

Ri-Scritture. Riflessività Bio-Professionale nei Contesti della Cura

di *Antonia Chiara Scardicchio*

Riassunto

Il contributo presenta uno studio di caso relativo all'utilizzo del Bio Curriculum quale strumento formativo parte del Portfolio d'esame di Pedagogia Generale ed Educazione degli Adulti nei cdl della Scuola di Medicina dell'Università Aldo Moro di Bari.

La sperimentazione dei Task riflessivi muove dalla letteratura scientifica che incrocia reflective practices, apprendimento trasformativo e scienze della complessità, soffermandosi sulla promozione delle soft skills dei professionisti della cura come correlate al pensiero sistemico inteso come "meta-disciplina".

Parole chiave: reflective practices, formazione medica e sanitaria, soft skills, critical and creative portfolio

Re-Thinking. Bio-Professional Reflexivity in Care Contexts

Abstract

The contribution presents a case study relating to the use of the Bio Curriculum as a training tool part of the examination Portfolio of General Pedagogy and Adult Education at the School of Medicine of University of Bari Aldo Moro.

The experimentation of reflective tasks moves from scientific literature that crosses reflective practices, transformative learning and complexity sciences. The focus is on the promotion of the soft skills of care professionals related to systemic thinking understood as a "meta-discipline".

Keywords: reflective practices, medical training, soft skills, critical and creative portfolio

Educational Reflective Practices (ISSNe 2279-9605), 1/2023

Doi: 10.3280/erp1-2023oa15887

Copyright © FrancoAngeli

This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial – No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: <http://creativecommons.org>

Lungimirare: circolarità del pensare

La postura della *riflessività* in medicina è la postura del medico e del professionista della cura che accetta, come l'attore di Stanislavskij (2008), epistemicamente e pragmaticamente di *lavorare su sé stesso*.

La relazione di cura è, difatti, una relazione tra mondi in *reciproco* apprendimento. Mondi che si guardano e si conoscono in un contesto d'elevatissima complessità, la malattia, caratterizzato da incertezza e che necessita dunque di ininterrotto studio, tanto scientifico-ermeneutico quanto biografico-ermeneutico.

Allestire setting riflessivi nei contesti medici e sanitari riguarda dunque una questione che non è solo metodologica ma pienamente epistemologica: si tratta di incarnare uno sguardo complesso in medicina in grado di tessere la ricerca sull'oggetto della conoscenza – la malattia, la cura – con la ricerca che non elimina ma anzi tesaurizza la relazione tra i soggetti che sono in conoscenza/ in gioco/in relazione.

Ecco perché la domanda sistemica intorno alla formazione del medico e dei professionisti sanitari è una domanda intorno al *meta-metodo* di ricerca, di interrogazione, di gestione delle proprie visioni, e dunque delle proprie *cecità*: è una domanda intorno alla forma del ragionamento clinico, ovvero alla staticità oppure al movimento del proprio *sguardo* (Scardicchio, 2020):

- *Cosa rappresenta per me la mia professione?*
- *E ogni paziente che incontro?*
- *E la malattia che curo?*
- *E quella che non riesco a curare?*
- *Cosa significa per me la “mia” malattia?*
- *Come vivo – mi rappresento – i miei successi?*
- *Come vivo – mi rappresento – i miei fallimenti?*

Ri-pensarsi

Apprendimento trasformativo e ricerca bio-professionale

Se il paziente è un dilemma: questioni di incertezza trasformativa

È questa postura che Bateson configura come «*sensibilità estetica*» (Ba-

teson, 1997, p. 389): coscienza sistemica delle connessioni, delle interdipendenze, dei legami generativi tra conoscente e conosciuto, proprio come tra chi cura e chi è curato.

La conoscenza/sensibilità estetica, diversamente da quella *anestetica* (Dewey, 1934), fortifica il ragionamento diagnostico, potenziando e non depauperando gli assiomi dell'EBM: il professionista della cura esteticamente/sistemicamente cerca conoscenza, significati, ulteriori visioni/spiegazioni, e lo fa – a differenza che nel *modus* della rigidità cognitiva – senza la presunzione di aver visto/pensato tutto il visibile/possibile.

Se la cura diventa ricerca, non soltanto-tecnica, se ogni paziente viene guardato non solo come *già-conosciuto* (rispetto a quanto i referti rilevano) ma anche come *l'ancora-(e-ininterrottamente)-da-conoscere*, allora ogni paziente può essere percepito non come caso-da-inquadrare ma come sciarada da esplorare, inedita ricerca *scientifica ed umana*. Così, ogni paziente starà come mistero/incertezza sempre da studiare/esplorare: ovvero come quel *passaggio critico* che Mezirow (2003) chiama «*dilemma disorientante*».

Nella sua analisi delle evoluzioni umane e delle storie di formazione, Mezirow definisce così tutti gli eventi biografici che costituiscono crisi, rivoluzione, distruzione degli schemi pre-costituiti, che possono condurre ad una *ri-strutturazione delle visioni e dunque delle azioni*: ad essi alcuni reagiscono con risposte involutive, altri con riscritture che trasformano l'eventocaos in ricerca di nuovo senso, nuovo ordine nato da un disordine che rivela, se accolto e risignificato, tutto il suo potenziale euristico e vitale.

I dilemmi disorientanti sono eventi poderosi nelle storie di vita e nelle narrazioni autobiografiche di chi li identifica incertezza che però non resta stagnante ma muove *ristrutturazione/creatività* nella misura in cui si è disponibili a *ri-pensamenti* e *ri-scritture* del modo interiore ed esteriore di pensare, sentire, lavorare (cfr. Boud, Keogh & Walker, 1985; Scardicchio, 2023).

Considerare *ogni paziente come dilemma disorientante* rappresenta dunque esattamente il moto contrario a quello che talvolta si ritiene corrispondere non solo alla quiete cognitiva ed emotiva ma anche alla competenza professionale: secondo una certa idea di professionalità infatti, è chi non-si-stupisce, non si squaderna, non conosce più travaglio, a rivelare “competenza” nella sua pratica da professionista. Ovvero: secondo taluni la professionalità e la scienza si misurano con la perdita di incertezze. Considerare ogni paziente *dilemma* e, per questo ineludibilmente *disorientante*, potrebbe allora apparire una assurdità.

Oppure si può leggere ogni *tensione* come *postura scientificamente connotata*: propria di chi pensa/guarda sempre nella postura della ricerca.

Lo sguardo del professionista della cura coincide così con quello del ricercatore e dello scienziato: elaboratore di ipotesi, appassionato di decodifiche, non solo di codifiche.

Domandare e domandarsi: il salto dal problem solving al problem setting

Codificare, però, riesce assai più facile: facilita la decodifica dei dati, la lettura della realtà. Ma l'aver pre-codificato, mentre salva perché toglie incertezza, contemporaneamente illude: perché consegna un orientamento che funziona come riduzione del campo visivo/cognitivo/emotivo, impedendo di leggere/vedere la complessità del reale, quando questa ci chiede di uscire dal codice, di cambiare paradigma, ovvero quando si è davanti ad una persona/storia che eccede quella codifica, che non rientra nella cornice che fino ad allora aveva codificato/funzionato.

Restando imbrigliati nella illusione di aver visto tutto, accade di incorrere in quella cecità che Kahneman (2020) descrive con l'acronimo *WYSIATI: What You See Is All There Is*. Ovvero: *quello che vedi è tutto quello che c'è*.

Ogni codifica è dunque, al contempo, tanto rassicurazione quanto perdita.

Per tale ragione, le ricerche di Laura Formenti in tema di *transformative learning* (2017) ci conducono a riscrivere una espressione – ed una esperienza – che solitamente è connotata negativamente, anche in merito alla professionalità: il *disorientamento*.

Disorientamento, spaesamento, spiazzamento, nelle sue scritture sono riscritti: non come incompetenza ma come necessità generativa, necessità per ogni creatura vivente quando ha da imparare di nuovo o, meglio, come nelle ricerche di Bateson e Manghi, ha da *imparare a dis-imparare*.

Potrebbe sembrare scontato discutere dell'importanza del mettere/mettersi in discussione, eppure è potente l'evidenza del *default* con cui di norma tutti procediamo nelle routine quotidiane, anche di pensiero: la postura del *domandare/ricercare* si intende piuttosto correlata alla incompetenza: ricerca chi non sa, chi sa non ricerca.

Così “*non so/non ho capito/devo studiare ancora*” sono culturalmente considerate evidenze di non professionalità.

E se invece si declinasse la professionalità proprio come fosse il contrario di quell'*Effetto Dunning-Kruger* per il quale *chi-ritiene-di-sapere* lo si riconosce dall'inossidabilità dell'“*ho capito tutto*” e dalla incapacità del dubbio?

E se si intendesse la professionalità – proprio come la postura dello scienziato, del ricercatore – come caratterizzata dalla *capacità di dubbi*?

Darsi il *meta-metodo* della *ricerca continua*, sperimentare il passaggio dal *problem solving* al *problem-reframing* (Chello, 2021): in questa forma interiore, proprio le situazioni critiche diventano generative, personalmente quanto professionalmente, consentendo di «*reconstructing dominant narratives*» (Mezirow, 2000, p. 19), potenziando notevolmente tanto le competenze relazionali (legate a doppio filo col sapersi flessibilmente ristrutturare) quanto il ragionamento clinico.

Ri-vedersi. Il lavoro di chi cura su sé stesso

Pensare piano: medicina e(’) complessità

Allestire setting sistemici per la formazione riflessiva in medicina rappresenta dunque la «concreta possibilità per le persone di misurarsi con le proprie questioni operative e lavorative e di accedere a spaccati consistenti di comprensione della propria realtà e di costruzione di frammenti significativi della propria identità personale e professionale» (Kaneklin & Scaratti, 1998, p. 26).

In tal senso, l’esperienza estetica/sistemica di cura del proprio sguardo clinico – la capacità di porsi in *metaposizione*, di accedere ad uno sguardo che è *sistemico perché non fisso* – può essere resa così graficamente:

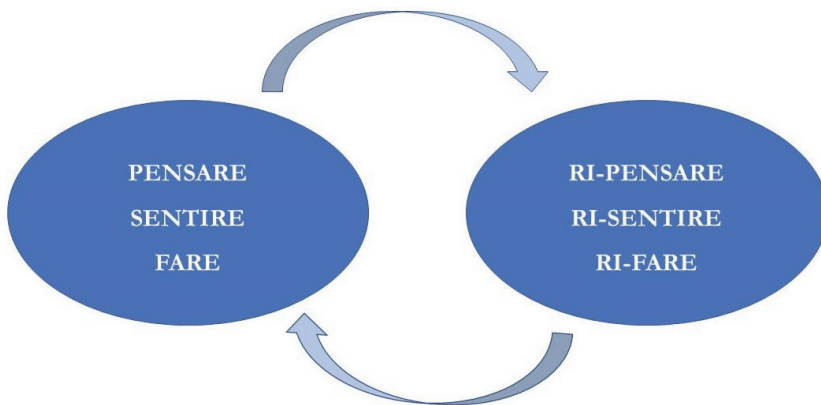


Fig. 1 - Apprendimento trasformativo come Ri-Scrittura

Questo passaggio di *ri-pensamenti* e *ri-formulazioni* parrebbe scontato: ma in realtà è assai complesso da incarnare, giacché il *pensiero dimentica di*

pensare sé stesso (Mortari, 2002), ed in modalità di rigidità cognitiva tende a procedere più di *default* che in stato di *mindsight*/autoconsapevolezza (Siegel, 2001).

L'implementazione di settings riflessivi rappresenta così la possibilità di rispondere al bisogno di formazione nel campo della medical education considerando la necessità non soltanto di “metodi e tecniche” trasferibili da un paziente all'altro senza particolare mediazione, ma anche e soprattutto di *prassi interiore*:

Si fa qui riferimento alla capacità di usare un pensiero complesso, dinamico, circolare; un pensiero che mentre pensa è in grado di pensare anche a sé stesso.

Un pensiero capace di cogliere contemporaneamente diversi livelli e di metterli in relazione fra loro sulla base della continua articolazione d'osservazione e d'auto-osservazione, di conoscenza e d'auto-conoscenza.

Diviene così possibile interrogarsi sulle proprie appartenenze, le proprie certezze, i propri dubbi, i propri oggetti di pensiero (D'Ambrosio & Okely, 1992, p. 12-13).

Lo sguardo sistemico è allora metacompetenza cognitiva ed emotiva insieme: è *conoscenza ecologica, ovvero intelligenza di relazione*, consapevolezza delle modalità con cui agiscono in situazione, tanto personale quanto professionale, le «*proprie parti*» (Mortari, 1998), mosse sempre sistematicamente: le une legate alle altre in movimento perpetuo, in senso diacronico e insieme sincronico.

Così, i setting riflessivi che mirano al prendersi cura della promozione delle *soft skills* di chi cura, hanno necessità di uno studio particolare, che riguardi, come fin qui esplorato, insieme allo studio intorno al paziente, lo studio intorno al proprio pensare/sentire.

Tab. 1 - Dimensioni temporali della riflessività

DIMENSIONI TEMPORALI DELLA RIFLESSIVITÀ (cfr. Di Gregorio L., 2000)		
Presente	<i>Chi sono?</i>	Bio- MAPPATURA
Passato	<i>Chi/come sono stato?</i>	Bio-RICOGNIZIONE
Futuro	<i>Chi/come voglio essere?</i>	Bio-PROGETTAZIONE

Riconoscere l'irriducibile *autobiograficità* (Formenti, 2017) di ogni conoscenza, finanche scientifica e quindi medica, accogliendo le indicazioni costruttiviste, insieme a quelle proprie di fisica quantistica, circa l'impossibilità, in quanto incarnati, di stare «*al di sopra del mondo*» (Manghi, 2004, p. 31) di cui si è parte, e dunque abbandonando ogni presunzione di cono-

scienza assoluta, non conduce al nichilismo o al relativismo, ma a responsabilità rispetto all'alta densità tanto tangibile quanto simbolica della professione di cura.

In tale prospettiva, la questione della *riflessività in medicina* diventa cruciale per il ragionamento clinico e per le pratiche di cura, laddove esse si scoprono essere non l'esito di un algoritmo che analizza dati *prescindendo* dai mondi incarnati/embodied dei medici e dei pazienti, ma, ineludibilmente, tra essi *paso doble*.

Se la premessa della scienza medica è una questione di (co)scienza di sé

Questa consapevolezza di mutualità si traduce nell'isomorfismo tra *cura della conoscenza dell'altro e cura della conoscenza di sé*.

Così, obiettivo *scientifico* diventa apprendere a guardarsi non solo *intorno* e non solo *fuori* ma, anche, *dentro* (Dal Lago & De Biasi, 2002, p. XII): *auto-eco-conoscenza* come pre-condizione non solo della scienza ma anche dell'etica (Morin, 1998).

Crescere nella *conoscenza della propria epistemologia, personale e professionale* (Bateson, 1976; 1984; Morin, 1993) ovvero delle *proprie premesse* (Polanyi, 1990), delle proprie routine *bioprofessionali* di diagnosi e clinica e cura: non già delirio narcisistico ma anzi, suo possibile ridimensionamento nell'umiltà del riconoscersi irriducibilmente implicati.

In tal senso si muovono le ricerche di Padoan intorno alla formazione degli operatori sanitari nei setting teatrali: con l'obiettivo di «*ridare corpo*» (2019, p. 8) alla relazione di cura, per liberarla dall'illusione/inganno che possa essere professionale solo se disincarnata.

Questo processo lo definisco di drammatizzazione della cura e lo considero in antitesi al processo contrario di sdrammatizzazione con il quale si cerca in vario modo di togliere al curare l'intensità umana che gli è propria, il suo aspetto anche tragico quando ci si confronta con i suoi paradossi e le sue contraddizioni inconciliabili, quando ci si rende conto che, soprattutto nell'ambito sanitario, chi cura è chiamato a preoccuparsi delle dimensioni fondamentali dell'umano vivente quali la malattia, l'infermità, la dipendenza assoluta, la morte.

La volontà di riportare la drammaticità e la tragicità insite nell'autentico atto del curare contrasta con la tentazione opposta di s-drammatizzarlo o attraverso la tecnicizzazione del rapporto di cura, che riduce a mera prestazione l'azione curante togliendole qualunque valore esistenziale, o attraverso quel rapporto ironico con il proprio agire che molti operatori mettono in atto come strategia difensiva per prendere le distanze da ciò che fanno, per cercare di non pensarci troppo e quindi di non sentire troppo intensamente (Padoan, 2019, p. 8).

Il suo lavoro attraverso il teatro è un lavoro che definisce *etico ed estetico*; Padoan scrive che al cuore della formazione per i professionisti della cura occorre porre «l'educazione dei sentimenti degli operatori sanitari» (*ibid*, p. 9), ma è altrettanto vero che occupandosi di *drammatizzazione* nel senso della *messa in scena* non soltanto esteriore ma anche soprattutto interiore, ovvero del processo per cui le persone diventano *presenti agli altri perché presenti a se stesse*, il suo percorso formativo si configura anche come educazione al pensiero.

Oltre l'oggettualizzazione, oltre la simbiosi

Una modalità complessa di sperimentare la formazione di chi cura, e dunque al contempo fisica e simbolica, tanto empirica quanto filosofica, colloca la questione del qui-e-ora quotidiano dentro le grandi domande di senso che riguardano l'umano:

[...] il complesso è faticoso esercizio quotidiano della prassi professionale produce molti operatori una sostanziale dissociazione tra la dimensione del paziente come oggetto dell'apporto di cure e la dimensione del paziente malato soggetto coinvolto nella relazione curante, con la conseguenza di mettere in primo piano la componente formale e funzionale e scotomizzare la componente esistenziale.

Quando viene persa la consapevolezza della asimmetria esistenziale e si smarrisce la condizione di massima vulnerabilità del malato, il rischio è quello del ripiegamento del rapporto di cura su se stesso, che si chiude attorno al paziente come una bolla, isolandolo nella condizione di un qualcuno generico da gestire, controllare, manipolare ma da cui non farsi toccare in nessun modo.

[E tuttavia] a livello esistenziale, la posizione occupata dal malato sofferente non può diventare indifferente per l'operatore poiché questa posizione riguarda tutti noi direttamente, in quanto essa anticipa una delle possibilità di esserci che ci troveremo prima o poi a sperimentare in prima persona (Padoan, 2019, p. 64).

La relazione con un paziente – la relazione con l'evidenza della vulnerabilità umana – è dunque impegnativa convocazione quotidiana e non soltanto per il carico fisico ed emotivo che comporta, ma anche per *il carico di domanda*, per *il carico* che possiamo dire *filosofico* che essa comporta, e per il quale spesso non si ricevono strumenti formativi, se non indicazioni di distacco e non coinvolgimento, sovente ritenute le uniche strade possibili di contro all'invischiamento e al suo alto prezzo da pagare.

Ma perché nei contesti di formazione medica e sanitaria la relazione deve venire intesa soltanto nella sua forma patogena, ovvero come deriva fusionale?

Perché codificare soltanto le due polarità opposte del distacco o della fusione, della assoluta impermeabilità o della assoluta permeabilità?

Occorre incarnare anche nella formazione medica la lezione problematista in relazione alla integrazione propria del pensare dialettico (Bertin, 1968): è nel passaggio da un pensiero rigido e dicotomizzante a un pensiero flessibile, e dunque in grado di accogliere la complessità, che è possibile cogliere la terza via della postura sistemica, quella nella quale la relazione è mutuo apprendimento, molto più che corrosiva lotta tra negazione vs identificazione.

Entrare nel gioco: uscire da sé

In tal senso si rende necessaria la risignificazione del discorso comune intorno all'empatia, in merito ai modi con cui in alcuni casi viene declinato. E Padoan ne compie una preziosa decostruzione/ricostruzione:

Il riferimento all'empatia è diventato per molti operatori un automatismo, un tic linguistico che scatta in modo semi-consapevole quando cercano di definire il modo giusto di avvicinarsi al paziente (Padoan, 2019, p. 73).

Questa versione abusata dell'empatia diviene in questo modo voi un grande termine-valigia, voi un ampio contenitore dei confini indistinti dentro il quale possiamo stipare alla rinfusa tutto il vocabolario degli affetti e la grammatica delle relazioni intersoggettive, allo scopo di non trattare nel dettaglio i modi in cui siamo chiamati ad entrare in contatto reale con la realtà dell'altro da noi” (*ibid*, p.74).

(...) “finiamo quasi sempre per ritrovarci prigionieri di una definizione generica il generalmente vuota, intrisa di un buonismo inconcludente con cui si cercano scorciatoie semantiche per evitare il più complesso e faticoso cammino di consapevolezza al ruolo di curanti” (*ivi*).

(...) Allontanandosi dal sentimentalismo che avvolge l'empatia moraleggiante e la trasforma in una posa psichica artificiosa, è necessario riscoprire la natura propriamente estetica di una relazione empatica intesa come esperienza sensibile dell'alterità dell'altro da me” (*ivi*).

In tal senso la questione passa dal pensare se emozionarsi o meno, al domandarsi: quanto si è disposti a farsi *turbare*? Ma *turbare* qui non corrisponde al farsi disintegrare. Risignificando il turbamento, facendolo corrispondere allo spiazzamento vitale di cui ha scritto Mezirow, qui *farsi turbare* corrisponde al farsi riportare nella posizione di chi *studia*, di chi è ancora, costantemente, in apprendimento, con la postura flessibile di chi sa non di dover soltanto ricevere o soltanto dare.

Così, il *drammatizzare* di Padoan – il suo invito alla consapevolezza della scena che si sta abitando – qui corrisponde al sapere “entrare in gioco”.

Entrare in gioco significa di fatto entrare in una dimensione che è caratterizzata da imprevisti, incertezze e dunque esposizione alla turbolenza: quando così non è, non si è *in gioco* ma dentro una pista, un binario, uno schema irrigidito.

L'esperienza della drammatizzazione, come proposta da Padoan ed integrata negli studi inerenti all'apprendimento trasformativo, rappresenta la consapevolezza che anche gli schemi migliori – per una partita di calcio o per il superEnalotto – sono solo *ipotesi*: tentativi, e spesso illusioni, di algoritmizzare l'imprevedibile che sempre viene dall'incontro con l'altro: non un altro generalizzato – “il paziente” – ma l'altro reale, che ha sempre un nome e sempre un volto. Sicché il punto è che la realtà è complessa perché è data dall'intreccio vitale tra viventi, e dunque è dato da relazioni, interdipendenze tra mondi che ogni volta vicendevolmente costituiscono turbolenza l'uno per l'altro.

Il che significa che soltanto alcune parti del reale possono essere schematizzabili e soprattutto che, anche quando lo sono, la tenuta dello schema/cornice/inquadratura è sempre *provvisoria*.

Tutti i tentativi di automatizzazione delle relazioni professionali – i protocolli, non soltanto quelli esteriori ma anche quelli interiori, le routine psichiche con cui si procede quotidianamente per orientarsi nell'incontro con la turbolenza – sono necessari, ma non sono sufficienti.

Il senso della professionalità del curante ha così a che fare col passaggio da una empatia che si pensa corrispondere all'esercizio «dell'abbraccio automatico, della carezza difensiva, del bacio e del sorriso preventivi» (Padoan, 2019, p. 67), al movimento interiore che coincide con la postura del ricercatore: la domanda (Boella, 2018), la disposizione euristica come modo di conoscenza e relazione.

In tal senso, l'apertura alla turbolenza coincide con la forma *lenta* del pensare complesso: rispondere in modalità *slow* all'incertezza ed al mistero proprio di ogni singolo paziente, significa sospendere la spinta automatica, la pressione *fast* che è quella verso la fusione coi propri pensieri (Harris, 2010) – “*ho ragione*” – e l'identificazione con le proprie emozioni – per cui le cosifichiamo come fossero tutto e non soltanto una parte – e dunque a riscrivere pensieri, emozioni, azioni.

Così, la correlazione tra empatia e capacità riflessiva (Paloniemi, Mikola, Vatjus, Jokelainen, Timonen, & Hagnäs, 2021), tra empatia intesa come presenza e riflessività intesa come esplorazione, evidenzia che possiamo avvicinarci alla complessità del mondo dell'altro, accoglierla senza che ci facgociti o travolga, attraversandone incertezza e turbolenze, nella misura in cui il nostro mondo interno è saldo.

Ma che sia saldo non vuol dire che sia immobile, inscalfibile.

Ri-scrivarsi.

Il bio- curriculum ed i *tasks* del *critical and creative portfolio*

Una metadisciplina per lo sviluppo delle high order thinking skills

In questo posizionamento interiore, il lavoro del professionista della cura è tutt'uno con la competenza dell'*apprendere ad apprendere*: quel meta-metodo che sopra si identificava non soltanto come acquisizione di saperi disciplinari/contenuti/*prodotti* ma come disposizione allo *studio*/sguardo sistemico inerente allo studio dei *processi* – di cui è possibile prendersi cura mediante pratiche riflessive.

Una *metadisciplina* che consente lo sviluppo dell'«*high order thinking*» (Striano, 2000): *pensiero di ordine superiore* che nel conoscere e nel curare non procede per automatismi e per *default* ma sa planare nell'incertezza, muovendosi tra più modalità (per esempio, considerando un sintomo con sguardo *et* analitico *et* globale, e cogliendo interdipendenze tra sintomi in apparenza tra loro non correlati).

Le possibilità di realizzazione di questo processo di *apprendimento-continuo* inteso come *generatività* sono molteplici: la letteratura nazionale ed internazionale, nel campo stesso della EBM, negli ultimi anni dà riscontro di notevoli risultati legati alle pratiche riflessive in grado di promuovere *soft skills* nei professionisti della cura. Qui, in particolare, illustriamo uno strumento di studio ed esplorazione del proprio «atlante mentale» (Manghi, 1998; Mortari, 1998; 2002): il *Bio-Curriculum*, sui generis composizione di curricula che, attraverso la scrittura biografica, consente una sosta riflessiva progettata e sperimentata per la *medical education*.

Le tracce di scrittura propongono un lavoro di metacognizione in ottica trasformativa, ovvero il *guardarsi guardare* (von Foerster, 1987): a ritroso, nei giorni in cui il proprio sguardo professionale prendeva forma, mutava oppure si ossidava; al presente; e poi prospettivamente, a proposito d'assunzioni di movimenti/ribaltamenti ancora possibili.

Le tre aree temporali – passato, presente, futuro - invitano a *giocare/studiare* come i tre fantasmi che, nel Canto di Natale di Dickens, consentono al protagonista di guardarsi da fuori, e finalmente vedersi.

Così la scrittura biografica, connettendosi alla letteratura nazionale ed internazionale in ordine alle dimensioni tacite della conoscenza ed alle *reflectives practices* nella formazione clinica¹, prende forma dentro un “*meta-cur-*

¹ Cfr. Bertolini & Massa, 2003; Zannini, 2003; 2008; Schön, Striano & Capperucci, 2006; Striano, 2006a; 2006b; Samy & Kaohsiung, 2008; Mann, Gordon & MacLeod, 2009; Wald,

riculum”, ovvero un curriculum che non corrisponde all’elenco delle esperienze professionali accumulate nel corso degli anni, ma al loro *studio* in termini di apprendimenti di cornici/visioni, al fine di valutarne le possibilità generative in termini di *re-visioni, ri-apprendimenti*.

Il Bio-Curriculum: “esercizio laico di coscienza”²

Prende così forma il *Curriculum Bio-professionale*, o *Bio-Curriculum*, (Scardicchio, 2019), uno strumento di scrittura biografica per generare riflessività e messa-in-gioco (o messa-in-scena, come direbbe Padoan) in ordine all’intreccio tra biografia professionale ed epistemologia personale (Polanyi, 1990; Schön, 1993, de Mennato, 2012, 2016; Zannini, 2003, 2008).

Tab. 2 - Bio-Curriculum

a. IL MIO PASSATO BIO-PROFESSIONALE

<i>Memorie.</i> I primi anni della professione medica: ricordi, aspirazioni, timori, gioie, traguardi, fallimenti, pensieri
<i>Transizioni.</i> Come sono mutati negli anni il mio “pensare” ed il mio “agire” professionale: passaggi, evoluzioni, involuzioni.
<i>Gratitudini.</i> Mentori, momenti ed incontri cruciali che hanno segnato il mio percorso formativo e professionale: maestre e maestri reali, simbolici, di scienza e relazione.

b. IL MIO PRESENTE BIO-PROFESSIONALE

Chi sono.
Come mi percepisco come professionista.
Immagini, metafore, narrazioni di me.

Borkan, Taylor, Anthony & Reis, 2009; De Mennato, Orefice & Branchi, 2011; Charon & Hermann, 2012; Song & Stewart 2012; Wald, Borkan, Taylor, Anthony & Reis, 2012; De Mennato, 2012; 2016; Wear, Garden & Jones, 2012; Thompson, Dwight, Cave & Clandinin, 2013; Demozzi, 2014; 2021; Cowen, Kaufman & Schoenherr, 2016; Charon, Nellie, & Devlin, 2016; Brady, Corbie-Smith & Branch, 2022.

² Il titolo di questo paragrafo è stato ispirato dalla scrittura di un professionista della cura, studente di un cdl magistrale, che l’ha utilizzato nella scheda valutativa dell’esperienza con i Tasks del suo Portfolio d’esame.

Con chi sono.

Che tipo di relazione instaurò con i miei pazienti,
che percezione ho dell'impressione che essi nutrono nei miei confronti,
a quali esperienze significative riconduco queste percezioni/visioni.

Tra chi sono.

Colleghe, colleghi che condividono, materialmente ma non soltanto,
questo percorso professionale, perché e come è importante in termini di impatto cognitivo ed
emotivo.

“Saliense” formative.

Il mio più grande successo e la mia più grande delusione legate al mio
sapere-sentire-fare-professionale.

c. IL MIO FUTURO BIO-PROFESSIONALE

“Medical Humanities” autobiografiche.

Individuo un film, una canzone, un libro o una poesia che descrive il mio lavoro o mi fa
pensare ad esso, illustrandone la motivazione.

Progettualità.

Visioni, speranze, progettazioni di cambiamenti.

Lungimiranza.

Come vorrei immaginarmi alle soglie della pensione.

Circa la valutazione dell'impatto di questo percorso, essa è stata rilevata mediante schede di valutazione formativa predisposte come ulteriori strumenti di pratica riflessiva: quelli che seguono sono feedback, in postcodifica identificati come rappresentativi delle percezioni formative dell'intero target, estratti delle schede compilate dai partecipanti al termine di un corso universitario in competenze trasversali, denominato “Medicina e(‘) Complessità” (svoltosi presso l'Università degli Studi Aldo Moro di Bari, esteso a tutti i corsi di laurea della Scuola di Medicina, nell'a.a. 2021/2022), che ha utilizzato il Bio-Curriculum, insieme ad altri compiti/giochi di scrittura dello *Slow Thinking Portfolio* (Scardicchio, 2023), per la promozione dei processi di pensiero complesso correlati agli studi inerenti alle forme di pensiero *slow* e *fast* (Kahneman, 2020):

Qual è la tua valutazione della esperienza vissuta durante il percorso?

Identifica cosa ti ha più colpito e cosa valuti che questa esperienza formativa ti abbia lasciato (non soltanto in termini di “risposte” ricevute e saperi acquisiti ma, anche e soprattutto, in termini di domande aperte, interrogazioni, spinte alla ricerca ulteriore).

L'osservazione è alla base del mio modo di lavorare e l'ho sempre intesa come osservazione dei pazienti per adattare il percorso alle loro esigenze. Mi ha incuriosito questa questione dell'osservazione di me stessa e della necessità di cambiare il mio modo di lavorare in primis in relazione alle risposte e agli stimoli ricevuti. Spesso tra noi ci si pone in un atteggiamento di "onnipotenza", non si riflette abbastanza sui propri errori che a volte non si riescono neanche a percepire, ma soprattutto ci si perde in un atteggiamento di "potere", generando solo frustrazione. Riconosco anche nel mio lavoro di essere imbattuta a volte in questo atteggiamento e mi domando semmai riuscirò in futuro a prestare più attenzione e riuscire ad essere più flessibile anche quando questo comporti il ribaltamento della mia idea iniziale (donna, 38 anni, fisioterapista).

Il percorso intrapreso lo identifico come il mio primo Seminario Meta-cognitivo "laico" a cui abbia mai partecipato. Ho fatto altre esperienze "metacognitive" (termine che utilizzo in senso ampio, forse sbagliando). Penso ad un pellegrinaggio a Medjugorje a 30 anni fatto in solitaria o a un paio di esercizi spirituali in età più giovanile. Percorso con destinazione in qualche modo conosciuta, a differenza di questo, prettamente professionale ma con grandi risvolti personali su cui lavorare. La riflessione che ho fatto è questa: Sono pronto, alla luce di questo nuova formazione universitaria, a cambiare e a dare una svolta alla mia vita lavorativa, inteso come consapevolezza ad affrontare nuove sfide senza aver paura di fallire? (uomo, 43 anni, tecnico della riabilitazione).

I seminari hanno prodotto qualche "cambiamento"/ristrutturazione, anche lieve, nella tua formazione bio-professionale? Se sì, metti a fuoco i passaggi chiave.

La riflessione più evidente che ho fatto è in termini di incontro/scontro con il successo terapeutico come bisogno personale. È innegabile come tutti abbiamo bisogno di un feedback che ci permetta di invalidare il nostro operato, ma quando questo diventa l'unico motivo di ricerca della relazione terapeutica, beh, allora la dimensione di aiuto si sposta su un binario troppo individualistico. Questa riflessione, che in qualche modo si era affacciata nella mia esperienza, si è materializzata chiaramente in questo percorso. Cercare e ricercare la gratificazione personale (o il successo) è un rischio, e lo è anche per me. Ho dato importanza quotidiana a questi pensieri nei miei pzt, soprattutto nelle situazioni in cui mettevo in crisi il mio essere dopo un insuccesso. Ho provato a cambiare punto di vista e anche strategia terapeutica: spesso, spinto da ciò che credo essere giusto, sono restio a modificare in corsa il mio fare (uomo, 43 anni, tecnico della riabilitazione).

Prendere ciò che arriva con un guanto invece che con un guantone (uomo, 33 anni, logopedista).

Il Bio-Curriculum nei corsi di laurea della Scuola di Medicina di UniBa

È possibile promuovere pensiero complesso e postura sistemica mediante la scrittura riflessiva orientata allo sviluppo delle *soft skills* del professionista della cura anche per studenti e studentesse che non si sono ancora affacciati alla pratica professionale e dunque considerando il “Bio-Curriculum” come relativo alle *life skills* che ognuno ha come risorsa e come personale area di sviluppo.

Negli insegnamenti di Pedagogia Generale e Sociale ed Educazione degli Adulti di nove corsi di laurea della Scuola di Medicina e Chirurgia dell’Università Aldo Moro di Bari è in corso, dal 2020, una sperimentazione che utilizza in mutuaione della prova d’esame la creazione di Portfoli (Samy & Kaohsiung, 2008) con compiti corrispondenti a pratiche riflessive estetiche/sistemiche: una modalità di *authentic assesment* (Wiggings, 1998; Webb, 2009) attraverso cui le studentesse e gli studenti, durante l’intero semestre, generano compiti di scrittura critica e creativa in forma di Task che compongono il loro Bio-Curriculum.

I compiti prevedono l’intreccio con linguaggi provenienti dalle arti, con particolare riferimento alla letteratura, alla musica ed al cinema, integrando le *medical humanities* nel percorso di formazione pedagogica del proprio sé professionale (Scardicchio, 2019). Lo studio di un film, per esempio, non richiede che si mettano a fuoco solo la regia, la trama, il linguaggio, o le dinamiche tra i personaggi, ma la risonanza tra la vicenda narrata e il proprio sé come curante in formazione, integrando le tre dimensioni temporali – passato, presente, futuro – della propria identità narrativa nell’esercizio riflessivo del decentramento.

I linguaggi analogici e metaforici sono evocati anche come precisi connettori ai costrutti scientifici: per ogni *key concept* identificato, la studentessa e lo studente vengono invitati a compiere un gioco/esercizio di serendipity/ragionamento abduttivo, ovvero a connettere il tema della sessione a un’opera d’arte, a un film, a un brano musicale o a qualsiasi forma analogica che esprime lo stesso concetto ma in un altro linguaggio.

La ricerca di moltiplicazione dei linguaggi e dei fuochi di osservazione viene intrecciata al lavoro di promozione dell’autoconsapevolezza, mediante passaggi del Bio-Curriculum che chiedono di mettere a fuoco:

1. I propri mentori in tema di *life skills*.
2. Le *life skills* che ci si riconosce.
3. Le *life skills* che corrispondono alle proprie aree di sviluppo.

4. Gli “eventi critici” della propria biografia: studio critico e creativo dei successi; tesaurizzazione degli insuccessi.
5. Metafore generative per focalizzare apprendimenti chiave in termini di *soft skills* nelle professioni di cura.
6. *Medical Humanities* biografiche: identificazione di nuclei simbolici appartenenti al proprio immaginario.
7. *Self Case Studies*: studio critico e creativo di tre casi di studio emblematici nei quali il subject non è un paziente ma sé stessi.

Questo tipo di scritture consente di sperimentare non solo processi di auto-valutazione ma anche pratiche riflessive di progettazione del proprio “lavoro interiore”: *compito di sviluppo* inteso e sperimentato come ricerca e apprendimento continuo non solo sul *subject* scientifico (che sia ginecologia o oncologia o riabilitazione psichiatrica) ma anche sul proprio percorso di evoluzione bio-professionale.

Il ‘dramma’: messa in scena e messa in gioco nella ri-scrittura bio-professionale

Il Bio-Curriculum costituisce una possibilità di formazione che, attraverso la scrittura biografica e la pratica riflessiva, conduce allo studio ed al “ri-esame” della postura di chi cura o, meglio ancora, del *dramma del curante* come nella accezione che a questa espressione conferisce Padoan:

Quando parlo di dramma del curante non mi riferisco, naturalmente, all’accezione comune della parola, che evoca situazioni tragiche, baruffe, crisi, ma recupero l’antica radice greca del termine dramma, quel verbo *dràn* il cui significato originario è quello di fare [...]. non si tratta del fare meccanico, ripetitivo, impersonale dell’agire in cui l’essere umano attore della sua vita si fa responsabile della sua azione, ne è autore e protagonista, risponde dei suoi effetti. Possiamo fare il nostro lavoro, fare amicizie, far famiglia senza essere implicati in nessuna di queste situazioni, senza sentirle proprie, vivendole in modo distaccato, come fossero azioni ovvie ed equivalenti a molte altre.

Il verbo *dràn* per gli antichi non un fare generico ma un agire coraggioso di chi si espone con tutto sé stesso in quello che fa. [...]

Il *dràn* è riservato al soggetto attore protagonista impegnato a risolvere, con i vincoli cognitivi, emotivi, fisici a sua disposizione, le contraddizioni in cui si trova bloccato. [...]

Si realizzerà come colui che se ne va o come chi rimane, si attualizzerà come colui che tiene tutto o che rinuncia a qualcosa, che preferisce mantenersi fedele o tradire, come chi rifiuta o accetta, chi si presenta o chi manca chi affronta o chi fugge?

Il *dràn* è l'agire dei momenti decisivi nei quali deve essere risolta una contraddizione decisiva: nel momento drammatico gli schemi di azione convenzionali vengono messi in crisi e con essi la possibilità di giovare delle esperienze passate (le abitudini, le istruzioni apprese, il buonsenso) e delle previsioni future” (Padoan, 2019, p. 33).

Il lavoro di drammatizzazione nella intuizione epistemologica e nella formazione teatrale di Padoan è il lavoro che i Task di Scritture Bio-Professionali che costituiscono il Portfolio del Bio-Curriculum intendono sostenere attraverso la scrittura riflessiva: il foglio è la scena, la scrittura è l'operazione di bi-locazione cognitiva ed emotiva in cui scrivendosi, leggendosi, ci si può ri-pensare, ri-sentire, ri-progettare sperimentando il potenziale euristico del disorientamento.

L'esercizio della presenza

Il passaggio trasformativo/iniziatico proposto da Padoan conduce al salto dall'essere *controllori* all'essere consapevoli del proprio spazio interno: non si tratta dunque di imparare a *gestire* le emozioni, considerando questo verbo come sinonimo di controllo, perché in tal caso la sfida sarebbe persa in partenza: giacché in un lessico bellico, e dunque dentro un'esperienza psichica caratterizzata dalla opposizione, si è destinati comunque prima o poi a *perdere* e certamente *vincere* non può corrispondere alla negazione dell'impatto, tanto turbolento quanto vitale, che l'incontro con la persona in cura implica per natura e cultura.

Farsi custodi del proprio spazio interiore significa conoscere il proprio teatro interno, abitarlo, prendersi cura tanto della sua tutela quanto della sua evoluzione.

In questa prospettiva, i *tasks* del Bio-Curriculum si propongono compiti di *studio*, ed effettivamente possiamo intenderli come *drammatici* nel senso evocato da Padoan, osservando i feedback di alcuni studenti di un cdl triennale:

“Preferisco fare l'esame di anatomia piuttosto che quello di pedagogia, perché i Task del Bio-Curriculum mi obbligano a pensare”;

“Faccio fatica con questi Task perché non c'è un modo unico di svolgerli. Mi accorgo che preferisco i test con le crocette”

“È stato stressante perché non sono abituato a farmi domande sul perché mi accadono le cose e sul perché mi comporto in un modo piuttosto che in un altro”.

L'esperienza di uno *studio* dove “non c'è una risposta giusta” né una che è possibile copiare ed incollare, viene percepita come disorientamento. Ma qui il processo coincide esattamente col prodotto, perché proprio questa fatica è la postura che si intende con le pratiche riflessive promuovere:

Il dramma del curante comincia quando egli si assume la responsabilità dei suoi gesti di cura, quando diviene consapevole della necessità di dover decidere come stare in relazione con l'altro, quando accetta di stare qui ed ora di fronte al paziente di accettare fino in fondo la realtà della sua condizione e della sua posizione esistenziale (Padoan, 2019, p. 34).

Riferimenti bibliografici

- Bateson, G. (1976). *Verso un'ecologia della mente*. Milano: Adelphi.
- Bateson, G. (1984). *Mente e natura. Un'unità necessaria*. Milano: Adelphi.
- Bateson, G. (1997). *Una Sacra Unità. Altri passi verso un'ecologia della mente*. Milano: Adelphi.
- Bertin, G.M. (1968). *Educazione alla ragione. Lezioni di pedagogia generale*. Roma: Armando.
- Bertolini, G., Massa, R. (a cura di) (2003). *Clinica della formazione medica*. Milano: FrancoAngeli.
- Boud, D., Keogh, R., & Walker, D. (a cura di). (1989). *Reflection: turning experience into learning*. London: Kogan Page Ltd.
- Brady, D.W., Corbie-Smith, G., & Branch, W.T. (2022). “What’s important to you?” The use of narratives to promote self-reflection and to understand the experiences of medical residents. *Ann. Intern. Med.*, 137(3), pp. 220-3. Doi: 10.7326/0003-4819-137-3-200208060-00025.
- Charon, R., & Hermann, N. (2012). A sense of story, or why teach reflective writing?. *Academic Medicine*, 87(5), pp. 5-7. Doi: 10.1097/ACM.0b013e31823a59c7.
- Charon, R., Nellie, H., & Devlin, M.J. (2016). Close Reading and Creative Writing in Clinical Education. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*, 91(3), pp. 345-50. Doi: 10.1097/ACM.0000000000000827.
- Chello, F. (2021). “Ricostruire” l'epistemologia delle pratiche educative riflessive. Un'analisi critica dell'eredità di Dewey nel modello di professionalizzazione di Schön. *Lifelong Lifewide Learning*, 17(38), pp. 26-38. Doi: 10.19241/lll.v17i38.592.
- Clandinin, D.J., & Cave, M.T. (2008). Creating pedagogical spaces for developing doctor professional identity. *Medical Education.*, 42(8), pp. 765-70. Doi: 10.1111/j.1365-2923.2008.03098.x.
- Cowen, V.S., Kaufman, D., & Schoenherr, L. (2016). A Review of Creative and Expressive Writing as a Pedagogical Tool in Medical Education. *Medical Education*, 50(3), pp. 311-9. Doi: 10.1111/medu.12878.

- D'Ambrosio, C., & Okely, O. (1992). L'interesse del bambino e la costruzione della diagnosi psicosociale. *Il bambino incompiuto*, 1, p. 26.
- Dal Lago, A., & De, Biasi, R. (a cura di). (2002). *Un certo sguardo. Introduzione all'etnografia sociale*. Roma-Bari: Laterza.
- de Mennato, P. (2012). Medical Professionalism and Reflexivity. Examples of training to the sense of 'duty' in medicine. *Educational Reflective Practices*, 2, pp. 15-33. Doi: 10.3280/ERP2012-002002.
- de Mennato, P. (2016). Lo spazio del sapere personale nella formazione medica. *Medic*, 24(1), pp. 28-36.
- de Mennato, P., Orefice, C., & Branchi, S. (2011). *Educarsi alla "cura". Un itinerario riflessivo tra frammenti e sequenze*. Lecce: Pensa Multimedia.
- Demozzi, S. (2014). Scrivere il pensiero. Narrare di sé tra etica e riflessività. In Contini, M.G., Demozzi, S., Fabbri, M., & Tolomelli, A. (a cura di). *Deontologia pedagogica. Riflessività e pratiche di resistenza*, (pp. 83-115). Milano: Franco Angeli.
- Demozzi, S. (2021). *Contesti per pensare. Riflessioni su pedagogia, indagine filosofica e comunità di ricerca*. Milano: FrancoAngeli.
- Dewey, J. (1934). *Arte come esperienza*. Palermo: Aesthetica.
- Dewey, J. (1961). *Come pensiamo*. Firenze: La Nuova Italia.
- Di Gregorio, L. (1999). Intersoggettività in prassi: i Laboratori di Autobiografia Formativa. In Baldassarre, V.A., Di Gregorio, L., & Scardicchio, A.C. (a cura di). *La vita come paradigma*. Bari: Edizioni dal Sud.
- Foerster von, H. (1987). *Sistemi che osservano*. Roma: Astrolabio.
- Formenti, L. (2017). *Narrazione e trasformazione*. Milano: Raffaello Cortina.
- Goodman, N., & Elgin, C.Z. (2011). *Ripensamenti in filosofia, arte e scienze*. Milano: Edizioni ET AL.
- Harris, R. (2010). *La trappola della felicità*. Trento: Erickson.
- Kahneman, D. (2020). *Pensieri lenti e veloci*. Milano: Mondadori.
- Kaneklin, C., & Scaratti, G. (a cura di). (1998). *Formazione e narrazione*. Milano: Raffaello Cortina.
- Manghi, S. (2004). *La conoscenza ecologica. Attualità di Gregory Bateson*. Milano: Raffaello Cortina.
- Manghi, S. (a cura di). (1998). *Attraverso Bateson. Ecologia della mente e relazioni sociali*. Milano: Raffaello Cortina.
- Mann, K., Gordon, J., & MacLeod, A. (2009). Reflection and reflective practice in health professions education: a systematic review. *Advances in Health Sciences Education. Theory and Education*, 14(4), pp. 595-621. Doi: 10.1007/s10459-007-9090-2.
- Merton, R.K., & Barber, E.G. (2002). *Viaggi e avventure della serendipità. Saggio di semantica sociologica e sociologia della scienza*. Bologna: il Mulino.
- Mezirow, J. (2000). *Learning as transformation. Critical perspectives on a theory in progress*. San Francisco: Jossey-Bass, San Francisco.
- Moretti, N. (1994). *Caro Diario, Episodio III: Medici*. Sacher Film, Banfilm - La Sept Cinéma.
- Morin, E. (1993). *La conoscenza della conoscenza*. Milano: Feltrinelli.

- Morin, E. (1998). Auto-eco-conoscenza. In Ceruti, M., & Preta, L. (a cura di). *Che cos'è la conoscenza*. Roma-Bari: Laterza.
- Mortari, L. (1998). *Ecologicamente pensando*. Milano: Unicopli.
- Mortari, L. (2002). *Aver cura della vita della mente*. Firenze: La Nuova Italia.
- Padoan, S. (2019). *Senza toccarne l'ombra. Estetica ed etica della cura per i professionisti della salute*. Milano: Alpes.
- Paloniemi, E., Mikkola, I., Vajus, R., Jokelainen, J., Timonen, M., & Hagnäs, M. (2021). Measures of empathy and the capacity for self-reflection in dental and medical students. *Med. Educ.*, 21(1), pp. 114. Doi: 10.1186/s12909-021-02549-3.
- Polanyi, M. (1990). *La conoscenza personale. Verso una filosofia post-critica*. Milano: Rusconi.
- Samy, A., & Kaohsiung, A. (2008). Use of portfolios by medical students: significance of critical thinking. *Med. Sci.*, 24, pp. 361-6. Doi: 10.1016/S1607-551X(08)70133-5.
- Scardicchio, A.C. (2019). *Curare, guardare. Epistemologia ed estetica nella professione medica*. Milano: FrancoAngeli.
- Scardicchio, A.C. (2023). *Ri-scritture e Ri-scatti. Sguardo sistemico e reflectives practices nel curriculum bio-professionale dei professionisti della cura*. Trani: Durango Edizioni.
- Schön, D.A. (1993). *Il professionista riflessivo*. Bari: Dedalo.
- Schön, D.A., Striano, M., & Capperucci, D. (2006). *Formare il professionista riflessivo: per una nuova prospettiva della formazione e dell'apprendimento nelle professioni*. Milano: FrancoAngeli.
- Siegel, D.J. (2001). *La mente relazionale. Neurobiologia dell'esperienza interpersonale*. Milano: Raffaello Cortina.
- Song, P., & Stewart, R. (2012). Reflective writing in medical education. *Med Teach.*, 34(11), pp. 955-6. Doi: 10.3109/0142159X.2012.716552.
- Stanislavskij, K.S. (2008). *Il lavoro dell'attore su sé stesso*. Roma-Bari: Laterza.
- Striano, M. (2000). *Educare al pensare. Percorsi e prospettive*. Lecce: Pensa Multimedia.
- Striano, M. (2006a). La scrittura come dispositivo riflessivo. *Quaderni di didattica della scrittura*, 6, pp. 45-52.
- Striano, M. (2006b). Processi conoscitivi e agire professionale. Narrazione e sviluppo nei contesti di pratica, *Pedagogika*, 10(5), pp. 24-27.
- Thomson, A., Dwight, H., Cave, M., & Clandinin, J. (2013). The enhancement of medical student performance through narrative reflective practice: a pilot project. *Canadian Medical Education Journal*, 4(1), pp. 69-74.
- Wald, H.S., Davis, S.W., Reis, S.P., Monroe, A.D., & Borkan, J.M. (2009). Reflecting on reflections: Enhancement of medical education curriculum with structured field notes and guided feedback. *Academic Medicine*, 84(7), pp. 830-837. Doi: 10.1097/ACM.0b013e3181a8592f.

- Wald, H.S., Borkan, J.M., Taylor, J.S., Anthony, D., & Reis, S.P. (2012). Fostering and evaluating reflective capacity in medical education: developing the REFLECT rubric for assessing reflective writing. *Acad. Med.*, 87(1), pp. 41-50. Doi: 10.1097/ACM.0b013e31823b55fa.
- Wear, D., Zarconi, J., Garden, R., & Jones, T. (2012). Reflection in/and writing: pedagogy and practice in medical education. *Academic Medicine*, 87, pp. 603-609. Doi: 10.1097/ACM.0b013e31824d22e9.
- Zannini, L. (2003). *Salute, malattia e cura. Teoria e percorsi di clinica della formazione per gli operatori sanitari*. Milano: FrancoAngeli.
- Zannini, L. (2008). *Medical humanities e medicina narrativa. Nuove prospettive nella formazione dei professionisti della cura*. Milano: Cortina Raffaello.