

Soft skills e Medical Humanities nella formazione sanitaria: bisogni formativi in una prospettiva di lifelong, lifewide e lifedeeep learning

Gabriella Aleandri, Cristiana Lucarelli

Lo studio si colloca in una prospettiva pedagogica orientata a un ripensamento della formazione nei contesti sanitari, alla luce della crescente consapevolezza in merito alla centralità delle dimensioni relazionali, emotive e organizzative della cura. A partire dall'analisi qualitativa delle esperienze riportate da professionisti sanitari, in questo articolo vengono approfonditi i bisogni formativi emergenti, evidenziando criticità nella gestione della comunicazione con pazienti e familiari, nelle dinamiche di équipe e nel carico emotivo connesso alla pratica di cura. Tali risultati rappresentano una base di riflessione per un ripensamento della formazione che non va concepita come semplice trasmissione di competenze, ma come una serie di processi dinamici, continui e trasformativi, orientati allo sviluppo delle soft skills e all'integrazione delle Medical Humanities, in una prospettiva di lifelong, lifewide e lifedeeep learning.

The study refers to a pedagogical perspective aimed at rethinking training in healthcare contexts, in light of the growing awareness of the centrality of the relational, emotional, and organizational dimensions of care. Based on a qualitative analysis of the experiences reported by healthcare professionals, this article explores emerging training needs, highlighting critical issues in managing communication with patients and families, team dynamics, and the emotional burden associated with care practices. These findings support a basis for reflecting towards rethinking training, not conceived as a mere transmission of skills, but as dynamic, continuing, and transformative processes, oriented towards the development of soft skills and the integration of Medical Humanities, within a lifelong, lifewide, and lifedeeep learning perspective.

Parole chiave: formazione sanitaria; soft skills; Medical Humanities; lifelong learning; apprendimento riflessivo.

Keywords: healthcare education; soft skills; Medical Humanities; lifelong learning; reflective learning.

1. Cornice teorica e prospettive pedagogiche

Negli ultimi anni, il tema della formazione dei professionisti sanitari ha assunto un ruolo rilevante nel dibattito pedagogico, in relazione alle profonde trasformazioni che stanno interessando anche i contesti di cura e i modelli organizzativi dei servizi. L'aumento della complessità clinica, la diffusione delle patologie croniche e la ridefinizione dei bisogni di salute hanno contribuito a modificare in maniera significativa le ca-

ratteristiche della pratica professionale, rendendo sempre più evidente come l'efficacia dell'intervento sanitario non possa essere ricondotta esclusivamente alla dimensione tecnico-specialistica, ma richieda l'integrazione di competenze relazionali, comunicative ed emotive¹.

Il crescente riconoscimento dell'importanza della relazione di cura, infatti, ha determinato un progressivo spostamento dell'attenzione dalla dimensione prestazionale a una concezione più ampia della professionalità sanitaria, nella quale assumono rilievo la capacità di ascolto, la gestione delle dinamiche comunicative e la costruzione dell'alleanza terapeutica. La relazione si delinea così non come semplice contesto dell'intervento tecnico, ma come dimensione costitutiva dell'agire professionale, incidendo sulla qualità dell'esperienza di cura e sugli esiti degli interventi². Essa implica, inoltre, una responsabilità etica nei confronti della persona assistita, richiedendo al professionista la capacità di riconoscerne la soggettività, i vissuti e le rappresentazioni della malattia.

Tale trasformazione sollecita una ridefinizione dell'identità professionale che va intesa come processo dinamico e riflessivo, fondato sull'integrazione tra saperi, valori e pratiche. In questo senso, la professionalità sanitaria si configura come una competenza contestualizzata, costruita nell'interazione tra conoscenza scientifica, esperienza e interpretazione dei contesti.

Nonostante tale consapevolezza sia ampiamente condivisa, i percorsi formativi risultano ancora prevalentemente orientati all'apprendimento di conoscenze e abilità tecniche (*hard skills*), lasciando in secondo piano quelle dimensioni che incidono sulla qualità della relazione di cura, tra cui le competenze trasversali (*soft skills*)³. Questo scarto tra competenze richieste e competenze sviluppate evidenzia una criticità strutturale che chiama in causa la riflessione pedagogica, sollecitando un ripensamento dei modelli educativo-formativi.

¹ Cfr. J. Frenk et al., *Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world*, in "The Lancet", 376, 2010, pp. 1923-1958.

² Cfr. R. Charon, *Narrative Medicine. Honoring the Stories of Illness*, Oxford, Oxford University Press, 2006.

³ Cfr. D.C. McClelland, *Testing for Competence Rather Than for "Intelligence"*, in "American Psychologist", 28 (1), 1-14, 1973; R.E. Boyatzis, *The competent manager. A model for effective performance*, London, Wiley, 1982; Spencer, L.M. e Spencer, S.M. (1995). *Competenza nel Lavoro*, tr. it. FrancoAngeli. V. Dolce, F. Emanuel, M. Cisi, and C. Ghislieri, *The Soft Skills of Accounting Graduates: Perceptions versus Expectations*, in "Accounting Education", 29, 57-76, 2020.

La formazione dei professionisti sanitari va pertanto ripensata come un insieme di processi orientati allo sviluppo globale della persona, valorizzando la dimensione riflessiva, etica e relazionale dell'agire professionale. L'apprendimento viene così interpretato non come accumulo di conoscenze, ma come costruzione di significati, strettamente connessa all'esperienza e alla sua rielaborazione critica. In tale direzione, assume particolare rilievo la capacità di riflettere sull'azione e nell'azione, sviluppando consapevolezza e responsabilità professionale⁴.

Il riferimento al *lifelong learning* consente di concepire la formazione come serie di processi dinamici, continui e trasformativi, che accompagna il professionista lungo tutto l'arco della vita⁵. L'apprendimento si delinea, pertanto, come esperienza permanente, che si sviluppa anche nei contesti di pratica e si alimenta attraverso processi riflessivi e critici, contribuendo alla costruzione dell'identità professionale, oltre che personale⁶.

Questa dimensione si intreccia e si integra con quella del *lifewide learning*, che evidenzia la valorizzazione delle molteplicità delle opportunità di apprendimento nella costruzione delle competenze. In ambito sanitario, ciò implica il riconoscimento del valore formativo anche delle esperienze professionali, delle relazioni e delle situazioni di vita, favorendo un'integrazione tra apprendimento formale, non formale e informale⁷. Il *lifewide learning*, quindi, valorizza l'integrazione interdisciplinare e il dialogo tra saperi, apprendimenti e contesti.

A tali estensioni si affianca il *lifedeeep learning*, che richiama la dimensione interiore, profonda e trasformativa dell'apprendimento, legata ai valori, alle motivazioni e alla costruzione di senso. Il *lifedeeep learning* promuove comprensione profonda e rielaborazione critica.

Pertanto, il paradigma del *lifelong, lifewide e lifedeeep learning* contribuisce a ridefinire il significato dell'apprendere anche specificatamente nei contesti professionali⁸.

⁴ Cfr. D. Schön, *The Reflective Practitioner. How Professionals Think in Action*, New York, Basic Books, 1983.

⁵ Cfr. M. Van der Schaaf, S. Van Geelen, B. Prakken, *Health professions education in times of societal challenges: acting at the agora*, in "European Journal of University Lifelong Learning", 5(1), 2021, pp. 7–14.

⁶ Cfr. G. Aleandri, C. Fiorentini, *Reflecting on the Latest PIAAC Data. What Education and Skills within the Lifelong Learning Perspective*, in "Giornale italiano di educazione alla salute, sport e didattica inclusiva", 9(1), 2025, pp. 1-28.

⁷ Cfr. G. Aleandri (a cura di), *Lifelong and lifewide learning and education: Spagna e Italia a confronto*, Roma, Roma TrE-Press, 2019.

⁸ Cfr. G. Aleandri (a cura di), *Lifelong and lifewide learning and education*, cit.

Secondo quanto delineato sopra, l'apprendimento coinvolge, così, la sfera cognitiva, emotiva ed esistenziale, contribuendo allo sviluppo di una identità professionale più consapevole⁹.

In questa direzione, le teorie dell'apprendimento trasformativo sottolineano come l'apprendimento adulto implichi una ristrutturazione critica degli schemi di significato, attraverso processi riflessivi che consentono di reinterpretare l'esperienza e costruire nuove prospettive¹⁰. Tali processi risultano particolarmente rilevanti nei contesti sanitari, caratterizzati da complessità, incertezza e coinvolgimento emotivo.

I modelli di apprendimento esperienziale evidenziano, pertanto, il ruolo centrale dell'esperienza e della riflessione nella costruzione della conoscenza, attraverso un processo circolare che integra azione e rielaborazione critica¹¹.

All'interno della cornice teorica sopra delineata, si ritiene opportuno ripensare la formazione sanitaria promuovendo un'integrazione tra profondità e ampiezza dell'apprendimento e orientandola verso lo sviluppo di una professionalità riflessiva, capace di interpretare e affrontare la complessità dei contesti clinici e assistenziali¹².

Le *Medical Humanities* si collocano in questo spazio come dispositivo pedagogico privilegiato, in grado di integrare dimensione scientifica e umanistica, che ricomprende le scienze dell'educazione e le scienze umane. Attraverso la narrazione, le arti e le scienze umane, esse favoriscono lo sviluppo di competenze empatiche e riflessive, contribuendo a una comprensione più articolata dell'esperienza di cura¹³.

⁹ *Ibidem*.

¹⁰ Cfr. J. Mezirow, *Transformative Dimensions of Adult Learning*, San Francisco, Jossey-Bass, 1991; J. Mezirow, *Apprendimento e trasformazione. Il significato dell'esperienza e il valore della riflessione nell'apprendimento degli adulti*. Tr. it. Raffaello Cortina Editore, 2003; J. Mezirow, *La teoria dell'apprendimento trasformativo. Imparare a pensare come un adulto*. Tr. it., Raffaello Cortina Editore, 2016; J. Mezirow & Associates (Eds.), *Learning as Transformation: Critical Perspectives on a Theory in Progress*. Jossey-Bass, 2000

¹¹ Cfr. D. Kolb, *Experiential Learning: Experience as the Source of Learning and Development*, Englewood Cliffs, Prentice Hall, 1984. Cfr. anche G. Aleandri, C. Fiorentini, *Le competenze di ricerca pedagogica per l'educazione permanente e continua*, in "CQIA Rivista", vol. 37, 2022, pp. 35-55.

¹² B. Morsello, C. Cilona, F. Misale (a cura di), *Medicina narrativa. Temi, esperienze e riflessioni*, Roma, Roma TrE-Press, 2017.

¹³ Cfr. A. Bleakley, *Medical Humanities and Medical Education: How the Medical Humanities Can Shape Better Doctors*, London, Routledge, 2015; R. Charon, *Narrative Medicine. Honoring the Stories of Illness*, Oxford, Oxford University Press, 2006.

Alla luce di tali considerazioni, emerge tutt'oggi un gap tra competenze richieste nella pratica e competenze sviluppate nei percorsi formativi iniziali e permanenti. Tale gap richiama la necessità di concepire la formazione come processo continuo, trasformativo e integrato.

In questo contesto, lo studio conoscitivo esplorativo che abbiamo realizzato indaga i bisogni formativi emergenti attraverso l'analisi qualitativa delle risposte aperte di professionisti sanitari che vi hanno partecipato, con l'obiettivo di individuare le principali criticità e di interpretarle alla luce delle prospettive pedagogiche delineate.

2. *Disegno dell'indagine e contesto di riferimento*

L'indagine si colloca all'interno di una cornice metodologica qualitativa, si configura come ricerca esplorativa ed è orientata alla individuazione dei bisogni formativi espliciti, ma anche impliciti, percepiti da professionisti operanti nei contesti sanitari e riabilitativi. Tale scelta metodologica risponde all'esigenza di accedere alle rappresentazioni soggettive attraverso cui i professionisti interpretano le difficoltà incontrate nella pratica quotidiana. In questo senso, l'approccio qualitativo risulta particolarmente adeguato per indagare dimensioni comunicative, relazionali ed emotive, difficilmente rilevabili attraverso procedure standardizzate di tipo esclusivamente quantitativo¹⁴.

L'attenzione è stata rivolta alle modalità attraverso cui i professionisti attribuiscono significato alle criticità connesse al lavoro di cura, considerando tali rappresentazioni non come semplici descrizioni operative, ma come espressione di vissuti professionali situati. In questa prospettiva, l'indagine si iscrive in un orientamento che riconosce il valore epistemologico dell'esperienza e della narrazione come accesso privilegiato alla dimensione soggettiva dell'agire professionale¹⁵.

Hanno preso parte allo studio 54 professionisti sanitari e della riabilitazione coinvolti in attività clinico-assistenziali. I partecipanti sono prevalentemente logopedisti (n=21), fisioterapisti (n=18), psicologi (n=5), un educatore professionale e altre figure professionali dell'ambito sanitario e riabilitativo, tra cui medici, terapisti della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva e altri professionisti specialistici. I parte-

¹⁴ Cfr. J.W. Creswell, C.N. Poth, *Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing Among Five Approaches*, Thousand Oaks, Sage, 2018.

¹⁵ Cfr. R. Charon, *Narrative Medicine: Honoring the Stories of Illness*, Oxford, Oxford University Press, 2006.

cipanti presentavano livelli eterogenei di esperienza professionale: 29 professionisti con oltre venti anni di attività, 14 con un'esperienza compresa tra undici e venti anni, 8 tra sei e dieci anni e 3 tra uno e cinque anni.

La presenza di profili professionali e livelli di esperienza differenti è stata richiesta in quanto considerata coerente con la natura esplorativa dello studio, orientata a raccogliere una pluralità di narrazioni in merito alla pratica professionale e alle criticità riscontrate volte a individuare specifici bisogni formativi.

La partecipazione è avvenuta su base volontaria e i dati sono stati raccolti in forma anonima, nel rispetto dei principi etici della ricerca, al fine di garantire la libertà espressiva dei partecipanti e favorire l'autenticità delle risposte.

La raccolta dei dati è stata realizzata attraverso un questionario strutturato comprendente domande chiuse e aperte. Le domande chiuse erano finalizzate alla raccolta di informazioni descrittive relative alle caratteristiche socio-professionali dei partecipanti e ad aspetti connessi alle percezioni riguardanti competenze trasversali, *Medical Humanities* e bisogni formativi, attraverso modalità di risposta strutturate e predefinite, mentre le domande stimolo aperte sono state elaborate al fine di consentire e stimolare risposte con contenuti spontaneamente e autonomamente pensati e narrati, che non fossero influenzati dallo strumento di ricerca.

Sebbene il questionario comprendesse una componente sia chiusa sia aperta, il presente contributo focalizza l'attenzione esclusivamente sulle risposte aperte, in quanto tale scelta è risultata maggiormente coerente con il taglio specifico e l'obiettivo di questo studio, orientato ad approfondire i significati attribuiti liberamente dai partecipanti o riconducibili ai bisogni formativi percepiti e alle dimensioni relazionali, esperienziali e riflessive della pratica professionale. Le risposte aperte, inoltre, sono state considerate maggiormente in grado di restituire la complessità delle esperienze soggettive, dei vissuti professionali e delle rappresentazioni associate al lavoro di cura¹⁶.

Le domande aperte, articolate intorno ad alcuni ambiti tematici relativi all'esperienza professionale e ai bisogni formativi percepiti, hanno sollecitato riflessioni relative alle difficoltà incontrate nella relazione con i pazienti e i familiari, nella gestione delle dinamiche di *équipe* e

¹⁶ Cfr. J.W. Creswell, C.N. Poth, *Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing Among Five Approaches*, Thousand Oaks, Sage, 2018.

nell'elaborazione degli aspetti emotivi connessi al lavoro di cura, favorendo l'emersione di contenuti non facilmente rilevabili attraverso strumenti con modalità di risposta maggiormente strutturate e predefinite.

Il questionario è stato somministrato in formato digitale e le risposte raccolte sono state successivamente organizzate ai fini dell'analisi qualitativa. Quest'ultima si è sviluppata attraverso un processo progressivo di lettura e rilettura dei materiali, volto a individuare nuclei di significato ricorrenti e a costruire una rappresentazione interpretativa dei contenuti emersi.

Le risposte aperte sono state analizzate utilizzando il metodo di analisi tematica ispirato al modello proposto da Braun e Clarke¹⁷, ritenuto appropriato in quanto consente un'analisi approfondita dei contenuti che si reputa particolarmente importante in caso di progetti di ricerca esplorativa e in quanto metodo rigoroso ma flessibile, seppur consapevole della necessità di restare ancorate ai testi delle risposte fornite per evitare interpretazioni troppo soggettive da parte delle ricercatrici. Si è proceduto attraverso successive fasi di familiarizzazione con i dati, identificazione dei codici iniziali, aggregazione in categorie tematiche e costruzione di macro-aree interpretative. I contenuti sono stati progressivamente raggruppati sulla base della loro ricorrenza e rilevanza, delineando un quadro articolato dei bisogni formativi espressi dai partecipanti, avendo cura di non incorrere in eccessive semplificazioni.

In questa prospettiva, l'analisi si delinea come un processo interpretativo orientato non soltanto alla descrizione dei contenuti, ma anche alla loro comprensione alla luce del quadro teorico di riferimento. Le criticità emerse sono state quindi lette come espressione di dinamiche più ampie riconducibili ai modelli formativi e alle caratteristiche dei contesti professionali, consentendo di interpretare i dati empirici alla luce della cornice teorica adottata.

Infine, la scelta dell'approccio qualitativo ha consentito di valorizzare la dimensione narrativa delle esperienze professionali, riconoscendo alle scritture e alle parole dei partecipanti un ruolo centrale nella costruzione della conoscenza. Le risposte sono state pertanto considerate non come semplici dati da classificare, ma come testi da interpretare in maniera approfondita, capaci di restituire la complessità dei vissuti e di offrire indicazioni rilevanti per la riflessione pedagogica.

¹⁷ Cfr. V. Braun, V. Clarke, *Using thematic analysis in psychology*, in "Qualitative Research in Psychology", 3(2), 2006, pp. 77-101.

3. *Analisi dei dati e considerazioni interpretative*

L'analisi tematica delle risposte aperte, realizzata senza il ricorso a software, seppur oggi sempre più accurati e raffinati, per evitare il rischio di perdere sfaccettature linguistiche e semantiche anche minime nei contenuti, ha consentito di individuare cinque principali aree di criticità percepite dai partecipanti, delineando un quadro articolato dei bisogni formativi emergenti. Attraverso un processo progressivo di lettura, codifica e aggregazione dei contenuti, sono stati identificati nuclei di significato ricorrenti relativi alle dimensioni comunicativo-relazionali, organizzative ed emotive del lavoro di cura.

La successiva organizzazione dei contenuti emersi nelle categorie tematiche è stata dedicata all'analisi qualitativa dei dati.

In tale prospettiva, le frequenze riportate nella Tabella 1 si riferiscono al numero complessivo di ricorrenze dei nuclei di significato emersi dalle risposte aperte e non al numero dei partecipanti. Una singola risposta poteva infatti contenere più nuclei di significato riconducibili a differenti categorie tematiche e contribuire pertanto a più aree di analisi. Di conseguenza, il numero complessivo delle frequenze rilevate all'interno di una stessa area tematica può risultare superiore al numero delle risposte analizzate, poiché ciascun contributo testuale poteva generare più unità di significato nel corso dell'analisi. Inoltre, una singola risposta poteva contenere più riferimenti riconducibili anche alla medesima area tematica, contribuendo così ad incrementarne la frequenza complessiva.

La distribuzione delle aree individuate sembra coerente con l'ipotesi di un possibile disallineamento tra modelli formativi tradizionalmente centrati su competenze disciplinari e bisogni emergenti nella pratica professionale. Nel complesso, le risposte mostrano una maggiore concentrazione nelle aree relative alle competenze comunicativo-relazionali e alle dinamiche di *équipe*, seguite dagli aspetti legati alla gestione emotiva, ai vincoli organizzativi e ai bisogni formativi esplicitamente dichiarati (cfr. Tabella 1).

Tabella 1 – Temi principali emersi dalle risposte aperte

Tema	Descrizione	Frequenza (n)
Competenze comunicativo-relazionali	Difficoltà nella comunicazione con pazienti e familiari, necessità di empatia, ascolto attivo e costruzione dell'alleanza terapeutica	86
Dinamiche di équipe e gestione dei conflitti	Criticità nella collaborazione interprofessionale, comunicazione tra colleghi e gestione dei conflitti all'interno dell'équipe	50
Gestione emotiva e stress professionale	Carico emotivo, stress, burnout e difficoltà nella gestione delle emozioni nella pratica clinica	28
Vincoli organizzativi e carico di lavoro	Mancanza di tempo, elevato carico di lavoro, inefficienze organizzative e bisogno di spazi strutturati di confronto	21
Bisogni formativi (soft skills / Medical Humanities)	Richiesta esplicita di formazione su competenze relazionali, emotive e comunicative, con riferimento anche alle Medical Humanities	6

Nota. Frequenza: numero complessivo di ricorrenze dei nuclei di significato associati a ciascun tema emerso dalle risposte aperte. Una singola risposta, in quanto libera e articolata, poteva contenere più nuclei di significato ed essere riferita a più categorie tematiche.

Tale configurazione suggerisce una gerarchia implicita dei bisogni percepiti, nella quale le dimensioni relazionali ed emotive assumono un ruolo prioritario. La minore frequenza dei riferimenti espliciti alle *Medical Humanities*, ad ogni buon conto, può non essere interpretata necessariamente come scarsa rilevanza del tema, ma piuttosto come possibile indicatore della necessità di una maggiore familiarizzazione e conoscenza da parte dei professionisti con tale prospettiva formativa.

3.1. *Competenze comunicativo-relazionali*

L'area più frequentemente richiamata dai partecipanti, come anticipato sopra, riguarda le competenze comunicativo-relazionali, che emergono come una dimensione cruciale e al tempo stesso problematica della pratica professionale. Le difficoltà segnalate riguardano in particolare la gestione della comunicazione con pazienti e familiari, evidenziando la complessità della costruzione dell'alleanza terapeutica e la

necessità di sviluppare capacità di ascolto attivo, empatia e modulazione della comunicazione.

Al di là della frequenza delle ricorrenze, ciò che appare rilevante è il significato attribuito a tali difficoltà. Esse non vengono descritte semplicemente come carenze operative, ma come elementi che incidono sulla qualità della relazione di cura e, di conseguenza, sull'efficacia dell'intervento professionale. La comunicazione si tratteggia dunque non come competenza accessoria, ma come dimensione strutturale dell'agire sanitario e riabilitativo.

Le risposte evidenziano, inoltre, una percezione diffusa, anche se non sempre pienamente consapevole e esplicita, della necessità di rafforzare i percorsi formativi nell'educazione sia iniziale sia permanente dedicati a tali competenze. I professionisti riconoscono infatti l'importanza delle abilità comunicativo-relazionali, ma segnalano la scarsità di occasioni formative specificamente orientate a questi aspetti. Ciò suggerisce l'esistenza di un bisogno formativo particolarmente rilevante, soprattutto in contesti nei quali la relazione rappresenta un elemento costitutivo del processo di cura.

La difficoltà nella gestione della comunicazione può essere interpretata, in questo senso, non soltanto come una criticità riconducibile alla dimensione individuale, ma anche come elemento potenzialmente associato alla necessità di una più ampia integrazione delle competenze comunicative all'interno dei percorsi formativi dei professionisti sanitari. La letteratura recente evidenzia infatti come, nonostante una crescente attenzione a tali competenze, esse risultino ancora non sempre pienamente integrate nei processi di formazione e valutazione delle professioni sanitaria¹⁸.

3.2. *Dinamiche di équipe e gestione dei conflitti*

Una seconda area di criticità riguarda le dinamiche di *équipe* e la gestione dei conflitti. Le difficoltà segnalate attengono alla collaborazione interprofessionale, alla comunicazione tra colleghi e alla gestione delle tensioni all'interno dei gruppi di lavoro.

Questi elementi restituiscono la complessità dei contesti organizzativi nei quali i professionisti operano, caratterizzati da una crescente in-

¹⁸ Cfr. C. Gilligan, M.M. Bujnowska-Fedak, G. Essers et al., *Assessment of communication skills in health professions education; Ottawa 2024 consensus statement*, in "Medical Teacher", 46(12), 2024, pp. 1593–1606.

terdipendenza tra ruoli e competenze. In tali contesti, la capacità di lavorare in *équipe* assume un'importanza fondamentale, richiedendo competenze che vanno oltre la preparazione tecnico-specialistica.

Le criticità emerse evidenziano tuttavia una difficoltà diffusa nella gestione delle relazioni professionali e nella costruzione di forme di collaborazione efficaci. In particolare, il conflitto appare spesso percepito come elemento destabilizzante, piuttosto che come possibile occasione di confronto, negoziazione e crescita professionale.

Tali elementi possono essere letti come espressione di un bisogno formativo nell'ambito delle competenze collaborative, sempre più importanti nei contesti lavorativi contemporanei e, in particolare, nei servizi sanitari e riabilitativi.

3.3. *Gestione emotiva e stress professionale*

Il tema della gestione emotiva e dello stress professionale emerge come un ulteriore elemento di rilievo, evidenziando la presenza di un significativo carico emotivo associato al lavoro di cura. I partecipanti fanno riferimento a situazioni di stress, affaticamento e, in alcuni casi, a condizioni riconducibili al rischio di *burnout*.

Questi elementi mettono in luce una dimensione spesso trascurata nei percorsi formativi, ma molto rilevante nella pratica professionale. Il lavoro sanitario e riabilitativo implica infatti un costante coinvolgimento emotivo, legato al contatto con la sofferenza, la malattia, la disabilità e le aspettative dei pazienti e dei familiari.

Le difficoltà riportate suggeriscono la necessità di rafforzare strumenti formativi orientati all'elaborazione dell'esperienza emotiva. Tale esigenza riguarda non solo il benessere personale del professionista, ma anche la qualità della relazione di cura e la sostenibilità dell'impegno professionale nel tempo.

In questa prospettiva, la gestione emotiva può essere letta non esclusivamente come una dimensione individuale, ma anche come aspetto che si inserisce all'interno di una più ampia riflessione pedagogica relativa ai processi di formazione, accompagnamento e supervisione nei contesti di cura. Diversi contributi hanno infatti evidenziato come l'esposizione continuativa alle dimensioni relazionali ed emotive del lavoro sanitario renda rilevante lo sviluppo di spazi formativi orientati

alla riflessività, alla consapevolezza professionale e al sostegno dell'esperienza di cura¹⁹.

3.4. *Vincoli organizzativi e carico di lavoro*

Un'altra area di criticità riguarda i vincoli organizzativi e il carico di lavoro, ritenuti fattori che incidono sulla qualità dell'intervento professionale. I partecipanti segnalano in particolare la mancanza di tempo, l'elevato carico assistenziale, alcune inefficienze organizzative e l'assenza o insufficienza di spazi strutturati di confronto.

Questi aspetti evidenziano come le condizioni organizzative possano limitare concretamente l'espressione di competenze riconosciute come fondamentali. In particolare, emerge il bisogno di occasioni nelle quali sia possibile condividere esperienze, discutere criticità e rielaborare le situazioni complesse incontrate nella pratica quotidiana.

Pertanto, riteniamo opportuno considerare la formazione in stretta connessione con i contesti organizzativi, riconoscendo come lo sviluppo professionale possa risultare influenzato anche dalle condizioni concrete entro cui le competenze vengono esercitate, sostenute e progressivamente rielaborate nella pratica professionale. In questa prospettiva, l'acquisizione e il consolidamento delle competenze non sembrano dipendere esclusivamente dai contenuti trasmessi nei percorsi formativi, ma anche dalle possibilità offerte dai contesti di lavoro di promuovere confronto professionale, riflessione condivisa e occasioni di apprendimento derivanti dall'esperienza. Tali elementi possono contribuire a sostenere processi di costruzione e rielaborazione delle competenze, in particolare nelle dimensioni relazionali e comunicative dell'agire professionale²⁰.

¹⁹ Cfr. A. Bleakley, *Medical Humanities and Medical Education: How the Medical Humanities Can Shape Better Doctors*, London, Routledge, 2015; R. Charon, *Narrative Medicine: Honoring the Stories of Illness*, Oxford, Oxford University Press, 2006; J. Sandars, D. Allan, J. Price, *Reflective Practice by Health Professions Educators to Enhance Learning and Teaching: AMEE Guide No. 166*, in "Medical Teacher", 46(7), 2024, pp. 864–873.

²⁰ Cfr. S. Billett, *Integrating Practice-Based Experiences into Higher Education*, Dordrecht, Springer, 2015; M. Van der Schaaf, S. Van Geelen, B. Prakken, *Health professions education in times of societal challenges: Acting at the agora*, in "European Journal of University Lifelong Learning", 5(1), 2021, pp. 7–14.

3.5. Bisogni formativi relativi a *soft skills* e *Medical Humanities*

Infine, sebbene con minore frequenza, emerge in modo esplicito la richiesta di percorsi formativi dedicati allo sviluppo delle *soft skills* e all'integrazione delle *Medical Humanities*. Tale dato, pur quantitativamente meno rilevante rispetto alle altre aree, assume un significato particolarmente interessante.

La bassa frequenza dei riferimenti espliciti alle *Medical Humanities* può essere interpretata, in questa prospettiva, non necessariamente come assenza di interesse o di bisogno formativo, ma potenzialmente come indicatore di una limitata familiarità con tale approccio o di una sua ridotta integrazione nei percorsi formativi e professionali. Alcuni contributi hanno infatti evidenziato come le *Medical Humanities*, pur avendo acquisito crescente attenzione negli ultimi anni, trovino ancora modalità eterogenee di applicazione e di integrazione all'interno dei percorsi di formazione sanitaria, con livelli differenti di diffusione e riconoscimento tra professionisti e contesti di pratica²¹.

Al contrario, le criticità maggiormente ricorrenti – comunicazione, relazione, gestione emotiva, conflitto, collaborazione e riflessione sull'esperienza – rinviano proprio ad ambiti nei quali le *Medical Humanities* possono offrire un contributo pedagogico significativo.

Nel loro insieme, i risultati delineano un quadro coerente delle criticità e sembrano sostenere la necessità e opportunità di ripensare i modelli formativi in ambito sanitario e riabilitativo in una prospettiva più integrata, capace di valorizzare le *soft skills*, in particolar modo gli aspetti legati alla gestione delle relazioni professionali, delle dinamiche comunicative e delle esperienze emotive associate ai contesti di cura, la riflessività professionale e l'apprendimento lungo tutto l'arco della vita²².

4. Implicazioni formative e prospettive pedagogiche

Le analisi delle risposte sollecitano quindi un ripensamento dei modelli formativi in ambito sanitario, traducendo e interpretando le criti-

²¹ Cfr. A. Bleakley, *Medical Humanities and Medical Education: How the Medical Humanities Can Shape Better Doctors*, London, Routledge, 2015; G. Aleandri, C. Lucarelli, *Medical humanities in rehabilitation: theoretical horizons and research perspectives*, in "Giornale italiano di educazione alla salute, sport e didattica inclusiva", 9(4), 2025, pp. 1–12.

²² Bleakley A., *Medical Humanities and Medical Education: How the Medical Humanities Can Shape Better Doctors*, London, Routledge, 2015.

cità riscontrate in modelli e dispositivi formativi concreti, orientando la formazione verso un approccio più integrato, capace di sostenere lo sviluppo della persona e della professionalità nel loro intreccio dinamico²³.

Le criticità rilevate possono essere lette non soltanto come lacune individuali, ma anche come espressione più generale di una distanza tra modelli formativi e complessità dei contesti di cura. La ricorrenza di difficoltà nella comunicazione, nella gestione delle dinamiche di *équipe* e nel carico emotivo evidenzia la necessità di ripensare le strategie e i dispositivi formativi, valorizzando quindi dimensioni spesso ancora marginalizzate nei *curricula* tradizionali della formazione iniziale, ma anche in quella continua e permanente.

Il riconoscimento dell'importanza del ruolo delle competenze comunicativo-relazionali implica anche il riconoscimento della relazione di cura come ambito specifico di apprendimento. In tale direzione, appare necessario promuovere attività formative che consentano ai professionisti di sperimentare e rielaborare anche le proprie pratiche comunicative, attraverso metodi quali simulazione, *role-playing* e analisi di situazioni complesse, contribuendo allo sviluppo di competenze situate, ossia rendendo capaci di agire in modo efficace nei contesti concreti di pratica, integrando conoscenze, esperienze e interpretazioni consapevoli.

Le difficoltà emerse nelle dinamiche di *équipe* evidenziano inoltre come la collaborazione interprofessionale richieda un apprendimento intenzionale, che non può essere considerato un esito spontaneo dell'esperienza lavorativa, ma implica, anche qui, il rinnovamento di processi formativi che siano orientati allo sviluppo di competenze comunicative, relazionali e collaborative, fondamentali per favorire il dialogo tra professionalità differenti e la costruzione di pratiche condivise. L'introduzione di contesti di apprendimento interprofessionale consente dunque di sviluppare competenze legate alla comunicazione tra pari, alla negoziazione e alla gestione costruttiva del conflitto, promuovendo al contempo la costruzione di una cultura professionale condivisa

²³ Cfr. World Health Organization, *Transforming and scaling up health professionals' education and training*, Geneva, WHO, 2013; M. Van der Schaaf, S. Van Geelen, B. Prakken, *Health professions education in times of societal challenges: Acting at the agora*, in "European Journal of University Lifelong Learning", 5(1), 2021, pp. 7–14; C. Gilligan, M.M. Bujnowska-Fedak, G. Essers et al., *Assessment of communication skills in health professions education: Ottawa 2024 consensus statement*, in "Medical Teacher", 46(12), 2024, pp. 1593–1606.

e, anche, processi di apprendimento reciproco tra differenti professionalità²⁴.

Un ulteriore elemento riguarda il ruolo delle emozioni nei contesti lavorativi e, più specificamente, la gestione della dimensione emotiva del lavoro di cura, che emerge come componente strutturale della pratica professionale. La letteratura ha evidenziato come le emozioni non rappresentino esclusivamente aspetti individuali o accessori dell'esperienza lavorativa, ma costituiscano elementi che influenzano i processi relazionali, decisionali e organizzativi, incidendo sulle modalità attraverso cui i professionisti interpretano e affrontano le richieste connesse ai contesti di cura²⁵. In questa prospettiva, le criticità riportate richiamano la necessità di riconoscere tale dimensione come parte integrante della formazione, promuovendo modelli orientati alla riflessione sull'esperienza, alla consapevolezza emotiva e allo sviluppo di strategie di autoregolazione. Ciò appare particolarmente rilevante anche in relazione al benessere dei professionisti²⁶ e alla prevenzione del *burnout*.

In questo quadro, le *Medical Humanities* possono essere considerate un dispositivo pedagogico in grado di integrare dimensione cognitiva ed esperienza vissuta²⁷. Attraverso strumenti narrativi, artistici e riflessivi, esse favoriscono l'accesso alla dimensione soggettiva dell'esperienza di malattia e contribuiscono allo sviluppo di una professionalità più consapevole e attenta alla persona nella sua globalità, concetto che è ovviamente inteso in senso rinnovato e contemporaneo²⁸ rispetto alla tradizionale corrente personalista²⁹ che pur contiene intuizioni ancora attuali, che riconoscono la centralità della persona nella sua dimensione relazionale, valoriale e progettuale.

Le *Medical Humanities*, pertanto, si rivelano efficaci per lo sviluppo di competenze comunicative, riflessive ed empatiche, contribuendo al

²⁴ Cfr. D.A. Schön, *The Reflective Practitioner. How Professionals Think in Action*, New York, Basic Books, 1983; M. Van der Schaaf, S. Van Geelen, B. Prakken, *Health professions education in times of societal challenges: Acting at the agora*, in "European Journal of University Lifelong Learning", 5(1), 2021, pp. 7–14.

²⁵ Cfr. H. Feng et al., *The Level and Outcomes of Emotional Labor in Nurses: A Scoping Review*, in "Journal of Nursing Management", 2024, art. 5317359.

²⁶ Cfr. G. Aleandri, C. Fiorentini, *Le competenze di ricerca pedagogica*, cit.

²⁷ Cfr. G. Aleandri, C. Lucarelli, *Medical humanities in rehabilitation: theoretical horizons and research perspectives*, in "Giornale italiano di educazione alla salute, sport e didattica inclusiva", 9 (4), 2025, pp. 1-12.

²⁸ Cfr. G. Aleandri (a cura di), *Lifelong and lifewide learning and education*, cit.

²⁹ Cfr. E. Mounier, *Il personalismo*, a cura di G. Campanini e M. Pesenti, Roma, AVE, 2004

rafforzamento di quelle *soft skills* sempre più riconosciute come rilevanti nei contesti di cura e la cui acquisizione e consolidamento sembrano richiedere specifici percorsi formativi orientati alla dimensione relazionale ed esperienziale dell'apprendimento³⁰.

Le risposte aperte dei partecipanti suggeriscono, inoltre, la necessità di collocare tali interventi entro una prospettiva di apprendimento permanente, che riconosca al suo interno anche il carattere continuo dello sviluppo professionale, strettamente connesso ai contesti reali di pratica e alle esperienze professionali. In tale direzione, il riferimento al *lifelong learning* consente di interpretare la formazione come processo esteso lungo tutto l'arco della vita, mentre le dimensioni del *lifewide* e del *lifedeeep learning* permettono di coglierne la complessità e la profondità, evidenziando il ruolo dei diversi contesti di esperienza e la dimensione trasformativa dell'apprendimento³¹.

Si prospetta una concezione della formazione come un insieme di processi trasformativi, capaci di incidere non solo sulle competenze, ma sulle rappresentazioni e sull'identità professionale. Ciò implica una revisione anche delle metodologie didattiche e educative, che vanno strutturate come approcci attivi e partecipativi, nei quali il soggetto sia coinvolto in processi di apprendimento esperienziale e riflessivo.

In questo senso, pratiche quali la simulazione, la narrazione e la discussione di casi complessi assumono un ruolo importante, in quanto promuovono la costruzione di conoscenze ancorate ai contesti di pratica e la rielaborazione dell'esperienza.

Infine, il ruolo delle istituzioni formative appare cruciale nel promuovere modelli e ambienti di apprendimento capaci di integrare dimensioni cognitive, emotive e relazionali.

La formazione va, quindi, ripensata, anche come spazio di elaborazione e trasformazione dell'esperienza, in grado di sostenere il profes-

³⁰ Cfr. M. Paglialonga et al., Educare alle relazioni di cura: *le Best Practice di un percorso in Medical Humanities su empatia e competenze comunicative nei professionisti sanitari*, in "Pampaedia – Bollettino As.Pe.I. Educare è crescere insieme", 199, 2025, pp. 242-255.

³¹ Cfr. G. Aleandri e E. Consoli, *Metodi autobiografici e coding per lo sviluppo dell'autoconsapevolezza e delle competenze trasversali*. In "Journal of Educational, Cultural and Psychological Studies", vol. 21, 2020, pp. 275-300.; G. Aleandri (a cura di), *Lifelong and lifewide learning and education*, cit.; P. Di Rienzo, *Il lifelong learning come prospettiva politica e teorica per l'educazione degli adulti*, in "Pedagogia Oggi", 22(2), 2024, pp. 40-46; UNESCO Institute for Lifelong Learning, *Embracing a Culture of Lifelong Learning*, Hamburg, UNESCO Institute for Lifelong Learning, 2020.

sionista nell'affrontare la complessità dei contesti di cura contemporanei.

5. *Formazione e apprendimento nei contesti di cura: lifelong, lifewide e lifedeeep learning*

I risultati emersi possono essere interpretati alla luce di un quadro pedagogico contemporaneo che abilita a leggere i bisogni formativi come espressione di una trasformazione più ampia dei modelli di formazione nei contesti sanitari. Le criticità rilevate, concentrate, come abbiamo evidenziato sopra, nelle dimensioni relazionali, emotive e organizzative della pratica professionale, non rimandano soltanto a bisogni formativi specifici, ma interrogano in profondità i modelli educativi sottesi ai percorsi di formazione.

In questa prospettiva, il riferimento al paradigma del *lifelong learning* consente di interpretare la formazione come processo continuo di costruzione dell'identità sia personale sia professionale, nel quale esperienza e riflessione assumono un ruolo centrale. Le competenze relazionali ed emotive, infatti, vengono concepite come dimensioni dinamiche, che si trasformano in relazione ai contesti e alle esperienze vissute, richiedendo un costante lavoro di aggiornamento e rielaborazione. In ambito sanitario, ciò appare particolarmente evidente, in quanto i professionisti sono chiamati a confrontarsi con situazioni complesse, non standardizzate e spesso emotivamente coinvolgenti, che sollecitano una continua ridefinizione delle proprie pratiche e dei propri significati professionali.

Accanto a questa dimensione diacronica della formazione, nelle risposte dei partecipanti si individua la necessità di promuovere forme di apprendimento più profonde, riconducibili alla prospettiva del *lifedeeep learning*. Le difficoltà segnalate nella gestione della relazione di cura e del carico emotivo suggeriscono infatti i limiti di una formazione che non incida sulle rappresentazioni e sulle modalità di interpretazione della realtà. In questo senso, l'apprendimento significativo si configura come un processo che implica riflessione, comprensione, integrazione e rielaborazione dell'esperienza, favorendo una trasformazione non solo delle competenze, ma anche delle cornici interpretative del professionista. Tale prospettiva risulta coerente con i modelli di apprendi-

mento trasformativo, nei quali il cambiamento riguarda il modo stesso di attribuire senso alle esperienze professionali³².

Parallelamente, le criticità emerse nelle dinamiche di *équipe* e nella gestione dei contesti organizzativi evidenziano la necessità di ampliare gli orizzonti della formazione in direzione di un apprendimento di tipo *lifewide*, inteso come sviluppo di competenze che si articolano e si consolidano nei diversi contesti di esperienza, formali, non formali e informali. In questa prospettiva, la formazione va concepita come un insieme di percorsi intenzionali e strutturati, ma riteniamo altresì opportuno che includa e valorizzi anche le occasioni di apprendimento che emergono nella pratica quotidiana, nelle interazioni professionali e nei contesti organizzativi.

Le difficoltà nella collaborazione interprofessionale e nella gestione della complessità organizzativa suggeriscono, inoltre, come un approccio esclusivamente disciplinare risulti insufficiente a comprendere e affrontare la pluralità dei fattori in gioco. In questo senso, l'integrazione di prospettive diverse – biomediche, psicologiche, educative, sociali ed etiche – appare fondamentale per sviluppare una visione più articolata e sistemica della pratica di cura.

È proprio in questo assetto che le *Medical Humanities*, concepite in maniera integrata come abbiamo proposto sopra, assumono una funzione formativa centrale, prospettandosi come paradigma pedagogico capace di promuovere apprendimenti significativi e trasformativi. Anche attraverso pratiche espressive e linguaggi artistici, esse favoriscono l'esplorazione della dimensione soggettiva dell'esperienza, sia di malattia sia professionale, consentendo di attribuire significato ai vissuti, alle emozioni e alle rappresentazioni che accompagnano la relazione di cura e i processi professionali. Ciò contribuisce allo sviluppo di competenze riflessive ed empatiche, favorendo la costruzione di conoscenze

³² Cfr. J. Mezirow, *Transformative Dimensions of Adult Learning*, San Francisco, Jossey-Bass, 1991; J. Mezirow, *Apprendimento e trasformazione. Il significato dell'esperienza e il valore della riflessione nell'apprendimento degli adulti*. Tr. it., Milano, Raffaello Cortina Editore, 2003; J. Mezirow, *La teoria dell'apprendimento trasformativo. Imparare a pensare come un adulto*, Tr. it., Milano, Raffaello Cortina Editore, 2016; Cfr. J. Mezirow & Associates (a cura di), *Learning as Transformation: Critical Perspectives on a Theory in Progress*, San Francisco, Jossey-Bass, 2000; Cfr. anche E.W. Taylor, P. Cranton (a cura di), *The Handbook of Transformative Learning: Theory, Research, and Practice*, San Francisco, Jossey-Bass, 2012; G. Aleandri, C. Fiorentini, *Le competenze di ricerca pedagogica per l'educazione permanente e continua*, in "CQIA Rivista", vol. 37, 2022, pp. 35-55, 2022.

radicate nei contesti di esperienza e una comprensione più articolata della relazione di cura³³.

Il paradigma del *lifelong, lifewide e lifedeeep learning* delinea un quadro teorico che consente di interpretare i risultati del presente studio in chiave sistemica, evidenziando la necessità di un cambiamento paradigmatico nei modelli formativi.

La formazione dei professionisti sanitari è chiamata a essere concepita e realizzata come un processo continuo, profondo e interdisciplinare, orientato non soltanto all'acquisizione di competenze, ma alla costruzione di una professionalità capace di interpretare criticamente i contesti, attribuire significato alle esperienze e rispondere in modo consapevole alle sfide emergenti.

6. Riflessioni conclusive: verso una formazione integrata, trasformativa e permanente nei contesti di cura

Lo studio realizzato ha evidenziato come i bisogni formativi espliciti e impliciti percepiti dai professionisti sanitari e della riabilitazione sembrano collocarsi prevalentemente nelle dimensioni relazionali, emotive e organizzative della pratica professionale, piuttosto che nell'ambito delle competenze tecnico-specialistiche. In particolare, la ricorrenza di aspetti riconducibili alle competenze comunicativo-relazionali, alle dinamiche di *équipe* e alla gestione del carico emotivo restituisce un'immagine della professionalità sanitaria profondamente intrecciata con la complessità della relazione di cura e con la dimensione umana dell'intervento professionale.

I dati raccolti sembrano suggerire l'opportunità di promuovere percorsi formativi capaci di integrare, quindi, aspetti cognitivi, relazionali ed emotivi, riconoscendo la formazione come un processo continuo e trasformativo.

In questa direzione, l'attenzione alle *soft skills* appare non come elemento accessorio, ma come possibile componente rilevante della professionalità sanitaria.

L'integrazione delle *Medical Humanities* e il riferimento a modelli di apprendimento finalizzati al *lifelong*, al *lifedeeep* e al *lifewide learning*

³³ Cfr. R. Charon, *Narrative Medicine*, Oxford University Press, 2006; Alan Bleakley, *Medical Humanities and Medical Education*, London, Routledge, 2015; G. Aleandri, *Scritture adulte. L'autobiografia come ricerca e costruzione del sé*. Roma, Armando Editore, 2012.

risultano particolarmente significativi, in quanto riteniamo siano in grado di offrire prospettive utili per sostenere processi formativi capaci di incidere non solo sulle competenze, ma anche sulle modalità di interpretazione dell'esperienza e sulla costruzione dell'identità professionale. Tali prospettive possono contribuire a superare una visione riduzionista della formazione, favorendo lo sviluppo di una professionalità maggiormente orientata alla riflessività e alla complessità dei contesti di cura.

Pur nella consapevolezza dei limiti dello studio, legati al numero contenuto dei partecipanti e agli aspetti interpretativi dell'approccio qualitativo, i risultati offrono elementi rilevanti per la riflessione pedagogica e per la progettazione di pratiche formative più coerenti con le esigenze dei contesti di cura. In particolare, riteniamo strategico valorizzare approcci capaci di promuovere la riflessione sull'esperienza – e la conseguente dotazione di senso –, l'integrazione dei saperi e lo sviluppo di competenze trasversali.

In conclusione, i risultati emersi, pur non generalizzabili *tout court* per le motivazioni sopra esposte, sembrano sostenere l'opportunità di considerare la formazione dei professionisti sanitari come uno spazio di elaborazione e trasformazione dell'esperienza, nel quale il sapere tecnico possa integrarsi con le dimensioni comunicative, relazionali ed emotive dell'agire professionale. In tale prospettiva, l'attenzione alla complessità delle esperienze di cura e dei contesti professionali può contribuire allo sviluppo di modelli formativi maggiormente integrati, flessibili, riflessivi e coerenti con le esigenze della pratica contemporanea da realizzare all'interno del paradigma del *lifelong, lifewide e life-deep learning*.

Bibliografia

Aleandri G. (a cura di), *Lifelong and lifewide learning and education: Spagna e Italia a confronto*, Roma, Roma TrE-Press, 2019.

Aleandri G., *Scritture adulte. L'autobiografia come ricerca e costruzione del sé*, Roma, Armando Editore, 2012.

Aleandri G. e Consoli E., *Metodi autobiografici e coding per lo sviluppo dell'autoconsapevolezza e delle competenze trasversali*. In "Journal of Educational, Cultural and Psychological Studies", vol. 21, 2020, pp. 275-300.

Aleandri G., Fiorentini C., *Le competenze di ricerca pedagogica per l'educazione permanente e continua*, in "Formazione, lavoro, persona", n. 37, 2022, pp. 35-55.

Aleandri G., Fiorentini C., *Reflecting on the Latest PIAAC Data: What Education and Skills within the Lifelong Learning Perspective*, in "Giornale italiano di educazione alla salute, sport e didattica inclusiva", 9(1), 2025, pp. 1-28.

25 – *Soft skills e Medical Humanities nella formazione sanitaria: bisogni formativi in una prospettiva di lifelong, lifewide e lifedeeep learning*

Aleandri G., Lucarelli C., *Medical humanities in rehabilitation: theoretical horizons and research perspectives*, in “Giornale italiano di educazione alla salute, sport e didattica inclusiva”, 9(4), 2025, pp. 1-12.

Billett S., *Integrating Practice-Based Experiences into Higher Education*, Dordrecht, Springer, 2015.

Bleakley A., *Medical Humanities and Medical Education: How the Medical Humanities Can Shape Better Doctors*, London, Routledge, 2015.

Boyatzis, R.E., *The competent manager. A model for effective performance*, London, Wiley, 1982.

Braun V., Clarke V., *Using thematic analysis in psychology*, in “Qualitative Research in Psychology”, 3(2), 2006, pp. 77-101.

Charon R., *Narrative Medicine: Honoring the Stories of Illness*, Oxford, Oxford University Press, 2006.

Creswell J.W., Poth C.N., *Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing Among Five Approaches*, Thousand Oaks, Sage, 2018.

Di Rienzo P., *Il lifelong learning come prospettiva politica e teorica per l'educazione degli adulti*, in “Pedagogia Oggi”, 22(2), 2024, pp. 40-46.

Dolce V., Emanuel F., Cisi M., Ghislieri C., *The Soft Skills of Accounting Graduates: Perceptions versus Expectations*, in “Accounting Education”, 29(1), 2020, pp. 57-76.

Feng H. et al., *The Level and Outcomes of Emotional Labor in Nurses: A Scoping Review*, in “Journal of Nursing Management”, 2024, art. 5317359.

Frenk J. et al., *Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world*, in “The Lancet”, 376, 2010, pp. 1923-1958.

Gilligan C., Bujnowska-Fedak M.M., Essers G. et al., *Assessment of communication skills in health professions education: Ottawa 2024 consensus statement*, in “Medical Teacher”, 46(12), 2024, pp. 1593-1606.

Kolb D.A., *Experiential Learning: Experience as the Source of Learning and Development*, Englewood Cliffs, Prentice Hall, 1984.

McClelland D.C., *Testing for Competence Rather Than for Intelligence*, in “American Psychologist”, 28(1), 1973, pp. 1-14.

Mezirow J., *Transformative Dimensions of Adult Learning*, San Francisco, Jossey-Bass, 1991.

Mezirow J., *Apprendimento e trasformazione. Il significato dell'esperienza e il valore della riflessione nell'apprendimento degli adulti*, Milano, Raffaello Cortina Editore, 2003.

Mezirow J., *La teoria dell'apprendimento trasformativo. Imparare a pensare come un adulto*, Milano, Raffaello Cortina Editore, 2016.

Mezirow J. & Associates (a cura di), *Learning as Transformation: Critical Perspectives on a Theory in Progress*, San Francisco, Jossey-Bass, 2000.

Morsello B., Ciloni C., Misale F. (a cura di), *Medicina narrativa. Temi, esperienze e riflessioni*, Roma, Roma TrE-Press, 2017.

Mounier E., *Il personalismo*, a cura di G. Campanini, M. Pesenti, Roma, AVE, 2004.

Paglialonga M., Simonetti C., Merico A.R., *Educare alle relazioni di cura: le Best Practices di un percorso in Medical Humanities su empatia e competenze comunicative nei professionisti sanitari*, in “Pampaedia – Bollettino As.Pe.I. Educare è crescere insieme”, n. 199, 2025.

Sandars J., Allan D., Price J., *Reflective Practice by Health Professions Educators to Enhance Learning and Teaching*: AMEE Guide No. 166, in “Medical Teacher”, 46(7), 2024, pp. 864-873.

Schön D.A., *Il professionista riflessivo*, Bari, Dedalo, 1993.

Spencer, L.M., Spencer, S.M., *Competenza nel lavoro*, Milano, FrancoAngeli, 1995.

Taylor E.W., Cranton P. (eds.), *The Handbook of Transformative Learning: Theory, Research, and Practice*, San Francisco, Jossey-Bass, 2012.

UNESCO Institute for Lifelong Learning, *Embracing a Culture of Lifelong Learning*, Hamburg, UNESCO Institute for Lifelong Learning, 2020.

Van der Schaaf M., Van Geelen S., Prakken B., *Health professions education in times of societal challenges: Acting at the agora*, in “European Journal of University Lifelong Learning”, 5(1), 2021, pp. 7-14.