

Il tutoring per la formazione in ambito sanitario: competenze e strategie per la formazione delle identità professionali

di **Natascia Bobbo**

Abstract

Negli ultimi cinquant'anni, alcune trasformazioni sociali, culturali e demografiche hanno modificato profondamente le nostre società e, ancora di più, la natura delle patologie più diffuse, passate da essere prevalentemente acute a croniche. La trasformazione del modello di cura (da bio-medico a bio-psico-sociale) ha quindi imposto nuovi target di assistenza e cura per le professioni sanitarie. Di conseguenza, la formazione in area sanitaria ha acquisito caratteri di sempre maggiore complessità: durante i suoi studi, lo studente deve acquisire una identità professionale specifica come esito del conseguimento di una maturità intellettuale coerente ai nuovi modelli di cura ed assistenza richiesti. Solo così potrà rispondere in modo adeguato ai bisogni del paziente e raggiungere una buona soddisfazione professionale. Il contributo intende indagare il ruolo strategico del tutoring nella formazione di tali connotazioni identitarie e professionali, con attenzione particolare tanto alle strategie didattico-formative più adeguate agli scopi definiti, quanto alla sfera delle competenze educative e pedagogiche insite nella professione stessa di tutor.

Parole chiave:

**tutorato, formazione, professioni sanitarie,
maturità intellettuale, identità professionale**

In the last fifty years, some cultural and demographic transformations deeply changed our societies and, moreover, the nature of prevalent pathologies that moved from acute diseases to chronic illnesses. Consequently, the Medical model changed too (from bio-medical to bio-psychosocial), imposing some new professional goals to healthcare operators. Therefore, training in the healthcare area has acquired more and more complex traits: during his degree course, a student has to reach a specific professional identity as consequence of an intellectual maturity (i.e. wisdom), coherent to the actual medical approach to care. Only in this way, he will be able to meet to patients' needs and reach a professional satisfaction in his daily work. The aim of this paper is to examine the strategic rule of tutoring in building these professional and identity characteristics, with close attention to the most adequate didactic strategies and the essential educative and pedagogic skills intrinsic in the tutor profession.

Keywords:

**tutoring, training, healthcare professionals,
contextualized wisdom, professional identity**

Il tutoring per la formazione in ambito sanitario: competenze e strategie per la formazione delle identità professionali

Introduzione

La formazione in area sanitaria ha acquisito negli ultimi cinquant'anni caratteri di maggiore complessità in ragione di alcune profonde trasformazioni avvenute a livello demografico e culturale nelle nostre società. Innanzitutto, sconfitta la maggior parte delle infezioni di origine virale o batterica, grazie alla scoperta e impiego massiccio di antibiotici e vaccini, l'aspettativa di vita delle persone è andata progressivamente aumentando¹. Tuttavia, stili alimentari sempre più ricchi di grassi saturi e zuccheri semplici, uniti alla sedentarietà come abitudine caratterizzante la quotidianità di milioni di persone², hanno determinato, inevitabilmente, un incremento sostanziale del numero di soggetti affetti da una o più patologie cronic-degenerative³: in particolare si tratta di disturbi metabolici, patologie cardio-vascolari ed episodi cerebro-ischemici (WHO, 2003). Altri quadri cronici, invece, sono comparsi come conseguenza della maggiore diffusione – anche tra i giovanissimi – di comportamenti autolesionisti (abuso e dipendenza da sostanze tossiche come alcool, fumo e droghe). Infine, l'insalubrità dei nostri ambienti di vita e lavoro, dovuta spesso all'inquinamento, ha provocato anche un aumento delle diagnosi di cancro.

Cambiando la natura delle patologie (da acute a croniche), anche l'approccio alla malattia e al paziente si è dovuto modificare transitando – se pur con molta lentezza e difficoltà – da una mera attenzione al *disease* (disordine d'organo o d'apparato oggetto del modello di cura bio-medico) alla presa in carico dell'*illness* del paziente (l'insieme dei suoi bisogni, aspettative ed emozioni collegate al suo stato patologico (oggetto del modello di cura bio-psicosociale) (Kleinmman, 1980).

La possibilità per un giovane laureato di rispondere in modo adeguato alle sue aspettative di ruolo professionale in una realtà sanitaria così definita dipende, sostanzialmente, dalla sua capacità di acquisire un'identità professionale come esito del conseguimento di una coerente maturità intellettuale. Tali connotazioni identitarie possono consentirgli di essere efficace ed efficiente nel rispondere ai bisogni terapeutici, di assistenza o riabilitazione del suo interlo-

1 In Italia l'indice di vecchiaia è aumentato del 23% nel triennio 2012-2015 (ISTAT – 2016).

2 Per un approfondimento di tali dati si invita a consultare le statistiche pubblicate dal sito dell'OMS.

3 Nel 2013 i soggetti affetti da una patologia cronica in Italia erano il 38%, il 48,7% nella fascia d'età over 65 (ISTAT-2016).

cutore privilegiato: il paziente. La persona malata è un soggetto portatore di *pathos* (Nesci & Bianchi, 2012), quindi di una sofferenza – fisica o psichica – capace di porlo in una condizione di fragilità ed insieme di dipendenza dalle scelte ed azioni dell'altro (operatore) per quanto concerne la sua possibilità e qualità di vita futura. La fragilità del paziente, unita alla possibilità dell'operatore di arginarla, contenerla o guarirla, decretano la responsabilità dello stesso (Jonas, 1993) su di un bene che è il valore supremo riconosciuto in ogni cultura o religione: se non la vita umana in quanto tale, il benessere percepito e vissuto dalla persona. È proprio qui che entra in causa la funzione del *tutoring* nell'accompagnare lo studente verso un obiettivo dal grande valore etico, stante su di un piano diverso e superiore alla mera acquisizione di conoscenze o abilità; un obiettivo che necessita, per essere conseguito, di una partecipazione consapevole ed intenzionale ad una cultura professionale definita.

1. Maturità intellettuale, paziente e tutoring

Secondo Sternberg (1998, p. 347): “wisdom is the power of judging rightly and following the soundest course of action, based on knowledge, experience, understanding...”⁴. La maturità intellettuale, quindi, non è che la capacità di prendere una decisione, generalmente in una situazione sfidante, a partire dalle proprie conoscenze e competenze già acquisite, mediando con il contesto sociale e l'ambiente culturale nel quale si è inseriti, essendo orientati verso uno scopo che è coerente con il proprio sistema di valori. Traducendo tutto questo in target formativi per l'area sanitaria si può affermare che la saggezza di un professionista è data da:

- una cultura specifica della professione (competenze e valori);
- specifiche *Learning skills* utili a implementarla ed arricchirla in senso *Life-long*;
- specifiche *Social skills* che permettono uno scambio arricchente con altri colleghi o esperti, ma consentono allo stesso tempo di rapportarsi efficacemente con il paziente;
- buone abilità di formulare ipotesi e trarne deduzioni logicamente coerenti (pensiero critico);
- capacità di tollerare l'incertezza e la complessità delle richieste dei contesti reali e di prendere decisioni (Binetti, Alloni, 2004, pp. 29–32).

Nelle professioni sanitarie, spesso, l'acquisizione di una saggezza professionale viene consentita e rinforzata soprattutto mediante le esperienze di tirocinio cui gli studenti sono esposti. Il tirocinio rappresenta, cioè, una situazione di apprendimento complesso nel quale il soggetto impara ad applicare ciò che

4 L'autore fa sua una definizione tratta dal Webster's New World College Dictionary, 1997, p. 1533.

ha appreso nella didattica frontale in modo finalizzato alla soluzione dei problemi emergenti dalla pratica clinica reale (Malcovati, 2002; Vettore *et alii.*, 2006). Il ruolo del tutor in questo modulo formativo è fondamentale e si esplica su diversi fronti mediante l'applicazione di varie strategie didattiche, tra le quali le più frequenti sono la didattica seminariale e quella laboratoriale. Entrambe possono trovare spazio sia prima che dopo le esperienze di stage, ma con obiettivi formativi profondamente diversi: nel così detto *briefing*, che precede il tirocinio, gli argomenti scelti e affrontati sono funzionali ad una familiarizzazione anticipante degli studenti rispetto a specifici fattori caratterizzanti il contesto in cui andranno ad operare. Nel *de-briefing*, che segue l'esperienza di stage, gli argomenti emergono spesso dalla necessità del tutor di verificare o supportare l'acquisizione di determinate competenze mediante un lavoro di riflessione su ciò che hanno sperimentato gli studenti. La strategia didattica più coerente agli obiettivi del *de-briefing* è quella seminariale. Caratterizzata da sessioni dirette a piccoli gruppi (8-12 studenti), viene condotta secondo il modello del *reflective learning* (HortonDeutsch, Sherwood, 2008): si stimola quindi un lavoro di riflessione su ciò che gli studenti hanno osservato, ascoltato o provato a fare, con lo scopo di individuare in tale oggetto di esperienza un senso che consenta loro di trasformarlo in un apprendimento significativamente connotato (Zannini, 2005, pp. 49-50).

Una riflessione a parte merita l'introduzione nella didattica seminariale, in sostituzione di un argomento proposto dal tutor, di un problema sufficientemente verosimile all'interno di una sessione di Problem Based Learning (PBL) e di Collaborative Learning (CL). In particolare, queste strategie di apprendimento *learner-centred*, applicabili insieme, consentono di acquisire determinate attitudini all'apprendimento collaborativo e autodiretto in una prospettiva di *Life-long Learning*; l'utilizzo del brainstorming e della negoziazione nei conflitti cognitivi e relazionali emergenti aiuta gli studenti non solo ad implementare le conoscenze sul piano disciplinare, ma anche ad acquisire abilità di pensiero critico e di presa di decisione, così essenziali nella loro professione (Bidokhta, Assareh, 2011; Choon-Eng Gwee, 2009). Questo anche con lo scopo di consentire loro di raggiungere un buon livello di tolleranza dell'incertezza (Honkasalo, 2006) data dalla complessità del reale e soprattutto del paziente in quanto persona.

Diverso è l'obiettivo alla base delle attività di laboratorio – più comuni nei *briefing* – laddove il tutor programma e gestisce momenti didattici orientati all'apprendimento ed implementazione, in contesti di simulazione sufficientemente verosimili, di una serie di abilità di ordine pratico. Se per le attività tecnico-procedurali si tratta di organizzare ed attivare sessioni di *modelling* sufficientemente strutturate (Alavi *et alii.*, 1991), nel caso delle abilità di tipo relazionale e comunicativo è necessario strutturare sessioni più complesse, definite ad esempio dal *role playng* o dall'utilizzo di simulatori⁵. Queste

5 Si tratta di attori che recitano il ruolo di pazienti e consentono allo studente di mettersi alla prova in una situazione sfidante dal punto di vista comunicativo.

tecniche possono prevedere anche la videoregistrazione della simulazione che successivamente deve essere rivista da tutto il gruppo per stimolare una discussione sugli elementi critici o positivi evidenziabili (Zick *et alii*, 2007). Al posto del simulatore, è possibile servirsi di un romanzo o prodotto mediatico (ad esempio il frammento di un film coerente agli obiettivi di apprendimento). Successivamente alla visione, gli studenti dovranno essere coinvolti in una serie di riflessioni o approfondimenti (Choen, 2008; Martignoni *et alii*, 2012).

Appare chiaro come metodiche di questo tipo richiedano da parte del tutor competenze specifiche di tipo organizzativo, disciplinare e formativo. In particolare, dal punto di vista formativo occorrono capacità di definizione degli obiettivi e scelta dei materiali-stimolo opportuni, creazione di documenti per l'analisi di quanto osservato o la successiva ricerca in autonomia, capacità relazionali e di gestione delle dinamiche di gruppo (Iandolo, 2000). Infine, il tutor, come ogni educatore, deve assumersi l'onere di un pensiero valoriale che orienti in una direzione ideale ed etica la crescita dell'individuo che gli viene affidato (Demetrio, 1991), anche mediante opportuni feedback più o meno strutturati.

2. Identità professionale e tutoring

Ogni professione ha in sé una definita visione del mondo e dei valori che influenzano in modo inevitabile il modo di concepire il reale di tutti coloro che la svolgono per scelta consapevole. In pratica, ogni professione per essere esercitata richiede che i suoi membri acquisiscano una specifica identità professionale. Secondo Johnson e coll. (2012), si tratta di un sentimento del sé derivante e percepito in base al ruolo che un individuo assume nel contesto di lavoro. Mediante esperienze di socializzazione, opportunamente predisposte, guidate e successivamente rielaborate (Öhlén, Segesten, 1998), lo studente ha la possibilità di interiorizzare conoscenze, abilità e valori inerenti il lavoro e quindi, di fatto, la cultura stessa (eticamente connotata) della professione. Come è naturale, il comportamento, gli atteggiamenti e le attitudini dei tutor contribuiscono in larga misura a definire il segno – positivo o negativo – di questo percorso (Johnson *et alii*, 2012).

In area sanitaria, la possibilità per uno studente di acquisire un'identità professionale solida e coerente è legata a molteplici fattori:

- quantità e qualità delle aspettative ingenuie di ruolo che hanno influenzato la sua scelta vocazionale;
- capacità di gestione degli eventuali incidenti critici intervenenti nel suo percorso di formazione;
- capacità di *self-care* possedute o sviluppate.

È ormai noto come nel sistema di influenze dal quale prende avvio il processo cognitivo che prelude alla scelta vocazionale (Lent *et alii*, 2002) trovino

spazio molte immagini ingenuie della professione, derivanti dalle più varie *Master Narratives* (Bolan, Grainger, 2009). Dato che l'identità professionale viene acquisita mediante un continuo aggiustamento tra le aspettative e credenze personali e le attese di ruolo da parte dell'organizzazione, nel caso in cui la distanza tra questi due elementi sia eccessiva è facilmente deducibile che lo studente debba essere accompagnato ad attraversare un processo di de-idealizzazione (Binetti, Alloni, 2004): percorso che per qualche studente può divenire un itinerario difficile e doloroso. Occorre, quindi, sostenere gli studenti in quello che in realtà viene a connotarsi come un processo di apprendimento trasformativo (Mezirow, 1991), attraverso il quale ogni soggetto dovrà rivedere i propri schemi e prospettive di significato per poterli adattare o, meglio, per potersi ripensare come capace di affrontare la reale complessità dei contesti di lavoro. Se la professione per la quale lo studente si sta preparando è sufficientemente solida e definita da un'identità socialmente e culturalmente riconosciuta (i.e. medico, infermiere, etc.), il percorso si presenterà più semplice dal momento che il soggetto potrà fare riferimento con grande precisione e facilità, qualora ne sentisse la necessità, a quelli che sono i target professionali definiti e formalmente esplicitati. Viceversa, per coloro che stanno preparandosi ad una professione nuova, o dall'identità poco distinguibile da altre forme di lavoro in ambito sanitario (i.e. logopedia, tecniche di neurofisiopatologia, etc.), questo percorso potrà risultare più difficile (Pratt *et alii*, 2006). In quest'ultimo caso il tutor dovrà offrire occasioni di disambiguazione dei ruoli e dei contesti di impiego mediante la realizzazione di seminari co-condotti con professionisti già abilitati, così da offrire agli studenti alcune opportunità di apprendimento mediante imitazione di modelli esperti.

L'incidente critico, con Binetti e Alloni (2004, p. 73), viene definito come una situazione nella quale lo studente fatica a prendere una decisione – per timore della responsabilità o delle conseguenze – ed è quindi esposto ad un senso di disorientamento e vulnerabilità che può avere esiti diversi a seconda di numerosi fattori intervenenti: emozioni associate al compito percepito come sfidante, sentimento di autostima ed autoefficacia, stile decisionale (evitante, dipendente, etc.), così come qualità dei rapporti intessuti con i colleghi e con il suo tutor. Il tutor, in questo caso, deve operare un'analisi attenta della situazione, con atteggiamento di apertura e soprattutto di comprensione sistemica dei diversi fattori influenti⁶. Effettuata l'analisi, e compresi i punti critici dello studente che hanno determinato l'incidente, occorre agire su di essi in modo declinato secondo le loro specificità: di volta in volta si tratterà di stimolare la sfera emozionale – intelligenza emotiva e self-control (Cadman, Brewer, 2001) – quella decisionale – strategie di coping (Folkman, Greer, 2000) – e quella di metariflessione, spesso funzionale ad una presa di consapevolezza dei propri limiti e di elaborazione di strategie utili ad arginarli di

6 Possono essere utili per l'analisi alcuni strumenti psico-metrici, quali il GDMS (Scott & Bruce, 1995).

fronte alle situazioni sfidanti (Williams, Lowes, 2001). Lo sviluppo di un pensiero di tipo critico su base meta-riflessiva può sostenere il soggetto nel raggiungimento di buoni livelli di autoconsapevolezza e di rinforzo delle sue risorse interiori, con l'aiuto confermativo del tutor.

Infine, occorre che lo studente venga supportato nel sviluppare specifiche abilità di *self-care*, capaci di tutelarlo dai disturbi vicari cui una professione d'aiuto in ambito sanitario inevitabilmente espone. Definita da Fingley (1995) come il costo della cura, la *Compassion Fatigue* (CF), rappresenta uno degli effetti a lungo termine di molteplici e ripetute esperienze di compassione che provocano un esaurimento profondo a livello fisico, emotivo e spirituale. D'altro canto, nello studente che venga esposto a situazioni che eccedono la sua capacità di gestione possono presentarsi i sintomi del Secondary Traumatic Stress Disorder (STS) (Stamm, 1999), molto simile al Post Traumatic Stress Disorder⁷. Tra i target formativi utili a trasmettere (o rinforzare se già presenti) le *self-care strategies*, troviamo moduli didattici frontali o laboratoriali che prevedono la presentazione ed implementazione delle diverse strategie disponibili (Shiparski *et alii*, 2011), l'introduzione del diario dello stress, esercizi di rilassamento muscolare e tecniche di immaginazione guidata con, implicita, la creazione di un Programma di Benessere che preveda di esprimere alcune intenzioni – cioè impegni – di autotutela (Kravits *et alii*, 2010). Possono risultare utili anche alcune strategie mediate dalla medicina narrativa, quali la cartella parallela di Charon (2001) o il *Reflexive Journal Writing* (Pier-son, 1998)⁸. Per quanto concerne, invece, il STS alcuni studi riportano la possibilità di utilizzare il *Critical-Incident and Stress Debriefing*, una strategia che prevede più incontri in cui sviluppare un percorso di dialogo e confronto, finalizzato alla presa di consapevolezza rispetto alle proprie e altrui fragilità emerse in relazione al fatto stressante o traumatico (Mitchell, 1983).

Conclusioni

Il tutor in ambito sanitario accompagna lo studente in un percorso che non è solo di apprendimento di una professione, ma di acquisizione di una maturità interiore e di un'identità sociale contestualizzata che potrà definire e condizionare il benessere soggettivo del professionista, la qualità della sua performance e quindi anche la qualità di vita o la speranza di vita di un soggetto fragile, il paziente. Il suo ruolo è quello di formare ed istruire il suo allievo, di offrirgli occasioni per comprendere i suoi punti di forza e valorizzarli. Tuttavia, non esula dal suo compito anche un'attività di valutazione che si esplica in prove in itinere, legate ai seminari o laboratori, o orientata alla rilevazione

7 Ai fini di un monitoraggio del benessere soggettivamente percepito dagli studenti è disponibile il ProQOL (Stamm, 2010).

8 In entrambi i casi, si tratta di strumenti di scrittura ed analisi dei personali vissuti emotivi emergenti nella relazione di cura.

degli obiettivi formativi conseguiti durante il tirocinio. Si tratta di attività che di solito trovano un avallo formale – nel voto registrabile – da parte del coordinatore del corso di laurea. Al di là degli strumenti utilizzabili⁹, occorre sottolineare la finalità di una valutazione che non è unicamente di tipo selettivo (per consentire agli studenti più capaci di laurearsi e di divenire agenti di miglioramento continuo per la professione stessa); ancora prima, il tutor deve predisporre e applicare ogni atto valutativo con scopi formativi (Vertecchi, 1983): il momento della valutazione deve divenire per lo studente un'occasione per prendere atto dei livelli di apprendimento raggiunti e delle sue lacune, stimolo alla sua attività di metariflessione sul sé e sulla sua identità professionale in fieri, possibilità di comprensione dei suoi limiti così come dei suoi talenti. In tale percorso il tutor deve operare affinché avvenga, gradatamente, un trasferimento delle abilità di valutazione da sé stesso allo studente, in modo da consentirgli di accedere alla professione capace di valutare autonomamente se i suoi livelli di performance sono sufficienti o colmare le lacune scorte in una visione *Life-long Learning*, ormai imprescindibile (Knowles, 1975; Gopee, 2001).

Infine, il tutor può e deve essere esempio di come sia possibile portare con sé la sofferenza degli altri, pazienti, non come un peso ma come un bagaglio arricchente. Infatti, solo se accompagnato da un tutor efficace, lo studente potrà imparare ad affrontare gli ostacoli quotidiani della professione mediante un pensiero critico-razionale, che dirime e risolve la complessità, congiunto ad un pensiero riflessivo (Heidegger, 1966) che cerca di comprendere il senso di un problema ai fini di un'esistenza, quella dell'altro che gli viene affidato e quella del sé, in quanto persona prima che professionista.

Riferimenti bibliografici

- Alavi C., Loh S. H., Reilly D. (1991). Reality basis for teaching psychomotor skills in a tertiary nursing curriculum. *Journal of Advanced Nursing*, 16, pp. 957-965.
- Bidokhta M.H., Assareh A. (2011). Life-long learners through problem-based and self-directed learning. *Procedia Computer Science*, 3, pp. 1446-1453.
- Binetti P., Alloni R. (2004). *Modi e modelli del tutorato: la formazione come alleanza*. Roma: Magi.
- Bobbo N. (2014). *Medical Education. Metodi e strumenti per insegnare medicina all'università*. Padova: Padova University Press.
- Bolan C., Grainger P. (2009). Students in the BN program—Do their perceptions change? *Nurse Education Today*, 29 (7), pp. 775-779.
- Cadman C., Brewer J. (2001). Emotional Intelligence: a vital prerequisite for recruitment in nursing. *Journal of Nursing Management*, 9, pp. 321-324.
- Charon R. (2001). Narrative Medicine: a model for empathy, reflection, profession and trust. *Journal of American Medical Association*, 286 (15), pp. 1897-1902.

9 Per un approfondimento si veda una nostra revisione precedente (Bobbo, 2016, pp. 131-152).

- Choen M.B. (2008). Pathology and the humanities. *Human Pathology*, 39, Editorial.
- Choon-Eng Gwee S. (2009). Problem based learning: a strategic learning system design for the education of healthcare professionals in the 21th century. *Kaohsiung Journal of Medical Science*, 25(5), pp. 231-239.
- Demetrio D. (1991). *Educatori di professione*. Firenze: La Nuova Italia Scientifica.
- Fingley C.R. (Ed.). (1995). *Compassion Fatigue. Coping with Secondary Traumatic Stress Disorder in those who treat traumatized*. New York and London: Routledge.
- Folkman S., Greer S. (2000). Promoting psychological well-being in the face of serious illness: when theory, research and practice inform each other. *Psycho-Oncology*, 9 (1), pp. 11-19.
- Gopee, N. (2001). Lifelong learning in nursing: perceptions and realities. *Nurse education today*, 21 (8), pp. 607-615.
- Heidegger M. (1966). *Discourse on Thinking*. New York: Harper & Row.
- HortonDeutsch S.A.R.A., Sherwood G. (2008). Reflection: an educational strategy to develop emotionally competent nurse leaders. *Journal of Nursing Management*, 16 (8), pp. 946-954.
- Honkasalo M. L. (2006). Fragilities in life and death: Engaging in uncertainty in modern society. *Health, Risk & Society*, 8 (1), pp. 27-41.
- Iandolo C. (2000). *La pedagogia medica oggi*. Roma: Armando.
- Jonas H (1993). *Il principio responsabilità: un'etica per la civiltà tecnologica*. Torino: Einaudi.
- Johnson M., Cowin L. S., Wilson I., Young H. (2012). Professional identity and nursing: contemporary theoretical developments and future research challenges. *International nursing review*, 59 (4), pp. 562-569.
- Kleinman A. (1980). *Patients and healers in the context of culture. An exploration of the borderland between anthropology, medicine and psychiatry*, Los Angeles CA: University California Press.
- Knowles M. (1975). *Self-directed learning: a guide for learners and teachers*. New York: Association Press.
- Kravits K., McAllister-Black R., Grant M., Kirk C. (2010). Self-care strategies for nurses: a psycho-educational intervention for stress reduction and the prevention of burnout. *Applied Nursing Research*, 23, pp. 130-138.
- Lent R.W., Brown S.D., Hackett G. (2002). Social cognitive career theory. *Career choice and development*, 4, pp. 255-311.
- Malcovati M. (2002). Didattica non formale e attività professionalizzanti, dove finisce la prima ed iniziano le seconde. *Medicina e Chirurgia. Quaderni della conferenza permanente dei presidenti dei consigli di corso di laurea specialistica in medicina e chirurgia*, 19, pp. 712-713. In http://www.quaderni-conferenze-medicina.it/wp.../med-chir19_2002.pdf (ultima consultazione 13/11/2017).
- Martignoni G., Grignoli N., Di Bernardo V., Malacrida M., Bernegger G., Barazzoni F., Malacrida R. (2012). Medical Humanities: a question of style. *Critical Reviews in Oncology/Hematology*, 84 (S2), pp. S1-S4.
- Mezirow J. (1991). *Transformative Dimension of Adult learning*, New York: Wiley and Sons.
- Mitchell J. T. (1983). When disaster strikes: the critical incident stress debriefing process. *Journal of Emergency Medical Services*, 8 (1), pp. 36-39.
- Nesci D.A., Bianchi P. (2012). Riflessioni su transfert e controtransfert in un corso di psicologia sociale per infermieri, *Doppio Sogno – Rivista internazionale di psicoterapia e istituzioni*. In <http://www.doppio-sogno.it/numero15/ita/5.pdf> (ultima consultazione 13/11/2017).

- Öhlén J., Segesten K. (1998). The professional identity of the nurse: concept analysis and development. *Journal of Advanced Nursing*, 28 (4), pp. 720-727.
- Pierson W. (1998). Reflection and nursing education. *Journal of Advanced Nursing*, 27, pp. 165-170.
- Pratt M.G., Rockmann K.W., Kaufmann J.B. (2006). Constructing professional identity: the role of work and identity learning cycles in the customization of identity among medical residents. *Academy of Management Journal*, 49 (2), pp. 235-262.
- Scott S.G., Bruce R.A. (1995). Decision-making style: The development and assessment of a new measure. *Educational and Psychological Measurement*, 55 (5), pp. 818-831.
- Shiparski L., Richards K., Nelson J. (2011). Self-care strategies to enhance caring. *Nurse Leader*, 6, pp. 26-30.
- Stamm B.H. (Ed.) (1999). *Secondary Traumatic Stress Disorder. Self-care and issues for clinicians, researchers and educators*, Baltimore-Maryland: Sidran Press.
- Stamm B.H. (2010). The Concise ProQOL Manual, 2ndEd. Pocatello ID. In https://nbpsa.org/images/PRP/ProQOL_Concise_2ndEd_12-2010.pdf (ultima consultazione 10/11/2017).
- Sternberg R.J. (1998). A balance theory of wisdom. *Review of general psychology*, 2 (4), p. 347.
- Vertecchi B. (1993). *Decisione didattica e valutazione*. Firenze: La Nuova Italia.
- Vettore L., Apostoli P., Carducci A., Tenore A., Vasquez E. (2006). Attività didattiche professionalizzanti: una proposta applicativa, Medicina e Chirurgia. *Quaderni della conferenza permanente dei presidenti del consiglio di corso di laurea specialistica in medicina e chirurgia*, 35.
- Who J., World Health Organization. (2003). Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation, Geneva.
- Williams G. R., Lowes L. (2001). Reflection: possible strategies to improve its use by qualified staff. *British Journal of Nursing*, 10, pp. 1482-1489.
- Zick A., Granieri M., Makoul G. (2007). First-year medical students' assessment of their own communication skills: A video-based, open-ended approach. *Patient Education and Counseling*, 68, pp. 161-166.