

Una riflessione pedagogica sul ruolo educativo dei tutor nei corsi di laurea delle professioni sanitarie

¹Andrea Avellino, ²Martina Tomassini, ³Serena Cicatiello, ⁴Andrea Marini Padovani

¹Università La Sapienza – Roma; ²Università La Sapienza – Roma; ³Università La Sapienza – Roma; ⁴Università La Sapienza – Roma;

Riassunto: La formazione dei professionisti sanitari si amplia quotidianamente con iniziative e percorsi a un livello sempre crescente di complessità. In alcuni ambiti però, alla formazione pedagogica e metodologico-didattica non viene riservato un giusto spazio. È questo il caso per la formazione dei tutor clinici in riabilitazione, sovente scelti per l'esperienza maturata, ma privi della giusta preparazione pedagogica e metodologico - didattica. Il presente contributo vuole richiamare la funzione educativa dei professionisti sanitari in generale e la loro funzione docente, in qualità di tutor clinici. Nella loro qualità di tutor, i professionisti sanitari opereranno favorendo la metacognizione dei loro studenti e un approccio educativo all'errore, attraverso metodologie didattiche il peer tutoring e il laboratorio didattico, e seguendo il modello andragogico.

Parole chiave: formazione superiore, professioni sanitarie, andragogia, tutoraggio

Abstract: The training of healthcare professionals is expanding daily with initiatives and paths at an ever-increasing level of complexity. In some areas, however, pedagogical and methodological-didactic training is not given the right space. This is the case for the training of clinical tutors in rehabilitation, often chosen for the experience gained, but lacking the right pedagogical and methodological-didactic preparation. This paper aims to recall the educational function of health professionals in general and their teaching function, as clinical tutors. In their capacity as tutors, health professionals will operate by promoting their students' metacognition and an educational approach to error, through teaching methodologies, peer tutoring and the didactic laboratory, and following the andragogical model.

Keywords: higher education, health professions, andragogy, tutoring

1. Introduzione

Questo contributo è la sintesi di un intervento pronunciato nel mese di maggio di questo anno per il corso di formazione "Il percorso formativo e le competenze del Tutor Clinico delle professioni sanitarie infermieristiche e riabilitative" tenuto il 27 maggio scorso presso UniCamillus International Medical University in Rome. Ne è nata una riflessione sul ruolo e il valore educativo dei tutor e dei docenti in ambito sanitario, a partire dai principi dell'andragogia, e con un focus rivolto all'acquisizione non solo di conoscenze ma anche di competenze, passando per il vaglio degli errori che nella pratica didattica sono essenziali, ad

avviso di chi scrive, per il miglioramento qualitativo del percorso formativo.

2. La formazione pedagogica dei professionisti sanitari

Lo studio e la conoscenza delle scienze umane è ineludibile per chi decide di operare nel campo delle professioni sanitarie. Lo studio di queste discipline aiuta a ricomprendere il proprio ruolo di professionista sanitario non semplicemente in un'ottica medico-assistenzialista, ma nella prospettiva di un aiuto globale alla persona anche negli strumenti necessari per la costruzione del se'.

Il profilo professionale dei professionisti sanitari contempla esplicitamente tra le competenze quella educativa. A titolo esemplificativo e non esaustivo, il profilo professionale del fisioterapista¹, così riporta (corsivi dell'autore):

«2. In riferimento alla diagnosi ed alle prescrizioni del medico, nell'ambito delle proprie competenze, il fisioterapista:

- a) elabora, anche in equipe multidisciplinare, la definizione del programma di riabilitazione volto all'individuazione ed al superamento del bisogno di salute del disabile;
- b) pratica autonomamente attività terapeutica per la *rieducazione* funzionale delle disabilità motorie, psicomotorie e cognitive utilizzando terapie fisiche, manuali, massoterapiche e occupazionali;
- c) propone l'adozione di protesi ed ausili, ne *addestra* all'uso e ne verifica l'efficacia;
- d) *verifica* le rispondenze della metodologia riabilitativa attuata agli obiettivi di recupero funzionale.

3. *Svolge attività di studio, didattica e consulenza professionale, nei servizi sanitari ed in quelli dove si richiedono le sue competenze professionali*».

I professionisti sanitari fanno educazione al paziente (*patient's education*) intesa come educazione sanitaria ma anche come messa in atto di tutte le strategie necessarie affinché il paziente cresca, migliori sé stesso e abbia consapevolezza di sé. Essi lo fanno attraverso il dialogo perché l'obiettivo pedagogico-educativo-didattico è misurato su quanto la persona

¹ Decreto Ministeriale del 14 settembre 1994, n. 741.

riesce ad apprendere in termini di crescita personale. L'azione educativa è azione di partnership con il paziente ed è necessario per far sì che l'azione educativa porti alla crescita di

entrambi. Per partnership, quindi, si intende l'azione educativa del professionista sanitario che si concretizza in una relazione d'aiuto (Rogers, 2019) e ha alla base una comunicazione efficace (Bobbio, Moretti, 2020). Aiutare l'altro è il compito pedagogico del professionista sanitario. Intraprendere con il paziente un percorso che gli permetta in seguito di affrontare da solo i problemi, dargli gli strumenti per farlo. L'espressione empowerment riassume questo compito: accrescere il proprio potere, questo è l'obiettivo dell'azione educativa del professionista sanitario. Avremo completato il processo educativo quando la persona, che si ha in carico, avrà cambiato il suo modo di conoscere le cose, avrà cambiato le sue abilità, avrà acquisito maggiori competenze: i 3 obiettivi di ogni processo educativo. Tutto ciò detto, anche se riferito alla relazione paziente-operatore sanitario, è riferibile anche ad altri rapporti educativi, come quello che si instaura tra docente e discente in qualunque ambito formativo, e quindi anche nella relazione tra tutor clinico e tutorandi (Avellino, Santoni, 2024), perché l'educazione è questione di relazioni (Baldacci, 2024).

3. Pedagogia e Andragogia nei contesti sanitari

La parola pedagogia ha la sua radice etimologica nella lingua greca e indica l'insieme di tutte quelle azioni compiute nei confronti di chi è in formazione, intendendo con il termine bambino un qualunque individuo che si affaccia ad un percorso formativo. In realtà la pedagogia si esercita sempre, agendo non solo in ogni luogo, ma anche in ogni tempo (Baldacci, 2024). Oggi quando si parla di educazione si fa esclusivo riferimento al sistema istruttivo, creando quella dicotomia che è data dal binomio educazione-istruzione. Quando si parla di Pedagogia, in quanto scienza olistica, intendiamo una scienza che dovrebbe coinvolgere l'essere umano nella sua integralità (il suo sviluppo interiore, la sua personalità, la sua capacità di relazionarsi con gli altri, la sua conoscenza del sapere), pertanto non può essere relegata al sistema istruttivo, ma può e deve lavorare in tutti i campi della vita dell'uomo, in quanto si pone una domanda veritativa (D'Addelfio, 2022).

Nella riflessione pedagogica, oggi, si tende ad utilizzare anche il termine andragogia, per

indicare l'educazione delle persone adulte, differenziando in qualche modo l'attività in base all'età anagrafica. L'andragogia si basa sulla consapevolezza che gli adulti hanno caratteristiche e bisogni specifici che li differenziano dagli studenti più giovani. L'età adulta «intesa come un percorso contrassegnato dalla continua rimessa in discussione di se stessi, dalla permanente ricerca di nuove e più efficaci ridefinizioni di sé e del proprio rapporto col mondo, si offre come terreno privilegiato, di una progettazione formativa “per tutta la vita”, declinata sul piano dell'educazione permanente» (Frabboni, Pinto Minerva, 2013, p. 334). Gli adulti sono motivati dall'apprendimento che sia rilevante per le loro esigenze, che abbia applicazioni pratiche e che consenta loro di raggiungere i loro obiettivi personali e professionali (Knowles, 1968). L'andragogia valorizza l'esperienza e le conoscenze pregresse degli adulti, promuovendo l'auto-direzione e la partecipazione attiva nel processo di apprendimento (Merriam, Caffarella, Baumgartner, 2007).

4. Il tutor clinico come educatore

Il tutor clinico ha un valore e un compito formativo. In qualità di formatore, «la sua attività è un “percorso” di integrazione di conoscenze e di saperi nella vita e nell'attività professionale» (Nosari, 2013, p. 157), a metà tra il pedagogo e l'andragogo. Infatti, si trova a dover educare e formare persone che sono “bambine”, in quanto si avvicinano per la prima volta a quel sapere, ma contemporaneamente “adulte” perché hanno già un loro bagaglio culturale ed esperienziale radicato (Di Nubila, 2005).

D'altronde anche la stessa etimologia della parola tutor, che in latino richiama i concetti di osservazione ma anche di protezione, spinge verso una comprensione del tutor stesso come colui che osserva e guida coloro che gli sono stati affidati.

«Nella sua accezione pedagogica, il Tutor è un docente che coadiuva l'apprendimento del sapere prassico. Egli non ha solo (ndr) il compito di spiegare nozioni o trasferire saperi teorici (instruere), al contrario, offre un modello professionale da osservare e da imitare. Potremmo definirlo un docente-facilitatore che aiuta ad imparare, istruisce, addestra, forma e educa.

Egli stimola la maturazione di nuovi significati, concreti ed operativi, delle conoscenze concettuali dello studente, suscitando e valorizzando ciò che egli, in modo implicito e inconsapevole, già possiede in sé» (Santoni, Scalmanna, 2024, p. 221).

Il tutor clinico è quindi un facilitatore. Per Vygotsky (1978), l'apprendimento è un processo sociale e interattivo che si svolge nel contesto delle relazioni con gli altri. Questo si riflette nel suo concetto di "Zona di Sviluppo Prossimale" (ZDP), che si riferisce alla distanza tra ciò che un apprendente può fare senza aiuto e ciò che può fare con l'aiuto di un facilitatore competente. Il facilitatore, nel pensiero di Vygotsky, non è solo un trasmettitore di conoscenze, ma svolge un ruolo attivo nel guidare l'apprendente attraverso questo processo, fornendo supporto, orientamento e feedback. Ciò può includere la modellazione di comportamenti o tecniche, la fornitura di suggerimenti o indizi, o l'aiuto nell'organizzazione delle idee. In definitiva, il facilitatore aiuta l'apprendente a navigare attraverso la ZDP, estendendo le sue capacità attuali e guidando lo sviluppo di nuove competenze.

Il ruolo del facilitatore, secondo Vygotsky, è quindi quello di un 'scaffolder', o una persona che costruisce un 'ponte' tra ciò che l'apprendente sa già e ciò che è in grado di apprendere. Questo concetto di 'scaffolding' o 'strutturazione' è diventato un principio fondamentale dell'educazione costruttivista.

L'ambito in cui il tutor clinico può svolgere il suo ruolo di 'scaffolder' è il tirocinio professionale, che viene definito come la strategia formativa che prevede l'affiancamento dello studente ad un professionista esperto in contesti sanitari specifici, al fine di apprendere le competenze previste dal ruolo professionale. L'apprendimento in tirocinio avviene attraverso la sperimentazione pratica, l'integrazione dei saperi teorico-disciplinari con la prassi operativa professionale ed organizzativa, il contatto con i membri di uno specifico gruppo professionale (Saiani et al., 2009).

In questi contesti viene scardinata la classica struttura del gruppo formativo, generalmente gerarchica e teacher-centred, a favore di una relazione tra pari, peer to peer, e student-centred. In questi gruppi il tutor, svolge il ruolo di colui che agevola l'interazione e la comprensione. Egli ha competenze specifiche, in base al metodo di apprendimento scelto, e trasversali, cioè comuni a qualunque modello scelto.

A livello pedagogico, il tutor sarà da stimolo per la creazione di un rapporto dialogico non autocratico, in quanto bisogna far comprendere che nel processo formativo i protagonisti sono i tirocinanti e non il tutor. Stimolerà l'interdipendenza positiva tra i membri del gruppo e farà in modo che ci sia sempre uno stimolo di ricerca, ponendo delle domande e suscitandone altre.

Il tutor (Sasso, Lotti, Gamberoni, 2005) sarà chiamato anche a svolgere un ruolo di ascolto attivo, favorendo sia nel gruppo che nel rapporto uno a uno, la valorizzazione delle affermazioni degli studenti e studentesse, garantendo loro un supporto psicosociale.

Il tutor, quindi, favorisce non solo lo sviluppo prassico del tirocinante, ma agevola lo sviluppo umano dello stesso, spingendolo anche verso la metacognizione (Atkinson, 2021). Volendo usare le parole di Dewey si può parlare di una persona ‘disciplinata’, cioè che ha padronanza delle facoltà disponibili, perché ci ha riflettuto e non le ha solo apprese, e agisce per conseguire degli obiettivi con prontezza (Avellino, 2023).

5. Il peer to peer

Un approccio educativo centrato sul protagonismo degli studenti che assurgono a ruolo di soggetti attivi della propria educazione e formazione, che è attuato tra pari o tra persone che appartengono al medesimo gruppo senza far riferimento (esclusivamente) agli ‘adulti’ per trasferire contenuti, valori, esperienze è il peer tutoring, metodo oltremodo valido nelle azioni di tutoraggio clinico e non. Diversi sono i fondamenti scientifici e i riferimenti teorici di questo approccio, ma anche le possibili applicazioni (Dewey, 2020).

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 (Nosari, 2013). 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 (Nosari, 2020).

Il peer tutoring è un metodo utile anche per acquisire e sviluppare le life skills². In questo modello avremo una figura del docente come sostegno e facilitatore.

6. L'apprendimento di competenze pratiche

La formazione dei futuri professionisti sanitari non è limitata alle sole conoscenze mediche ma si concentra anche su un sapere prassico che trasforma quelle conoscenze in competenze, ormai fondamentali per ogni processo di apprendimento (Castoldi, 2014). Per descrivere il passaggio progressivo dalle conoscenze alle competenze, si può usare la piramide di Miller. Questa è un concetto utilizzato per descrivere i diversi livelli di competenza clinica in campo medico. Questo modello, proposto da George Miller (1990), suddivide la competenza in quattro fasi progressive: i due livelli inferiori (Knows e Knows how) appartengono all'area cognitiva. Area in cui solitamente si pongono i discenti inesperti che conoscono la teoria di come fare, ma non hanno le abilità per fare in pratica. I due livelli maggiori (Shows how e Does) appartengono invece all'area del comportamento. In questa area i discenti passano dal semplice saper fare al fare realmente.

La zona cognitiva correla poco con la zona di comportamento: un tirocinante che conosce come fare non necessariamente lo sa fare nella pratica quotidiana.

Anche se oggi la piramide di Miller necessiterebbe di alcune modificazioni, infatti «Diagnostic reasoning is an essential part of clinical competency, and the theoretical framework for clinical competency assessment needs to take this into account. In order to achieve this, the cognitive elements of the Miller pyramid need to be given more emphasis» (Witheridge, Ferns, Scott-Smith, 2019, p. 192), essa rimane comunque, anche nella sua struttura primigenia, importante per comprendere il ruolo del tutor/formatore, il quale deve possedere le competenze necessarie per far spostare il discente nella piramide di Miller dal livello base di consapevolezza di una tecnica, alla competenza in una particolare abilità, fino ad arrivare alla indipendenza nel mettere in pratica quella specifica abilità acquisita nella pratica quotidiana.

Il tutor che si appresta ad insegnare l'abilità pratica non deve pensare dunque che sta semplicemente trasmettendo una serie di indicazioni atte a far muovere in maniera sequenziale

² Le 10 *life skills* definite dal WHO nel 1994 sono: Decision making (capacità di prendere decisioni); Problem solving (capacità di risolvere i problemi); Creatività; Senso critico; Comunicazione efficace; Capacità di relazioni interpersonali (intelligenza emotiva); Empatia; Autocoscienza (consapevolezza di sé); Gestione delle emozioni; Gestione dello stress.

i muscoli dei propri discenti. Oltre a questa, dovrà infatti trasmettere una serie di concetti teorici (indicazioni, complicazioni, prevenzione delle complicazioni legate alla manovra), di conoscenze di processi e di sequenze e soprattutto le ‘ragioni’ del fare.

Il tutor dovrà assistere il discente al fine di fare apprezzare i componenti costitutivi di ogni particolare abilità e consentire loro di sviluppare i diversi elementi della stessa. Gli elementi indispensabili ad acquisire competenza in una abilità pratica sono:

- la concettualizzazione, il discente impara in quale parte della professione l'abilità si adatta e perché è importante conoscerla;
- La visualizzazione, il discente vede come si svolge l'abilità;
- la verbalizzazione, il discente parla dell'abilità;
- la pratica fisica, il discente, in prima persona, acquisisce la competenza ponendo in essere praticamente l'abilità;
- correzione e rinforzo, il discente riceve feedback e rinforzo sulla abilità appena messa in pratica.

Per facilitare l'acquisizione di una abilità pratica, i formatori devono essere competenti nello svolgere quella stessa abilità. Un problema dell'insegnamento delle abilità pratiche risiede nel fatto che molti formatori non sono consapevoli delle loro abilità e hanno difficoltà ad auto-osservarle.

Ecco perché il tutor clinico non può essere scelto a caso o semplicemente perché ha tanta esperienza. Poiché esercita un ruolo educativo, deve essere ben formato su ogni aspetto di quello che andrà a fare, dalle conoscenze teoriche alle competenze pratiche passando per quelle pedagogiche e didattiche. Formarsi diviene essenziale per formare (Delors, 1996).

7. L'apprendimento esperienziale

La cornice pedagogica entro cui può muoversi il tirocinio e di conseguenza la figura del tutor clinico, è il modello dell'apprendimento esperienziale. Il tirocinio infatti può essere considerato un banco di prova che «permette al tirocinante da un lato di acquisire competenze professionali e, dall'altro, di individuare i propri limiti e le proprie potenzialità professionali» (Bartolini, Ricciardi, 2006, p. 26).

Dewey (2020) ha affermato che l'apprendimento non è un processo passivo in cui le

informazioni vengono semplicemente trasmesse agli individui, ma piuttosto un'attività in cui gli individui interagiscono con il loro ambiente e apprendono attraverso l'esperienza. Egli credeva che le esperienze fossero centrali nell'apprendimento poiché coinvolgono l'individuo in modo completo, includendo aspetti cognitivi, emotivi e fisici.

Secondo Dewey, l'apprendimento esperienziale richiede una riflessione critica sulle esperienze stesse, così come l'individuazione dei significati e delle connessioni che emergono da esse. Ha sottolineato l'importanza di un'educazione basata sull'esperienza, in cui gli studenti vengono incoraggiati a partecipare attivamente e a fare esperienze dirette nel mondo reale. Tra i modelli esperienziali c'è sicuramente quello di Kolb (1976), che può essere tenuto presente per una riflessione e strutturazione più accurata delle attività di tirocinio.

Il modello esperienziale di Kolb propone un processo ciclico di apprendimento esperienziale che comprende quattro stadi distinti:

- **Stadio delle esperienze concrete:** in questo stadio, l'apprendimento si sviluppa principalmente attraverso le percezioni e le reazioni alle esperienze. Diventa fondamentale per i discenti sviluppare la capacità di utilizzare l'esperienza come base per potenziare l'apprendimento.
- **Stadio dell'osservazione riflessiva (Schon, 1993):** in questa fase, l'apprendimento deriva principalmente dall'osservazione e dalla riflessione su ciò che è accaduto. Questa fase è influenzata dai valori personali, dalle attitudini e dalle convinzioni individuali. Per facilitare l'analisi, è possibile rispondere a domande come: "Cosa è accaduto?" e "Come mi sono sentito in relazione a ciò che è accaduto?"
- **Stadio della concettualizzazione astratta:** in questo stadio, l'apprendimento si realizza attraverso l'analisi e l'organizzazione sistematica delle informazioni. L'obiettivo è generalizzare ciò che è stato compreso durante l'osservazione riflessiva rispetto all'esperienza specifica. Domande come "Cosa significa?" e "Cosa posso cambiare?" possono facilitare questa fase di analisi.
- **Stadio della sperimentazione attiva:** in questa fase finale, l'apprendimento si basa sull'azione, sulla sperimentazione di quanto appreso dall'esperienza in nuove situazioni e sulla valutazione dei risultati. Attraverso l'azione e il feedback ottenuto, i discenti consolidano e applicano le conoscenze così acquisite in nuovi contesti.

La teoria di Kolb sottolinea che per apprendere dalle nostre esperienze è necessaria la disponibilità e la capacità di completare l'intero ciclo riflessivo sopra esposto. Senza una riflessione adeguata, le persone rischiano di ripetere gli stessi errori all'infinito. Pertanto, la teoria enfatizza l'importanza della riflessione come elemento chiave per l'apprendimento significativo.

8. La riflessione sull'errore

Nel medioevo dicevano '*errando discitur*' (Sbagliando si impara). Ecco perché la Montessori suggerisce di «avere verso l'errore un atteggiamento amichevole e considerarlo come un compagno che vive con noi e che ha un suo scopo» (Montessori, 2015, p. 245). Nell'azione pedagogica del tutor clinico ha un ruolo importante l'educazione alla comprensione dell'errore.

Il ruolo del docente/facilitatore dovrebbe essere quello, tramite un sapiente sfruttamento didattico dell'errore, di far acquisire al discente una mentalità critica ed una disponibilità a sospendere il giudizio. Il facilitatore dovrebbe in qualche modo promuovere un apprendimento per problemi basato sul potere educativo dell'errore.

L'apprendimento, come sostiene la teoria costruttivista è sempre il risultato di un processo operato dalla mente umana che si sviluppa in modo attivo e costruttivo. Dove il discente è stimolato al confronto costante con l'altro ed è chiamato ad attivare processi di scoperta formulando congetture e ipotesi da sperimentare per la comprensione e la costruzione di nuovi saperi (Castoldi, 2014). In questa cornice l'errore diventa passaggio inevitabile e necessario per lo svolgersi delle esperienze e dei percorsi di apprendimento significativi. C'è però «il pericolo che il discente possa abituarsi a dipendere continuamente dalla correzione del suo educatore; quest'ultimo deve perciò correggere il discente in una forma che gli consenta alla fine di assumere personalmente tale funzione correttiva» (Bruner, 1967, p. 90-91).

L'errore è funzionale all'apprendimento all'interno di una andragogia dialogata, dove l'interazione tra docente e discente, ma anche tra discente e discente, è continuamente stimolata dal confronto critico sull'errore. Il docente deve essere sempre consapevole delle dinamiche esplicite e implicite che sottendono il suo rapporto con il discente, in particolare

quando quella connotazione di potere, che inevitabilmente rischia di appartenere al ruolo che egli investe in quel momento, incide fortemente sulla qualità dell'apprendimento del discente stesso (Pan et al., 2020). Di fronte all'errore si attivano meccanismi psicologici complessi. Gli errori dei discenti mettono, anche se inconsciamente, in discussione l'efficacia dell'insegnamento. Psicologicamente, quindi, sanzionarli è più comodo che porre interrogativi sul nostro metodo di insegnamento. Accettare la logica dei discenti, domandare al discente il perché dell'errore, e infilarsi nella discussione che ne deriva, spaventa la maggior parte dei docenti.

La correzione deve essere non autoritaria al contrario di tipo autorevole; sottesa da una forma di potere costruttivo e reciproco, offrendo al discente l'opportunità di affrontare il proprio errore in modo auto-critico e concedendo uno spazio e un tempo di decontrazione e ricostruzione cognitiva priva di uno sfondo valutativo connotato dal giudizio (Del Rey, 2018). C'è un altro aspetto interessante da indagare rispetto l'errore, ovvero il rapporto del docente con il proprio errore. Il rapporto tra educatore ed errore è piuttosto complesso e proprio per tale ragione è vissuto in modo ansioso, alternando talvolta la maniacale ricerca degli errori altrui al disperato bisogno di nascondere i propri. Non vi è modo peggiore di questo di rapportarsi all'errore. La falsità della relazione è talmente evidente da non poter essere nascosta per molto tempo: in questo modo si corre invece il rischio di compromettere irreparabilmente la propria credibilità.

Il formatore, dovrebbe imparare a vivere in compagnia dell'errore, e, anziché temerlo e bandirlo, trovare possibilità di sfruttarlo per migliorare.

Quando un formatore commette un errore, non deve nasconderselo; deve anzi utilizzarlo per rafforzare il concetto che stava trasmettendo. L'errore è dunque un momento da gestire, un momento del quale non dobbiamo avere timore ma che deve divenire quasi un momento ricercato, come qualcosa da attendersi fiduciosi e con cui entrare in relazione senza schemi precostituiti (Mera et al., 2022).

9. Conclusione

Il percorso fin qui fatto, ci ha mostrato alcune cose: la prima è più importante è che l'educazione è un percorso che segue una traiettoria lungo tutto l'arco della vita ed è oggetto

di analisi della pedagogia e dell'andragogia. In questo percorso i professionisti sanitari e nello specifico i tutor clinici sono dei facilitatori dell'apprendimento. Il loro ruolo si esplica nell'accompagnamento alla scoperta di se' e delle proprie abilità in contesti pratico-clinici specifici. Attraverso la pratica, il gruppo e l'analisi degli errori, ogni tutor clinico ha il compito di fornire a studenti e studentesse ad esso o essa affidati e affidate non solo gli strumenti tecnici per lo svolgimento della pratica professionale, ma anche e prima di ogni cosa, gli strumenti necessari per la riflessione su un sapere che oltre la praticità, riesca a creare competenze metacognitive.

Bibliografia

- Atkinson, W. W. (2021). *Lo sviluppo delle facoltà mentali*. Streetlib.
- Avellino, A. (2023). Ripensare la didattica delle professioni sanitarie. *Mizar. Costellazione di pensieri*, 18, 114-127.
- Avellino, A., Santoni, L. (2024). Tra formazione ed esperienza: il ruolo del tutor clinico in riabilitazione, *Tutor*, 24, 1, 32-43.
- Baldacci, M. (2024). *Trattato di pedagogia generale*. Roma: Carocci.
- Bartolini, A., Riccardini, M.G. (2006). *Il tirocinio nella professionalità educativa*. Verona: Il Segno dei Gabrielli.
- Bobbio, N., Moretto, B. (curr.) (2020). *La progettazione in educativa in ambito sanitario e sociale*. Roma: Carocci.
- Boda, G. (2001). *Life skill e peer education. Strategie per l'efficacia personale e collettiva*. Milano: La Nuova Italia.
- Bruner, J.S. (1967). *Verso una teoria dell'istruzione* (trad. dall'inglese). Roma: Armando.
- Castoldi, M. (2014). *Didattica generale*. Milano: Mondadori.
- Decreto Ministeriale del 14 settembre 1994 n. 741.
- Del, Rey A. (2018). *La tirannia della valutazione*. Milano: Eleuthera.
- Delors, J. (1996). *Nell'educazione un tesoro*. Roma: Armando.
- Dewey, J. (2020). *Pedagogia, scuola e democrazia*. Brescia: Scholè.

- D'Addelfio, G. (2022). *Genesi del problema pedagogico nei «mondi della vita»*. In *Per-corsi di pedagogia generale*. Milano: UTET.
- Di Nubila, R. D. (2005). *Il ruolo del formatore e la sua capacità di fare squadra con altri professionisti esperti*. In *Professione formatore. Il ruolo, le competenze, i luoghi e le prospettive*. Napoli: Edizioni scientifiche italiane.
- Frabboni, F., Pinto Minerva, F. (2013). *Manuale di pedagogia e didattica*. Roma-Bari: Laterza.
- Knowles, M. S. (1968). Androgogy, not Pedagogy. *Adult Leadership*, 16(10), 350-352.
- Kolb, D. A. (1976). Management and the Learning Process, *California Management Review*, 18(3), 21-31.
- Mera, Y., Rodríguez, G., Marin-Garcia, E. (2022). Unraveling the benefits of experiencing errors during learning: Definition, modulating factors, and explanatory theories. *Psychonomic bulletin & review*, 29(3), 753–765.
- Merriam, S. B., Caffarella, R. S., Baumgartner, L. M. (2007). *Learning in adulthood: A comprehensive guide (3rd ed.)*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Miller, G. E. (1990). The assessment of clinical skills/competence/performance. *Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges*, 65 (9 Suppl).
- Montessori, M. (1913). *Il metodo della pedagogia scientifica applicato all'educazione infantile nelle case dei bambini*. Roma: Loescher & Co.
- Nosari, S. (2013). *Capire l'educazione*. Milano: Mondadori.
- Nosari, S. (2020). *Fare educazione*. Milano: Mondadori.
- Pan, S. C., Sana, F., Samani, J., Cooke, J., Kim, J. A. (2020). Learning from errors: students' and instructors' practices, attitudes, and beliefs, *Memory*, 28(9), 1105–1122.
- Rogers, C. (2019). *La terapia centrata sul cliente*. Firenze: Giunti.
- Saiani, L. et al. (2009). *Documento di indirizzo su standard e principi del tirocinio nei CL delle Professioni sanitarie*.
- Santoni, L., Scalmanna, C. (2024). *Apprendere ad apprendere: il tutor nelle professioni sanitarie della riabilitazione*. In *Pedagogia e didattica per le professioni sanitarie*. Milano: UTET.
- Sasso, L., Lotti, A., Gamberoni, L. (2005). *Il tutor per le professioni sanitarie*. Carocci: Roma.

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

Vygotsky, L. (1978). *Mind in Society: Development of Higher Psychological Processes*. Edited by Cole M. et al. Cambridge: Harvard University Press.

Witheridge, A., Ferns, G., Scott-Smith, W. (2019). Revisiting Miller's pyramid in medical education: the gap between traditional assessment and diagnostic reasoning. *International journal of medical education*, 10, 191–192.

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>.