

# DIVENTARE PROFESSIONISTI DELLA SALUTE E DELLA CURA

Buone pratiche e ricerche

a cura di  
**Lucia Zannini e Marika D'Oria**

Pratiche pedagogiche



**FrancoAngeli**



Centro  
Studi  
Riccardo  
Massa

## Informazioni per il lettore

Questo file PDF è una versione gratuita di sole 20 pagine ed è leggibile con



La versione completa dell'e-book (a pagamento) è leggibile con Adobe Digital Editions. Per tutte le informazioni sulle condizioni dei nostri e-book (con quali dispositivi leggerli e quali funzioni sono consentite) consulta [cliccando qui](#) le nostre F.A.Q.



# Serie del Centro Studi Riccardo Massa

**diretta da Pierangelo Barone  
e Cristina Palmieri**

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

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

Pratiche pedagogiche



# Comitato scientifico

Giuseppe Annacontini, *Università del Salento*

Alain Bainbridge, *Canterbury Christ Church University*

Daniele Bruzzone, *Università Cattolica, Piacenza*

Francesco Cappa, *Università di Milano-Bicocca*

Marco Dallari, *Università di Trento*

Duccio Demetrio, *Università di Milano-Bicocca*

Alessandro Ferrante, *Università di Milano-Bicocca*

Franco Floris, *"Animazione sociale"*

Jan Fook, *Leeds Trinity University*

Laura Formenti, *Università di Milano-Bicocca*

Rosa Gallelli, *Università di Bari*

Paola Marcialis, *Centro Studi Riccardo Massa*

Alessandro Mariani, *Università di Firenze*

Luigina Mortari, *Università di Verona*

Jole Orsenigo, *Università di Milano-Bicocca*

Manuela Palma, *Università di Milano-Bicocca*

Loredana Perla, *Università di Bari*

Giorgio Prada, *Centro Studi Riccardo Massa*

Massimo Recalcati, *Università di Pavia*

Ennio Ripamonti, *Università di Milano-Bicocca*

Andrea Traverso, *Università di Genova*

Mario Vergani, *Università di Milano-Bicocca*

Lucia Zannini, *Università degli Studi di Milano*

## Coordinamento scientifico

Anna Rezzara, *Università di Milano-Bicocca*

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

# **DIVENTARE PROFESSIONISTI DELLA SALUTE E DELLA CURA**

Buone pratiche e ricerche

a cura di

**Lucia Zannini e Marika D'Oria**

**FrancoAngeli**

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

*L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito [www.francoangeli.it](http://www.francoangeli.it).*

# Indice

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

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



**Parte seconda**  
**Ricercare e riflettere**

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



## Prefazione

di *Patrizia de Mennato*

Viandante, non c'è un cammino.

Il cammino si fa con l'andare.

*Antonio Machado*

### Piccola storia di un gruppo di ricerca

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## Bibliografia

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

# Introduzione

di *Lucia Zannini e Marika D'Oria\**

## Pratiche pedagogiche

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

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

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

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

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

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

## **Il gruppo di lavoro SIPED.CARE**

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## Un accompagnamento alla lettura del testo

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

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

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