione e convalida è stata chiaramente descritta, lo strumento si presta ad ulteriori studi. In altri studi, le misure raccolte sono state adoperate per sviluppare lo strumento stesso, per questo motivo si necessitano ulteriori interventi concreti per comprendere e migliorare le loro proprietà. È evidente che nella valutazione della riflessione un ruolo preminente è giocato dal contesto, in particolare per strumenti come il portfolio e le riviste. Una sfida interessante che lo studio ha cercato di affrontare ha previsto l'uso di una terminologia che variava tra i diversi ambiti disciplinari e che ha così comportato una maggiore difficoltà nell'interpretazione, il confronto e la sintesi dei dati a disposizione.</p>

### Riepilogo dei risultati

Nessuno degli studi empirici ivi presentati si è rivolto ai risultati della pratica riflessiva e al loro effetto sui professionisti. A sua volta, nessuno di questi ha affrontato l'effetto che tale pratica comporta, se non al di là dell'autodichiarazione.

Tuttavia, la riflessione è dimostrata come parte della pratica dei professionisti, aiuta a dare senso a situazioni complesse e abilita l'apprendimento dall'esperienza. Non si verifica in tutte le situazioni, infatti sembra che il problema clinico complesso ne definisca la possibilità. Il processo varia tra gli individui e i contesti in cui viene esercitato. La tendenza e la capacità di riflettere sembrano variare tra gli individui. Nella pratica professionale, il processo riflessivo sembra essere multifattoriale e sembra comprendere la riflessione sull'esperienza, durante l'esperienza, in anticipazione all'esperienza stessa (in particolare in situazioni complesse). Il pensiero riflessivo degli studenti sembra essere maggiormente associato ad un apprendimento profondo e alla creazione di significato. Sembra dunque siano dimostrabili diverse dimensioni di riflessione, così come diversi livelli (o profondità) della stessa. Tuttavia, a tal proposito, più profondo è il livello di riflessione, più difficile sarà la sua identificazione. La riflessione sembra risentire del tempo a sua disposizione e della presenza di determinati stimoli (es. numerosità del gruppo). L'ambiente può incoraggiare o inibire questo processo, così come di grande rilievo sono la presenza e il comportamento del mentore e del supervisore.

### Conclusione

In questa revisione sono stati sintetizzati ventinove studi sulla pratica riflessiva nelle professioni sanitarie. Lo stato dell'arte appare ancora ibrido e necessita di ulteriori studi. La natura stessa

	<p>della pratica riflessiva rende difficile una sua quantificazione. Man mano che si svilupperà il campo di indagine, sarà sempre più evidente il bisogno di definire disegni rigorosi che permettano di valutare l'effetto delle diverse strategie educative per promuovere lo sviluppo di questa pratica. L'applicazione creativa e disciplinata di una serie di progetti e metodi di studio sarà necessario per effettuare questa fase successiva di comprensione di questo elemento della pratica professionale.</p>
<p><b>Implicazioni pratiche</b></p>	<p>Implicazioni per la ricerca</p> <p>La letteratura, nonostante la sua non apparente vastità in materia di pratica riflessiva nei contesti sanitari, porta alla luce ulteriori domande per i prossimi studi: la riflessione migliora l'apprendimento?</p> <p>A questo punto, statuario è il contributo di Jennifer Moon (1999) secondo cui le dinamiche processuali continue coinvolte nella riflessione portano a passare con velocità da un approccio profondo a uno superficiale e così via. Anche se non c'è ancora chiarezza nella distinzione tra apprendimento profondo e superficiale relativamente al pensiero riflessivo e non, probabilmente in quanto i due costrutti appartengono a due campi di indagine diversi.</p> <p>Altri punti interrogativi per le future ricerche riguardano quesiti come: la riflessione migliora la comprensione di sé? È più efficace se condivisa?</p> <p>Ma ancora, qual è il ruolo della "riflessione nel corso dell'azione"? La riflessione migliora l'autovalutazione?</p> <p>Mentre nel primo caso, la riflessione nel corso dell'azione sembra essere necessaria per lo sviluppo professionale continuo, nel secondo, sembra che la capacità di autovalutarsi dipenda dal saper riflettere efficacemente sulla propria pratica.</p> <p>La riflessione altera il comportamento clinico?</p>

	<p>In questo caso sarà difficile esaminare tale dimensione in quanto la riflessione non rappresenta un'attività chiaramente visibile, tuttavia una volta rafforzato il suo legame con la pratica professionale aiuterà a guidare i futuri sforzi educativi in questo senso.</p> <p>La riflessione migliora la cura del paziente? La pratica riflessiva può essere insegnata o appresa?</p> <p>Implicazioni per la pratica educativa</p> <p>La riflessione è utile come strategia di apprendimento, aiutando a collegare l'esperienza pregressa con il nuovo sapere acquisito. A sua volta, può aiutare ad integrare gli aspetti affettivi del nuovo apprendimento. Può essere un processo tacito e per i professionisti potrebbe essere utile modellare la riflessione sulla propria pratica professionale, ovvero esplicitare le proprie attività riflessive. La riflessione può essere un'esperienza collaborativa e non solo individuale, a sua volta, può essere importante come preparazione alla partecipazione a gruppi interprofessionali. Potrebbe essere utile definire una struttura iniziale per guidare gli studenti in questa attività, alternando feedback sul contenuto e sul processo. La riflessione permette di considerare i propri punti di forza e debolezza e di determinare i propri bisogni di apprendimento, a sua volta può essere usato come elemento di autovalutazione. Un elemento di grande rilievo è la supervisione, così come l'ambiente che è in grado di influenzare la riflessione. Un punto fondamentale alla base della letteratura sulla riflessione è che essa permette di migliorare le competenze. Viene suggerito come, attraverso la riflessione, ci potrebbero esser miglioramenti nell'apprendimento dall'esperienza.</p>
<p><b>Elementi di criticità</b></p>	<p>//</p>

<b>Literature Review</b>	
<b>References</b>	Prilla, M., Herrmann, T., & Degeling, M. (2013). Collaborative reflection for learning at the healthcare workplace. In <i>Computer-supported collaborative learning at the workplace</i> (pp. 139-165). Springer, Boston, MA
<b>Abstract</b>	L'articolo che segue presenta un'analisi della riflessione collaborativa come forma di apprendimento implicito sul lavoro. I fondamenti teorici dell'apprendimento sul lavoro (di gruppo) sono analizzati e arricchiti da due casi studio svolti nel settore sanitario. L'analisi di quest'ultimi caratterizza la differenziazione dei processi, situazioni e circostanze in cui ha luogo la riflessione collaborativa. Un'ulteriore analisi elicit i ruoli e i risultati della riflessione per guidare lo sviluppo di mezzi sociotecnici della riflessione collaborativa e l'apprendimento sul luogo di lavoro.
<b>Domanda di ricerca/finalità</b>	Quali processi di riflessione collaborativa sono rilevanti nella pratica? Quali sono le loro caratteristiche e qual è il loro esito? In che modo le strutture di comunicazione e il materiale influenzano l'apprendimento attraverso la riflessione collaborativa nella pratica e come possono essere usate e supportate queste influenze? Quali ruoli e attori sono presenti nella riflessione collaborativa e qual è la loro influenza sull'imparare dalla pratica?
<b>Metodologia/ Disegno di ricerca</b>	Due casi studio esplorano la riflessione collaborativa in ambito sanitario. Sono state coinvolte due organizzazioni (dalla Germania e dagli Stati Uniti) che a parte alcune evidenti

differenze culturali, presentavano delle somiglianze che permettevano una visione più generale della pratica riflessiva collaborativa in ambito sanitario.

Gli studi esplorativi sono stati condotti attraverso interviste e osservazioni dei due siti sanitari precedentemente nominati. Per l'analisi dei dati è stato utilizzato un processo allineato alla Grounded Theory. Le interviste (di quaranta e novanta minuti) hanno permesso di chiarire le logiche, i bisogni e i desideri di certe persone all'interno dell'ambiente studiato. Sono state analizzate le esigenze di riflessione, la comprensione la condotta del lavoro, le sue caratteristiche, la motivazione e l'apprendimento, la comunicazione e la collaborazione e la pratica già in essere rispetto al tema della riflessione collaborativa. L'analisi dei dati relativi alla riflessive collaborativa ha previsto l'utilizzo di indicatori sviluppati da Van Woerkom e Croon (2008). L'osservazione invece è stata utilizzata per comprendere cosa fanno le persone nel concreto. Venivano incluse le occorrenze di riflessione e la loro descrizione, gli artefatti utilizzati, il supporto informatico per l'interazione con le altre persone. Per includere prospettive diverse nelle osservazioni ed evitare un pregiudizio, si è avuta sempre la disponibilità di due ricercatori che facevano osservazioni in parallelo, lavorando con soggetti diversi. Negli studi, sono stati osservati due persone per due giorni nel caso 1 e diversi incontri di caregiver in un arco di tempo di tre giorni al caso 2. Nelle interviste c'è il rischio che i risultati si basino su particolari episodi e incidenti non tipici del lavoro quotidiano; l'osservazione permette approfondimenti sul lavoro quotidiano per superare alcuni limiti delle interviste. I due strumenti sono stati utilizzati congiuntamente perché si completano a vicenda.

## Risultati

L'analisi dei casi ha permesso di evidenziare i processi e le strutture che influenzano la riflessione collaborativa sul luogo di lavoro. In particolare, si farà riferimento alle caratteristiche della riflessione in incontri esterni, alle opportunità e ai vincoli della riflessione collaborativa nel luogo di lavoro sanitario e ai ruoli e agli attori che sono coinvolti in questo processo.

### Risultati

Sono state osservate diverse occasioni nelle quali ha luogo la riflessione collaborativa, dagli incontri appositamente organizzati per la riflessione alla riflessione durante le regolari riunioni, come i passaggi di consegne nei cambi turno e in situazioni meno formali come le pause soprattutto quando era successo qualcosa di insolito. La riflessione in entrambe le situazioni si presentava come correlata ai pazienti, al loro benessere. Sembrano essere meno presenti i riferimenti ai problemi organizzativi. Un ruolo significativo nell'avvio del processo di riflessione collaborativa sembra prendere atto nella misura in cui sia presente un collega o più esperto o dello stesso background.

1. Quali processi di riflessione collaborativa sono rilevanti nella pratica? Quali sono le loro caratteristiche e qual è il loro esito?

Come sostenuto, la riflessione collaborativa prendeva avvio in situazioni ad occorrenza pianificata o spontanea. Uno schema bidimensionale per descrivere le modalità di riflessione lungo questo asse (pianificato e simultaneo) e un altro che rappresenta la riflessione sul passato (eventi lavorativi già accaduti) e durante il lavoro. Dunque, è evidente che vi possono essere occasioni regolari di riflessione scandite dall'agenda o semplicemente spontanee. Durante le riunioni è stato osservato che la riflessione

si innesca a seguito della richiesta di specifici commenti o feedback. La riflessione durante il lavoro può essere vincolata ad esempio dal passaggio delle consegne nel cambio turno o i turni in reparto e anche in questo caso sembra si verifichi spontaneamente. Questa differenza spiega come il supporto alla riflessione collaborativa dipenda dalle modalità con la quale la riflessione stessa viene sostenuta. Mentre i metodi più tradizionali (ordini del giorno, riunioni, passaggi di consegne) facilitano un processo riflessivo più strutturato, nel caso della riflessione spontanea al primo posto sembra vi sia la necessità di mantenere un contesto condiviso in cui la riflessione non può essere definita sulla base delle questioni su cui riflettere. Nel caso delle riunioni i verbali potrebbero essere creati e facilitare il processo di riflessione collaborativa, cosa che non è applicabile nelle pause o nei brevi colloqui in corridoio. Tutto ciò può non influenzare il processo ivi descritto, ma il mantenimento dei suoi risultati, la possibilità di aumentare la condivisione con gli altri e la loro influenza sul comportamento futuro.

2. In che modo le strutture di comunicazione e il materiale influenzano l'apprendimento attraverso la riflessione collaborativa nella pratica e come possono essere usate e supportate queste influenze?

La riflessione collaborativa era spesso correlata ad artefatti che rappresentavano dati e informazioni sul lavoro. Un esempio è fornito dalla cartella dei pazienti attraverso cui gli infermieri discutevano del trattamento più adatto rispetto alla situazione in oggetto (Caso studio 1). Ma ancora, nel momento dei passaggi delle consegne venivano presentati riepiloghi contenenti informazioni importanti da rivedere (Caso studio 2).

In sostanza, la relazione tra i modi di riflettere, il contesto comunicativo e gli artefatti utilizzati in esso prevedono che:

- La riflessione nella sua forma spontanea richiede una

rapida ricostruzione del contesto, che normalmente viene fatto verbalmente.

- Nella riflessione che si dipana durante il lavoro, gli artefatti vengono utilizzati più spesso e vengono esplicate le relazioni tra loro e la comunicazione.
- Negli incontri pianificati si fa spesso riferimento agli artefatti.

La riflessione collaborativa e i suoi risultati beneficiano dell'articolazione verbale che mantiene gli argomenti vivi comunicativamente tra i lavoratori.

Inoltre, i manufatti scritti come i verbali delle riunioni e altra documentazione possono rendere le esperienze comunicative disponibili ad un pubblico più ampio e non limitarsi alla percezione dei soli testimoni presenti. L'uso degli artefatti è legato alla necessità di ricostruire il contesto che viene osservato all'inizio delle sessioni di riflessione e soprattutto quando ci sono più persone e prospettive incluse. La ricostruzione avviene tramite narrazioni o aggregazione di informazioni. In sostanza, supportare la contestualizzazione con storie documentate potrebbe accelerare il processo di ricostruzione del contesto e quindi lasciare più tempo per riflettere su questi temi.

3. Quali ruoli e attori sono presenti nella riflessione collaborativa e qual è la loro influenza sull'imparare dalla pratica?

Una prima distinzione riguarda il "proprietario dell'argomento" e "l'iniziatore della riflessione". Il primo rappresenta colui che innesca il processo ed è il responsabile dell'argomento, il secondo è colui che percepisce il bisogno di riflessione. Una seconda distinzione riguarda "l'aggregatore di argomenti" e "il preparatore di sessioni". Il primo raccoglie le dichiarazioni rese ai colleghi e individua il tema generale della riflessione; il

	<p>secondo è il responsabile di fornire le basi per la collaborazione, compresa la raccolta di storie per illustrare gli impatti pratici degli argomenti presentati. Un altro ruolo è riassunto dal “collega di riflessione” che viene coinvolto negli eventi spontanei di riflessione simultanea. Un ultimo ruolo è quello dell’“esecutivo di riflessione” che dà seguito ai risultati della riflessione e li attua. La composizione del gruppo influenza la riflessione e aiuta a comprendere i fattori di successo e gli ostacoli alla riflessione collaborativa in generale.</p>
<p><b>Discussione/ Conclusione</b></p>	<p>Viene abbondantemente suggerito il supporto tecnico come elemento facilitante la riflessione collaborativa, i media facilitano il dialogo di comunità e organizzativo. Dunque, si evince la necessità di un supporto informatico quando si lavora nel processo riflessivo, in quanto ciò facilita la ricostruzione dell’immagine del contesto. A sua volta, esso può rappresentare uno strumento che permette di aumentare gli input alla riflessione. Il materiale da cui partire dovrebbe esistere già o essere raccolto durante il lavoro regolare. Ricordando che il vincolo temporale è un limite di ogni azienda, l’articolazione delle informazioni può racchiudere anche immagini, schizzi o registrazioni audio. Gli strumenti di supporto alla riflessione dovrebbero anche consentire ai partecipanti di sostenere i risultati delle sessioni di riflessione (es. elenchi di cose da fare). La visualizzazione dei risultati e dei piani per le attività future potrebbe servire come base di motivazione per future sessioni di riflessione. La soluzione sociotecnica ha lo scopo di integrare la riflessione sul compito effettivo e supportarla quando si allontana dagli stessi. La riflessione può essere pianificata o spontanea. Il vantaggio della prima prevede un maggior tempo a disposizione e distanza dallo stress quotidiano favorisce occasioni di riflessione più profonda. Lo svantaggio rientra nell’ordine della decontestualizzazione</p>

	<p>ovvero potrebbe portare a trascurare aspetti della vita lavorativa reale. Pertanto, la riflessione spontanea e la riflessione durante il lavoro ha il vantaggio che i dettagli sono presenti e possono essere presi in considerazione. I mezzi tecnici possono aiutare a interrompere la riflessione e a riprenderla non appena possibile.</p> <p>Per le osservazioni fatte, si conclude sostenendo che la soluzione sociotecnica per supportare l'apprendimento orientato alla riflessione sul lavoro deve collegare: il lavoro effettivo e le occasioni di riflessione, gli eventi di riflessione a breve termine sullo stesso argomento, il lavoro e l'esperienza, le persone che hanno problemi e occasioni per migliorare la loro situazione lavorativa. Questo tipo di supporto alla riflessione risulta essere rilevante in situazioni dove le competenze per risolvere un determinato problema non possono trovare risposta da un formatore, consulente, o supervisore. La riflessione è un elemento importante per supportare il pensiero critico e per aiutare i lavoratori in nuove situazioni in cui è necessario un comportamento innovativo.</p>
<p><b>Implicazioni pratiche</b></p>	<p>//</p>
<p><b>Elementi di criticità</b></p>	<p>Le caratteristiche tecniche ivi riportate e le basi sociotecniche devono essere descritte in modo più concreto, valutate con esperimenti, ordinate e completate da funzionalità che permettano una strutturazione attiva e una promozione della riflessione comunicativa sulla costruzione di sinergie tra le diverse prospettive dei collaboratori.</p>

<b>Literature Review</b>	
<b>References</b>	Tretheway, Taylor, J. A., O'Hara, L., & Percival, N. (2015). A missing ethical competency? A review of critical reflection in health promotion. <i>Health Promotion Journal of Australia: Official Journal of Australian Association of Health Promotion Professionals</i> , 26(3), 216–221.
<b>Abstract</b>	<p>L'enfasi della letteratura sulla promozione della salute sta avanzando da tempo la necessità di porsi l'imperativo etico per le professioni di questo settore di passare ad una pratica critica, ancora poco sviluppata. Ciò che rimane evidente è una omissione della riflessione critica dalle competenze dei professionisti della salute australiani e internazionali. In questa sede, una revisione della letteratura narrativa esplora l'utilizzo della riflessione critica nella promozione della salute. Sono stati individuati e criticati i modelli di riflessione rilevanti per la promozione della salute. I risultati dimostrano una carenza della letteratura sulla riflessione critica nell'ambito della promozione della salute, nonostante si riconosca il suo potenziale nel sostenere la pratica critica in sé. Il lavoro sociale critico ha offerto alla letteratura un aspetto pratico dell'uso, dell'effetto e dell'esito della riflessione critica, che, sostenuto da questa teoria, enfatizza sia la pratica critica che quella etica. Il modello di riflessione critica interdisciplinare appare come il modello più applicabile alla promozione della salute. In conclusione, la riflessione critica è una competenza fondamentale per i professionisti che operano nell'ambito della promozione della salute e ne sostiene la necessità etica di muoversi verso questo tipo di pratica. Rimane tuttavia necessario esplorare l'applicazione di un modello di riflessione critica nella promozione della salute per determinare come può supportare la pratica critica ed etica.</p>

<p><b>Domanda di ricerca/finalità</b></p>	<p>La presente rassegna della letteratura si propone di esplorare la misura, l'effetto e il risultato della riflessione critica nell'ambito della promozione della salute. A sua volta offre una critica ai modelli di riflessione critica presenti circa queste tematiche.</p>
<p><b>Metodologia/ Disegno di ricerca</b></p>	<p>È stata realizzata una revisione della letteratura per osservare una panoramica della riflessione critica nella letteratura della promozione della salute. La letteratura pertinente è stata individuata attraverso l'analisi di sei banche dati online (Scopus, PubMed, Global Salute, CINAHL, ProQuest Central e Google Scholar). Inoltre, è stata effettuata una ricerca manuale di elenchi di referenza e citazioni, una ricerca nel catalogo della biblioteca di autori e libri sulla riflessione critica e il contatto con professionisti nell'applicazione di questo metodo. I termini chiave che sono stati utilizzati per la ricerca sono stati: pratica riflessiva critica, riflessione, promozione della salute, salute pubblica, pratica di promozione della salute, promozione critica della salute e lavoro sociale critico. Sono stati inclusi tutti gli articoli pubblicati entro dicembre 2014. Per essere inclusi gli articoli dovevano contenere e discutere la riflessione critica come metodo per sviluppare la pratica professionale piuttosto che come mero strumento educativo. Dunque, sono stati inclusi anche articoli che hanno discusso sulla riflessione e sulla riflessione critica nella promozione della salute. Al contempo, sono stati esclusi gli articoli che provenivano da discipline diverse dalla promozione della salute o dal lavoro sociale critico e/o incentrati sull'istruzione e l'insegnamento della riflessione e della riflessione critica. La ricerca ha identificato cinque articoli rilevanti per lo sviluppo, applicazione o inclusione della riflessione critica sulla promozione della salute. I primi risultati</p>

	<p>della ricerca hanno evidenziato punti critici nel modello di riflessione che supporta la teoria critica nel lavoro sociale. Sono stati identificati sei articoli rilevanti per lo sviluppo e l'applicazione di un modello per la riflessione critica. Ciascun modello identificato è stato analizzato alla luce di cinque caratteristiche della riflessione critica e ne è stato assegnato un punteggio di uno o due. Il punteggio di due veniva assegnato ai modelli dove si faceva esplicitamente testo delle caratteristiche (o della caratteristica) che definisce la riflessione critica. Il punteggio di uno è stato assegnato ai modelli nei quali la caratteristica della riflessione critica veniva esplicitata ma non definita nei modi per raggiungerla. I punteggi sono stati poi sommati alla luce della definizione ed esplicitazione delle caratteristiche presentate. I punteggi più alti evidenziano una maggiore attenzione alle caratteristiche della riflessione all'interno del modello.</p>
<p><b>Risultati</b></p>	<p>I risultati sono presentati in due sezioni: l'estensione e l'effetto della riflessione critica nella promozione della salute; una critica ai modelli utilizzati per la riflessione critica.</p> <p>Per quanto riguarda l'ambito della riflessione critica nel settore della promozione della salute, è stata evidenziata una carenza della letteratura nell'uso di tale metodo. Sembra sia assente dalla pratica professionale degli operatori australiani e internazionali che operano nell'ambito della promozione della salute. Solo tre quadri teorici incorporavano la riflessione critica come aspetto fondante della pratica professionale di promozione della salute. Ad esempio, uno di questi vede nella riflessione critica un processo euristico che supporta i professionisti a riflettere sulla propria pratica professionale, attraverso cui si ri-orientano i loro valori e i loro principi. In particolare, se i professionisti stessi vedono i loro valori e i loro principi come incoerenti rispetto alla</p>

loro pratica professionale.

Kahan e Goodstadt (2001), nel loro modello di dominio interattivo, hanno evidenziato l'importanza di impegnarsi nella riflessione critica come componente chiave delle buone pratiche di promozione della salute. Questo modello identifica una vasta gamma di fattori attraverso cui pianificare la promozione della salute e le diverse pratiche ad essa connessa. Tuttavia, appare evidente come questo modello non si concentri sull'attuazione del cambiamento delle strutture e nei rapporti di potere che ostacolano l'adozione delle pratiche di promozione della salute.

Fleming (2007) sostiene che la pratica riflessiva è un'abilità professionale chiave per gli operatori impegnati nella promozione della salute. Secondo l'autore, questo modello sottolinea l'importanza della riflessione sul ruolo del sé, del contesto e del processo di pianificazione delle attività di promozione della salute. Allo stesso tempo, viene evidenziato il potenziale della riflessione di promuovere la consapevolezza critica circa lo sviluppo delle pratiche di promozione della salute. Per fare ciò è necessario che il professionista si interroghi (o sia interrogato) attraverso domande riflessive sui diversi domini della sua pratica professionale. Altrimenti, se gli operatori non avessero una comprensione critica della pratica, la riflessione in sé nella quale loro si interrogano non sarebbe necessariamente critica.

Per quanto riguarda gli effetti e i risultati dell'impegno nella riflessione critica, è evidente una carenza della letteratura. Non è evidenziato un impatto positivo di questo metodo sulla pratica professionale attraverso un senso rinnovato dell'agency e dell'identificazione del cambiamento. Il lavoro sociale ha permesso di individuare alcuni risultati degli effetti di impegnarsi in una riflessione critica, per esempio, sul tema dell'agency e del potere professionale. Risultano essere poche le ricerche che

hanno documentato i benefici e i risultati della riflessione. In generale i temi identificati (riguardo i benefici della riflessione critica) erano: la razionalità, che prevedeva un'azione ponderata e basata sull'evidenza; sé e le emozioni (maggiore consapevolezza); pratica basata sul valore (più inclusiva e meno giudicante); pratica e abilità (migliore senso di professionalità).

Gardner (2007) ha esplorato i risultati a lungo termine dell'impegno in attività di riflessione critica intervistando venti partecipanti che avevano compiuto un percorso di riflessione critica da un anno. I risultati hanno evidenziato che oltre la metà degli stessi aveva compreso il processo di riflessione critica, acquisendo, una maggiore consapevolezza delle molteplici prospettive che da esse dipartono, una maggiore consapevolezza di ciò che questo processo produce su di sé e l'effetto che esso ha nella pratica professionale. Ma ancora, una maggiore consapevolezza dei presupposti e valori sottostanti la pratica professionale, una maggiore apertura alle relazioni, cambiamenti specifici del comportamento e la trasferibilità della capacità di riflessione critica. Risultano incoerenti i risultati che evidenziano una possibile influenza di questo processo sul cambiamento organizzativo.

Morley (2012) sostiene che sono necessarie ulteriori ricerche per identificare se i professionisti agiscono in base a nuove opportunità di cambiamento e se una maggiore consapevolezza della pratica migliori la pratica stessa.

Per quanto concerne la critica ai modelli di riflessione rilevanti per la promozione della salute, ne sono stati rilevati tre: quello per la tipologia di promozione della salute (modello tipologico), il modello di riflessione critica e il modello critico o modello a riflessione adattata. Il primo fornisce ai professionisti un processo per riflettere sulla propria pratica, ponendo domande circa il sé, il

contesto e il processo. Viene progettato per essere applicato prima e dopo il completamento di un programma con i singoli professionisti. Il secondo è un modello interdisciplinare che è stato utilizzato nel lavoro sociale, in quello infermieristico e in quello dell'istruzione. L'obiettivo centrale prevede la messa in discussione del pensiero dominante implicito nella pratica professionale per variare le modalità di esercizio della pratica. Si applica in piccoli gruppi e aumenta la consapevolezza del contesto sociale, permettendo una reinterpretazione delle esperienze, andando a facilitare il collegamento delle nuove consapevolezze con le opzioni per il cambiamento. Il terzo modello venne utilizzato in primis come metodo di inchiesta con gli operatori del servizio sociale (del sistema legale australiano) che hanno sostenuto vittime di abusi sessuali. Quest'ultimo rappresenta un ampliamento del modello precedentemente presentato. Va detto che tutti i modelli hanno riconosciuto l'importanza che il quadro teorico ha nella loro formulazione di ipotesi. Quest'ultime sono rappresentate dal potere e la sua costruzione, i modi di conoscere, le culture e le sottoculture, e infine, il ruolo del linguaggio nel discorso. Tutti e tre i modelli sottolineano l'importanza di mettere in discussione il potere dominante e le sue varie forme, in quanto la riflessione critica ha la possibilità di spingerne il cambiamento. Il modello critico e il modello della riflessione adattata enfatizzano sull'esplorazione delle opinioni, le idee, le ipotesi di potere e spingono il professionista a reinterpretare tali dimensioni. A sua volta, questi due modelli vanno a valorizzare la componente sociale della riflessione critica, che dovrebbe responsabilizzare coloro che risultano maggiormente emarginati, vulnerabili e così via. Dunque, questi due modelli mirano all'aumentare la consapevolezza del mondo sociale del professionista, come questo influenza la sua pratica e come questo può tramutarsi in un cambiamento sociale. Il modello tipologico invece, riconosce l'importanza di considerare le influenze sociali nella promozione

	<p>della salute, attraverso il dominio del contesto. Ciò include la considerazione dei presupposti, dei valori e dei fattori socioculturali, ma non lo fa collegare con l'identificazione di queste caratteristiche con le opportunità di apportarvi delle modifiche.</p>
<p><b>Discussione/ Conclusione</b></p>	<p>Come già ampiamente sostenuto, la difficoltà nel commentare e identificare (e criticare) la letteratura attuale circa il tema della riflessione critica nelle pratiche di promozione della salute deriva perlopiù da una varietà e diversità delle definizioni in cui essa è stata articolata. Così come dei modelli, dei quadri teorici di riferimento che testimoniano l'imprevedibilità con la quale il processo si dipana nei diversi studi. La revisione ha rilevato che nonostante i professionisti della salute dovrebbero riflettere criticamente sulla loro pratica, il modello tipologico è l'unico che ha articolato questo processo coinvolgendo la riflessione critica. Tuttavia, la teoria critica non risulta essere presente nel medesimo modello. Il modello della riflessione critica e quello della riflessione adattata forniscono delle vere e proprie attività e si rifanno esplicitamente alla teoria critica come base del loro framework teorico. Ma nessuno dei due è stato utilizzato nella pratica di promozione della salute. Mentre il modello tipologico non identifica ogni caratteristica della riflessione, gli altri due offrono un processo più adatto per affrontare tutte e cinque le caratteristiche del processo ivi preso in considerazione (la riflessione critica). Questi ultimi sono potenzialmente utilizzabili anche nel settore della promozione della salute.</p> <p>Praticare in modo critico la promozione della salute è cruciale per i professionisti in essa coinvolti, in particolare per far fronte alle loro rispettive responsabilità etiche. L'impegno per la giustizia sociale, i processi partecipativi e responsabili (basati sull'evidenza), l'affrontare le disuguaglianze, sono tutti valori riconosciuti come base della pratica di promozione della salute.</p>

	<p>Nonostante il crescente interesse circa la pratica della riflessione critica nel contesto della promozione della salute, sembra che ciò non si rifletta come reale competenza chiave degli operatori australiani e internazionali. In particolare, per quanto riguarda i quadri di competenze che compongono la pratica di promozione della salute (anche se vi è l'inclusione dei valori, dei principi critici ed etici nelle diverse attività di promozione della salute). La riflessione critica è identificata come un processo che potrebbe aiutare il movimento della professione di promozione della salute (in particolare verso pratiche più critiche). Anche se appare un territorio ancora da esplorare.</p> <p>Conclusione</p> <p>La riflessione critica è una componente chiave della pratica professionale nell'ambito della promozione della salute. Non impegnarsi in essa rischia di rinforzare i discorsi dominanti e il potere delle strutture sociali. Di conseguenza rischia di impedire l'opposizione alle disuguaglianze e ai determinanti sociali della salute. Se la promozione della salute deve sostenere la sua etica e i suoi valori, allora la riflessione critica deve essere articolata come un nucleo di competenza per i professionisti impegnati nell'ambito della promozione della salute.</p> <p>Il modello della riflessione critica offre una base potenziale da cui partire, ma permane la necessità di sviluppare ancora la ricerca.</p>
<p><b>Implicazioni pratiche</b></p>	<p>//</p>
<p><b>Elementi di criticità</b></p>	<p>//</p>

### ***3.3 Analisi e commento dei dati a disposizione***

Alla luce di quanto emerso, possiamo notare come la competenza rappresenti una componente fondamentale della pratica clinica degli operatori sanitari (WHO, 2013), ove la performance degli stessi viene a dipanarsi attraverso quel tipo di competenze *core* in cui rientrano i valori, gli atteggiamenti e le convinzioni che l'intera organizzazione esplicita e che ogni professionista deve dimostrare nella pratica quotidiana (Albarqouni et al., 2018). Quell'"insieme minimo di competenze" (OMS, 2006), ovvero le *core competence*, permettono all'operatore di lavorare efficacemente e possono essere riassunte nelle "conoscenze, abilità e atteggiamenti di base necessari [...] per risolvere i problemi di salute" della popolazione (PAHO & WHO, 2013, p. 5). Nonostante siano diverse le argomentazioni che si trovano attorno a questo costrutto, un modello esaustivo e di facile lettura risulta essere quello dell'Institute of Medicine (2013), secondo cui le *core competence* sono sostanzialmente cinque: fornire assistenza centrata sul paziente, lavorare in un'equipe multidisciplinare, impiegare una pratica basata sull'evidenza, applicare miglioramenti di qualità al servizio e l'uso dei sistemi informatici.

Un altro studio, di Albarqouni, Hoffman e Straus, (2019), ha raggruppato sessantotto *core competence* in cinque set, sottolineando l'importanza di conoscere gli elementi del processo decisionale condiviso, ma soprattutto, di riconoscere il valore della pratica clinica riflessiva nella valutazione della propria performance. Dunque, nonostante sia un elemento della pratica clinica che non viene evidenziato con così tanta enfasi, sembra che la pratica riflessiva appartenga a questo tipo di categorie professionali, nella definizione delle loro competenze. Come emerso dalla revisione della letteratura ivi presentata, sono diversi i modelli che vengono utilizzati per ovviare a questo tipo di processo in questo tipo di settore. Da Dewey, Schön, Boud, Kolb e Mezirow, sono solo alcuni dei richiami teorici che spesso tornano in auge relativamente il tema della pratica riflessiva nei contesti sanitari (Fragkos, 2016). In molti casi, sembra che la pratica riflessiva, in questi contesti, si sviluppi in due momenti: durante il lavoro o a lavoro concluso, definibile anche come riflessione nel corso dell'azione o sull'azione (Mann, Gordon & MacLeod, 2009). Ciò andrebbe a confermare che, per quanto riguarda la pratica riflessiva nei contesti sanitari, "i modelli teorici hanno origine da un'epistemologia della pratica come previsto da Dewey e Schön", [...] a cui si aggiungono "elementi della riflessione critica di Mezirow" (Fragkos, 2016). Tuttavia, va ricordato che nelle revisioni delle letterature considerate, molto spesso si dichiara l'importanza anche di un processo "anticipatorio" o di pre-

riflessione quale ulteriore momento di rilevanza nel successo di questo metodo (Mann et al., 2009) in un'ottica che assume sempre più la forma di un modello critico di riflessione (Prilla, Herrmann, & Degeling, 2013). Mentre, nel processo di riflessione a posteriori, sembra evidente il ruolo della tecnica del debriefing (Jayatilleke & Mackie, 2013). Dall'altra parte, le tecniche che si possono annoverare per cercare di supportare questa "competenza smarrita" sono le più diverse e disparate. Infatti, potremmo trovare l'utilizzo della scrittura riflessiva tramite diari, portfolio e altri tipi di raccolte autobiografiche (Fragkos, 2016; Mann et al., 2009). Ma non solo, anche il feedback e l'utilizzo di video e foto sembrano essere tecniche utili per supportare questo tipo di pratica in questi contesti. Ma ancora, il dialogo riflessivo di gruppo o metodi formativi come gli esercizi in classe, gli incidenti critici o l'autoriflessione guidata da un supervisore (Fragkos, 2016) e il tutoraggio (Mann et al., 2009). Quello che sembra rilevante sottolineare circa le tecniche utilizzate è la possibilità che queste hanno di permettere all'operatore di impegnarsi in un apprendimento profondo (Fragkos, 2016). Attraverso la pratica riflessiva, infatti, migliorerebbe la pratica clinica (Jayatilleke & Mackie, 2013) probabilmente grazie al supporto che questo processo dà al pensiero critico, all'identità professionale e allo sviluppo della stessa (Mann et al., 2009).

Dunque, nonostante sia stata evidenziata da più parti una carenza nell'uso di questa pratica nei contesti sanitari (Tretheway, Taylor, O'Hara & Percival, 2015), ne è stata più volte sottolineata da Jayatilleke et al. e da Mann et al. l'importanza del ruolo che questa ha nello sviluppo professionale degli operatori di questo settore, del suo ruolo nel miglioramento della pratica professionale sanitaria ma soprattutto come elemento fondante di una migliore competenza professionale. A sua volta, la letteratura sottolinea ripetutamente come la pratica riflessiva sia un processo collaborativo che può prendere vita in contesti più o meno spontanei o pianificati (Prilla, Herrmann & Degeling, 2013) e questo andrebbe a confermare l'ipotesi sull'importanza che tale metodo faciliti l'acquisizione di un processo decisionale condiviso (Albarqouni et al., 2019) in grado di incidere poi sulle scelte dell'intero gruppo di lavoro. Anche il sostegno del gruppo e la possibilità di apprendere dall'esperienza degli altri rappresentano un altro fattore in grado di incidere sul successo di questo processo (Mann et al., 2009), a maggior ragione se si pensa al contesto sanitario, che per definizione richiede un approccio multidisciplinare in grado di offrire una presa in carico efficace e di qualità (Wieslawa, Wranik, Prive, Susan et al., 2019).

Dall'altra parte, vanno presentati anche alcuni limiti che si presentano di fronte a questo

processo. Infatti, l'efficacia della pratica riflessiva sembra essere profondamente connessa al contesto nel quale essa si dipana, così come al tempo che ad essa viene dedicata (Mann et al., 2009). Accanto a ciò si pone la necessità di considerare l'assetto emotivo del professionista (Jayatilleke et al., 2013) che viene coinvolto in questo genere di attività, così come il ruolo facilitante del supervisore che la letteratura, negli scritti di Mann et al., ha più volte ribadito essere significativo. Sono ancora Mann et al. a notare come essa sembri inoltre diminuire con l'aumentare degli anni di esperienza pratica (Mann, Gordon & MacLeod, 2009), alla percezione della propria competenza nel poterlo fare o alla mancanza di sostegno da parte del gruppo dei pari (Jayatilleke et al., 2013). Tuttavia, rimane indiscutibile il contributo che la pratica riflessiva dà al miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza di un sistema sanitario in evoluzione (Jayatilleke & Mackie, 2013), nonostante la difficoltà di poterlo misurare da un punto di vista quantitativo (Fragkos, 2016).

La tabella che segue presenta il sunto degli elementi evidenziati nell'analisi della letteratura, riprendendo nuovamente un'esplicitazione di quelle che possono essere considerate le effettive *core competence* degli operatori sanitari riepilogate nel capitolo uno.

<b>Dimensione</b>	<b>Verso quali competenze, teorie, metodi e limiti</b>	<b>A supporto di quali risultati</b>	<b>Autore/autori</b>
<b>Pratica riflessiva</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fornire assistenza centrata sul paziente</li> <li>• Lavorare in un'equipe multidisciplinare</li> <li>• Impiegare una pratica basata sull'evidenza</li> <li>• Applicare miglioramenti di qualità al servizio</li> </ul>	Le <i>core competence</i> come elementi minimi necessari per offrire una pratica clinica di qualità	Institute of Medicine, 2013

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uso dei sistemi informatici</li> </ul>		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Riconoscere la pratica clinica riflessiva al fine di migliorare la propria performance</li> </ul>	La pratica clinica riflessiva rappresenta una dimensione delle competenze degli operatori sanitari	Albarqouni, Hoffman, & Straus, 2019
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La pratica riflessiva nel contesto sanitario si basa sui modelli di Dewey, Schön, Boud, Kolb e Mezirow</li> <li>• La pratica riflessiva nel contesto sanitario può avvenire nel corso dell'azione e/o ad azione accaduta, ma esiste anche sottoforma di attività anticipatoria.</li> <li>• Esistono diversi metodi per implementarla: dialoghi riflessivi, il portfolio, il debriefing, le foto, i</li> </ul>	<p>Esistono dei modelli di riferimento che possono guidare la progettazione di interventi formativi rivolti al supporto della pratica riflessiva nei contesti sanitari.</p> <p>La pratica riflessiva è un processo collaborativo che può avvenire in un contesto più o meno spontaneo.</p> <p>Attraverso di essa migliora la pratica clinica probabilmente grazie al supporto che questo processo dà al pensiero critico, all'identità professionale e allo sviluppo della stessa.</p> <p>La pratica riflessiva è in</p>	<p>Jayatileke &amp; Mackie, 2013</p> <p>Mann et al., 2009</p> <p>Tretheway, Taylor, O'Hara &amp; Percival, 2015</p> <p>Fragkos, 2016</p>

	<p>video, gli incidenti critici, l'autoriflessione guidata</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La pratica riflessiva, nel contesto sanitario è sottovalutata</li> <li>• Ci sono dei limiti nella pratica riflessiva</li> </ul>	<p>grado di incidere positivamente sull'apprendimento profondo.</p> <p>Contesto, tempo, assetto emotivo del professionista e gruppo dei pari incidono sul processo della pratica riflessiva.</p>	
--	---	--	--

## Capitolo 4 - Una proposta operativa: il corso di formazione sulle *core competence* e la pratica riflessiva nei contesti sanitari

### 4.1 Una proposta operativa

Alla luce di quanto emerso dalla precedente revisione, appare necessario riprendere alcune parti degli articoli finora presi in considerazione. In primis si evince che il comparto sanitario debba riappropriarsi di una epistemologia della pratica riflessiva (Fragkos, 2016), in quanto, come abbiamo abbondantemente sostenuto, essa rappresenta un elemento importante nello sviluppo professionale continuo (Jayatilleke & Mackie, 2013). Dunque, si sostiene in più occasioni che la capacità riflessiva sia una caratteristica essenziale per la competenza professionale (Mann, Gordon & MacLeod, 2009) tanto che la si sostiene come nucleo di competenza per i professionisti sanitari nell'ambito della promozione della salute (Prilla, Herrmann & Degeling, 2013). In sostanza, per usare un termine che fino a qui ci ha guidati, essa dovrebbe essere vista come una vera e propria *core competence* degli operatori sanitari. Ma a questo punto sorge spontanea un'ulteriore analisi, quella relativa alla possibilità per la pratica riflessiva di essere oggetto di una vera e propria formazione, in quanto, come afferma uno dei documenti che finora ci ha guidati: "ogni operatore sanitario dovrebbe essere educato a fornire cure centrate sul paziente come membro di un team multidisciplinare, sottolineando la pratica basata sull'evidenza e la qualità degli approcci volti miglioramento del sistema in generale e di quelli digitali" (Greiner & Knebel, 2003, p.3). Dunque, considerando la pratica riflessiva come un'ulteriore *core competence*, agganciata alle cinque precedenti, si rende evidente che anche questa può e deve essere oggetto di un'attenzione pedagogica. Prima di tutto perché come abbiamo già sostenuto, essa viene richiesta come elemento per l'autovalutazione della propria performance; quindi, perché viene ad essere chiaramente esplicitata come componente di una competenza sanitaria vera e propria (Albarqouni, Hoffman & Straus, 2019). Successivamente perché, come abbiamo visto nella letteratura analizzata, essa viene già effettivamente incorporata nella formazione medica universitaria, post-laurea e continua, così come in altri contesti sanitari (Mann et al., 2009). Dunque, ciò che sembra importante ha che vedere con quali possano essere le modalità, le strategie e i capisaldi che possono guidare questo tipo di formazione in ambito sanitario, che fa fede al mondo non solo dell'educazione in medicina, bensì dell'andragogia e della formazione degli adulti. A proposito di quest'ultimo elemento, proprio uno degli articoli revisionati, quello

di Jayatilleke & Mackie (2013) sottolinea come sia importante progettare una formazione che si rifaccia ai capisaldi dei principi andragogici, per cui richiama la necessità degli adulti di stabilire lo scopo del loro apprendimento che deve essere ancorato a situazioni della vita reale. Ma non solo. Viene sottolineato infatti anche il bisogno di ancorare questo tipo di processo, quello della pratica riflessiva, appunto, ad una dimensione non solo individuale ma anche di gruppo, così da potenziare questo strumento ai fini di un empowerment della persona.

Per fare ciò, a coronamento del lavoro svolto nel corso della presente indagine abbiamo deciso di inserire un percorso formativo che fa fede ad un'equipe multidisciplinare coinvolta nella cura dell'asma infantile ad alta quota. In questo senso, la scelta di questa equipe professionale si rifà alla mia esperienza personale e professionale quale membro del suddetto gruppo di lavoro. Abbiamo deciso di contestualizzare il più possibile tutti gli elementi finora presentati, tutte le diverse strategie presenti in letteratura, andando ad arricchire la proposta anche con qualche elemento di novità, in quanto vediamo nella flessibilità e poliedricità della formazione on the job uno strumento innovativo ma non ancora all'avanguardia in questo settore, almeno per quanto riguarda questo tipo di argomenti. La scelta di questo gruppo di lavoro deriva anche da una sua caratterizzazione contestuale, in quanto nella cura dell'asma infantile l'elemento della multidisciplinarietà risulta essere una chiave fondante la presa in carico del paziente (Clark, Griffiths, Kateyan & Partidge, 2010).

Come abbiamo già sostenuto, essendo la riflessione sostenuta dal gruppo dei pari e necessitando di una dimensione di interpretazione anche gruppale, abbiamo visto in questo team un'occasione per evidenziare l'efficacia della nostra proposta, nel caso in cui fosse attuata in futuro. Con l'obiettivo di renderla una lettura coerente con quanto espresso finora, ci accingiamo a presentare una proposta formativa che ha per oggetto la pratica riflessiva nei contesti sanitari.

#### ***4.2 Il progetto formativo: il corso di formazione sulle core competence e la pratica riflessiva nei contesti sanitari***

Al fine di fornire una proposta formativa dotata di senso, ma soprattutto calata nella situazione reale in cui si trovano ad agire i diversi professionisti della salute, la ricerca in oggetto è stata costruita e strutturata seguendo degli elementi minimi ben precisi e

identificabili. Prima di tutto è stato necessario recuperare le teorie dell'andragogia che reggono l'apprendimento degli adulti e la loro relativa formazione.

A sua volta, anche l'impianto di valutazione è stato declinato secondo le teorie specifiche della formazione degli adulti. Successivamente è risultato necessario agganciare l'intero impianto formativo ad alcuni capisaldi dell'educazione in medicina. Prima di tutto perché risulta essere il settore specifico in cui ci addenteremo, e in secondo luogo perché questo fa da minimo comune denominatore a tutti gli interventi e gli obiettivi presentati poco fa. Un altro elemento di raccordo tra le diverse azioni che strutturano l'intervento ha a che vedere con il principio di democratizzazione della classe, fattore che risulta necessario per aumentare il coinvolgimento autentico degli operatori sanitari con un'esperienza minima decennale nel settore della cura di pazienti pediatrici che soffrono d'asma. A maggior ragione si ritiene che, in questa sede, sia necessario aumentare il più possibile la fruibilità e la vivacità dei contenuti. In primis per rendere meno amorfa la proposta formativa, rivolta a persone di diverse età e con esperienze nel settore molto differenti. In secondo luogo, perché la significatività dei contenuti passa anche attraverso una loro semplificazione mediante l'uso delle figure retoriche, nella fattispecie, la metafora. È così che dunque, in questo intervento, si andrà a valorizzare la metafora dell'escursione in montagna quale itinerario che guiderà le azioni e le tappe della nostra proposta, garantendo una trasversalità dei contenuti e appunto, una loro maggiore fruibilità.

A questo punto va detto che, per fare un viaggio, sia esso nella propria nazione o in un'altra, è sempre necessario portare con sé un documento di riconoscimento, che permetta, laddove fosse necessario, di farsi riconoscere, o meglio, di conoscere. Nella ricerca in oggetto, il documento di riconoscimento che verrà consegnato all'inizio del "viaggio" di cui accennavamo rappresenta uno strumento attraverso cui l'operatore si può impegnare in un percorso di scrittura riflessiva nella quale scomporre ogni singola tappa del viaggio (ovvero ogni singola lezione) in tre diverse dimensioni: quella emotiva, quella cognitiva e quella conativa.

Non meno importante è la fase di debriefing finale ove si ripercorreranno, come nelle più comuni escursioni in montagna, "attorno al fuoco" i momenti, le frasi, le idee o le opinioni che più hanno interessato o colpito durante la lezione.

Infine, la nostra proposta formativa vede anche la progettazione e di una vera e propria escursione con le ciaspole, ove si cercherà di unire i benefici della formazione outdoor con gli obiettivi della presente ricerca. Nella speranza che il lettore possa sentirsi parte di

questo viaggio, ci addentriamo ora ad analizzare ogni singola dimensione dell'intervento di cui abbiamo appena sommariamente discusso.

### ***4.3 La formazione degli operatori della salute: tra Andragogia e Educazione in Medicina***

L'intervento in oggetto vede il suo dipanarsi attorno ai principi basilari dell'andragogia. In primis perché i partecipanti della ricerca sono persone adulte, dunque con una disposizione all'apprendimento completamente diversa da quella dei bambini e degli adolescenti, ove regge il modello pedagogico (e in parte quello andragogico). In secondo luogo, perché i principi della teoria andragogica, formulati da Knowles (2016), permettono di stilare i fondamenti attraverso cui articolare le diverse azioni da mettere in atto per realizzare il presente intervento. Come suggerisce lo stesso autore ne "Quando l'adulto impara" (2016), la persona adulta richiama psicologicamente ad un concetto di sé autonomo e responsabile della propria vita. Dunque, la capacità di gestirsi autonomamente rappresenta uno dei fondamenti a cui va unito il bisogno di sapere del discente stesso. Un bisogno di sapere e saper fare che deve essere legato alle esperienze della vita reale, unito alla considerazione per cui sia necessario basarsi sull'esperienza pregressa della persona per agganciare il contenuto. Dunque, da un lato, un bagaglio esperienziale che non va trascurato ma che rappresenta un fattore da non sottovalutare, bensì da valorizzare. Dall'altro, la necessità che la formazione sia organizzata attorno a situazioni reali, vissute veramente dalla persona, siano queste della sua vita professionale o personale. Infine, va detto che in questo scenario, ancora in accordo con Knowles, accanto all'orientamento e all'apprendimento troviamo la motivazione ad apprendere, che nell'adulto deriva da pressioni interne piuttosto che esterne. Agganciato a queste teorie si muove un vero e proprio "mondo" che è quello dell'educazione in medicina. Un punto che non può essere lasciato da parte, in quanto i partecipanti e gli attori di questo progetto sono professionisti della salute, operativi ormai da molti anni nel settore.

Con Educazione in Medicina si intende un processo permanente che racchiude l'esperienza premedica, l'istruzione universitaria, la generale formazione clinica e ambulatoriale, la formazione di specialità e quella medica continua (Swanwick, 2014; Spencer & Jordan, 1999). In questo senso, la nostra ricerca si inserisce proprio in quest'ultima articolazione dell'educazione in medicina. Accanto ciò, come abbiamo

detto, vengono agganciati alcuni principi dell'andragogia, come la percezione di rilevanza, che aumenta la motivazione ad apprendere. Oppure la necessità di partire dall'esperienza del discente, la necessità di coinvolgere attivamente lo stesso discente in quanto primo responsabile dello stesso processo (Knowles, 2016; Spencer & Jordan, 1999). Ma ancora, la possibilità di creare condizioni che permettano di trasferire l'apprendimento alle situazioni della pratica clinica reali, il coinvolgimento di azione e riflessione e la fiducia ed il rispetto reciproci (Spencer & Jordan, 1999).

Per dirla con Swanwick, l'obiettivo dell'educazione in medicina è quello di offrire alla comunità un gruppo di professionisti qualificati e opportunamente aggiornati che siano in grado di assumere come fondamento centrale della propria pratica professionale la cura del paziente. Ciò significa che l'interesse personale dell'operatore deve essere al di sotto del precedente fattore e, a sua volta, si ribadisce l'importanza per il professionista di impegnarsi e sviluppare competenze lungo tutta la sua carriera. In tal senso, sembra che i presupposti educativi predominanti siano l'apprendimento esperienziale e la pratica riflessiva, a cui si aggiungono altre forme di apprendimento autodiretto che risultano essere approcci efficaci nel continuum dell'educazione medica appunto perché vengono basati sull'esperienza e sulle nuove conoscenze che possono essere integrate nel contesto professionale dell'operatore (Chastonay, Brenner, Peel & Guilbert, 1996).

Se volessimo analizzare ancora più in profondità quali strategie si possono applicare per facilitare questo tipo di apprendimenti, potremmo trovare l'apprendimento basato sui problemi, sulla scoperta o sui compiti, ma anche quello esperienziale e riflessivo di cui prima accennavamo, o quello basato sul portfolio, sui progetti di apprendimento o tramite la valutazione tra pari (Towle, 1996). Dall'altra parte, l'importanza di sviluppare competenza nell'arco di tutta la vita fa sì che l'educazione in medicina sia declinata sulla base della situazione specifica degli operatori che vi prendono parte (Jason et al., 2010). Ma allora sorge spontanea una domanda a questo punto. Quali sono le componenti dell'educazione in medicina? Ed in particolare, quali sono i capisaldi dell'educazione in medicina che si basa sulla clinica, in quanto come abbiamo detto, centrale è anche la cura del paziente? Secondo Edgar e collaboratori (2020), riprendendo uno studio di Van Melle, le componenti *core* di questo processo sono la chiarezza dell'articolazione delle competenze-meta richieste dalla pratica; le competenze ed i loro indicatori che devono essere sviluppati in sequenze progressive; le esperienze di apprendimento che facilitano lo sviluppo e l'acquisizione delle competenze così come la pratica valutativa che ne supporta il miglioramento. Sempre nello studio di Van Melle, ripreso da Edgar e

collaboratori (2020), le componenti *core* dell'educazione in medicina lavorano sulla pratica clinica, innanzitutto attraverso specifici risultati di apprendimento che promuovono la concentrazione e la responsabilità nell'operatore, dopodiché attraverso una scomposizione del percorso educativo che facilita l'acquisizione di una competenza che avviene grazie anche ad un ancoraggio alla vita reale del professionista, sviluppando al contempo il senso di appartenenza ad una comunità di pratica. Infine, il ritmo di apprendimento deve essere lasciato al professionista, così come i sistemi di valutazione devono consentirgli di esplicitare un valido processo decisionale.

In questa sede però, la dimensione che viene ad essere oggetto di analisi è l'educazione in medicina, in particolare nel suo senso di continuità che essa può avere in quanto oggetto di intervento anche per medici affermati ed esperti. L'educazione continua in medicina, infatti, come sostiene la letteratura, aumenta le conoscenze del medico, le sue attitudini, le sue abilità, il suo comportamento pratico e i risultati ottenuti nell'esercizio della pratica clinica (Marinopolus, 2007). Tuttavia, in questo senso, la letteratura non ha raggiunto l'unisono, infatti, come suggerisce una metanalisi di Mansouri & Lockyer (2007), l'influenza dell'educazione medica continua sulle conoscenze dell'operatore è media. Così come ad essere basse sarebbero le correlazioni rispetto all'esercizio della pratica clinica e la relativa deriva nel processo di cura del paziente (Mansouri e Lockyer, 2007). A detta degli stessi autori, ciò che però sembra emergere con chiarezza riguarda il fatto che per prima cosa sono da prediligere gli interventi di tipo interattivo o "mix-metod". Successivamente va affermato come si osserva una maggiore utilità di interventi ripetuti più volte nel tempo e non eseguiti una sola volta, con l'utilizzo anche di piattaforme multimediali e non solo stampate (Marinopolus, 2007). Prima di concludere la nostra analisi circa l'educazione in medicina, il suo legame con il mondo pedagogico e così via, appare necessario esplicitare uno dei suoi risultati desiderati: lo sviluppo professionale continuo. Quest'ultimo è da intendersi come un processo che non si riconosce solo nelle competenze ad ampio raggio che l'operatore deve possedere per esplicitare una pratica clinica di qualità, ma comprende anche il riconoscimento dell'aspetto multidisciplinare del contesto di cura del paziente (Peck, McCall, McLaren, & Rotem, 2000). Dunque, viene inclusa la necessità di comprendere gli altri professionisti che ruotano intorno al paziente, ad esempio attorno alle loro relative competenze. Sommariamente potremmo definire lo sviluppo professionale continuo come un processo di apprendimento permanente attraverso cui "gli operatori sanitari si tengono aggiornati per soddisfare le esigenze dei pazienti, del servizio sanitario e del proprio sviluppo professionale. Esso

include, rifacendoci a Peck et al., la continua acquisizione di nuove conoscenze, abilità e attitudini che consentono l'esercizio di una pratica competente" (p. 432). Come abbiamo già sostenuto, le attività educative che tendono ad essere incluse in questo processo sono quelle live (corsi, seminari, riunioni, conferenze, ecc.), quelle interne (basate sull'attività pratica, conferenze sui casi, i diari) o quelle basate su materiali durevoli come la stampa, i CD e simili.

Dunque, riassumendo, l'educazione in medicina, specie il suo dipanarsi lungo tutta la vita del professionista, permette di migliorare la pratica clinica, andando a modificare il comportamento clinico stesso (Cantillon & Jones, 1999). Questa dovrebbe però basarsi su una attenta valutazione dei bisogni del professionista sanitario, così come un ancoraggio sulle esperienze lavorative reali dell'operatore.

#### ***4.4 Struttura e ambiti del corso***

Una volta evidenziato il primo snodo della nostra analisi, occorre presentare come questi fondamenti siano stati declinati nella realizzazione dell'intervento. A ragione di quanto evidenziato, si sono preferiti interventi multipli e non uno singolo. Pertanto, il nostro corso di formazione si dipanerà attorno a sei lezioni, ognuna delle quali si aggancia a quattro delle cinque *core competence* evidenziate dalla letteratura, specie per quanto riguarda il comparto sanitario. La scelta di evitarne una, ovvero "utilizzare sistemi informatici", deriva da una necessità temporale di effettuare l'intervento nei tempi previsti. Dall'altra parte, sono state inserite due lezioni ad hoc per le competenze emotive e culturali, in quanto le si ritiene parte integrante del profilo professionale degli operatori sanitari. Le rimanenti lezioni si rifanno alle altre *core competence* evidenziate, e quindi: le cure paziente centrato, la pratica basata sull'evidenza, l'apportare miglioramenti alla qualità del sistema e lavorare in un'equipe multidisciplinare.

Una volta definito il corso e le sue singole lezioni, si è passati a definire il timing. Infatti, queste sei lezioni avranno luogo tra dicembre e gennaio del corrente anno e saranno concordate con i partecipanti per quanto concerne la data precisa delle singole.

In sostanza sono previsti complessivamente sette incontri: uno di apertura e presentazione, le sei lezioni in cui si dipana l'intervento e una settimana nel quale si restituiranno i dati ottenuti.

## La mappa del nostro viaggio

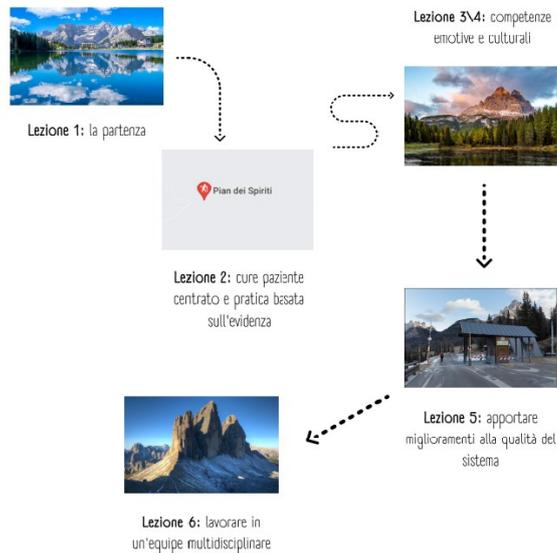


Fig. 1 La struttura del corso

Ogni incontro è stato strutturato in quattro fasi:

- una di check-in di presentazione, accoglienza ed esplicitazione del rationale della giornata;
- una di gioco vera e propria, ove si cerca di rompere il ghiaccio fra i partecipanti e ridurre le possibili resistenze iniziali;
- una di attività che rappresenta il nocciolo dell'intervento;
- una di check-out, in cui attraverso il debriefing si chiude l'incontro rianalizzandolo a posteriori.

Per realizzare tutto ciò sono ritenute indispensabili quattro ore a lezione, unite ad un'intera giornata o due mezze giornate per l'escursione con le ciaspole. Infine, va detto che verrà proposta la realizzazione di due lezioni in giorni ravvicinati per mantenere un legame anche con "l'intensità" che il corso stesso richiede rispetto ad alcuni dei suoi temi.

#### ***4.5 La Valutazione nell'intervento: un itinerario tra Andragogia e Educazione in Medicina***

Può sembrare anomalo riflettere sulla valutazione prima di aver presentato le fasi di cui si compone il set di interventi pensati per il gruppo di riferimento, ma in realtà questo passaggio si rende necessario come premessa che lavori in background rispetto a tutto l'intervento formativo e il suo inserimento qui vuole essere anticipatorio dell'idea di valutazione che si vuole mettere in campo all'interno del progetto che di seguito descriveremo.

In generale, potremmo dire che, come sostengono De Ambrogio, Dessi e Ghetti (2015), riprendendo Palumbo, l'azione valutativa è orientata all'espressione di un giudizio, argomentato attraverso dati e informazioni raccolte secondo procedure rigorose e codificabili. Nel suo senso progettuale-interventistico, usando le parole degli stessi autori che riprendono De Ambrogio, la valutazione ha anche una finalità di accrescimento della conoscenza rispetto all'efficacia dell'esperienza che viene opportunamente implementata e definita nei tempi. Ma si può valutare anche per porre in analisi la risoluzione del gap colmato attraverso ciò che si è implementato rispetto al bisogno al quale ci si prefiggeva di rispondere.

Dunque, sono diversi gli approcci che possiamo trovare per parlare di valutazione. Essa può avere come finalità un giudizio sull'elemento conosciuto attraverso un'azione valutativa (Torre, 2018). Richiede che i quesiti attraverso cui si dipana l'indagine siano trasparenti, rigorosi, così come le procedure e le strategie utilizzate per raccogliere i dati, rimandando ad una partecipazione attiva anche dello stakeholder. Per rifarci alle parole di Torre (2018), che riprende il pensiero di Palumbo e Bezzi, la valutazione, può prevedere varie funzionalità. Una è quella cognitiva, ovvero con l'obiettivo di aumentare la conoscenza e non solo intervenire, in questo senso si inserisce il questionario che precedentemente abbiamo presentato. La funzione operativa permette di apportare un miglioramento per l'organizzazione mentre quella gestionale si concentra sulla costruzione di un quadro complessivo dell'intervento. Quella informativa prevede che si renda conto a informatori interni ed esterni, quella formativa invece permette di individuare il miglioramento reale, analizzando criticamente l'intervento ed il suo outcome. Infine, quella emancipativa porta a valorizzare chi ne usufruisce, il quale diventa osservatore critico dell'azione in atto. In mezzo a questo calderone di funzioni, in questa sede, parte della nostra attenzione va rivolta senz'altro alla formazione degli adulti,

ma soprattutto al senso e al significato che la valutazione prende al suo interno. Riprendendo nuovamente Knowles (2016), il quale si rifà a Kirkpatrick, la valutazione nella formazione degli adulti può essere suddivisa in valutazione delle azioni, ovvero una raccolta di come procede il programma, “all’inizio di ogni evento successivo”. In questo caso, attraverso il feedback individuale e di gruppo si può andare a carpire come si sono sentiti i partecipanti, se la lezione è stata di loro gradimento, quali potenzialità vedono in questo percorso e così via. La valutazione dell’apprendimento invece, prevede una raccolta su tecniche e principi acquisiti dai partecipanti (es. conoscenze valutate attraverso il problem solving e gli atteggiamenti, attraverso le scale attitudinali, i role playing e così via). In questo caso i risultati di apprendimento attesi saranno opportunamente introdotti all’inizio di ogni lezione e verranno valutati attraverso un breve test alla fine di ognuna di queste. La valutazione del comportamento sarà possibile attraverso l’osservazione dei cambiamenti pre- e post-intervento, fermo restando che ciò può avvenire più in là rispetto alla realizzazione dello stesso. In questo caso, utili saranno i diari, il cui ruolo è assunto dal “documento di riconoscimento”, ma possiamo trovare, ad esempio, anche scale di autovalutazione. Infine, sempre citando Kirkpatrick, Knowles (2016) inserisce una quarta fase di valutazione di un programma di formazione degli adulti, quella dei risultati. Anche in questo caso, attraverso il questionario pre e post-intervento, di cui prima parlavamo, capiremo se il corso ha effettivamente apportato un contributo, che verrà opportunamente restituito ai partecipanti.

Passando ad osservare come la valutazione si articola nell’educazione in medicina, anzitutto potremmo notare la chiarezza degli obiettivi sulla quale si poggia. Come sostiene Epstein (2007), infatti, la valutazione servirebbe per motivare e orientare le competenze, le conoscenze e la professionalità dell’operatore, considerando l’ottica di apprendimento futuro, l’ottica di protezione della popolazione, garantendo elevati standard professionali e di screening e al contempo, il soddisfacimento delle aspettative pubbliche sull’autoregolamentazione. Sempre nello stesso articolo contenuto in “The England Journal of Medicine”, Epstein sostiene che a dover essere valutate sarebbero le abitudini mentali, l’acquisizione e l’applicazione di conoscenze e competenze, le capacità comunicative, il ragionamento clinico e il lavoro di squadra. Ma ancora, ad essere valutata è la professionalità, l’apprendimento e i miglioramenti basati sulla pratica. Quello che poi il medesimo documento afferma, ha a che vedere con le modalità di valutazione, con l’osservazione diretta, il giudizio degli esperti, il feedback e il tutoraggio, l’incidente critico e la valutazione programmata. Sono queste le modalità attraverso cui può avvenire

la valutazione secondo l'Educazione in Medicina, ripetendo ancora una volta che l'utilizzo di metodi misti permette di catturare più aspetti della performance, quindi, risulta senz'altro più efficace. Questo è suggerito anche dal fatto che la stessa Educazione in Medicina, se basata sulle competenze, suggerisce il mixaggio di metodi qualitativi e quantitativi nella valutazione degli operatori (Halmboe, Sherbino, Long, Swing, & Frank, 2010). Gli autori a loro volta sostengono che “un approccio alla formazione medica basato sulle competenze è fondato su continui, completi ed elaborati sistemi di valutazione e feedback” (p. 676). Dunque, anche in questo modo la valutazione favorisce una progressione e uno sviluppo della competenza professionale.

È per tali motivi che si reputa rilevante inserire nella ricerca una veloce digressione sul tema della valutazione nella formazione degli operatori sanitari. Nella nostra analisi, la valutazione sarà esplicitata dal documento di riconoscimento, che rappresenta una sorta di portfolio del corso, di verifica degli apprendimenti al termine di ogni lezione e di costante feedback che avrà luogo in ogni fase di accoglienza dei partecipanti e in qualsiasi debriefing.

## **4.6 Il percorso formativo, i suoi step, i suoi strumenti: una proposta operativa**

### ***4.6.1 Una prima strategia: un breve inciso sulla democratizzazione della classe nella formazione degli adulti***

In questa ricerca, non si può non considerare che i partecipanti dovranno impegnarsi in un percorso di riflessione profondamente impegnativo. Ritornare con la mente sulle proprie mansioni, dopo che si sono routinizzate, non è facile. A maggior ragione se le attività richiedono di analizzare criticamente la competenza messa in atto nell'evento richiamato alla mente, unita agli altri aspetti in cui essa si può articolare. Per questo motivo si ritiene necessario che l'ambiente, che in questa sede coinvolge lo spazio fisico del luogo e le persone al suo interno, sia condiviso, inclusivo e costruito di comune accordo. A tal proposito, non ci stupiremmo se una sedia dovesse essere messa in una posizione bizzarra, non ci preoccuperebbe se il formatore proponesse un'essenza per

profumare la stanza. Ma ancora, non ci creerebbe alcun fastidio vedere un comodino rovesciato o un fiore di gelsomino portato da un operatore. Insomma, un luogo che potremmo definire per senso comune: “libero”, dove vige l’astensione del giudizio.

Per questi motivi sarà necessario formare attraverso un approccio democratico che prende come riferimento il contributo di Brookfield (2013) e di Dewey, ripreso in questo caso da Porcarelli (2012). Secondo il primo (2013) si potrebbe sostenere che un sistema democratico si compone di tre dimensioni fondamentali. Per prima cosa di un insieme di partecipanti che sono direttamente coinvolti nella gestione del sistema stesso, in cui i materiali rimangono a disposizione di chiunque vi faccia parte. In realtà Brookfield parla anche di identificazione e sfida alla manipolazione ideologica quale ultima dimensione del sistema democratico. A quest’ultima dimensione pertiene la prospettiva critica da incorporare per analizzare le pratiche e le idee su questioni irrisolte. Tuttavia, un punto che sembra coinvolgerci ancora di più in questa analisi, riprendendo sempre Brookfield che però si rifà a Habermans, vede nell’esplicitazione di “democratico” qualsiasi “dialogo ideale che permette alla persona di accedere alla conoscenza che pertiene al tema che si tratta” (p. 70). Un assunto che potremmo sentire riecheggiare anche in Mezirow (2010), nella teoria dell’apprendimento trasformativo.

Ma tornando a noi, potremmo riprendere, con Brookfield, affermando che una formazione democratica vuol dire anche creare le condizioni affinché vi siano forme conversazionali inclusive unite ad una capacità di scelta condivisa e consapevole. Questo perché una classe democratica si basa anche sulla diversificazione dei modi attraverso cui vengono coinvolte le nuove pratiche di apprendimento, così come le idee dei loro portatori di interesse. A questo punto sorge spontanea la domanda: cosa dovrebbe fare un formatore degli adulti per utilizzare un metodo democratico? Una domanda che pressappoco si fece anche Brookfield. Egli a tal proposito sostiene che “prima di tutto l’adulto ne deve essere consapevole e deve imparare a convivere con la contraddizione dell’adesione alla libertà e alla democrazia. Successivamente si dovrebbe analizzare come l’adulto apprende a vivere con l’elemento della contingenza inerente al processo di democratizzazione (per contingenza si intende l’accettazione che ogni comprensione e soluzione è sempre parziale, quindi confutabile). L’apprendimento democratico coinvolge l’analisi cognitiva, l’intelligenza emotiva, la competenza comunicativa, le abilità tecniche e la saggezza ontologica” (pp. 72-73). Si parte dunque dall’assunto che il processo è diviso equamente tra studente, insegnante e negoziazione delle parti e si possono annoverare tecniche come “l’incidente critico, Chalk Talk, Newsprint Dialogue, la regola delle 3 persone, il silenzio

strutturato o le Nominating Questions” (p. 83). Quando parliamo di approccio democratico, anche se radicato nella letteratura più di stampo pedagogico, risulta di dovere un riferimento a John Dewey, la cui idea di uomo si rifà più che apertamente all’assunto dell’uomo democratico (Porcarelli, 2012). In realtà anche nello stesso Brookfield i riferimenti a Dewey sono chiari o se non altro parziali. In Dewey la democrazia si svincola dalla ragione di essere una forma governativa per costituirsi nello spazio dell’interazione che nasce tra le persone (Porcarelli, 2012). Dove alla base si evince anche in questo caso un valore dato alla comunicazione, ricca di significati diversi che permettono all’individuo di definire anche la propria personale attività. Anche in Dewey, come in Brookfield si possono notare le divergenze che l’approccio democratico ha nell’autoritarismo (in questa sede si intende autoritarismo educativo) il suo principale nemico (Porcarelli, 2012). La fiducia profonda nell’essere umano è una prima risorsa che si può attingere dalla lettura di Dewey, nell’ottica per cui il metodo democratico in educazione si avvale anche di un valore inestimabile dato al processo esperienziale, quale chiave per generare nella persona scopi e metodi per crescere (Porcarelli, 2012). Dunque, per questi motivi, all’inizio del percorso formativo verranno definiti e condivisi tra tutti i partecipanti i principi secondo cui l’ambiente dovrà permettere la libera circolazione ed espressione di idee e opinioni, ovviamente assicurando il rispetto della dignità di ogni altro partecipante.

La tabella che segue rappresenta una sintesi degli elementi principali della prima lezione di formazione.



- **Titolo:** La partenza
- **Obiettivo:** Accoglienza, presentazione e obiettivi della giornata: presentazione del progetto (Il suo razionale, obiettivi e fasi); democratizzazione della classe.

- **Durata:** 4 ore
- **Contenuti:** modello delle *core competence*, modello della pratica riflessiva di Schön, 1993.
- **Attività:** collage per definire la competenza; presentazione del documento di riconoscimento; stesura dei principi e/o regole che permettono all'ambiente di facilitare la pratica riflessiva.
- **Metodologia:** active learning e learning by doing; metaforizzazione del percorso formativo.
- **Valutazione:** verifica degli apprendimenti tramite kahoot.
- **Feedback:** debriefing attraverso l'analisi SWOT.

#### ***4.6.2 Una seconda strategia: “Un’escursione alle Tre Cime”, il ruolo della metafora in un percorso formativo per operatori sanitari.***

In generale, per definire una metafora, potremmo riprendere Jakel, citato da Frąckowiak (2017). Infatti, il suo senso retorico, filologico e linguistico di derivazione greca è traducibile con “spostamento”, dove “meta” sta per “a, dietro” e “pherein” sta per “portare” (Frąckowiak, 2017).

Se ci spostiamo sul dominio retorico invece, dobbiamo notare come la metafora, in quanto “similitudine abbreviata” (Casula, 2003. p. 75), amplia i significati dei concetti, indipendentemente dalla loro applicabilità in quel determinato contesto, “compiendo asserzioni allusive” (p. 75). La metafora diviene uno strumento del pensiero e del linguaggio che permette di costruire una realtà nuova. Per usare le parole di Casula, “la metafora si manifesta tramite mutamenti contestuali di significato e procede con decontestualizzazioni e ri-contestualizzazioni degli elementi, creando nuove realtà. Permette di paragonare qualcosa che non conosciamo ancora con qualcosa che conosciamo, utilizzando cognizioni familiari, servendoci del noto per esplorare l’ignoto” (pp. 75-76). Secondo le parole dell’autore, la metafora si dipana attraverso un principio di finzione, che permette di rievocare l’immagine suggerita dal concetto evidenziato metaforicamente. Attraverso la somiglianza questo concetto viene agganciato ad altri, mettendo in evidenza un rapporto tra le cose. Infine, tramite la riflessione, “stimola la coscienza della presenza simultanea di diversi significati” (p. 76). La metafora promuove una conoscenza della simultaneità, dell’insight, dell’intuizione. È ancora Casula,

riprendendo David Gordon, che riferisce di una metafora costituita da sei fasi. Prima di tutto si crea attraverso l'analogia tra la storia e la situazione, ampliata poi attraverso l'isomorfismo, ovvero identificando un'equivalenza strutturale. In questo caso, l'analogia risponde del suo senso di proporzione, accostamento, somiglianza, mentre l'isomorfismo deve rispettare il principio di invarianza del numero dei costituenti, ovvero la storia deve rimanere agganciata alla struttura della situazione, contenerne degli eventi, delle caratteristiche o peculiarità. Una volta scelto l'ambiente si aggancia ad esso una serie di esperienze di cui il gruppo, la persona necessitano e successivamente si crea un processo che permetta di superare convinzioni limitanti attraverso soluzioni adeguate.

In questa sede, si potrebbe vedere nella creazione di una metafora che regga il percorso formativo una sorta di strumento della "linguistica metaforica" (Lakoff & Johnson, 2003) per assicurarsi una maggiore comprensione del nostro intervento. Per comprendere ancora meglio che tipo di strumento possa essere, chiare sembrano le parole di Casula (2003), secondo cui la metafora nella formazione non è altro che "una storia strategicamente preparata per i partecipanti del gruppo con lo scopo di promuovere in loro cambiamenti evolutivi" (p. 78). Per preparare questa storia, sono diversi i livelli interconnessi da rispettare. È ancora da Casula che ricaviamo spunti, nel momento in cui riprendendo David Gordon e Joseph Barker, individua anzitutto un livello superficiale, dei simboli, delle suggestioni prodotte dal linguaggio. Dopodiché uno strato profondo associato, più o meno rilevante e raramente evocatore di episodi della propria vita. In ultima analisi, una struttura profonda recuperata, che aggancia tra loro le esperienze, le raccorda con la vita della persona.

Per quanto ci riguarda, il valore assegnato alla metafora potrebbe rispecchiare le parole di Lakoff e Johnson (2003), i quali, riprendendo una loro precedente argomentazione del 1980, sostengono che la metafora influisce sulla vita di tutti i giorni, caratterizzando il linguaggio e le azioni stesse della persona. Gli stessi autori sostengono che "ogni metafora ha un dominio di origine, un dominio di destinazione e una mappatura tra origine e destinazione" (p. 276).

In questo senso, la nostra "Escursione verso le tre cime di Lavaredo", con partenza dall'Istituto Pio XII, rappresenta un modo per rinforzare il percorso, l'aggancio ad un qualcosa di reale, fatto di tappe, di strumenti necessari per partire, della ricerca del collega nel momento in cui si allontana dal gruppo e così via. Un percorso che, se lo svincolassimo dai termini metaforici, diverrebbe senz'altro impegnativo anche per i più avvezzi alle escursioni in montagna. Anche in questo caso, il parallelismo non è casuale.

Tornando a Lakoff e Johnson (2003), dunque, una volta presentata la mappatura della metafora, nonché la sua origine e destinazione, potremmo soltanto brevemente elencare quelle che sono le diverse tipologie di metafora secondo questa teoria. Anzitutto abbiamo metafore lessicalizzate che arrivano ad essere norme d'uso del linguaggio ordinario; metafore strutturali per cui qualsiasi cosa rispecchi l'attività del quotidiano viene definito in tutt'altro modo, quelle orientative che racchiudono sistemi di concetti in altri termini. Infine, le metafore ontologiche, legate a stati emotivi, eventi, azioni e così via. In sostanza, riprendendo le parole di Dalla Libera (2017), la metafora diventa “uno strumento di pensiero, di concettualizzazione” (p. 28) che allarga l'influenza e la visione dell'oggetto di cui si parla. Secondo l'autrice quella che abbiamo finora presentato, la Conceptual Metaphor Theory di Lakoff e Johnson (Dalla Libera, 2017), ha il merito di aver valorizzato la metafora come strumento linguistico che rientra nel linguaggio ordinario e “nel pensiero” (p. 29), come evidenziato in precedenza. Questa sarebbe da intendersi anche come una “proiezione tra risorsa e la richiesta dell'obiettivo” e il prodotto “del pensiero” (p. 29) che può articolarsi in infinite combinazioni. Nel lavoro in oggetto, dunque, la metafora si trasforma in uno strumento da cui si dipanano un serie di possibilità imprevedibili e incerte. Non si è tralasciata la considerazione per cui la metafora, nella formazione degli adulti, viene usata come strumento per renderli auto-riflessivi e consapevoli di sé (Fenwick, 1996). A sua volta, non abbiamo perso di vista che questo strumento ha un impatto sull'identità professionale dell'operatore (Fenwick, 1996), aumentando la comprensione e la motivazione verso i contenuti ed i concetti (Littlemore, 2016).

Si potrebbe concludere riprendendo uno studio di Pearson e Scott (2011) in cui si è notato come la metafora permetta non solo di migliorare, come abbiamo già sostenuto, la conoscenza di un determinato contenuto, bensì, di progredire nella considerazione altrui di essere passati da “principianti a esperti”. Dunque, anche in questo caso, riecheggia un'affinità tra il ruolo della metafora nella formazione degli adulti ed il concetto di competenza.



Fig.2 La metafora del percorso formativo

La tabella che segue rappresenta il riepilogo degli elementi che caratterizzano il secondo incontro formativo.

Lezione 2: la Piana degli Spiriti
Le mie emozioni:
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Titolo:</b> La piana degli spiriti: pratica basata sull'evidenza e cure paziente centrato</li> <li>• <b>Obiettivo:</b> scomposizione del processo di presa in carico del paziente pediatrico malato d'asma</li> <li>• <b>Durata:</b> 4 ore</li> <li>• <b>Contenuti:</b> pratica basata sull'evidenza e cure paziente centrato.</li> </ul>

- **Attività:** costruzione di un cruciverba dove la parola identificata è la pratica dell'evidenza mentre la frase per indovinarla è la sua modalità di esplicitazione; game storming sul processo di presa in carico del paziente.
- **Metodologia:** active learning e learning by doing.
- **Valutazione:** verifica degli apprendimenti tramite kahoot.
- **Feedback:** debriefing attraverso l'Onion Model.

#### *4.6.3 Una terza strategia: il documento di riconoscimento e la scrittura riflessiva*

Prima di partire per un viaggio, sia esso verso il panificio del paese o una qualche destinazione vacanziera, una delle prime cose da fare è vedere se si hanno i documenti. Tra questi, uno è proprio quello di riconoscimento. Un documento che ci identifica e permette di farci riconoscere, appunto.

In questa sede, per la nostra escursione, tale prerogativa non può venire meno. In primis perché si tratta di un percorso ove riprenderemo alcuni discorsi di noi stessi, magari lasciati in sospeso per la fretta. In secondo luogo, perché, per farsi riconoscere, dobbiamo necessariamente tenere traccia di quelli che siamo. Per questo motivo, nel primo incontro verrà consegnato un piccolo quaderno rilegato con il formato che trovate in appendice.

In questo caso, come riferimento della struttura del documento è stato preso e riadattato uno spunto di Stefano Masci (2021), dal suo libro "Giochi e Role Playing per la formazione e la conduzione dei gruppi" edito da Franco Angeli. Tale documento, rimarrà del proprietario sino al termine del percorso, ma potrà essere scambiato ogni qualvolta due partecipanti lo decidano di comune accordo. Se ciò accadrà, il formatore applicherà un "timbro di disponibilità" (p. 135) che indica la persona e la lezione in cui il documento è stato scambiato con quello di un collega. All'interno di questo documento, una sezione viene dedicata alla scomposizione di ogni singolo incontro in tre diverse dimensioni: quella emotiva, quella cognitiva e quella conativa o dell'azione. Tale scomposizione non ripercorre una teoria ben precisa, ma si rifà alla necessità di utilizzare un secondo strumento efficace in sanità, specie per quanto concerne il tema della riflessione di cui per altro ne porta il nome. In questa sede, infatti, la scrittura riflessiva diviene un secondo elemento di rilevanza strutturale nell'effettivo svolgersi del corso. Questo perché è in grado di stimolare il pensiero riflessivo quando contemporaneamente "si sviluppa

l'apprendimento metacognitivo e autoregolato per rendere la pratica più efficace” (Platt, 2016. p. 5). La scrittura riflessiva, riprendendo la Zanini (2018), non è altro che “una pratica in cui lo scrittore descrive un evento, un'interazione, un pensiero passeggero, a memoria o un'osservazione, in forma poetica o di saggio, aggiungendo una personale riflessione sul significato dell'oggetto” (p. 48). Dunque, la scrittura riflessiva comporta una nuova reinterpretazione delle esperienze, raggiungendo un significato più profondo in grado di orientare il successivo comportamento (Shapiro, 2012) e potrebbe essere vista come una scrittura dell'esperienza, finalizzata a sviluppare apprendimento attraverso la riflessione (Montagna, Benaglio & Zannini, 2010).

La declinazione di questo strumento in sanità ha delle notevoli ricadute. Ad esempio, è stato rilevato che i medici lo utilizzano per sviscerare gli eventi clinici, per superare la densità emotiva di alcuni episodi o per catarsi (Shapiro, 2012). A sua volta, sempre per questa categoria, emblematici sono i contributi ove si afferma l'utilità della scrittura riflessiva al fine di migliorare l'empatia e la riflessione del medico (Misra – Hebert et al., 2012). Per queste, ed altre motivazioni, si è arrivati ad affermare che la scrittura riflessiva va presa in considerazione in qualsiasi curriculum medico (Chen & Forbes, 2014). Per quanto riguarda il mondo infermieristico, anche in questo caso la scrittura riflessiva viene utilizzata per migliorare l'apprendimento e la riflessione (Montagna, Benaglio & Zannini, 2010). Ma non solo, questa infatti diviene anche il mezzo attraverso cui si sostiene la competenza clinica, quella relazionale o etica, nonché la conoscenza di sé dell'operatore (Montagna, Benaglio & Zannini, 2010). In sostanza, la scrittura riflessiva diviene uno strumento per “implementare lo sviluppo professionale e nasce dalla riflessione sulle proprie pratiche, e dall'esplicitazione dei valori che la sottendono” (Montagna, Benaglio, & Zannini, 2010, p. 45). Uno strumento, inoltre, che trasforma il modo di affrontare la cura, non solo come sapere diretto al paziente, ma anche come sapere rivisitato dalle parole costruite attraverso l'esperienza che può essere conclusa o meno (Concia & Rossini, 2013). Si potrebbe dire, come sostiene la Zanini (2021) che la scrittura riflessiva si colloca tra quegli strumenti della “pedagogia narrativa” che sempre più stanno entrando nel mondo dell'educazione medica. Il motivo potrebbe risalire, probabilmente, alla necessità che gli operatori hanno di entrare nella prospettiva del paziente, definendo al contempo la propria identità professionale, in quanto si parte sempre dall'analisi della propria esperienza esistenziale (Zannini, Gambacorti, Passerini, Rossini & Palmieri, 2016).

Concludendo, ciò che ci preme davvero rendere esplicito in questa sede ha a che vedere con il legame tra scrittura riflessiva e riflessione. Per rispondere a questa necessità, ed evidenziare ancor più questo legame, esaustive sono le parole di Levinas e James H. citate da Rita Charon e Hermann (2012): “la scrittura è un metodo utilizzato per visualizzare e quindi misurare il raggiungimento della capacità di riflettere. I testi scritti mostrano i loro autori in modo trasparente, consentendo accesso inequivocabile del lettore ai pensieri, ai motivi e ai sentimenti sinceri dello scrittore” (p. 6). Dunque, nonostante delle cosiddette tecniche riflessive (sommative, formative, di gruppo ecc.) sia stata evidenziata la difficoltà nel valutarne la validità, l’affidabilità e la riproducibilità (Fragkos, 2016), sembrano essere diversi i motivi “per tenere un diario” che in questa sede è il nostro documento di riconoscimento. Prima di tutto perché come sostiene Johns, ripreso da Bulman e Schutz (2013), il diario permette di registrare l’esperienza, apprendere da essa e quindi ottenere risultati di apprendimento personali. Ma soprattutto, riprendendo sempre Bulman e Schutz (2013), che in questo caso si rifanno a Jensen e Walker, il diario permette di impegnarsi in un apprendimento profondo, favorendo la riflessione. Quest’ultima, come abbiamo largamente sostenuto nelle pagine precedenti, diviene essenziale nella costruzione di una pratica clinica professionalmente competente e permette di formare operatori più preparati e consapevoli (Wald & Reis, 2010).



Fig.2 Il documento di riconoscimento



Fig.3 Sezione “Dati Anagrafici”

Lezione 2: la Piana degli Spiriti

Le mie emozioni:

I miei pensieri:

Le mie azioni:

Fig.4 Lezione 2: la Piana degli spiriti e il modulo per la scrittura riflessiva

#### ***4.6.4 Una quarta strategia: “recuperare i pezzi per tornare a sé”, il debriefing nella formazione degli operatori sanitari.***

Prima di salutarsi e rinviarsi alla lezione successiva, rimane necessario sondare il terreno dei pensieri creati durante l’incontro. Il debriefing permette proprio questo processo di costruzione di senso, quando non si sono arginate le derive di un flusso emotivo ancora in essere nella persona (Bezzi, 2013).

Secondo Gardner (2013), il debriefing altro non è che il nucleo dell’apprendimento, che si costruisce quale processo analitico post-esperienza e che porta ad analizzare la stessa. Esso non permette soltanto di esplorare quanto accaduto nella situazione appena conclusa, ma sostiene anche la persona in un processo di analisi critica di ciò che è avvenuto, aprendo alla possibilità di avanzare un contributo per modificarlo (Gardner, 2013). Sono diversi i modelli a cui si può far fede per condurre efficacemente il debriefing. In questa

sede, il modello che verrà utilizzato come riferimento è quello di Rudolph (2006; 2008). Secondo l'autore, il debriefing si compone di tre fasi: una prima ove a comandare sono le immediate reazioni rispetto all'evento appena concluso, attraverso cui il partecipante prima di tutto sfoga le sue emozioni. In questa parte, Rudolph (2008) sostiene che il debriefer può affrontare le preoccupazioni che attanagliavano di più il partecipante prima dell'evento e le può agganciare ai contenuti degli obiettivi formativi. In questa fase, dunque, quello che conta ha a che vedere con le capacità di "normalizzazione" del debriefer, sia per quanto riguarda gli scenari emotivi creatisi, sia per quanto concerne l'inoltro alla seconda fase, quella della comprensione. Quest'ultima è il nocciolo del processo di debriefing, un momento in cui si indaga cosa è successo veramente durante l'evento. In questo senso, si scompongono i comportamenti, capendo perché chi ha agito in quel modo lo ha fatto proprio in quel modo e non in un altro. Quale "detective cognitivo" (p. 52), il debriefer, in questo caso, ripercorre gli eventi per individuare il modo in cui questi sono stati contestualizzati prima di agire. Per fare ciò, Rudolph (2006) sostiene siano utili: l'advocacy attraverso cui con trasparenza si riferisce cosa si pensa e come ci si sente, e l'indagine, ovvero la formulazione di una domanda. A tal proposito, l'autore sostiene che devono essere formulate espressioni come: "mi chiedo", "ho visto" o "io penso che" (in questo senso si riassume l'advocacy di cui prima parlavamo) unite all'indagine che cerca di sviscerare l'evento. Questa fase termina con una generalizzazione e applicazione delle intuizioni acquisite richiamando e reinterpretando l'evento.

A conclusione di questo processo vi è la fase di riepilogo, nella quale si rivede la lezione appresa, ove si riprende ciò che è stato fatto bene e ciò che non è stato fatto come si voleva, le aspettative future ed altro. Contemporaneamente a tutto ciò, in questa fase, si introduce il discorso che porta al tema dell'incontro successivo. Dunque, si è capito che in questa fase si discuterà dei simboli, dei significati e delle rappresentazioni interne dei partecipanti, scaturiti dall'evento formativo (Masci, 2021). Il debriefing rappresenta un momento di connubio tra la dimensione conativa, emotiva e cognitiva, ove il conduttore deve saper ricondurre i significati simulati nello stato del reale. È ancora da Masci che ci facciamo guidare, secondo il quale indipendentemente dal come si intende processare il debriefing, sia esso composto da una fase di invito o meno, di ristrutturazione del gruppo oppure no, quello che sembra rilevante è la capacità di questo momento di poter creare i precursori di un atteggiamento critico e riflessivo, nonché di un apprendimento autentico e profondo.

La tabella che segue rappresenta un riepilogo dei capisaldi su cui si struttura il sesto incontro formativo.



Lezione 6: l'arrivo alle tre cime

Le mie emozioni:

---

---

- **Titolo:** L'arrivo alle Tre Cime di Lavaredo: lavorare in un'equipe multidisciplinare.
- **Obiettivo:** analizzare il processo lavorativo dell'equipe professionale, valorizzando la multi-professionalità.
- **Durata:** 4 ore
- **Contenuti:** lavorare in un'equipe multidisciplinare.
- **Attività:** gioco a gruppi (fiume in piena); attività esperienziale con oggettistica di vario genere (spugna, picchetto, filo rosso, post it e mollette). Ad ogni oggetto corrisponde una dimensione: la spugna rappresenta l'operatore, il picchetto rappresenta la competenza in azione mentre il filo rosso la competenza in collaborazione.
- **Metodologia:** active learning.
- **Valutazione:** verifica degli apprendimenti tramite kahoot.
- **Feedback:** debriefing e chiusura del percorso formativo con una foto di gruppo.

#### ***4.6.5 Una quinta strategia: “la passeggiata che non ti aspetti”, l’esperienza formativa outdoor***

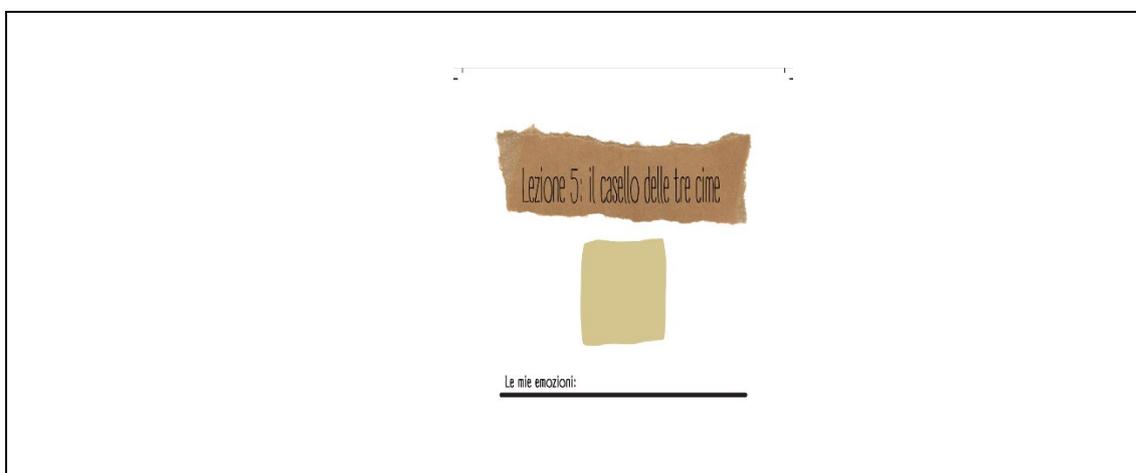
Uno degli ultimi anelli che ci mancano da analizzare, riprende un tema che in questa sede non approfondiamo in tutte le sue sfaccettature. La proposta di una passeggiata con le ciaspole, in realtà, rientra proprio in una metodologia formativa, quella “outdoor”, che in questa sede si allaccia alla connotazione esperienziale dell’intervento. Dunque, non potevamo esimerci da questo potentissimo metodo (Higgins & Nicol, 2002), molto valorizzato nel mondo della formazione degli adulti.

In realtà, in questo caso, la passeggiata con le ciaspole avverrà successivamente ad un brainstorming che ha per tema i “miglioramenti della qualità del sistema”, una delle *core competence* di cui abbiamo parlato nel capitolo precedente. Al termine della passeggiata vi sarà un momento di debriefing ove si andranno a scomporre “i miglioramenti della qualità del sistema” precedentemente evidenziati. Per fare ciò, sarà necessario partire da un’analisi dei contenuti emersi durante la passeggiata, guidando l’esplicitazione dei contenuti emotivi, comportamentali e cognitivi dell’esperienza. In questo caso, si potrebbe intendere l’intervento stesso come un “miglioramento della qualità del sistema”. Questo perché la metodologia utilizzata vanta un cospicuo interesse scientifico al riguardo. L’utilità della modalità outdoor nella formazione degli adulti, ad esempio, non è in dubbio, specie per quanto riguarda il tema dello sviluppo di capacità quali l’intelligenza emotiva, il lavoro di squadra e la leadership, nonché l’effetto che essa ha sulle abitudini e sui valori dei partecipanti (Assens, 2002). Ma non solo. Tra le principali finalità di questa metodologia educativa vi sono anche la collaborazione, l’integrazione, la gestione dei conflitti e il processo di decision making (Melotti, Gigli & Borelli, 2020. P. 87). Ma anche il tema della fiducia, della gestione dello stress e della motivazione (Melotti, et al.; Cooley, Burns & Cumming, 2015). Può essere utilizzata per spiegare concetti quando la situazione che viene a crearsi riproduce la performance reale (Williams, Graham & Baker, 2003) e non deve dunque essere vista come una strategia ricreativa (Higgins & Nicol, 2002).

Inserita nel più ampio spettro dell’educazione all’aria aperta, da cui non ci compete una distinzione antropologica o di linguaggio, la formazione outdoor può prevedere l’arrampicata in montagna, la barca a vela, il trekking, il kayak e così via (Melotti et al., 2020). Viene utilizzata nell’istruzione superiore, in particolare come metodologia per sviluppare capacità lavorative di gruppo e di risoluzione dei problemi ma anche di

gestione del tempo, cooperazione, riflessione di gruppo e spirito di squadra e autoconsapevolezza (Cooley, Holland, Cumming, Novakovic, & Burns, 2014). L'intento educativo che deriva da questa metodologia va a valorizzare lo sviluppo personale e di crescita dell'individuo (Higgins & Nicol, 2002) e viene utilizzata anche per compiti metaforicamente correlati al tipo di lavoro che i partecipanti svolgono (Williams, Graham & Baker, 2003). Come sostiene Rotondi, ripreso da Melotti, Gigli e Borelli (2020) "incide sui comportamenti, sulle competenze interpersonali e sulle capacità di apprendere dall'esperienza della persona" (p. 86). Può essere vista anche come "una tecnica di leadership e sviluppo del gruppo che si basa, almeno in parte, su un ambiente esterno che coinvolge una varietà di esercizi fisici e/o mentali per singoli e/o gruppi di partecipanti" (Wagner, Baldwin & Roland, 1991, p. 50). In particolare, anche il settore sanitario sembra essere lambito dal tema della formazione outdoor, dove, anche in questo caso, i temi ricorrenti sono l'utilità dell'apprendimento esperienziale che ha ripercussioni sul lavoro di squadra, la leadership (Juriza et al., 2021), la creatività e il problem solving (Milano & Miozzo, 2017). Dunque, in sostanza, riprendendo il concetto più generale dell'educazione all'aria aperta, potremmo sostenere che le metodologie che ne derivano, in ambito formativo, vanno a valorizzare l'apprendimento esperienziale "diretto" quindi poco mediato dal facilitatore (Higgins & Nicol, 2002). Nonostante sia un costrutto che si declina sulla base della cultura in cui ci si trova, essa rimane una tecnica di apprendimento esperienziale (Higgins & Nicol, 2002) orientata all'azione (Assens, 2002. P. 44) in grado di evidenziare benefici fisici, mentali e socio relazionali (Valentini & Donatiello, 2021) di coloro che vi prendono parte.

La tabella che segue rappresenta un riepilogo degli elementi che caratterizzano il quinto incontro formativo.



- **Titolo:** Il casello delle Tre Cime di Lavaredo: la passeggiata che non ti aspetti
- **Obiettivo:** analizzare i possibili miglioramenti della qualità del sistema che si possono apportare per supportare l'esercizio della pratica clinica.
- **Durata:** mezza giornata
- **Contenuti:** apportare miglioramenti alla qualità del sistema.
- **Attività:** passeggiata con le ciaspole successivamente al brainstorming sui possibili miglioramenti da apporre.
- **Metodologia:** active learning e formazione outdoor.
- **Valutazione:** verifica degli apprendimenti tramite kahoot.
- **Feedback:** debriefing ripercorrendo gli elementi emersi nel brainstorming precedente.

#### *4.6.6 Una sesta strategia: il photolanguage\photovoice e le emozioni della pratica professionale*

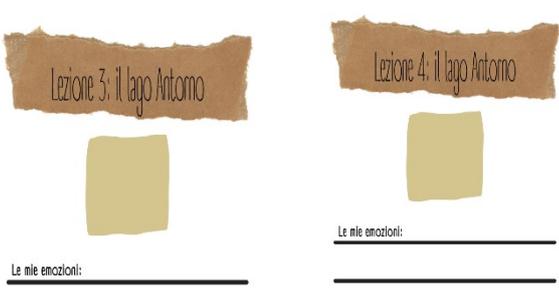
Nato grazie all'idea di alcuni psicologi francesi, il photolanguage è divenuta ben presto una tecnica molto valorizzata anche nell'educazione degli adulti non solo quale forma di terapia (Vacheret, 2004). Questo metodo si sostanzia nell'utilizzo di fotografie in bianco e nero selezionate non solo per la loro pregevolezza estetica, bensì per la capacità di promuovere la riflessione nella persona, unità alla possibilità di stimolare la sua memoria, le sue emozioni e l'immaginazione (Bassel, Deese & Medina, 2007). Esso può essere utilizzato anche come strumento di valutazione di gruppo (Bassel, Deese & Medina, 2007) e in sanità è stato evidenziato anche come strumento di rielaborazione gruppale delle dinamiche lavorative (Sabatier & Dumont, 2004).

In questa sede, questo strumento, che ha certamente una valenza formativa e non terapeutica, vuole andare ad analizzare un'emozione particolare che gli operatori associano alla pratica professionale e alla competenza con la quale vi fanno fronte. Come evidenziato in precedenza, dalla nostra analisi emerge una chiara mancanza di considerazione del mondo emotivo del professionista, che molto spesso non ha modo di raccontare ciò che accade nel corso del suo turno di lavoro. Per fare ciò, questo strumento che prevede la realizzazione e la narrazione attorno ad una foto della persona, verrà

agganciato al tema delle emozioni, per dare struttura all'attività e per rimanere saldi sull'obiettivo della stessa (in questo caso le competenze emotive).

Ormai è opinione diffusa che l'emozione ha un ruolo indispensabile nell'adattamento della persona al proprio contesto di vita (Ekman, 1999) che, come sostiene Fridlund, ripreso da Keltner, Young e Buswell (1997) è in grado di impattare sulle competenze sociali della persona. A sua volta, la capacità di esprimere le emozioni rappresenta un fattore in grado di cambiare l'ambiente sociale (Gross & John, 2003). Per questo motivo la tecnica del photolanguage è stata agganciata proprio alla rappresentazione di un'emozione della pratica professionale. In questa sede, la necessità è quella di offrire una strategia che valorizzi una ricerca di azioni partecipativa attraverso cui le persone, discutendo le fotografie, catalizzano il proprio cambiamento individuale o di gruppo (Wang, Tao & Carovano, 1998).

La tabella che segue rappresenta un riepilogo degli elementi che caratterizzano il terzo e quarto incontro formativo.



Le mie emozioni:

- **Titolo:** Il lago Antorno: le competenze culturali ed emotive
- **Obiettivo:** analizzare le competenze culturali ed il loro impatto sulla pratica clinica; analizzare le competenze emotive ed il loro impatto sulla pratica clinica.
- **Durata:** 4 ore per ciascuna competenza divise su due giorni intensivi
- **Contenuti:** le competenze culturali ed emotive in sanità.
- **Attività:** giochi autoesplorativi (gerarchie di valori e una nuova identità).  
Costruzione di un semioforo che espliciti lo stato d'animo quando non ci si sente sufficientemente competenti a livello culturale nell'esercizio della pratica

clinica. Realizzazione di una foto associata ad un'emozione particolarmente ripetitiva nell'esercizio della pratica clinica (photolanguage).

- **Metodologia:** active learning e learning by doing.
- **Valutazione:** verifica degli apprendimenti tramite kahoot.
- **Feedback:** debriefing attraverso il modello di Grow.

## Conclusioni

Nel presente lavoro abbiamo cercato di sottolineare quanto sia necessario riconsiderare il valore della pratica riflessiva nella costruzione della competenza degli operatori sanitari. Il legame tra questi due mondi, apparentemente equidistanti, ha invece un fondamento molto solido. Vedere in queste professioni non solo una traduzione della mera “tecnè”, ovvero il saper fare tecnico, significa spostare l’attenzione su un paradigma di conoscenza che fonda le proprie radici anche sul costrutto di “praxi” che richiama ad un valore morale dell’agire del professionista sanitario (De Mennato & Pennacchini, 2015). Questo spostamento dell’orizzonte di senso dell’agire professionale, come abbiamo più volte sostenuto, non solo si traduce nell’offerta di un’assistenza più efficace (Koshy et al., 2017; Kim, Min, & Kim, 2018; Oluwatoyin, 2015; Bulman & Shouten, 2013) ma, al contempo, si dipana quale processo alla base dello sviluppo professionale (Cole & Mark, 2005; Jayatilleke & Mackie, 2013; Koshy et al., 2017) e quindi delle conseguenti competenze dell’operatore sanitario (Prilla, Herrmann, & Degeling, 2013). Abbiamo anche più volte sostenuto che tale processo supporta l’apprendimento profondo (Fragkos, 2016) arrivando a sostenere l’ipotesi suggestiva che la pratica riflessiva possa fungere da “protettore” rispetto al senso di insoddisfazione e all’incidenza del burnout professionale (Van Roy, Vanheule, & Inslegers, 2015).

Nonostante siano diversi i contributi che la letteratura continua ad offrire circa l’importanza di considerare questo processo come parte integrante dell’agire professionale (Hedy et al., 2012; Mann, Macleod, & Gordon, 2009), il settore permane in una situazione di stallo, anche per l’ambiguità che alcune ricerche hanno effettivamente dimostrato (Mantzourani, Desselle, Lonie, & Lucas, 2019; Costa Filho et al., 2019; Lambe, Hevey, & Brendan, 2018).

A questo punto della nostra ricerca, potremmo avanzare l’idea, o meglio, la provocazione, che la pratica riflessiva sia una vera e propria *core competence* degli operatori sanitari. O se non altro, un processo in grado di incidere sul supporto delle stesse. Da un lato perché ciò è stato già affermato dalla letteratura (Albarqouni, Hoffman, & Straus, 2019; Prilla, Herrmann, & Degeling, 2013) dall’altro perché, come abbiamo detto, il settore ha un impellente bisogno di orientarsi verso “un’epistemologia della pratica riflessiva che sia in grado di svincolare la [...] propria “attività da semplici schemi operativi e da strumenti di esercizio” (SIPEM, 2014, p.44). Quella che noi sosteniamo essere una *core competence* trova diversi modelli di riferimento su cui costruire un impianto formativo efficace: da

Dewey, Schön, Mezirow, Boud, Gibbs, a Atkins e Murphy, oppure Kolb e Johns e così via (Fragkos, 2016; Mantzourani, Desselle, Leonie, & Lucas, 2019; Dubè & Ducharme, 2015). A sua volta, anche gli strumenti a disposizione, o le tecniche che si possono utilizzare sono le più diverse e disparate: il diario, il portfolio, l'uso di artefatti digitali come video, foto o blog, la scrittura, il dialogo con i pari, la supervisione o il tutoraggio, arrivando sino ai gruppi di mind body (Norrie, Hammond, D'Avray, & Collington, 2012; Mann e Macleod, 2009; Dubè & Ducharme, 2015; Buckley et al., 2009; Saunders et al., 2007; Fragkos, 2016). Quello che sembra importante sottolineare non sono soltanto le tecniche riflessive da utilizzare per supportare questo tipo di *core competence*, quanto la necessità progettare ed inserire questi strumenti in una cornice di riferimento che si rifaccia al modello andragogico, perché il contesto nel quale ci si muove coinvolge delle persone adulte (Mann, Gordon, & MacLeod, 2009; Jayatilleke, & Mackie, 2013). Per questo motivo la nostra proposta operativa parte dall'analisi di due dimensioni, l'educazione in medicina e i principi dell'andragogia. In primis perché, come abbiamo già sostenuto, il contesto di riferimento è quello sanitario, pertanto, risulta necessario partire dai capisaldi che fondano le teorie dell'educazione con il tipo di professionalità che ivi potremmo incontrare. Infatti, con educazione in medicina si intende un processo permanente che racchiude l'esperienza premedica, l'istruzione universitaria, la generale formazione clinica e ambulatoriale, la formazione di specialità e quella medica continua (Swanwick, 2014; Spencer & Jordan, 1999). E proprio la nostra ricerca si struttura attorno a quest'ultima articolazione dell'educazione in medicina (Spencer & Jordan, 1999). L'obiettivo di questo processo è quello di offrire alla comunità un gruppo di professionisti qualificati e opportunamente aggiornati che siano in grado di assumere come fondamento centrale della propria pratica professionale la cura del paziente (Swanwick, 2014). In tal senso, sembra che i presupposti educativi predominanti siano l'apprendimento esperienziale e la pratica riflessiva (Swanwick, 2014) di cui abbiamo abbondantemente evidenziato la necessità. Anche le altre forme di apprendimento autodiretto risultano essere approcci efficaci nel continuum dell'educazione medica (Chastonay, Brenner, Peel, & Guilbert, 1996) appunto perché sono basate sull'esperienza e sulle nuove conoscenze che possono essere integrate nel contesto professionale dell'operatore (Chastonay, Brenner, Peel & Guilbert, 1996). Dall'altra parte, i principi dell'Andragogia, ci suggeriscono alcuni fondamenti su cui basare poi lo sviluppo di un nostro possibile intervento formativo. Come abbiamo detto, le persone che potrebbero essere coinvolte in questo tipo di attività formative sono persone adulte che spesso

possiedono un bagaglio esperienziale molto ampio nel settore sanitario, indipendentemente dalla categoria professionale a cui appartengono. Vi sarà dunque la necessità di partire dalla considerazione che la persona adulta richiama psicologicamente ad un concetto di sé autonomo e responsabile della propria vita, il cui bisogno di apprendere deve essere necessariamente collegato alle esperienze della vita reale (Knowles, 2016). Dunque, esperienza pregressa e aggancio dei contenuti formativi a situazioni realmente vissute costituiscono due capisaldi imprescindibili attorno cui sviluppare una possibile proposta formativa (Knowles, 2016). La motivazione, che scaturisce da pressioni interne, si accompagna alla percezione di rilevanza che quel tipo di contenuto proposto ha con una crescita professionale, e quest'ultimo, deve rendere la persona attiva rispetto al proprio apprendimento, così da sentirsi il diretto responsabile (Knowles, 2016; Spencer & Jordan, 1999). Ovviamente tutti questi contenuti devono poi permettere alla persona di poter trasferire queste nuove conoscenze anche nella situazione della pratica clinica reale, e in questo caso, torna nuovamente in auge il tema della riflessione (Spencer & Jordan, 1999). Anche il tema della valutazione dovrà necessariamente accordarsi al tipo di cornice teorica di riferimento utilizzata. Per questo motivo, abbiamo presentato le idee di Kirkpatrick, ripreso da Knowles (2016) in "Quando l'adulto impara". Avremo dunque una valutazione delle azioni che sfrutterà strumenti come il feedback individuale e di gruppo; la valutazione dell'apprendimento in cui si analizzeranno le conoscenze realmente acquisite; la valutazione dei comportamenti che evidenzierà una possibile modificazione della pratica clinica e una valutazione dei risultati attraverso cui capiremo se il nostro intervento ha effettivamente prodotto un beneficio o meno (a tal proposito si dovrà proporre un questionario pre e post-intervento). In sostanza, in questa sede, la valutazione servirà per motivare e orientare le competenze, le conoscenze e la professionalità dell'operatore, considerando l'ottica di apprendimento futuro (Epstein, 2007).

Tra le strategie su cui abbiamo ritenuto importante sviluppare la nostra proposta si possono annoverare altri elementi. Uno rimane sicuramente il principio di democratizzazione della classe, per cui ci rifacciamo al contributo di Brookfield (2013) in quanto proficuo sostenitore di questo fattore all'interno della formazione di una classe di discenti adulti. Questo processo permetterà di coinvolgere direttamente le persone all'interno del sistema stesso, in cui vige la libertà di fruizione del materiale disponibile (Brookfield, 2013), ma soprattutto, quello che più ci interessa circa il concetto di democratico ha a che vedere con un pensiero di Habermans ripreso dallo stesso

Brookfield (2013) per cui “democratico” è rappresentato da un qualsiasi “dialogo ideale che permette alla persona di accedere alla conoscenza che pertiene al tema che si tratta” (p. 70). Dunque, la libertà di esprimersi al fine di conoscere il tema, in una condizione di astensione da giudizio che facilita il processo di esplicitazione di una pratica riflessiva efficace. Da ricordare infatti che uno degli elementi contestuali che può limitare il processo della pratica riflessiva è proprio il gruppo dei pari che non si pone in una posizione di ascolto e condivisione (Jayatilleke & Mackie, 2013). La scelta della “metaforizzazione” non trova un riscontro puro in letteratura circa il tema della pratica riflessiva, anche se si sostiene che nella formazione degli adulti essa permetta di rendere la persona adulta consapevole di sé e autoriflessiva (Fenwick, 1996). Tuttavia, da un lato permetterà di facilitare la fruizione dei contenuti proposti, rendendoli più semplici, in quanto rappresenta uno strumento di “pensiero e concettualizzazione” (Dalla Libera, 2017). Dall’altro, non si può non considerare che se una metafora viene contestualizzata al contesto reale permetterà di agganciare i contenuti proposti con l’esperienza pratica reale dei professionisti, pertanto si andrebbe anche in questo caso a rispondere ai capisaldi della teoria dell’Andragogia.

Per quanto riguarda la scrittura riflessiva, abbiamo già sostenuto come questo sia probabilmente il metodo più utilizzato e in voga per quanto riguarda il tema della pratica riflessiva. Anche noi non potevamo esimerci da ciò, pertanto abbiamo deciso di proporre un “documento di riconoscimento” (Allegato 1) che permetterà al professionista di impegnarsi in una narrazione di sé che sia in grado di accompagnarlo nella riflessione e scomposizione di ciò che accade nei vari incontri, secondo una sequenza precisa: emozione, cognizione, azione. La scrittura riflessiva, come abbiamo detto, è in grado di stimolare il pensiero riflessivo quando contemporaneamente “si sviluppa l’apprendimento metacognitivo e autoregolato per rendere la pratica più efficace” (Platt, 2016, p. 5). Essa non è altro che “una pratica in cui lo scrittore descrive un evento, un’interazione, un pensiero passeggero, a memoria o un’osservazione, in forma poetica o di saggio, aggiungendo una personale riflessione sul significato dell’oggetto” (Zanini, 2018, p. 48). Dunque, una sorta di scrittura dell’esperienza in grado di sostenere l’apprendimento attraverso la riflessione (Montagna, Benaglio & Zannini, 2010).

Nella nostra proposta operativa, anche il momento conclusivo di ogni incontro sarà valorizzato. Attraverso il debriefing, infatti, si attiva un processo analitico post – esperienza che porta ad analizzare la stessa. Esso non permette soltanto di esplorare quanto accaduto nella situazione appena conclusa, ma sostiene anche la persona in un

processo di analisi critica di ciò che è avvenuto, aprendo alla possibilità di avanzare un contributo per modificarlo (Gardner, 2013). Il debriefing rappresenta un momento di connubio tra la dimensione conativa, emotiva e cognitiva, ove ricondurre i significati simulati allo stato del reale (Masci, 2021), così da offrire tutta una serie di precursori all'atteggiamento riflessivo, nonché ad un apprendimento autentico e profondo.

La passeggiata, che in questa proposta operativa rientra nella categoria della formazione outdoor, rappresenta un'ulteriore strategia che va ad allacciarsi con la connotazione esperienziale che la formazione vuole tenere. Da un lato, la reputiamo importante per la sua capacità di lavorare sulle emozioni, sulle abitudini e sui valori dei partecipanti (Assens, 2002), aspetti che, come abbiamo sostenuto, incidono sulla qualità della pratica riflessiva (Jayatilleke & Mackie, 2013). Dall'altro invece, sempre in virtù dei limiti contestuali che abbiamo evidenziato, ovvero il ruolo del gruppo, della cooperazione tra colleghi e così via, sembra che questa strategia vada a migliorare la collaborazione, l'integrazione, la gestione dei conflitti e il processo di decision making (Melotti, Gigli & Borelli, 2020), che, come abbiamo visto, nel caso della pratica riflessiva sarebbe efficace se sviluppato nella sua forma collaborativa (Prilla, Herrmann & Degeling, 2013).

Ultimo, ma non meno importante, il photolanguage, una tecnica molto valorizzata anche nell'educazione degli adulti non solo quale forma di terapia (Vacheret, 2004). In questo senso, abbiamo già abbondantemente sottolineato come le emozioni influenzino il processo della pratica riflessiva. Per questo motivo, abbiamo dedicato un intero paragrafo all'analisi di come le emozioni non siano mai considerate una parte integrante della pratica professionale degli operatori sanitari, così come in parte non lo sono neanche le competenze culturali. Riteniamo che sia necessario offrire spazio anche a questo tema, perché base di un'offerta clinica di qualità, tanto che siamo arrivati a sostenere l'importanza di assumere come riferimento il concetto di competenza emotiva vera e propria. Al fine di valorizzare questa dimensione della professionalità, sosteniamo che la strategia del photolanguage può promuovere la riflessione nella persona, così come stimolare la memoria, le emozioni e l'immaginazione (Bassel, Deese & Medina, 2007). Inoltre, in sanità è stato dimostrato essere uno strumento di rielaborazione gruppale delle dinamiche lavorative (Sabatier & Dumont, 2004) pertanto si colloca perfettamente nella nostra proposta di intervento. La scelta di connettere questa strategia alle emozioni della pratica professionale fa emergere un ultimo spunto che deriva dallo studio relativo gli stati emozionali. Infatti, è stato dimostrato che quest'ultimi sono in grado di facilitare l'adattamento della persona all'ambiente (Ekman, 1999), migliorando le competenze

sociali della stessa (Keltner, Young e Buswell, 1997). Dunque, la scelta di questo strumento ha il suo razionale nel cercare di catalizzare il cambiamento individuale e di gruppo (Wang e Carovano, 1998) offrendo l'occasione di raccontare le emozioni della pratica professionale, evidenziando il ruolo che ciò produce nel cambiare l'ambiente sociale stesso (Gross & John, 2003).

Questa proposta operativa prende in considerazione il coinvolgimento di un'equipe multidisciplinare impegnata nella cura dell'asma infantile ad alta quota. La scelta non deriva da particolari riscontri letterari, bensì da una mia esperienza pregressa presso questo gruppo di lavoro. Ciò da un lato permetterebbe di facilitare il processo di negoziazione del progetto in sé, vista la loro conoscenza della mia persona e della mia professione, dall'altro perché, essendo un luogo di lavoro in cui io stesso ho prestato servizio, c'è la possibilità di declinare con effettiva chiarezza tutte le strategie fin qui evidenziate. Si pensi, ad esempio, alla passeggiata outdoor o alla metaforizzazione del percorso formativo che vede in luoghi strategici del posto scelto una conoscenza da parte di tutti gli operatori coinvolti, me compreso. Per questo motivo, si ritiene importante sottolineare e considerare un caso specifico al fine di offrire una progettazione di qualità, ma soprattutto significativa e con più possibilità di essere efficace.

### **Limiti della ricerca e opportunità future**

I limiti di questa ricerca di rifanno in primis alla necessità di comprendere se la pratica riflessiva possa essere considerata effettivamente una *core competence* degli operatori sanitari. La letteratura, infatti, non ha mai esplicitamente definito questo costrutto quale competenza nucleo degli operatori. Si ritiene pertanto necessario che vi sia una maggior chiarezza circa questi temi, in quanto gli operatori sanitari non hanno mai avuto modo di riflettere se questo processo possa incidere così profondamente nella loro pratica professionale tanto da essere considerata una vera e propria competenza. Dopodiché si evince come la nostra proposta operativa, pur rispettando i principi dell'educazione in medicina e dell'andragogia, non è chiaro se possa essere estesa (e in che termini) ad altre equipe multidisciplinari. Questo perché la nostra proposta tiene conto di elementi ben definiti che derivano da una mia personale esperienza nel luogo evidenziato. Ciò non conferma però che, se dovessero essere estesi i principi ivi declinati ad un'altra situazione, per forza di cose dovrebbe essere inefficace, in quanto, la progettazione dell'intervento si

basa sul rispetto di un quadro teorico di riferimento che nulla ha a che vedere con la situazione in oggetto.

Ultimo, ma non meno importante, l'efficacia dell'intervento di cui, ad oggi, non essendo realmente avvenuto, non si conosce la reale possibilità di poter produrre risultati soddisfacenti.

Infine, il tema delle competenze culturali, lambite dalla nostra proposta di intervento, ma non valorizzate a dovere. Anche in questo caso, infatti, si ritiene che la riflessione abbia un ruolo determinante nel definirla. La letteratura, infatti, ha evidenziato come per essere culturalmente competente, sembra che in alcuni modelli uno degli elementi rilevanti sia il processo autoriflessivo attraverso cui l'operatore ha la possibilità di valutare i propri comportamenti, promuovendo l'accettazione, l'inclusione e considerazione dei diritti altrui (Balcazar, Balcazar & Rtzler, 2002). Questo perché la riflessione può sostenere una sorta di "autoesame" del proprio bagaglio culturale e professionale (Bacote, 2002, p. 181 – 184). Le ricerche future dovranno evidenziare se e in che misura, ma soprattutto come questa competenza possa essere oggetto di interventi formativi adeguati ed efficaci.

Per quanto riguarda le opportunità che possono derivare da questo intervento, da un lato rimane innegabile la considerazione per cui riscoprire la pratica riflessiva quale fondamento dell'attività clinica possa andare a valorizzare non solo le competenze tecniche dell'operatore ma anche quelle più strettamente attinenti alla persona nel suo insieme. Spostare l'orizzonte di senso della pratica clinica intesa anche come riflessione sul proprio agire potrà da un lato esplicitare una migliore performance dell'operatore e dall'altro permettere allo stesso di impegnarsi in una continua scomposizione della propria azione, base di un apprendimento più autentico e profondo. Sarà interessante notare i cambiamenti che possono derivare dall'inserimento di questo tipo di formazione all'interno del settore sanitario che rimane ancora molto resistente rispetto a queste tematiche. Una formazione basata sulla valorizzazione dell'esperienza clinica potrà riportare in auge il ruolo della pedagogia quale scienza in grado di fornire all'operatore le chiavi di accesso ad una pratica clinica riflessiva efficace e di valore. Alla base di tutto ciò vi è la necessità di risaldare il legame tra competenza e pratica riflessiva, in quanto quest'ultima da sempre rappresenta lo strumento di definizione e crescita di tutte le professioni, e tra queste vi rientrano anche quelle sanitarie.

## Bibliografia

Abayaratne, D., Babu, S., McCulloch, A., et al. (2011) Can the multidisciplinary input of an asthma nurse specialist and respiratory physician improve the discharge management of acute asthma admissions? *Clin Med (Lond)*, 11: 414–415.

Gross, J.J. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(2): 348-362.

Agha, A., Alrubaiee, L., Jamhour, M. (2012). Effect of Core Competence on Competitive Advantage and Organizational Performance. *International Journal of Business and Management*. 7(1).

Albarqouni, L., Hoffmann, T., Straus, S., et al. (2019) Evidence-based Practice: le competenze core per tutti i professionisti sanitari. *Evidence*, 11(6).

Albarqouni, L., Hoffmann, T., Straus, S., Olsen, N., Young, T., Ilic, D., Shaneyfelt, T., Haynes, B., Guyatt, G., & Glasziou, P. (2018). Core Competencies in Evidence-Based Practice for Health Professionals. *JAMA Network Open*, 1(2).

Alicia, D., et al. (2009). Reflecting on Reflections: Enhancement of Medical Education Curriculum with Structured Field Notes and Guided Feedback. *Academic Medicine*, 84 (7): 830 – 837.

Alizadeh, S., Chavan, M. (2016). Cultural competence dimensions and outcomes: a systematic review of the literature. *Health and Social Care in the Community*, 24(6), 117-130.

American Association of Medical Colleges. Cultural Competence Education for Medical Students. Washington, DC. 2005.

American Medical Association. Cultural Competence Compendium. Chicago, IL: American Medical Association; 1999.

Anderson, L.M., Scrimshaw, S.C., Fullilove, M.T., et al. (2003). Culturally competent healthcare systems: a systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*, 24 (3), 68-79.

Andrews, K. (1971). Personal values and corporate strategy. *Harvard Business Review*, 49, 103.

Ann, C., Greiner and Elisa Knebel (2003). Health Professions Education: A Bridge to Quality. Institute of Medicine, *National Academie Press*.

Annabelle, M. (2005), "Organizing emotions in health care". *Journal of Health Organization and Management*, 19 (4/5), 277 – 289.

- Ashkanasy, N. M., & Daus, C. S. (2005). Rumors of the death of emotional intelligence in organizational behavior are vastly exaggerated. *Journal of Organizational Behavior*, 26, 441–452.
- Assens, J. (2002). Outdoor training: Fiasco or revolution. *Capital Humano*, 153(24), 44.
- Association of American Medical Colleges. (2016) Diversity and Inclusion in Academic Medicine: A Strategic Planning Guide, 2nd Edition. Washington, DC.
- Bacote, C. J. (2002) The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services: A Model of Care. *J Transcult Nurs*, 13(3), 181 - 184.
- Bailey, R., Leigh, J. (2013). Reflection, reflective practice and embodied reflective practice. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy*, 8 (3), 160 – 171.
- Balcazar, F., Balcazar, S.Y & Ritzler, T.T. (2002). Cultural competence: an evolutionary perspective. *Nurs Forum*. 2002; 37, 5 - 16.
- Balcazar, F., Balcazar, S.Y. & Ritzler, T.T. (2009). Cultural competence: Development of a conceptual framework. *Disability and Rehabilitation*, 31 (14), 1153 - 1160.
- Barsade, S. G., & Gibson, D. E. (2007). Why does affect matter in organizations? *Academy of Management Perspectives*, 21, 36–59.
- Bateman et al. (2008). Global strategy for asthma management and prevention: Gina executive summary. *Eur Respir j*, 31, 143 – 178.
- Bauer, N.J. (1991). Dewey and Schon: an analysis of reflective thinking. *American Educational Association*, 2 – 31.
- Beach, M.C. et al. (2005). Cultural Competency: A Systematic Review of Health Care Provider. *Educational Interventions*, 43 (4), 356 – 373.
- Bergsteiner, H., Avery, G.C. (2009) Jarvi's Existential Learning Model: Making it Work. *Journal of College Teaching and Learning*, 6 (1): 51 – 59.
- Bessell, A. G., Deese, W. B., & Medina, A. L. (2007). Photolanguage: How a picture can inspire a thousand words. *American Journal of Evaluation*, 28(4), 558-569.
- Betancourt, J.R., Green, A.R., Carrillo, J.E., Park, E.R. (2015). Cultural Competence and Health Care Disparities: Key Perspectives And Trends. *Health Affairs*, 24(2), 499 – 505.
- Betancourt, J., Green, A., Carrillo, E. (2002). Cultural Competence in Health Care: Emerging Frameworks and Practical Approaches. *The Commonwealth Fund*, 576, 1 – 40
- Biasin C. Adulità, riflessione critica e apprendimento trasformativo. MeTis Mondì educativi. Temi indagini e suggestioni. 2015. <http://www.metisjournal.it/metis/eda-nella-contemporaneita-teorie-contesti-e-pratiche-in-italia-052015/153-saggi/750-adulita-riflessione-critica-e-apprendimento-trasformativo.html> ultimo accesso 28/09/21.

Birks, Y.F., Watt, I.S. (2007). Emotional intelligence and patient – centred care. *Journal of the royal society of medicine*, 100, 368 – 374.

Borch et al. (2011). A Novel Large-scale Mentoring Program for Medical Students based on a Quantitative and Qualitative Needs Analysis. *GMS Zeitschrift für medizinische Ausbildung*.

Boud, D., Keogh, R., & Walker, D. (1985) Reflection: Turning experience into learning. *London: Kogan Page*.

Brookfield, S. D. (2013). Powerful Techniques for teaching in lifelong learning. *McGraw Hill Education*, New York. (Capitolo 5 – p. 70 – 86).

Brunett, M., Shingles, R.R. (2018). Does Having a Culturally Competent Health Care Provider Affect the Patient’s Experience or Satisfaction? A Critically Appraised Topic. *Journal of Sport Rehabilitation*, 27, 284 – 288.

Buckley, S. et al. (2009) The educational effects of portfolios on undergraduate student learning: A Best Evidence Medical Education (BEME) systematic review. *BEME Guide No. 11 Medical Teacher*, 31 (4), 282 – 298.

Buckley, S., Coleman J., Davison I., Khan. (2010). Best evidence on the educational effects of undergraduate portfolios. Blackwell Publishing. *The clinical Teacher*, 7, 187 – 191.

Bulman, C., Schouten, S. (2013). Reflective Practice in nursing. *5th ed. Wiley – Blackwell*.

Bulman, C., Schutz, S. (2013). Reflective Practice in Nursing. *Wiley – Blackwell, A John Wiley & Sons. Fifth Edititon*.

Burke et al. (2016). A multidisciplinary team case management approach reduces the burden of frequent asthma admissions. *ERJ Open Res*.

Cadman, C., Brewer, J. (2001). Emotional intelligence: a vital prerequisite for recruitment in nursing. *J Nurs Manag*, 9, 321–4.

Calcaterra, R.M. (2013). Il “naturalismo umanistico” di John Dewey. *Educazione Democratica*, 3(5), 62 – 75.

Cantillon, P., & Jones, R. (1999). Does continuing medical education in general practice make a difference? *Bmj*, 318(7193), 1276-1279.

Carroll, C.L., Balkrishnan, R., Feldman, S.R., Fleischer, A.B., Manuel, J.C. (2005). The burden of atopic dermatitis: impact on the patient, family, and society. *Pediatr Dermatol*, 22, 192–199.

Celik, G.O. (2017). The relationship between patient satisfaction and emotional intelligence skills of nurses working in surgical clinics. *Patient Preference and Adherence*, 11, 1363 – 1368.

Charon R. & Hermann N. A Sense of Story, or Why Teach Reflective Writing?. *Acad Med.* 2012. 87(1), 5 - 7.

Chastonay, P., Brenner, E., Peel, S., Guilbert, J.J. (1996). The need for more efficacy and relevance in medical education. *Med Educ*, 30, 235 - 8.

Chen, I., Forbes, C. (2014). Reflective writing and its impact on empathy in medical education: Systematic review. *J Educ Eval Health Prof*, 11(20), 1 - 6.

Chen, H., & Chang, W.Y. (2011). Core competence: From a strategic human resource management perspective. *African Journal of Business Management*, 5(14), 5738 - 5745.

Chong, M.C (2009). Is reflective practice a useful task for student nurses? *Asian Nursing Research*, 3(2), 11.

Clarà, M. (2014). What is Reflection? Looking for Clarity in an Ambiguous Notion. *Journal of teacher education*, 1 – 11.

Clark, N.M., Griffiths, C., Keteyian, S.R., Partidge, M.R. (2010). Educational and behavioral interventions for asthma: who achieves which outcomes? A systematic review. *Journal of Asthma and Allergy*, 3, 187 – 197.

Bezzi, C. (2013). Fare ricerca con i gruppi. Guida all'utilizzo di focus group, brainstorming, Delphi e altre tecniche. *Franco e Angeli*, Milano.

Cole, M. (2005). Reflection in healthcare practice: Why is it useful and how might it be done?. *Work Based Learning in Primary Care*, 3, 13-22.

Concia, V., Rossini, G. (2013). Le Medical Humanities per la formazione alla Medicina Narrativa: esperienze in italia. P. 85 – 99. Leggiamoci con cura. Scrittura e narrazione di sé in medicina. III edizione. Atti del convegno, Aviano (Cr).

Consuelo Casula. 2003. I porcospini di schopenhauer. Come progettare e condurre un gruppo di formazione di adulti. *Franco e Angeli*, Milano. (pag. 75 - 76)

Cooley, S. J., Burns, V. E., & Cumming, J. (2015). The role of outdoor adventure education in facilitating groupwork in higher education. *Higher Education*, 69(4), 567 - 582.

Cooley, S.J., Holland, M.J.G, Cumming, J., Novakovic, E.G. & Burns. (2014). 'Introducing the use of a semistructured video diary room to investigate students' learning experiences during an outdoor adventure education groupwork skills course'. *Higher Education*, 67(1), 105 – 121.

Costa Filho, G.B., Moura, A.S., Brandão, P.R., Schmidt, H.G., Mamede, S. (2019). Effects of deliberate reflection on diagnostic accuracy, confidence and diagnostic calibration in dermatology. *Perspectives on Medical Education*, 8(4), 230 - 236.

Couper, G. (2013). Emotional rescue: the role of emotional intelligence and emotional labour on well – being and job stress among community nurses. *Journal of advance nursing*.

Cross, T.L., Barzon, B.J., Dennis, K.W., and Isaacs, M.R. (1989). Towards a Culturally Competent System of Care: A Monograph on Effective Services for Minority Children Who are Severely Emotionally Disturbed. Washington, DC: CASSP Technical Assistance Center, Georgetown University Child Development Center.

Dalla Libera, C. (2017). Le metafore concettuali in un approccio comunicativo nell'apprendimento delle lingue straniere. *EL.LE*, 6 (1), 25 – 40.

Daniel Goleman. (2019). *Intelligenza emotiva*. *Bur Rizzoli*, Milano.

De Girolamo, M.V. (2020). L'apprendimento negli adulti: Knowles e Kolb. *Learning News*, 16 (5).

De Mennato, P., Pennacchini, M. (2015). Simulazione e riflessività. *Medic*, 23 (2), 24 – 30.

Dennis, M.S et al. (2008). Chronic disease management in primary care: from evidence to policy. *MJA*, 188, 53 - 56.

Deshpande, S.P., Josep, J. (2009). Impact of Emotional Intelligence, Ethical Climate, and Behavior of Peers on Ethical Behavior of Nurses. *Journal of Business Ethics*, 85, 403 – 410.

Di Blasi, Z., Harkness, E., Ernst, E., Georgiou, A., Kleijnen, J. (2001). Influence of context effects on health outcomes: a systematic review. *Lancet*, 357, 757–762.

Donald A. Schön. (1993). Il professionista riflessivo. Per una nuova epistemologia della pratica professionale. *Edizioni Dedalo*, Bari.

Driessen, E., Van Tartwijk, J., & Dornan, T. (2008). The self-critical doctor: Helping students become more reflective. *British Medical Journal*, 336, 827– 830.

Drummond, N., Abdalla, M., Buckingham, J.K., et al. (1994). Grampian Asthma Study of Integrated Care (GRASSIC). Integrated care for asthma: a clinical, social and economic evaluation. *BMJ*, 308, 559 - 564.

Dubé, V., Ducharme, F. (2015). Nursing Reflective practice. An empirical literature review. *Journal of Nursing Education Practice*, 5 (7), 91 - 101.

Edgar, L., McLean, S., Hogan, S., Holmboe, E. (2020). The Milestones Guidebook. *ACGME*.

Ekman P. (1999). Basic Emotions. *Handbook of Cognition and Emotion*, pp. 45-60.

Enciclopedia Treccani Online – ultimo accesso 25/09/21

Epstein, R. M. (2007). Assessment in medical education. *New England journal of medicine*, 356(4), 387-396.

Fenwick, T.J. (1996). Firestarters and Outfitters: Metaphors of Adult Educators. Paper presented at the XXIV Annual Conference of the Canadian Society for the Study of Education, June 4 – 7.

Fieten, K.B. (2008). A multidisciplinary approach to evaluation and treatment of atopic dermatitis. *Semin Cutan Med Surg*, 27, 115 – 127.

Finardi, V., Saglani, S. (2020). An approach to the management of children with problematic severe asthma. *Acta Biomed*, 91 (3), 2 – 13.

Frąckowiak, A. (2017). Methaphors in Adult Education: Cultural Inspirations for Advancement of Theory and Practice. *International Journal Psycho – Educational Sciences*, 6 (3), 21 -32.

Fragkos, K. (2016). Reflective Practice in Healthcare Education: An Umbrella Review. *Educ. Sci*, 6 (27).

Frison, D., Fedeli, M., Minnoni, E. (2017). Il ruolo della riflessione dell'apprendimento degli adulti: rappresentazioni e pratiche nella didattica universitaria e nella formazione. *Formazione & Insegnamento*.

Le Boterf, G. (2008). Costruire le competenze individuali e collettive. *Alfredo Guida Editore*, Napoli.

Gardner, R. (2013). Introduction to debriefing. *Seminars in Perinatology*, 37, 166 – 174.

Giardini, A., & Frese, M. (2008). Linking service employees' emotional competence to customer satisfaction: A multilevel approach. *Journal of Organizational Behavior*, 29, 155–170.

Gill, G.S. (2014). The Nature of Reflective Practice and Emotional Intelligence in Tutorial Settings. *Journal of Education and Learning*, 3(1), 86 – 100.

GINA. (2021). Asthma Management and Prevention for adults and children older than 5 years. A pocket guide for health professionals.

GINA. (2021). Global Strategy for Asthma Management and Prevention.

Govere, L., Govere, E. M. (2016) How Effective is cultural Competence Training of Healthcare Providers on Improving Patient Satisfaction of Minority Groups? A Systematic Review of Literature. *Worldviews on Evidence – Based Nursing*, 3 (6), 402 – 410.

Grandey, A.A., Fisk, G.M., Steiner, D. (2005). Must «Service with a smile» be stressful? The moderating role of personal control for American and French employees. *Journal of Applied Psychology*, 90, 893 - 904.

Griffiths, V. (2000) The reflective dimension in teacher education. *International Journal of Educational Research*, 33(5), 539 – 555.

Guilbert, J. J. (2002). *Guida pedagogica per il personale sanitario dell'Organizzazione Mondiale della Sanità*. Edizioni Dal Sud, Bari.

Ming, C.H., Wen, Y.C. (2011). Core competence: From a strategic human resource management perspective. *African Journal of Business Management*, 5(14), 5738 - 5745.

Håland, E., Tjora, A. (2006). Between asset and process: Developing competence by implementing a learning management system. *Hum. Relat.*, 59(7), 993 - 1016.

Hamel, G., and Prahalad, C. (1994). The concept of core competence, in Hamel, G. and Heene, A. (Eds), *Competence-Based Competition*, Wiley, New York.

Harris, M.F. et al. (2011). Multidisciplinary Team Care Arrangements in the management of patients with chronic disease in Australian general practice. *MJA*, 194, 236 – 239.

Harris, M.F., Zwar, N. (2007). Care of patients with chronic disease: the challenge for general practice. *MJA*. 187, 104 -107.

Hasbrook, M. (2019). “Blah” or Praxis? Reflection in Freiren Pedagogy. Eric. Paper presented at the Annual Meeting of the National Council of Teachers of English (92nd, Atlanta, GA, November 21-26, 2002) *Health Policy*, 123(16), 550 – 563.

Hedy, S. et al. (2012). Fostering and Evaluating Reflective Capacity in Medical Education: Developing the REFLECT Rubric for Assessing Reflective Writin. *Acad Med*, 87, 41 – 50.

Higgins, P., Nicol, R. (2002) Outdoor Education: Authentic Learning in the context of Landscape.

Hochschild, A.R. (1983). *The managed heart: Commercialization of human feeling*. Berkeley, University of California Press, CA.

Hodkinson, A., Bower, P., Grigoroglou, C., Zghebi, S.S., Pinnock, H., Kontopantelis, E., Panagioti, M. (2020). Self-management interventions to reduce healthcare use and improve quality of life among patients with asthma: systematic review and network meta-analysis. *BMJ*, 370 (28).

Holmboe, E. S., Sherbino, J., Long, D. M., Swing, S. R., Frank, J. R., & International CBME Collaborators. (2010). The role of assessment in competency-based medical education. *Medical teacher*, 32(8), 676 - 682.

Hovey, R. et al. (2018). Reflective practice and the role of transformational learning in healthcare. *The International Journal of the Whole Person Care*, 5(1), 21 – 22.

ISFOL. (1998). *Unità Capitalizzabili e crediti formativi. Metodologie e strumenti di lavoro*, a cura di G. Di Francesco, *Franco Angeli*, Milano.

Lotti A. Modelli di “core competence” dei profili professionali in uscita dai percorsi universitari per facilitare l’ingresso nel mondo del lavoro. MeTis online journal. Mondi educativi. Temi indagini suggestioni. Ultimo accesso 29/06/2021.

- Haggerty, J.L, Pineault, R., Beaulieu, M.D., Brunelle, Y., Gauthier, J., Goulet, F. et al. (2008). Practice features associated with patient-reported accessibility, continuity, and coordination of primary health care. *The Annals of Family Medicine*, 6 (2), 116 - 123.
- Jason, R., Frank, L., Snell, S., Olle Ten, C., Holmboe, E.S., Carraccio, C., Swing, S.R., et al. (2010) Competency-based medical education: theory to practice. *Medical Teacher*, 32 (8), 638 - 645.
- Jayatilleke, N., Mackie, A. (2013). Reflection as part of continuous professional development for public health professionals: a literature review. *J Public Health (Oxf)*, 35(2), 308 – 312.
- Johnson, R.L., Roter, D., Powe, N.R., Cooper, L.A. (2004). Patient race/ethnicity and quality of patient-physician communication during medical visits. *Am J Public Health*, 94(12), 2084-2090.
- Juriza, I. et al. (2021). Outdoor Camps Experiential Learning Activities for Teamwork and Leadership among Medical Students. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 18, 622 – 625.
- Kadadi, S., Bharamanaikar, R.S. (2020). Role of Emotional Intelligence on in Healthcare Industry. *A Management Journal*, 11 (1), 1 – 37.
- Kelly, C. (1997). David Kolb, The Theory of Experimental Learning and ESL. *The Internet TESL*, 3 (9).
- Keltner, D., Young, R., Buswell, B. (1997). Appeasement in human emotion, social practice, and personality.
- Kim, T.Y., Cable, D. M., Kim, S.P., Wang, J. (2009). Emotional competence and work performance: The mediating effect of proactivity and the moderating effect of job autonomy. *Journal of Organizational Behaviour*. 30, 983 – 1000.
- Kim, Y.H., Min, J., Kim, S.H. et al. (2018) Effects of a work-based critical reflection program for novice nurses. *BMC Med Educ*, 18, 30.
- Kinman, G., Leggetter, S. (2016). Emotional Labour and Wellbeing: What Portects Nurses?. *Healthcare*, 4 (89).
- Kinsella, E.A. (2009) Professional knowledge and the epistemology of reflective practice. *Nursing Philosophy*, 11, 3 – 14.
- Knowles M. (2016). Quando l’adulto impara. Andragogia e sviluppo della persona. *Edizione FrancoAngeli*, Milano.
- Koshy, K. et al. (2017). Reflective practice in health care and how to reflect effectively. *International journal of surgery oncology*, 2 (20).
- Kozlowski, D. et al. (2017). The role of emotion in clinical decision making: an integrative literature review. *BMC Medical Education*, 17 (255).

- Lahti, R.K. (1999). Identifying and integrating individual level and organizational level core competencies. *J. Bus. Psychol.*, 14(1), 59 - 75.
- Lakoff, G., & Johnson, M. (2003). *Metaphors we live by*. The University of Chicago Press, London.
- Lambe, K.A., Hevey, D., Brendan, K.D. (2018). Guided Reflection Interventions Show No Effect on Diagnostic Accuracy in Medical Students. *Frontiers in Psychology*, 9, 1664 – 1078.
- Larson, E.B. and Yao, X. (2005), “Clinical empathy as emotional labor in the patient-physician relationship”. *JAMA*, 293 (9), 1100 - 1106.
- Lavizzo-Mourey, R., Mackenzie, E. (1996). Cultural Competence: Essential Measurement of Quality for Managed Care Organization. *Annals of Internal Medicine*, 124, 919-921.
- Lei, D., Hitt, M.A., Bettis, R. (1996). Dynamic core competences through meta-learning and strategic context. *J. Manag.*, 22(4), 549 - 569.
- Littlemore, J. (2016). Metaphor use in educational contexts: functions and variations. in E Semino & Z Demjén (eds), *The Routledge Handbook of Metaphor*. *Routledge Handbooks in Linguistics*, Routledge.
- Lodigiani, R. (2011). Il mito delle competenze tra Procuste e Prometeo. *Le scienze sociali e l'Europa, teoria e ricerca*, 55, 139 – 159.
- Longo, B. (2004). Il Metodo delle competenze. Una prospettiva per le biblioteche e i servizi di informazione e documentazione. *Biblioteche oggi*.
- Lotti, A. Modelli di “core competence” dei profili professionali in uscita dai percorsi universitari per facilitare l’ingresso nel mondo del lavoro. MeTis online journal. Mondi educativi. Temi indagini suggestioni. Ultimo accesso 29/06/2021.
- Lutz, G. et al. (2013). A reflective intervention for professional development, reduced stress and improve patient care – a qualitative developmental evaluation. *Patient Educ Couns*, 93 (3), 337 – 343.
- Mamede, S., & Schmidt, H. (2004). The structure of reflective practice in medicine. *Medical Education*, 38, 1302–1306.
- Mann, K., Macleod, A., Gordon, J. (2009). Reflection and Practice in Health Professions Education: A Systematic Review. *Adv in Health Sci Educ*, 14, 595 – 621.
- Mann, K., Gordon, J., & MacLeod, A. (2009). Reflection and reflective practice in health professions education: a systematic review. *Advances in health sciences education*, 14(4), 595 - 621.
- Javidan, M. (1998). Core Competence: What Does It Mean in Practice? *Long Range Planning*, 31 (1): 60 – 71.

- Mansouri, M., & Lockyer, J. (2007). A meta-analysis of continuing medical education effectiveness. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 27(1), 6 - 15.
- Mantzourani, E., Desselle, S., Le, J.c., Lonie, J.M., Lucas, C. (2019). The Role of Reflective Practice in Healthcare Professions: Next Steps for Pharmacy Education and Practice. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 15 (12), 1476 - 1479.
- Marinopolus et al. (2007). Effectiveness of continuing medical education. *Evidence reports/ Technology assessment*, 149, 1 – 69.
- McCoach, J.J., Smith, K. (2016). A teaching model for health professionals Learning reflective practice. *Procediamo - Social and Behavioral studios*, 228, 265 – 271.
- McQuaid, E.L., Landier, W. (2017). Cultural Issues in Medication Adherence: Disparities and Directions. *J Gen Intern Med*, 33(2), 200 – 206.
- Melotti, G., Gigli, A., & Borelli, C. (2020). Lo stato dell'arte dei progetti nature-based in ambito educativo, formativo, terapeutico e ricreativo in Italia: I dati di una ricerca di mappatura. *FORMAZIONE & INSEGNAMENTO. Rivista internazionale di Scienze dell'educazione e della formazione*, 18(2), 210 - 226.
- Meulepas, M.A., Jacobs, J.E., Lucas, A.E., et al. (2006). The feasibility of a primary care model for the management of COPD. *Prim Care Respir J*. 15, 337- 341.
- Mezirow, J. (2016). La teoria dell'apprendimento trasformativo. *Raffaello Cortina Editore*, Milano.
- Milano, M., & Miozzo, S. (2017). Viaggio esplorativo nei bisogni di formazione della medicina generale in previsione dei nuovi assetti organizzativi. *Tutor-Attualità, Proposte e Ricerche per l'Educazione nelle Scienze della Salute*, 17(1), 21 - 25.
- Misra-Hebert, Anita, D., Isaacson, J., Kohn, H., et al. (2012). "Improving empathy of physicians through guided reflective writing". *Department of Psychiatry and Human Behavior Faculty Papers*. 51 (3), 71 – 77.
- Montaberti, K., & Lisimberti, C. (2015). Ricerca e professionalità educativa. Risorse e strumenti. *Pensa Multimedia Editore*, Lecce.
- Montagna, L., Benaglio, C., Zannini, L. (2010). La scrittura riflessiva nella formazione infermieristica: background, esperienze e metodi. *Assistenza infermieristica e ricerca*, 29, 140 – 152.
- Moonet, A. (2007). Core competence, Distinctive Competence, and Competitive Advantage. What is the difference? *Journal of Education for business*.
- Moretto, B. (2019). Educazione terapeutica del paziente tra competenze e contesti di cura: riflessioni sul ruolo dell'educatore professionale. *Journal of Health Care Education in Practice*.
- Morris, J.A., Feldman, D.C. (1996). The dimensions, antecedents, and consequences of emotional labor. *Academy of Management Review*, 21 (4), 986- 1010.

- Murinson, B.B. et al. (2008). Cognitive Expertise, Emotional Development and Reflective Capacity: Clinical Skills for Improved Pain Care. *J Pain*, 9 (11), 975 – 983.
- Murray, P. (2003). Organizational learning, competencies, and firm performance: Empirical observations. *Learn. Organ.*, 10(5), 305 - 316.
- Nguyen, Q.D., Fernandez, N., Karsenti, T. Charlin, B. (2014). What is reflection? A conceptual analysis of major definitions and a proposal of a five-component model. *Med. Educ*, 48, 1176 – 1189.
- Nightingale, S., Spiby, H., Sheen, K., Slade, P. (2018). The impact of emotional intelligence in health care professionals on caring behaviour towards patients in clinical and long-term care settings: findings from an integrative review. *Int J Nurs Stud*, 80, 106–117.
- Norrie, C., Hammond, J., D’Avray, L., Collington, V., Fook, J. (2012). Doing it differently? A review of literature on teaching reflective practice across health and social care professions. *Reflect. Pract*, 13, 565–578.
- Ohana, S., Mash, R. (2014). Physician and patient perceptions of competency and medical compliance. *Health education research*, 30 (6), 923 – 934.
- Oluwatoyin, F.E. (2015). Reflective Practice: Implication for Nurses. *Journal of Nursing and Health Science*, 4(3), 28 – 33.
- Organizzazione Mondiale Sanità (OMS). (2006). “Risorse umane per la salute in Europa” in Quaderni di Sanità Pubblica – Anno 29.
- Osterman, K., & Kottkamp, P. (1993). Reflective practice for educators: Improving schooling through professional development. *Corwin Press*, Newbury Park, CA.
- Paez, K.A., Allen, J.K., Beach M.C., Carson, K.A., Cooper, L.A. (2009). Physician cultural competence and patient ratings of the patient-physician relationship. *J Gen Intern Med*, 24, 495 – 498.
- PAHO and WHO. (2013). Core competencies for public health: a regional framework for the Americas.
- Parikh, K., Perry, K., Pantor, C., et al. (2019). Multidisciplinary Engagement Increases Medications in-Hand for Patients Hospitalized With Asthma. *Pediatrics*, 144(6).
- Paterlini, M. (2019). La riflessività in una prospettiva materialista. Pratica e pensiero pedagogico nel lavoro d’equipe. *Zeroseiup*, Sanpaolo D’Aragon (BG).
- Pearson, S., Scott, P., Sugden, D. (2011). Applying metaphors for learning to continuing professional development (CPD), in the context of a course for Special Educational Needs Coordinators (SENCOs). *Journal of Research in Special Educational Needs*, 11 (1), 42 – 54.

Peck, C., McCall, M., McLaren, B., & Rotem, T. (2000). Continuing medical education and continuing professional development: international comparisons. *Bmj*, 320 (7232), 432-435.

PHAC. (2007). Core competencies for public health in Canada. Ottawa, Settembre 2007.

Platt, K. E. (2016). Developing metacognitive and self-regulated learning skills through reflective writing prompts.

Prahalad, C.K., & Hamel, G. (1990). The core competence of the corporation. *Harv. Bus. Rev.*, 16(3): 79 - 91.

Prilla, M., Herrmann, T., & Degeling, M. (2013). Collaborative reflection for learning at the healthcare workplace. In *Computer-supported collaborative learning at the workplace* (pp. 139-165). Springer, Boston, MA.

Raghubir, A.E. (2018). Emotional intelligence in professional nursing practice: a concept review using Rodgers's evolutionary analysis approach. *International Journal of Nursing Sciences*, 5, 126 -130.

Reed, J., & Koliba, C. (1995). Facilitating Reflection: A Manual for Leaders and Educators. Retrieved from [http://www.uvm.edu/~dewey/reflection\\_manual/](http://www.uvm.edu/~dewey/reflection_manual/)

Reeves, A. (2005). Emotional Intelligence. Recognizing and Regulating Emotions. *Aaohn Journal*, 53, 4.

Regione Toscana Giunta Regionale Direzione generale Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale Settore Strumenti di pianificazione e programmazione sociosanitaria. (2011). Glossario della formazione in sanità.

Richard et al. (2018). Using reflective practice in interprofessional education and practice: a realist review of its characteristics and effectiveness. *Journal of Interprofessional Care*, 33, 1 – 13.

Rodgers, C. (2002). Defining Reflection: Another look at John Dewey and Reflective Thinking. *Teachers college Record*, 104(4), 842 – 866.

Rosangela Lodigiani, "Il mito delle competenze tra Procuste e Prometeo", *Quaderni di Sociologia* [Online], 55 | 2011, Online since 30 November 2015, connection on 07 May 2021. URL: <http://journals.openedition.org/qds/662>; DOI: <https://doi.org/10.4000/qds.662>

Rossi, P.G., et al. (2011). Competenza. Approfondimento bibliografico. *Education Sciences & Society*, 183 - 187.

Rudolph, J.R., Simon R., Raemer, D.B., Eppich W.J. (2008). Debriefing as formative assessment: closing performance gaps in medical education. *Acad Emerg Med*, 15(11), 1010 – 1016.

Rudolph, J.W., Simon, R., Dufresne, R.L., Raemer, D.B. (2006). There's no such thing as a "non-judgmental" debriefing: a theory and method for debriefing with good judgment. *Simulation Healthc*, 1, 49 – 55.

Saarni, C. (2011). Emotional Competence and Effective Negotiation: The integration of Emotion Understanding, Regulation, and Communication. *Psychological and Political strategies*.

Sabatier, G., & Dumont, T. (2004). Photolangage® and institutional crisis. *Funzione Gamma Journal*, 426 (28).

Saha, S., Beach, M.C., Cooper, L.A. (2008). Patient Centeredness, Cultural Competence and Healthcare Quality. *J Natl Med Assoc*, 100 (11), 1275 – 1285.

Salovey, P., & Mayer, J.D. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, Cognition, and Personality*, 9, 185-211.

Saunders et al. (2007). Promoting self-awareness and reflection through an experiential Mind-Body Skills course for first year medical students. *Medical teacher*, 29, 778 – 784.

Shapiro, H. (2010). John Dewey's Reception in "Schonian" Reflective Practice. *Philosophy of Education Archive*, 311 – 319.

Shapiro, J. (2012). Medicina narrativa e scrittura narrativa. *Family Medicine*, 44(5), 309 – 11.

Sipem. (2014). XVII Congresso nazionale Ridiscutere la clinica: formazione alla cura e interprofessionalità. 14 (2), 38 – 55.

Skarbaliene, A. (2019). Emotional Intelligence in Healthcare. *Medical Science Pulse*, 13 (1).

Smith, J.R., Mugford, M., Holland, R., et al. (2005). A systematic review to examine the impact of psycho-educational interventions on health outcomes and costs in adults and children with difficult asthma. *Health Technol Assess*, 9, 1 – 167.

Smith, M.K. (2009). L'apprendimento esperienziale di David A. Kolb: caratteristiche, problematiche e sviluppi. *Formazione esperienziale*, 1 – 7.

Spencer, J. A., & Jordan, R. K. (1999). Learner centred approaches in medical education. *Bmj*, 318(7193), 1280 - 1283.

Srivastava, S. (2005). Managing Core Competence of the Organization. *Vikalpa*. 30 (4), 49 – 68.

Masci, S. (2021). Giochi e Role Playing per la formazione e la conduzione dei gruppi. *Franco Angeli*, Milano.

Swanwick, T. (2014). Understanding medical education: Evidence, Theory and Practice. The Association for the Study of Medical Education. *John Wiley & Sons*. Part 1.

- Thom, D.H., Tirado, M.D. (2006). Development and validation of a patient reported measure of physician cultural competency. *Med Care Res Rev*, 63, 636 – 655.
- Thomas, M., McKinley, R.K., Freeman, E., et al. (2003). Breathing retraining for dysfunctional breathing in asthma: a randomised controlled trial. *Thorax*, 58, 110 – 115.
- Thompson, N., Pascal, J. (2012). Developing critically reflective practice. *Reflective Pract*, 13(2), 311 - 325.
- Towle, A., Cottrell, D. (1996). Self-directed learning. *Arch Dis Child* ,74, 357 - 359.
- Tretheway, Taylor, J. A., O’Hara, L., & Percival, N. (2015). A missing ethical competency? A review of critical reflection in health promotion. *Health Promotion Journal of Australia: Official Journal of Australian Association of Health Promotion Professionals*, 26(3), 216 – 221.
- Truong, M., Paradies, Y., Priest, N. (2014). Interventions to improve culture competency in healthcare a systematic review of reviews. *Health Services Research*, 14(99).
- Tsingos, C., Bosnic-Anticevich, S., Lonie, J.M., Smith, L. A model for assessing reflective practices in pharmacy education. *Am. J. Pharm. Educ*, 79 (124).
- Vacheret, C. (2005). Photolanguage: A method for use with groups in a therapy or training context. *Funzione Gamma Journal*, 426(28).
- Valentini, M., & Donatiello, P. (2021). Outdoor education as a way of life. *Journal of Physical Education and Sport*, 21, 618 - 623.
- Van Manen, M. (1995). On the Epistemology of Reflective Practice. *Teachers and Teaching: Theory and practice*, 1(1), 33 – 50.
- Van Roy, K., Vanheule, S., Inslegers, R. (2015). Research on balint groups: A literature review. *Patient Educ. Couns*, 98, 685 – 694.
- Wagner, P., Ginger, M.C., Grant, M.M., Gore, J.R., Owens, C. (2002). Physicians’ emotional intelligence and patient satisfaction. *Fam Med*, 34, 750 – 754.
- Wagner, R. J., Baldwin, T. T., & Roland, C. C. (1991). Outdoor training: revolution or fad? *Training and Development Journal*, 45, 50–57.
- Wald, H.S., & Reis, S. P. (2010). Beyond the Margins: Reflective Writing and Development of Reflective Capacity in Medical Education. *J Gen Intern Med*, 25(7), 756 - 759.
- Wang, C., Yi, W., Tao, Z., Carovano, K. (1998). Photovoice as a Participatory Health Promotion Strategy.
- Wiesława, D., et al. Implications of interprofessional primary care team characteristics for health services and patient health outcomes: A systematic review with narrative synthesis,

Williams, S.D., Graham, T.S., & Baker, B. (2003). Evaluating outdoor experiential training for leadership and team building. *Journal of Management Development*, 22(1), 49 – 59.

World Health Organization (2013). Transforming and Scaling up Health Professional Education and Training. Policy Brief on Regulation of health Professions Education. Retrieved from [https://whoeducationguidelines.org/sites/default/files/uploads/whoeduguidelines\\_Policy\\_Brief\\_Accreditation.pdf](https://whoeducationguidelines.org/sites/default/files/uploads/whoeduguidelines_Policy_Brief_Accreditation.pdf) on 17th of June, 2019.

Yeh, S.C.J., et al. (2020). Emotional Labor in Health Care: The Moderating Roles of Personality and the Mediating Role of Sleep on Job performance and Satisfaction. *Frontier in Psychology*, 11 (57).

Zanini, L. (2021). Intrecciare parole nelle pratiche di cura: il contributo della medicina narrativa. *Autobiografie, Ricerche, pratiche, esperienze*, 2, 37 – 46.

Zannini L. (2018). Reflective writing and medical humanities: some pedagogical remarks. *The role of humanities in teaching of medical students*, 38, 44 – 58.

Zannini, L., Gambacorti – Passerini, M.B., Rossini, G., Palmieri, C. (2016). Raccontare per formare il proprio sé professionale: la proposta della narrazione e della scrittura riflessiva nelle professioni della cura. *Metis. Mondi educativi. Biografie dell'esistenza*, 7(1).

## **Ringraziamenti**

Mi è insolito dedicare traguardi a qualcuno, non sono mai stato particolarmente capace a verbalizzare tutto quello che mi passa per la mente. Ho sempre pensato che i pensieri fossero come l'acqua, per cui tutto dipende dal recipiente nel quale li si contiene.

Tuttavia, in questa occasione, sento l'esigenza di dover riconoscere tutti coloro che mi hanno accompagnato in questo lungo tragitto. La fatica che ho incontrato lungo il viaggio sarebbe stata senz'altro maggiore se al mio fianco non ci fossero state delle persone che, anche solo attraverso una parola, mi hanno confortato l'anima. Non è stato facile, andarsene di casa, abitare lontano, lasciare amori e amicizie, ripartire da sé più e più volte.

I loro occhi e il senso delle loro parole hanno rappresentato per me un faro che mi ha permesso di trovare quasi sempre riparo su un porto sicuro nel quale approdare.

Questo traguardo va, prima di tutto, a mia madre, colei che da sola mi ha cresciuto e che con la sua forza mi ha insegnato a vedere il cielo azzurro anche laddove era tutto grigio. Sono grato di aver appreso da lei il valore delle cose che mi circondano, la tenacia nel non arrendersi mai, il significato a tutto ciò che posso dare alla mia vita.

A mio padre, che da lassù, mi protegge, mi guarda e mi sorregge, anche nella notte più buia. Spero tu sia orgoglioso dell'uomo che sto diventando.

Ad Alex, altra stella del mio cielo che guida il mio divenire. Spero tu sia felice dell'amico che sono stato, del ricordo che porto con me di noi, anche oggi in occasione di un momento che condivido con te, con il mio pensiero, flebile come un fiore spostato dal vento.

A tutti coloro che fanno parte dell'azienda agricola "La Vaccheria", la mia famiglia. Mi avete insegnato quali sono le mie radici e cosa significa sapere che c'è sempre un punto di partenza. Mi avete donato l'umiltà dalla quale provengo, il gusto per le piccole cose e la bellezza della quotidianità.

A Marco, la cui semplicità può sconfiggere anche il più forte Golia. Ti ringrazio per la persona che sei, di ampie vedute che mi hanno insegnato a trovare riparo nella solidarietà dei momenti condivisi insieme.

Ad Alessandro, amico scoperto, la cui genuinità disarmava il valore che si può dare all'effimero. Ti ringrazio per aver creduto in me, sempre, indipendentemente da qualsiasi circostanza.

A Giorgia, amica per la vita, che mi ha visto cadere ma che con la sua presenza mi ha permesso di tornare con lo sguardo ben puntato verso l'orizzonte. Ti ringrazio per la perseveranza nel darmi valore, nel pensare che io possa sempre migliorarmi. Mi hai insegnato che nella vita le cose accadono anche al di là di ciò che in realtà noi vorremmo veramente.

A Mattia, presenza silenziosa e compagno di grandi battaglie, quelle vere. Da te ho imparato cosa significa avere dei sogni e lottare per realizzarli. Da te ho appreso cosa significa crescere, sapendo che anche se si è lontani, la presenza sta nella mente di chi si pensa.

A Jacopo che mi ha insegnato ad assumere uno sguardo critico circa i dubbi che si possono incontrare nel percorso. Ti ringrazio per la tua capacità di ascoltare i pensieri di un piccolo uomo che vede nella meta un'ulteriore partenza.

A Federico la cui amicizia si è costruita in un tempo passato e penso possa dare valore al nostro futuro. Ti ringrazio per essere il collante delle persone che attraversano le nostre esperienze. Mi hai insegnato cosa può dare l'amicizia.

A Daniel la cui razionalità mi ha insegnato cosa significa non farsi travolgere dalle emozioni. Ti ringrazio per la tua lucidità e la tua logica, saranno senz'altro chiavi di lettura con cui osservare ciò che accade intorno a me.

A Giacomo la cui disponibilità farebbe sorridere anche la persona più restia. Mi hai insegnato cosa significa voler bene in maniera incondizionata.

A Ilaria, amica scoperta. Ti ringrazio per credere in me più di quanto io possa fare, da te ho appreso cosa significa non dubitare ma agire, muoversi, non stare fermi di fronte a ciò che succede.

A Claudio che da collega è divenuto per me una stella polare da cui prendo esempio per vedere le cose belle della vita.

A Pablo, scoperto grazie al lavoro, mi hai insegnato cosa significhi essere professionali e amici allo stesso tempo. Ti ringrazio perché sei l'esempio del sacrificio volto ad un continuo migliorarsi.

A Marco, conosciuto grazie l'università ed ora amico per sempre. La tua pragmaticità mi ha permesso di trovare spunti saldi su cui poggiare le mie idee quando non sembrava vi fossero molte possibilità.

Ai miei ragazzi del Calcio Bojon, che hanno visto in me più semplice mister. Vi ringrazio per avermi dato il coraggio di riprendere in mano una passione sconfitta dai dolori di scelte passate.

Al Calcio Padova che mi ha insegnato i valori del sacrificio e della professionalità.

Ai bambini di Misurina, la cui storia ha portato alla mia maturazione. Vi ringrazio per esservi fidati di me.

Alla mia relatrice, la prof.ssa Ambra Stefanini, per la sua disponibilità e flessibilità.

A miei colleghi della Diabetologia pediatrica e della Medicina dello Sport. Siete stati bagaglio di conoscenza e crescita sotto tutti i punti di vista. Mi avete sostenuto nella definizione della mia identità professionale, ora più salda che mai.

Ringrazio anche tutti coloro che non sono esplicitamente menzionati: Sara, Nicola, Daniele, Davide, Giulio, Tomas, Andrea e Gaetano che con la loro presenza e le loro parole mi hanno regalato migliaia di possibilità per pensare a cos'è davvero importante.

Un ringraziamento va anche a coloro che sono usciti dalla mia vita, per un motivo o per l'altro, siete stati significativi e sinonimo di ripartenza. Mi avete insegnato che il rimorso non è una chiave di lettura della vita, ma una scusa su cui crogiolarsi. Mi avete donato la possibilità di crescere con radici ancora più profonde e salde sulla terra.

Infine, questo traguardo va a me, piccolo uomo, cresciuto in fretta per le necessità della vita. Ti ringrazio per non esserti mai arreso, anche quando tutto sembrava arrivato alla fine. Ti ringrazio di aver trovato la forza di reagire, di trovare e cercare altre possibilità. Ti ringrazio di essere sempre stato te stesso, per non esserti modificato per cose subdole o passeggere. Ti ringrazio per non aver gettato la spugna quando tutto sembrava perduto. Ti ringrazio per aver deciso di continuare gli studi, quando altre strade, probabilmente, sarebbero state gratificanti e più ricche. È stata la scelta più giusta. Ti ringrazio per il sorriso che sei e per l'anima gentile che stai costruendo, sono semi sparsi al vento che faranno fiorire il cielo.

Grazie a tutti

Gianmaria



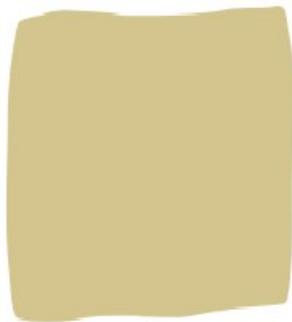
# Documento di riconoscimento

Corso di formazione sulle core competence  
e la pratica riflessiva nei contesti sanitari



Take Great Risks and fell in love with it.

## Dati anagrafici



Nome

---

Cognome

---

Nato il \ \

---

Professione

---

# La mappa del nostro viaggio



Lezione 1: la partenza



Lezione 2: cure paziente centrato e pratica basata sull'evidenza



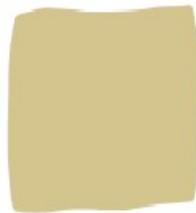
Lezione 6: lavorare in un'equipe multidisciplinare

Lezione 3\4: competenze emotive e culturali



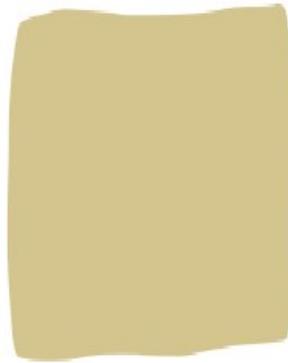
Lezione 5: apportare miglioramenti alla qualità del sistema

Timbri di disponibilità





# Lezione 1: la partenza



Le mie emozioni:

---

---

---

I miei pensieri:

---

---

---

---

---

---

Le mie azioni:

---

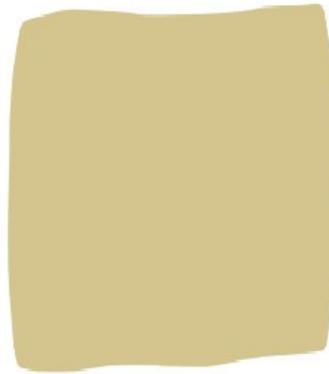
---

---

---

---

## Lezione 2: la Piana degli Spiriti



Le mie emozioni:



I miei pensieri:

---

---

---

---

---

Le mie azioni:

---

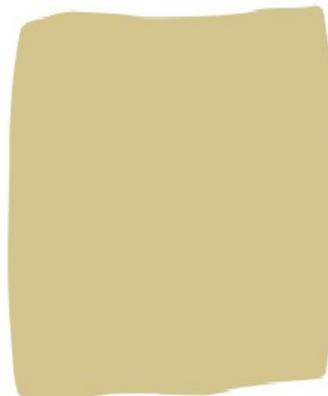
---

---

---

---

## Lezione 3: il lago Antorno



Le mie emozioni:

---

I miei pensieri:

---

---

---

---

---

---

Le mie azioni:

---

---

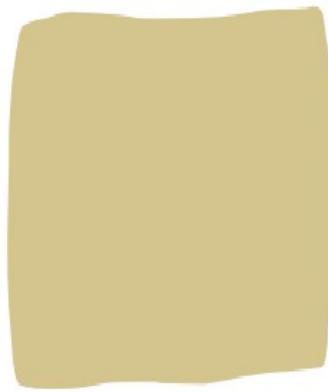
---

---

---

---

## Lezione 4: il lago Antorno



Le mie emozioni:

---

---

I miei pensieri:

---

---

---

---

---

---

Le mie azioni:

---

---

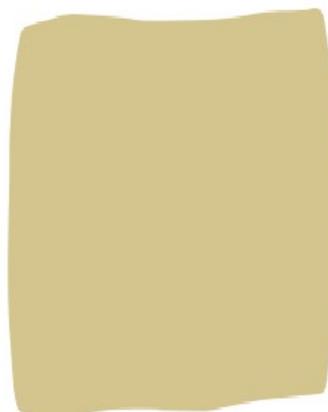
---

---

---

---

## Lezione 5: il casello delle tre cime



Le mie emozioni:

---

I miei pensieri:

---

---

---

---

---

---

Le mie azioni:

---

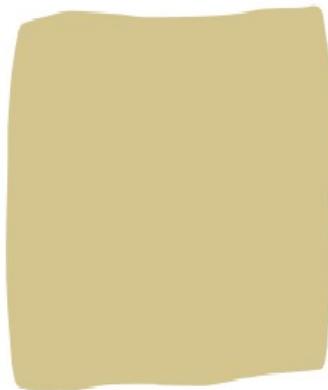
---

---

---

---

## Lezione 6: l'arrivo alle tre cime



Le mie emozioni:



I miei pensieri:

---

---

---

---

---

---

Le mie azioni:

---

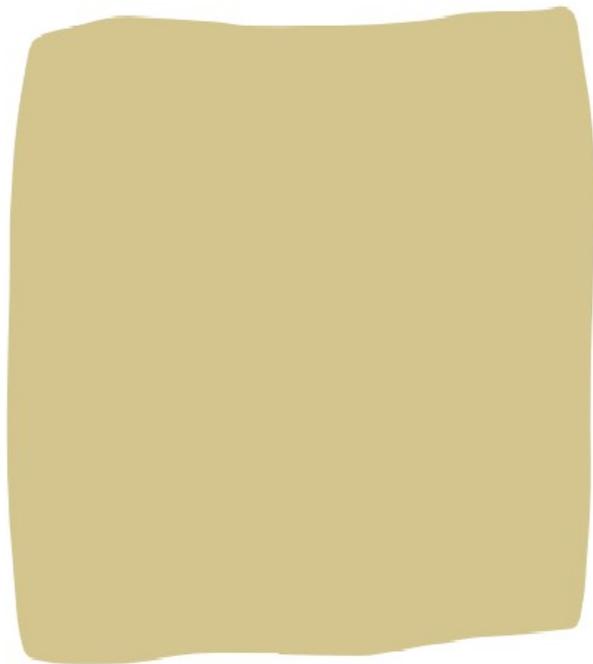
---

---

---

---

Lezione 7: la vista dalle tre cime



La metafora del mio percorso:

---

---

---

---

---

---

---

---

# Gerarchie di valori

Nome:

<b>Valori</b>	<b>Punti</b>	<b>Motivazione</b>
Amicizia		
Denaro		
Famiglia		
Lavoro		
Partito politico		
Patria		
Principi morali		
Razza		
Religione		
Squadra di calcio		

# La nuova identità

Nome:

Chi siete	Come siete visti	Come vi siete sentiti
Attore	Snob, bello, ricercato, affascinante	
Scenziato	Intelligente, parlare forbito, un po' distratto	
Parroco del paese	Ben voluto, buono, disposto ad ascoltare, empatico	
Politico	Demagogo, parla bene, si fa capire, stringe le mani	
Chirurgo	Ricco, potente, salva la vita agli altri, antipatico	
Scrittore	Solitario, un po' alcolista, intellettuale incompreso	
Medici sans frontier	Buono, altruista, pronto al sacrificio, dotato di alti ideali	
Giornalista tv	Sempre presente, ben vestito, egocentrico	

