

Ripensare la didattica delle professioni sanitarie

Andrea Avellino¹

¹ *Docente di Pedagogia generale e sociale, Didattica e Filosofia della mente presso Università di Roma La Sapienza e Ecampus*

Abstract: This essay is the re-elaboration of the intervention made on the occasion of the training day for teachers of the second level master in Musculoskeletal and Rheumatology Physiotherapy. The intervention focuses on the necessary re-evaluation of didactic science in health contexts and on the evolution of teaching by teachers of health professions, all to promote more performative study paths and make students aware of the best ways to explain the educational component of their professional skills.

Keywords: teaching, health professions, teaching methods, training, PBL

Riassunto: Questo saggio è la rielaborazione dell'intervento fatto in occasione della giornata di formazione per i docenti del master di secondo livello in Fisioterapia muscolo scheletrica e reumatologica. L'intervento verte sulla necessaria rivalutazione della scienza didattica nei contesti sanitari e sull'evoluzione del fare didattico da parte dei docenti delle professioni sanitarie, il tutto per favorire percorsi di studio più performativi e far conoscere agli studenti e alle studentesse i modi migliori per esplicitare la componente educativa delle loro competenze professionali.

Parole Chiave: didattica, professioni sanitarie, metodi di insegnamento, formazione- PBL

1. Introduzione

I professionisti sanitari hanno una doppia possibilità di fare didattica, un po' come in ogni professione. Questo perché possono effettuare la loro azione didattica sia quando svolgono il ruolo di docenti per le future generazioni di professionisti sanitari sia quando svolgono il loro lavoro con i pazienti. Dalla normativa che delinea il profilo dei professionisti sanitari¹ emerge il ruolo educativo degli stessi. Essi hanno il compito quotidiano di prendersi cura della totalità dell'essere umano che per loro diviene paziente (Marzi, 2014). La loro funzione educativa si esplica nella possibilità di formare adeguatamente a corretti stili di vita, a buone pratiche sanitarie, a una piena consapevolezza di sé stessi. In una parola la funzione educativa che è messa in atto con specifiche pratiche didattiche ha come fine ultimo l'autonomia, l'empowerment (Di Profio, Liporace, 2010; Murdaca 2012).

Ma in modo ancora più specifico, i professionisti sanitari chiamati a svolgere incarichi di docenza per formare le future generazioni di addetti ai lavori, sia nei contesti universitari

¹ La normativa e l'elenco delle professioni sanitarie è rinvenibile sul portale del Ministero della Salute, all'indirizzo

<https://www.salute.gov.it/portale/professionisanitarie/dettaglioContenutiProfessionisanitarie.jsp?lingua=italiano&id=808&area=professioni-sanitarie&menu=vuoto&tab=1>

che lavorativi, hanno il preciso dovere di scegliere le strategie didattiche più idonee affinché il loro sapere sia adeguatamente mediato e dagli studenti fruito. In sostanza bisogna attuare buone pratiche didattiche, frutto di uno studio peculiare, perché non è mai bene improvvisare l'azione didattica.

Lo studio accurato delle scienze pedagogiche, costante e metodico, può evitare l'utilizzo dell'improvvisazione e di soluzioni troppo semplicistiche che anziché giovare, creeranno gravi danni (Hessen, 2019).

2. La scienza didattica

La didattica è, per usare una metafora ardita, il “tango dell'educazione”. È molto suggestivo pensare all'atto didattico come un ballo passionale. Nel quale i due membri della coppia lavorano insieme, si compenetrano a livello delle emozioni e della mente, per fare una sola cosa, rendere visibile la passione che li unisce. La didattica fa questo: è il ballo tra un docente e un discente - a volte più un ballo di gruppo - nel quale la passione conduce entrambi i “ballerini” verso la conoscenza e la consapevolezza delle proprie capacità. Quindi è necessario costruire una relazione interpersonale con il discente, che abbia un risvolto per entrambi gli attori coinvolti. Perché nell'atto didattico si cresce insieme. C'è reciprocità (Pollo, 2008). Ma c'è reciprocità perché “l'educazione è una delle pratiche e delle situazioni in cui si ha cura dell'esistenza degli altri” (Castiglioni, 2014, p. 122).

Ma la didattica è anche una scienza che si propone una riflessione intorno ai legami che mettono in relazione l'attività di insegnamento ed i processi di apprendimento. Essa si delinea quindi come una scienza sostanzialmente dinamica, che mira a cogliere e a sistematizzare la complessità dei processi che si svolgono nei contesti formativi (Piccinno, 2015). La didattica trasforma la “paideia”, il sapere, in “didassi”, in atto pratico (Cuccurullo, 2011). Fare didattica significa introdurre le strategie educative e formative migliori per quel contesto, per quei soggetti e in quel tempo didattico. Quindi, nell'elaborazione dei nostri percorsi didattici dobbiamo valutare il contesto, essere consapevoli e aggiornarsi continuamente su ciò che si insegna e insegnare individuando il giusto metodo. I capisaldi della didattica, quindi, potrebbero essere:

- Contesto
- Oggetto

- Metodo

Fare didattica significa imparare a semplificare lo scibile, spezzettarlo, è fornire strumenti per strutturare il proprio sapere. È identificare il metodo migliore per far comprendere allo studente. Il metodo didattico ha, quindi, un fine altruistico, è un atto filantropico: un atto di amore verso l'umanità, rappresentata dai propri discenti.

Non esiste un modello didattico universalmente valido, perché esso risponde a precisi bisogni in ordine al tempo e al contesto. Diversi sono i bisogni per diverse età, così come per diversi contesti educativi. Fare didattica significa saper scegliere la mediazione più adatta alle persone che abbiamo di fronte. “Una cosa tuttavia è chiara: quanto più gli studenti vengono aiutati nella piena utilizzazione delle loro capacità intellettuali, tanto maggiori saranno le possibilità di sopravvivere del nostro ordinamento democratico, in un'epoca di enorme complessità tecnologica e sociale come la presente” (Bruner, 2016, p. 34)

3. Modelli classici

Nel corso del '900 si sono consolidati modelli di insegnamento definibili come classici, tanto che alcuni aspetti di questi metodi, anche se ormai superati da nuove concezioni didattiche, vengono utilizzati ancora. I modelli classici dell'insegnamento condividono alcune caratteristiche che li qualificano in modo particolare:

- “I metodi tradizionali hanno come postulato fondamentale l'autorità del docente” (Bottero, 2007, p. 106), quindi la relazione tra l'insegnante e gli studenti è di tipo asimmetrico. Ciò significa che l'insegnante si trova in una posizione di superiorità rispetto agli studenti. La superiorità è data dalla quantità di informazioni che l'insegnante possiede rispetto allo studente;
- L'insegnante trasmette le informazioni e lo studente le riceve. L'apprendimento è considerato un processo trasmissivo da un contenitore pieno a un contenitore vuoto. La trasmissione avviene in modo “deduttivo, astratto, analitico” (Bottero, 2007, p. 107);
- L'efficacia dell'azione didattica viene valutata in relazione alla quantità di informazioni che vengono effettivamente trasmesse dall'insegnante agli studenti e che è misurata con la verifica delle informazioni apprese.

I modelli classici dell'insegnamento sono derivabili da tre teorie diverse, che ne permettono anche la differenziazione e la caratterizzazione:

- Dalle teorie comportamentiste dell'apprendimento (Bottero 2007; Marzi, 2014);
- Dalle teorie cognitiviste dell'apprendimento (Bottero 2007; Marzi, 2014);
- Dalle teorie metariflessive (Santojanni, Striano, 2003).

4. Modelli nuovi dell'insegnamento

Negli ultimi quarant'anni si sono sviluppati alcuni modelli dell'insegnamento che agiscono sovrapponendosi. Questi modelli, si sono sviluppati sul piano educativo, in modo applicato, tempo dopo la loro ideazione teorica, contribuendo a generare un insieme di interpretazioni formative difficilmente distinguibili.

Questi modelli fanno riferimento ai principi contestualisti, culturalisti e costruttivisti, tutti appartenenti alla cornice interpretativa del postcognitivism. Se li si mette a confronto con i modelli dell'insegnamento analizzati sopra, questi ultimi presentano alcune caratteristiche distintive che li differenziano nettamente dai modelli definiti classici.

Una cosa che spicca è che la cognizione è considerata anche nei suoi aspetti emozionali, corporei e organismici e non solo intellettivi.

Questo significa che, con la parola cognitivo, non si intende più soltanto una processualità astratta, cioè l'elaborazione cognitiva di livello superiore ma si fa invece riferimento a un insieme di funzioni che investono anche la dimensione percettiva e adattiva (Marzi, 2014; Marone 2014).

Il soggetto che apprende di conseguenza viene visto come un tutto che racchiude in sé la componente propriamente elaborativa delle informazioni, in tutte le sue sfaccettature, e in relazione continuamente interattiva con le altre componenti.

Mentre i modelli classici dell'insegnamento forniscono una visione del soggetto che apprende come separato dal contesto stesso di apprendimento, quasi come se il sistema cognitivo fosse isolato dall'ambiente che lo circonda, i modelli contemporanei dell'insegnamento tendono invece a considerare correlati in modo inestricabile l'individuo e l'ambiente, come per esempio nell'approccio ecologico di Bronfenbrenner (2002). L'ambiente stesso si configura come un contesto, una situazione definita nello spazio e nel tempo, in modo specifico nell'ambito di ogni cultura. Chi apprende non è più

dunque indipendente dal contesto e il processo dell'apprendimento non è più soltanto orientato al compito quanto piuttosto si tratta di un processo incorporato, situato e distribuito (Bronfenbrenner, 2002).

Non vi è più l'idea di un canone di conoscenze, limitato, raccolto in un unico ambiente. I modelli post cognitivisti hanno avuto nella didattica diverse ricadute di larga influenza (Santoianni, Stirano, 2003), come:

- la relazione formativa tra l'insegnante e lo studente è divenuta quasi simmetrica, in quanto la conoscenza non viene più trasmessa ma condivisa, co-costruita e negoziata nell'ambito della comunità di apprendimento ;
- l'insegnante diviene un facilitatore degli apprendimenti e un mediatore per quanto riguarda la gestione dei contenuti e la loro fruizione tra i membri della comunità di apprendimento;
- la didattica non è più individuale, non mette più in luce l'insegnante oppure lo studente, ma la relazione formativa che intercorre tra di essi.

5. Metodi didattici “innovativi”

Questi costrutti teorici si sono tradotti nel corso del tempo in una serie di innovazioni dei metodi didattici, come naturale evoluzione della riflessione. Questi metodi hanno avviato un modo nuovo di fare didattica e di costruire l'apprendimento. Nella cornice delle professioni sanitarie e soprattutto della didattica di queste ultime, emerge ormai l'impossibilità – soprattutto negli stadi più avanzati della formazione – l'impossibilità di attuare una semplice didattica trasmissiva di stampo classico, utilizzando piuttosto tecniche più laboratoriali e collaborative, i cosiddetti metodi attivi (Moscatò, 2007).

“Nella formazione infermieristica assume una particolare rilevanza l'apprendimento basato sull'esperienza, sia essa cognitiva, emotiva o sensoriale. Secondo Dewey (1993) l'apprendimento è un processo nel quale si integrano l'esperienza e la teoria, l'osservazione e l'azione per orientare l'azione in modo consapevole. L'apprendimento esperienziale si realizza attraverso l'azione e la sperimentazione di situazioni, compiti, ruoli in cui il soggetto, attivo protagonista, si trova a mettere in campo le proprie risorse e competenze per l'elaborazione e/o la riorganizzazione di teorie e concetti volti al raggiungimento di un obiettivo. L'apprendimento esperienziale consente al soggetto di

affrontare situazioni di incertezza sviluppando comportamenti adattivi e migliorando, nel contempo, la capacità di gestire la propria emotività nei momenti di maggiore stress psicologico (Bion, 1996)” (Garino, 2020, 25).

L’utilizzo di metodi didattici, che potremmo definire innovativi, non solo favorirebbe una maggiore partecipazione di studenti e studentesse, anche dotati di una certa esperienza, e la rielaborazione critica del processo educativo, favorirebbe anche l’acquisizione di skills che nel mondo sanitario sono essenziali, come la capacità di risolvere problemi semplici o complessi in situazioni peculiari, la collaborazione tra pari, l’analisi critica del pensiero, l’empatia. “Pensare in modo critico significa non dare mai nulla per scontato, immaginare ed esplorare soluzioni alternative, considerare principi etici, porsi domande sull’azione professionale, per riconoscere i propri limiti, ma anche i propri punti forti. Lo sviluppo del ragionamento critico, soprattutto come formazione ed impronta cognitiva, si fonda con il recupero costante delle situazioni, delle direzioni degli sguardi ed inferenze od ipotesi che le stesse spingono ad effettuare” (Garino, 2020, p. 22).

Questi metodi sono utilizzabili sia dai docenti dei corsi delle professioni sanitarie che potrebbero debitamente stimolare i loro studenti e le loro studentesse a una visione non astratta delle discipline mediche, ma potrebbero anche essere usati nella realizzazione di percorsi di educazione sanitaria, da parte dei professionisti sanitari, in contesti anche extra ospedalieri.

Il metodo didattico è necessariamente tarato sul contesto e risponde alle precise finalità che l’educatore ha individuato a monte del percorso didattico. Sarebbe bene a tal fine organizzare in modo peculiare ma con una certa dose di flessibilità il percorso didattico che si vuole realizzare, usando una tabella simile a quella riportata sotto (Avellino, 2021).

TITOLO	
DESTINATARI	
DURATA	
SPAZI E STRUMENTI DIDATTICI	
PREREQUISITI	
OBIETTIVI	
CONTENUTI	

SCANSIONE OPERATIVA	
COMPETENZE ACQUISITE	
VERIFICA E VALUTAZIONE	

La tabella che va usata in modo non dogmatico può essere un utile strumento per guidare l'azione didattica. In base alla definizione degli obiettivi di apprendimento si può scegliere il metodo didattico più adatto anche tra quelli enucleati qui di seguito.

5.1. Flipped classroom

Questo modello si propone come una sperimentazione attraverso una rivoluzione della struttura stessa della lezione. Con questo modello ribalta il sistema tempo così come classicamente inteso in aula che prevede un momento di spiegazione da parte del docente, una fase di studio individuale a casa e successivamente un momento di verifica nuovamente in classe.

L'insegnamento capovolto rende il tempo in aula più funzionale e produttivo per il processo d'insegnamento-apprendimento, promuovendo nelle ore di lezione la risoluzione di problemi più complessi, l'approfondimento di argomenti, la produzione di elaborati magari in gruppo e in modalità peer to peer (come vedremo più avanti) in un contesto di laboratorio assistito, in un contesto di learning by doing ("apprendimento mediante il fare"). Nella flipped lesson ("lezione capovolta"), il docente non si limita a trasmettere il sapere ma assume un ruolo di facilitatore, in accordo con le evoluzioni post cognitiviste dell'insegnamento, fornendo agli studenti la propria assistenza in aula (tutor) per fare emergere osservazioni e considerazioni significative attraverso esercizi, ricerche e rielaborazioni condivise. Nei livelli più avanzati della formazione universitaria, soprattutto nelle professioni sanitarie, questo approccio didattico può rivelarsi molto utile poiché favorirebbe una gestione più ottimale del tempo studio, favorendo l'applicazione pratica di teorie base che sono già state o verranno poi approfondite nello studio a casa.

5.2. Cooperative learning²

L'apprendimento cooperativo si distingue da quello *competitivo* e da quello *individualistico* perché rispetta il principio della *solidarietà* e quello della *comunità*. Il cooperative learning ha dei vantaggi rispetto al metodo tradizionale; gli studenti vivono fra di loro relazioni migliori, positive, non c'è la competizione e non subiscono il disagio di inadeguatezza di fronte ad un compito in classe o ad una esercitazione. Ogni soggetto può avvalersi del compagno più bravo e del sostegno degli altri, inoltre non si deve relazionare direttamente con il docente, in questo modo si supera il problema della soggezione. La prova sta nel maggiore rendimento di tutti gli studenti di fronte al raggiungimento degli obiettivi didattici proposti.

Il cooperative learning fa dedurre agli stessi studenti il risultato dell'apprendimento. È un metodo sostenuto da una dimensione psicologica e affettiva nel quale il docente è chiamato a mettere in atto un metodo dove gli altri sono più importanti di sé, dove non vi sono ruoli definiti.

Gli elementi che rendono efficace il metodo cooperativo sono cinque: 1) Interdipendenza positiva, 2) la responsabilità individuale di gruppo, 3) l'interazione costruttiva, 4) l'attuazione di abilità sociali specifiche nei rapporti interpersonali, 5) la valutazione di gruppo.

David Johnson e Roger Johnson fautori del cooperative learning si concentrano sull'importanza dello spazio organizzativo. Lo spazio deve essere organizzato in una maniera diversa rispetto al modo tradizionale e le postazioni degli studenti possono assumere diverse forme come quella a ferro di cavallo, a cerchio e a gruppi di quattro. Il docente assume una posizione diversa per ogni formazione e comunque non centrale ma dentro ad esempio in quella del cerchio, mentre in altre addirittura fuori. Johnson sosteneva che questa forma di lavorare era la migliore perché i ragazzi non erano più ostaggio *delle file* ma erano spronati ad un lavoro di squadra. Nel metodo cooperativo, inoltre, non ci sono strumenti fissi (es. lavagna al muro).

Come nel precedente modello anche in questo il docente è, quindi, un facilitatore (cammina in mezzo ai gruppi). “Perché l'insegnamento delle competenze psicosociali possa divenire parte integrante dei curricoli scolastici europei, la scuola richiede ai docenti

² I modelli che ispirano il cooperative learning sono quelli di Dewey, Kurt Lewin (teorico dello spazio vitale è lo spazio che noi creiamo attraverso il nostro pensare), Wilfred Bion (un ambiente condiviso con affetto), David Deutsch (i gruppi sociali sono interdipendenti), infine David Johnson e Roger Johnson.

una profonda trasformazione professionale che dia vita ad un diverso rapporto con gli studenti, con i colleghi, con i genitori. Assumendo la funzione di mediatore e facilitatore dell'apprendimento il docente svolge un ruolo fondamentale nella vita dei propri studenti, quale educatore che orienta il processo formativo” (Boda, 2001).

Gli studenti sono chiamati a vivere ‘l’interdipendenza positiva’ e il metodo presuppone la costituzione di un ambiente in cui non ci sia la cattedra, i banchi siano messi in maniera diversa ma in modo tale che tutti possono guardarsi e vedersi (a cerchio a ferro di cavallo), quindi è un metodo che va al di là dei criteri tradizionali delle nostre aule didattiche. Gli studenti saranno divisi in gruppi disomogenei permettendo così il crollo delle barriere e creando una dipendenza voluta e apprezzata.

5.3. Peer education

Questo approccio educativo è centrato sul protagonismo degli studenti che assurgono a ruolo di soggetti attivi della propria educazione e formazione che è attuata tra pari o tra persone che appartengono al medesimo gruppo senza far riferimento (esclusivamente) agli adulti per trasferire contenuti, valori, esperienze. Diversi sono i fondamenti scientifici e i modelli teorici.

La *peer to peer* utilizza le capacità dei giovani di trasmettere conoscenze ai propri coetanei attraverso l’incontro tra le dinamiche relazionali spontanee del gruppo e l’azione educativa dei coetanei opportunamente formati. Costituisce uno strumento valido ed efficace per rafforzare le competenze cognitive e relazionali dei ragazzi. “La peer education costituisce una delle strategie particolarmente efficaci per l’educazione alle *life skills* in ambiente scolastico poiché è uno strumento pedagogico innovativo ed alternativo che può rivoluzionare il rapporto tradizionale insegnante/allievo, ‘trasformando’ gli studenti in agenti di cambiamento. Essi, infatti, assumendo varie iniziative appositamente predisposte per coinvolgere i coetanei diventano veri e propri agenti di cambiamento delle conoscenze, degli atteggiamenti, delle credenze e dei comportamenti all’interno di un determinato gruppo target” (Boda, 2001). Il gruppo dei pari diviene una sorta di laboratorio sociale in cui i ragazzi sperimentano le proprie scelte, comportamenti autonomi e si interfacciano con persone che hanno le loro stesse comprensioni del mondo e dello studio.

Il peer tutoring è utile anche un metodo per acquisire e sviluppare le *life skills*³. Anche in

³ Le 10 *life skills* (OMS, 1994): Decision making (capacità di prendere decisioni); Problem solving (capacità di risolvere i problemi); Creatività; Senso critico; Comunicazione efficace; Capacità di relazioni

questo modello avremo una figura del docente come sostegno e facilitatore.

5.4. Role playing

Nella formazione dei professionisti sanitari questo metodo può essere un utile strumento per l'analisi di casi clinici e l'acquisizione di competenze trasversali. Il Role Playing è una delle tecniche di formazione più utilizzate perché permette di interpretare i ruoli professionali oggetto dell'intervento formativo necessari da interpretare per mettere in pratica soft skills.

Il Role Playing si struttura in tre fasi (Sasso, Lotti, Gamberoni, 2015):

Briefing: è il momento in cui il docente spiega, nel modo più chiaro possibile, cosa gli allievi dovranno fare e perché.

Svolgimento: è il momento in cui si svolge la rappresentazione.

Debriefing: è il momento fondamentale a livello didattico, strutturato in tre fasi, nel quale il docente stimolerà importanti riflessioni e comunicherà le sue valutazioni, dopo la conclusione della fase dedicata allo svolgimento della simulazione, concentrandosi su aspetti comunicativi, metodologici, gestionali.

Il docente approfondirà, attraverso la condivisione della sua valutazione, aspetti fondamentali legati alle competenze in gioco, concentrandosi su metodologie, tecniche, strumenti oggetto dell'intervento formativo che proprio attraverso momenti didattici come il Role Playing hanno la possibilità di essere messi in pratica in un contesto protetto, come quello dell'aula di formazione, dove i partecipanti avranno l'opportunità di confrontarsi a livello concreto con tutto ciò che viene trattato a livello teorico durante le lezioni frontali/attive.

5.5. Problem based learning⁴

Il Problem Based Learning, dall'inglese "Apprendimento basato sui problemi", è una metodologia didattica che si basa sull'approccio della Flipped Classroom e del costruttivismo.

Il docente propone un problema reale/realistico costruito per stimolare argomenti specifici relativi agli obiettivi formativi che si pone. Il problema dovrebbe avere le caratteristiche

interpersonali (intelligenza emotiva); Empatia; Autocoscienza (consapevolezza di sé); Gestione delle emozioni; Gestione dello stress.

⁴ Per una sintesi approfondita su questo metodo si rinvia a Università di Genova (2022), *Il problem based learning*. <<https://utlc.unige.it/sites/utlc.unige.it/files/2022-03/Guida%20alla%20metodologia%20del%20Problem%20Based%20Learning.pdf>>

riportate nello schema sottostante tratto dal testo di Sasso, Lotti e Gamberoni (2005) (figura 1). Il docente assume il ruolo di guida (facilitatore) e supporta i gruppi durante le fasi attive in aula: egli, quindi, non eroga una lezione sui contenuti e non aiuta a risolvere i problemi, ma si limita a guidare il gruppo nella discussione mantenendo un ruolo neutro e senza dare informazioni sui contenuti disciplinari. I contenuti vengono affrontati tramite lo studio autonomo svolto dagli studenti mentre in aula viene svolta l'analisi e la discussione del problema. Il gruppo sviluppa e presenta un elaborato che risponda al problema proposto.

Il metodo analizzato mira a rendere lo studente un attivo e autonomo costruttore del proprio sapere. Senza entrare nell'analisi dettagliata del metodo, per il quale si rimanda a testi più esaustivi (Sasso, Lotti, Gamberoni, 2015), preme qui ricordare che tale metodo è forse uno dei migliori utilizzabili nel contesto della formazione dei professionisti sanitari.

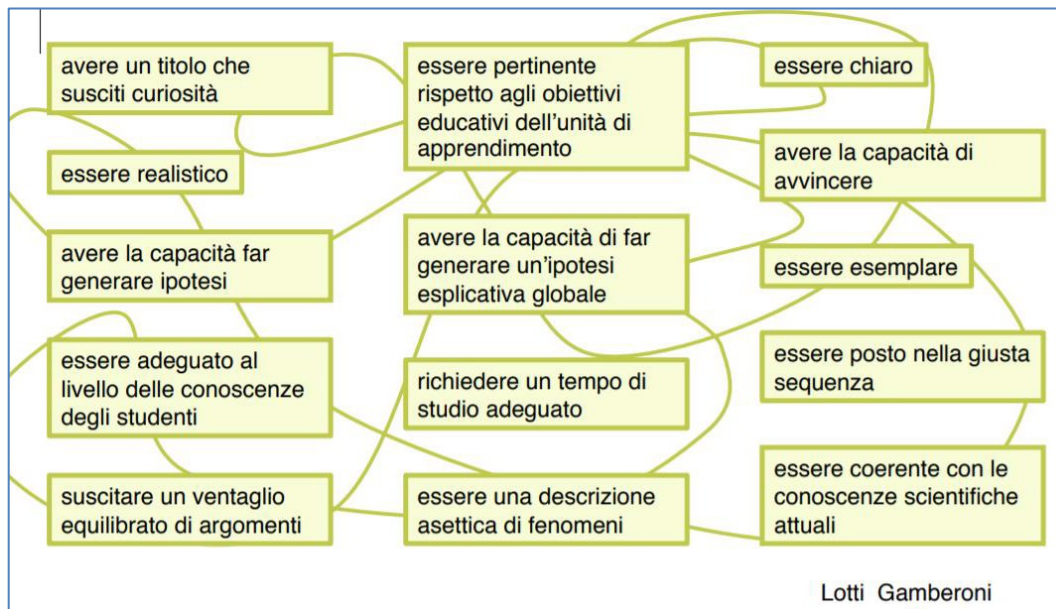


figura 1

6. La formazione dei formatori – Un'esperienza didattica

Questi metodi sono stati presentati, con la cornice teorica di riferimento, durante il corso di formazione per i docenti del master universitario di secondo livello in Fisioterapia muscolo scheletrica e reumatologica, cercando di rendere i partecipanti attori consapevoli e attivi di quanto spiegato. Al termine della presentazione teorica si è provveduto a dividere in piccoli gruppi tutti i partecipanti e si è proposta un'attività mirata a far provare ai formatori stessi l'alto valore di sviluppo cognitivo ed esperienziale, in ordine all'acquisizione di competenze trasversali e specifiche, di un metodo didattico tra quelli

presentati. Nel caso specifico è stato proposto il Problem based learning, che al suo interno ingloba anche i costrutti della flipped classroom, del cooperative learning e del peer to peer.

A ogni gruppo è stato chiesto di elaborare un problema didattico⁵ da sottoporre ai propri studenti. Per questa attività si è optato per l'elaborazione di problemi laici, cioè “problemi usati nei corsi di formazione dei tutor per permettere al personale sanitario di concentrarsi sulla metodologia e vivere l'esperienza di ‘ignoranza’ che provano gli studenti di fronte a un problema sanitario mai incontrato” (Sasso, Lotti, Gamberoni, 2015, p. 83). Per facilitare la produzione del problema da parte dei gruppi è stato fornito loro lo schema riportato in figura 2.

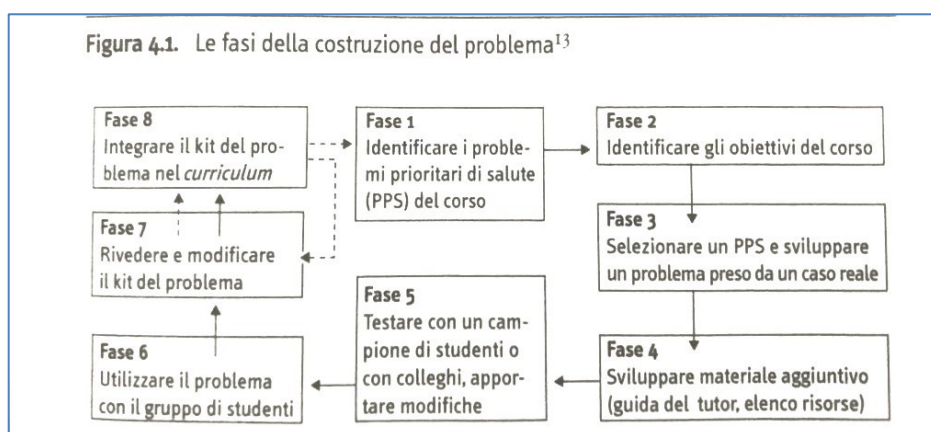


Figura 2

Al termine dell'operazione di produzione del problema, ad ogni gruppo è stato assegnato il testo del problema realizzato da un altro gruppo e si è proceduto all'analisi e al tentativo di risoluzione, seguendo la schema dei 10 salti (Sasso, Lotti, Gamberoni, 2015, p. 77).

Al termine del tempo - sono stati assegnati 20 minuti per la realizzazione del problema, 30 per il confronto e 30 per la presentazione dei risultati - ogni gruppo ha compilato una scheda di valutazione del problema, cercando di suggerire un suo eventuale miglioramento al gruppo autore del problema. Dagli esiti comunicati dai singoli gruppi, in un briefing collegiale, si è notato che il metodo ha favorito molto la collaborazione dei membri del gruppo, che hanno messo a disposizione le loro specifiche competenze sia per l'elaborazione che per la risoluzione del problema, ma è emerso anche che la risoluzione dei problemi è avvenuta più sul piano delle competenze trasversali che sul piano delle

⁵ Secondo lo schema riportato da Sasso, Lotti, Gamberoni, 2015, p. 92.

competenze specifiche.

7. Conclusioni

L'esperienza, anche se breve ma oggetto di future riproposizioni, è stata la riprova del fatto che questo metodo come gli altri enucleati in questa trattazione siano validi strumenti didattici nelle professioni sanitarie, così come in altri contesti. È necessaria però la presa di coscienza dei formatori che dovrebbero essere disponibili a rivalutare il loro modo di fare didattica per essere più stimolanti, inclusivi, performativi. Quindi, l'approfondimento della didattica come scienza all'interno dei percorsi delle professioni sanitarie andrebbe maggiormente valorizzato, in virtù dell'azione educativa del professionista sanitario in tutti i contesti formali e informali in cui opera, inserendolo in modo più pregnante dei piani di studio universitari e programmando una seria azione formativa dei docenti dei percorsi universitari stessi.

Bibliografia

- Avellino A. (2021). *La religione a scuola: percorsi didattici multidisciplinari*. NEU, Roma.
- Boda G. (2001). *Life skill e peer education. Strategie per l'efficacia personale e collettiva*. La Nuova Italia, Milano.
- Bottero E. (2007). *Il metodo di insegnamento*. Franco Angeli, Milano.
- Bronfenbrenner U. (2002). *L'ecologia dello sviluppo umano*. Il Mulino, Bologna.
- Bruner J.S. (2019). *Il Processo educativo. Dopo Dewey*. Armando editore, Roma.
- Castiglioni M. (2014). *Narrazione e cura*. Mimesis, Milano.
- Cuccurullo R. (2011). *Istituzioni di didattica. Questioni generali e prospettive*. Libreria lateranense, Roma.
- Di Profio L.- Liporace P. (2010). *Pedagogia per le professioni sanitarie*. Pensa Multimedia, Lecce.
- Garino L. (2020). *Quale pedagogia per la professione infermieristica*. Medical Humanities & Medicina Narrativa, 2, 17-41.
- Hessen S. (2019). *Difesa della pedagogia*. A cura di Margiotta U. Armando editore, Roma.
- Marone F. (2014). *Le relazioni che curano. Percorsi pedagogici per le professioni sanitarie*. Pensa Multimedia, Lecce.
- Marzi V. (2014). *Pedagogia e progetto formativo*. UniversItalia, Roma.
- Moscato M.T. (2007). *Insegnare scienze umane*. CLUEB: Bologna.
- Murdaca A.M. (2012). *La pedagogia speciale nei contesti sanitari*. Pensa Multimedia, Lecce.

Piccinno M. (2015). *Imparare a conoscere per imparare a pensare. Fondamenti epistemici e approcci metodologici per l'azione didattica*. Pensa Multimedia, Lecce.

Pollo M. (2008). *Manuale di Pedagogia generale*. FrancoAngeli, Milano.

Sasso L.- Lotti A.- Gamberoni L. (2005 e 2015). *Il tutor per le professioni sanitarie*. Carocci, Roma.

Santoianni F.- Striano M. (2003), *Modelli teorici e metodologici dell'apprendimento*. Laterza, Roma-Bari.

Sitografia

Ministero della salute (2023). Professioni sanitarie. <https://www.salute.gov.it/portale/professionisanitarie/dettaglioContenutiProfessionisanitarie.jsp?lingua=italiano&id=808&area=professioni-sanitarie&menu=vuoto&tab=1>.

Università di Genova (2022). *Il problem based learning*. [https://utlc.unige.it/sites/utlc.unige.it/files/2022-03/Guida%20alla%20metodologia%20del%20Problem%20Based%20 Learning.pdf](https://utlc.unige.it/sites/utlc.unige.it/files/2022-03/Guida%20alla%20metodologia%20del%20Problem%20Based%20Learning.pdf)

World Health Organization. Division of Mental Health (1994). *Life skills education for children and adolescents in schools. Pt. 1, Introduction to life skills for psychosocial competence. Pt. 2, Guidelines to facilitate the development and implementation of life skills programmes, 2nd rev. World Health Organization*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/63552>