

*Conferenza Permanente delle Classi di Laurea delle Professioni Sanitarie*

# Il curriculum nascosto nella formazione infermieristica

## Una ricerca-intervento con un gruppo di formatori-infermieri italiani

Lucia Zannini (Milano), Giulia Randon (Vicenza), Luisa Saiani (Verona)

### Introduzione

Il clima di grande rinnovamento dei curricula formativi in Italia, sancito dalla Riforma Universitaria approvata con Decreto Ministeriale n.° 270 del 2004, suscita un interrogativo stringente: per cambiare il processo di formazione del professionista infermiere è sufficiente modificare la dimensione formale, istituzionale della formazione? E, se ciò non è sufficiente, come cambiare gli aspetti informali della formazione? E, ancora più a monte, come rilevare gli aspetti latenti del *training* dei professionisti della cura, che sembrano agire in modo così importante nella loro formazione? Questi sono i quesiti che hanno portato alcuni ricercatori a progettare una ricerca-intervento sul tema del “curriculum nascosto” (*hidden curriculum*), ossia sulle dimensioni latenti della formazione infermieristica.

Quando si parla di *hidden curriculum*, i soggetti implicati nel fenomeno sono molteplici: gli studenti, i formatori e gli amministratori. La letteratura recente sul curriculum nascosto, fiorente nell’ambito della formazione medica, si è concentrata soprattutto sugli studenti, sviluppando ricerche, prevalentemente di tipo qualitativo, nelle quali si vanno a indagare con i discenti – mediante *focus group* o interviste – le dimensioni latenti della loro formazione (per esempio chiedendo di raccontare eventi significativi, oppure i messaggi che hanno recepito rispetto a ciò che conta veramente nella cura del paziente, durante la pratica clinica) (Thiedke et. Al., 2004). Sono invece pochissimi i lavori in letteratura che coinvolgono i formatori nell’analisi del curriculum nascosto e sono pressoché assenti studi che diano concrete indicazioni metodologiche su come effettuare l’analisi dell’*hidden curriculum* a partire da questo vertice. Il presente studio ha scelto di coinvolgere i formatori nell’analisi del curriculum nascosto, nella consapevolezza che questi non sono gli unici soggetti da interpellare, quando si decide di analizzare questo complesso fenomeno.

Oltre ai classici strumenti finalizzati alla raccolta di dati di opinione/rappresentazione (*focus group*), si è sentita la necessità di utilizzare dispositivi di tipo clinico, che fossero in grado di cogliere le dimensioni latenti dei processi formativi. A questo proposito, la “Clinica della Formazione”, un metodo di ricerca qualitativa messo a punto da Riccardo Massa e il suo gruppo, finalizzato a esplicitare “i significati più nascosti e intricati” dei processi formativi (Massa, 1992, p. 19) è sembrato particolarmente adeguato. Si tratta di un metodo nel quale ai partecipanti vengono dati alcuni strumenti per analizzare e interpretare da sé la loro esperienza formativa, senza, tuttavia,

alcuna velleità diagnostica né, tantomeno, terapeutica. Questi strumenti consistono in una serie di tematizzazioni che il soggetto è invitato a compiere sulla formazione, a partire da: una propria vicenda formativa (fatta emergere attraverso una narrazione, spesso scritta); da una vicenda formativa altrui (di frequente proposta mediante un film o un brano letterario), rispetto la quale il partecipante è chiamato a dichiarare la sua vicinanza – o per converso – la sua presa di distanza; da una estroffessione (mediante un disegno, la costruzione di un plastico o un gioco di ruolo) di alcuni “oggetti” della formazione a carattere fortemente simbolico, molto legati al “mondo interno” dei formatori.

Il contributo che questo studio si propone di portare al dibattito internazionale sull’*hidden curriculum* è quindi quello di esplorare il punto di vista e le latenze dei formatori (al momento poco considerate, soprattutto nell’ambito infermieristico), utilizzando nuovi strumenti di raccolta dei dati, anche di tipo clinico.

### Background

Il dibattito sulle dimensioni nascoste della formazione nasce nell’ambito scolastico. In questo contesto, si comincia a capire, già a partire dagli anni ’60, che l’apprendimento del bambino è costituito sicuramente da ciò che il docente formalmente insegna, ma anche da dimensioni implicite e latenti dell’insegnamento. Nel 1968 Philip Jackson utilizza per la prima volta la dizione *hidden curriculum*, asserendo che gli studenti, per avere successo all’interno del sistema scolastico, devono imparare a uniformarsi non solo alle regole formalmente stabilite dall’istituzione, ma anche a una serie di norme implicite, credenze e atteggiamenti perpetuati dall’insegnante in classe. Questo concetto era comunque per certi versi già stato anticipato da Dewey (1938), che aveva parlato di “apprendimento collaterale” (*collateral learning*) nei processi educativi.

Nell’ambito della formazione degli operatori sanitari, già dalla metà degli anni ’80 si era iniziato a riflettere sul tema dell’*hidden curriculum* (Bell, 1984), sottolineando che c’era una differenza sostanziale tra ciò che si dichiarava di insegnare nella formazione di un professionista e ciò che di fatto si insegnava, anche e soprattutto nei contesti clinici.

Tanner (1990) ha sostenuto che il curriculum nascosto ha un ruolo fondamentale nella formazione dell’identità dell’infermiere, perché riguarda “la socializzazione sottile, l’insegnamento che forma a pensare e a sentire come infermieri” (ivi, p. 71). L’importanza della relazione con lo studente, per la

creazione di una cultura professionale e per lo sviluppo di un'attitudine alla relazione con il paziente, verrà poi ripresa anche da medici, diversi anni dopo (Christianson et al., 2007).

Nel 1991, un altro infermiere evidenzia come il curriculum nascosto sia fondamentale per la riproduzione delle norme e dei valori di un'istituzione. L'autore, rifacendosi implicitamente a Foucault (1976), sottolinea inoltre l'importanza della dimensione fisica dell'ambiente di apprendimento e del linguaggio e delle metafore utilizzate nei setting formativi formali e clinici. La collocazione e la suddivisione degli spazi nei contesti di apprendimento non sono aleatorie, ma veicolano valori, norme, comportamenti, che permeano la cultura dell'istituzione, e trasmettono messaggi rispetto alla relazione tra studenti e docenti e alla loro posizione gerarchica all'interno dell'istituzione.

Nella seconda metà degli anni '90, il dibattito sull'*hidden curriculum* sembra essere abbandonato dall'infermieristica, per spostarsi nel mondo medico. L'interesse per l'*hidden curriculum* in quest'ultimo ambito è determinato dal fatto che i medici iniziano a porsi la questione del comportamento professionale (*professionalism*). Essi si rendono conto che vi è la necessità di recuperare e approfondire la dimensione relazionale, ma soprattutto etica, della professione.

A partire dagli anni '90, nel tentativo di ritornare a un approccio maggiormente centrato sul paziente, si erano sviluppati all'interno delle Facoltà di medicina nuovi percorsi formativi legati all'insegnamento delle competenze etiche e relazionali, grazie anche a una considerevole introduzione di corsi basati sulle *medical humanities* (Charon, 1995)<sup>1</sup>. Tuttavia, questi sforzi avevano prodotto una "riforma senza cambiamenti" (Hafferty, 1998, p. 403); si registrava, infatti, una forte discrepanza tra ciò che veniva insegnato in aula, o che era scritto sui piani di studio, che si indicava come comportamento professionale del medico, e ciò che poi i medici agivano nella realtà clinica, relazionandosi con il paziente. Ci si accorse che il prodotto della formazione medica, che dichiarava una centralità dell'insegnamento della relazione e dell'etica, era in realtà un "professionista cinico e distaccato" (ivi, p. 403.).

Si comprese che i processi di formazione avvengono in ambienti di apprendimento multidimensionali, che abbracciano tre sfere di influenza collegate tra loro: quella formale, che corrisponde alla formazione dichiarata, intenzionale, formalmente proposta e approvata; quella informale, una modalità di insegnamento e apprendimento non pianificata, fortemente interpersonale, che ha luogo nelle interazioni tra i docenti e gli studenti; quella nascosta, costituita da

una serie di elementi che agiscono a livello della struttura organizzativa e della cultura di quel contesto. Focalizzarsi su quest'ultimo livello di influenza, porta l'attenzione dei formatori alle abitudini, ai rituali (Wear, 1998) che accadono nello spazio vitale della formazione medica.

Le due fondamentali componenti dell'*hidden curriculum* diventano quindi gli aspetti strutturali e procedurali della formazione e la sua dimensione relazionale. Grande enfasi viene data alla relazione tra docente/tutor e studente, arrivando a sostenere che "ogni parola che diciamo, ogni azione che compiamo, ogni volta che scegliamo di non parlare o non agire, ogni sorriso, ogni sospiro è una lezione dell'*hidden curriculum*" (Gofton & Regeher, 2006, p. 21).

Come aveva sostenuto Hafferty (1998), è necessario riconoscere che la maggior parte del lavoro che viene svolto all'interno dei contesti accademici comporta la creazione di "prodotti" (corsi, interi curricula, politiche organizzative, edifici,...) che veicolano messaggi impliciti rispetto a ciò che viene considerato importante, o meno, all'interno di quel contesto. Nello specifico, è possibile individuare cinque aree attraverso le quali esplorare l'*hidden curriculum* (Hafferty, 1998):

- le politiche organizzative e di sviluppo: le modalità di ammissione ai corsi, le procedure di accesso ai vari servizi, il sistema di tutorato, le modalità di reclutamento dei docenti; questi elementi trasmettono implicitamente dei messaggi su ciò che ha più o meno valore all'interno di una istituzione.

- le procedure di valutazione: i metodi di valutazione non sono solo strumenti per valutare, ma sono mezzi per trasmettere ciò che è importante e ciò che non lo è all'interno di un dispositivo formativo; è essenziale chiedersi: quali competenze vengono valutate e con quali modalità? Inoltre, quanto e come vengono "captati" gli apprendimenti "pratici" degli studenti, i quali spesso contribuiscono alla costruzione di una "conoscenza tacita", che ha grande importanza nella qualità dell'assistenza?

- l'allocazione delle risorse: in ambienti in cui i bisogni sono sempre eccedenti rispetto alle risorse, chi decide come distribuirle? In base a che cosa? Quali sono i destinatari e chi è escluso? Cosa viene ricompensato con incentivi economici e cosa no?

- i linguaggi e le metafore utilizzate all'interno dei contesti formativi: come anticipato anche da Cook (1991), l'*hidden curriculum* può altresì rivelarsi nei linguaggi formali o informali (gergo) che vengono utilizzati all'interno delle organizzazioni. Ad esempio, è importante analizzare il modo in cui viene descritto il percorso formativo in un Regolamento didattico, oppure il modo in cui ci si esprime, durante i *grand rounds*, parlando del paziente o della sua famiglia. Dovrebbe esserci congruenza tra i linguaggi usati nei

<sup>1</sup> Rita Charon ha stimato che a metà degli anni Novanta almeno un terzo delle Facoltà di medicina statunitensi prevedevano al loro interno insegnamenti di *medical humanities* (ivi, 1995).

documenti ufficiali e quelli che vengono utilizzati per insegnare;

- i materiali e i metodi utilizzati nella didattica: l'*hidden curriculum* si esplica anche nell'ambito della docenza formale, attraverso i metodi e i materiali mediante i quali vengono insegnate le discipline. Per esempio, è importante chiedersi: che valori si trasmettono implicitamente quando si presentano dei casi clinici? I libri di testo veicolano un approccio centrato sulla persona o centrato sulla malattia? Ecc. (Hafferty & Franks, 1994).

Tuttavia, l'analisi dell'*hidden curriculum* basata su queste cinque aree non è esaustiva, ma deve contemplare una sesta area di indagine, rappresentata da

le narrazioni degli studenti o dei professionisti. Questa ultima area permette di accedere al contenuto più profondo del curriculum nascosto, perché attraverso i racconti di episodi che gli studenti, o i professionisti, considerano rappresentativi di un comportamento professionale o la descrizione dei valori appresi durante l'esperienza o, ancora, l'esplicitazione della rappresentazione del ruolo professionale, è possibile accedere al mondo di significati che vengono strutturati nel processo di sviluppo della cultura e dell'identità di un professionista.

L'analisi dell'*hidden curriculum* ha quindi due anime: una documentale e una narrativa.

### Metodi

Studio qualitativo basato su un metodo fenomenologico-ermeneutico e clinico. Un campione propositivo di 25 infermieri-formatori esperti (in gran parte dei casi svolgono attività di docenza universitaria, in qualità di professori, ricercatori e coordinatori/tutor) ha partecipato a un seminario residenziale, nel quale sono stati effettuati *focus group* su: la cultura professionale infermieristica, i messaggi impliciti in alcuni Regolamenti di tirocinio e in alcune Schede di valutazione delle attività cliniche. Inoltre, seguendo la metodologia della Clinica della Formazione<sup>2</sup>, tesa a rilevare le dimensioni nascoste e latenti della formazione, sono stati raccolti episodi significativi relativi all'esperienza formativa dei partecipanti, che, in una prospettiva clinica, influenza notevolmente il modo di progettare e agire la formazione attuale. Si è poi esaminato un film (Ufficiale e gentiluomo), inerente una vicenda pedagogicamente rilevante, valutando la sua vicinanza/lontananza dall'odierna formazione infermieristica. Infine, si sono prodotte e analizzate delle rappresentazioni simboliche ottenute attraverso la richiesta di un disegno inerente l'immagine percepita dell'attuale studente di scienze infermieristiche.

### Risultati

Dall'analisi dei dati emerge che l'organizzazione

<sup>2</sup> Si veda il sito [www.centrostudiriccardomassa.it](http://www.centrostudiriccardomassa.it)

sanitaria era/è vissuta come "nemica" dell'imparare ad assistere e del *caring*. Ciononostante, i partecipanti segnalano la presenza silenziosa di modelli positivi di *caring* nei contesti clinici. Viene ribadita la gravidanza e la contemporanea invisibilità della relazione con il paziente nell'assistenza, la quale è caratterizzata da un complesso rapporto tra teoria e pratica: per apprendere il *nursing* è fondamentale l'esperienza clinica, che però, soprattutto nei documenti ufficiali, sembra passare in secondo piano rispetto ai saperi teorici.

Emerge dunque un complesso rapporto tra teoria e pratica, che assume nell'ambito infermieristico connotazioni diverse, a seconda della prospettiva da cui lo si osserva. Il primo *focus group* sulla cultura professionale ha restituito tutta la complessità che sta dietro a questo rapporto, facendo emergere che i professionisti attribuiscono enorme importanza al sapere pratico (fronetico), tanto da arrivare ad affermare che "per la pratica non serve la teoria", dove essi probabilmente intendono dire che la conoscenza pratica è una conoscenza nell'azione (de Mennato, 2003). Per contro, le istituzioni formative sembrano sancire una forte svalutazione della pratica, come emerso dalla discussione dei Regolamenti di tirocinio, in cui sostanzialmente viene ribadita la primarietà della teoria. Ciò è poi rinforzato anche dagli obiettivi di tirocinio analizzati, in cui si è evidenziata un'enfasi sulle competenze di tipo cognitivo.

Il percorso dello studente viene rappresentato come difficile e impegnativo, spesso irto di ostacoli, nel quale egli viene continuamente messo alla prova e in cui deve necessariamente fare i conti con le proprie fragilità. Questo si è potuto cogliere dalle narrazioni dei partecipanti, che riportano episodi "forti" in cui sono stati messi alla prova dall'organizzazione, nella quale la gerarchia si fa sentire, o dalle situazioni assistenziali che incontravano di volta in volta e che spesso si rivelavano inaspettatamente cruente. La difficoltà del percorso è poi emersa anche nei disegni che rappresentano lo studente iscritto al corso di Laurea in Infermieristica. Le varie rappresentazioni restituiscono l'idea che lo studente attraversa una strada tortuosa, piena di ostacoli e avversità, e non è detto che sia capace di arrivare alla meta, anche perché – non dimentichiamolo – in questo percorso lo studente è solo. La questione dell'accompagnamento non è irrilevante, perché, come è stato messo in luce soprattutto dagli studi sull'*hidden curriculum* in ambito infermieristico, "il *caring* può essere imparato attraverso l'esperienza di presa in carico tra insegnante e studente" (Tanner, 1990).

Ancora, colpisce una dimensione solo apparentemente di carattere formale, che si è potuta cogliere nell'analisi di documenti inerenti il tirocinio. Nei Regolamenti i partecipanti hanno colto un linguaggio spesso basato su un registro militare e hanno in qual-

che modo preso le distanze da questo messaggio, considerandolo antiquato, ma, successivamente, con l'analisi del film, è emerso che la metafora militare, nelle sue dimensioni simboliche, ben rappresenta il mondo della formazione infermieristica, fatta, secondo i partecipanti, di rigide regole e dure prove da superare.

Il formatore è una figura sfuocata e ha solo una funzione di controllo e sanzione. La figura del formatore istituzionale non emerge in modo significativo, come inizialmente ci si sarebbe potuti aspettare, o comunque non emerge necessariamente come ruolo positivo. Nell'analisi dei Regolamenti di tirocinio emerge una figura di formatore che esercita prevalentemente una funzione di controllo e di sanzione, anziché una funzione di accompagnamento e di sostegno nei processi di riflessione e di rielaborazione dell'esperienza clinica. Questa immagine viene confermata anche nelle narrazioni dei partecipanti: il monitor arrivava spesso all'improvviso, pronto a cogliere in fallo lo studente, e quest'ultimo doveva assecondare le sue aspettative per poter avere una valutazione positiva. Questi dati fanno emergere un'immagine di formatore che è più di ostacolo che di supporto all'apprendimento. Sono poche le figure di formatore istituzionale che vengono descritte in modo positivo, che valorizzano lo studente e lo sostengono durante il suo percorso. Ne deriva una immagine di formatore che esercita potere e controllo nei confronti dello studente, molto coerentemente con le metafore militari della formazione infermieristica cui accennavamo sopra.

Analizzando questa tematica alla luce dei risultati ottenuti dall'analisi dei disegni, non possiamo che confermare questa immagine dei formatori: nei disegni essi restano sullo sfondo, sono rappresentati con volti non definiti, anonimi, se non addirittura assenti. Lo studente è spesso disegnato da solo, con il suo bagaglio personale e i suoi strumenti per poter affrontare il duro percorso della formazione infermieristica.

In sintesi, i partecipanti alla ricerca restituiscono un'idea di formazione infermieristica nella quale, al di là di quanto dichiarato a livello istituzionale, l'organizzazione clinica non facilita l'apprendimento, è "nemica" dello studente e spesso lo mette a dura prova, con tutto il valore da un lato iniziatico e, dall'altro, di dissuasione che ciò comporta. Proprio in quel contesto clinico così turbolento e sfidante, tuttavia, i formatori dichiarano di essere venuti a contatto con modelli positivi di *caring*, che hanno nutrito come un *bumus* l'identità ancora acerba dei futuri professionisti. Nella costruzione di tale identità, la competenza relazionale sembra giocare un ruolo centrale, anche se essa è forse ancora tutta da scoprire, perché gli infermieri non la descrivono come "relazione" quando parlano concretamente di essa, ma utilizzano il linguaggio del prendersi cura. Dunque, l'identità infermieristica

si basa su una competenza complessa e impalpabile, definendosi di conseguenza come un'identità sfuggente. Ciò si riconferma anche nella rappresentazione del rapporto tra teoria e pratica nell'agire infermieristico, nel quale prevale l'importanza della pratica, che produce un sapere locale e del particolare (anche se teoreticamente informato), ossia fronetico.

Lo studente che si muove in questo contesto così complesso, che lo mette duramente alla prova, spesso è visto come una persona che è sola. Questo accade anche e soprattutto perché il formatore è assente o, se è presente, ha solamente un ruolo di controllo e di sanzione. Gli infermieri da noi interpellati faticano a indicare modelli formativi forti, come invece fanno i medici, che parlano di "maestri". Quest'ultimo aspetto sembra indicativo di una difficoltà a pensarsi come formatori, nonostante il ruolo istituzionale ricoperto.

### Conclusioni

I contenuti fondamentali trasmessi dall'*hidden curriculum* hanno a che fare con la cultura e i valori professionali, nelle loro connotazioni sia positive che negative, così come precedentemente illustrato da Cook (1991) e Hafferty (1994). Il curriculum nascosto non agisce solo sostenendo o smentendo il curriculum formale: esso ha una sua ragione di essere indipendentemente dai curricula accademici, perché permette di trasmettere contenuti e valori professionali che difficilmente sono afferrabili e trasmissibili dalle istituzioni formative.

A partire da queste affermazioni, che hanno costituito il quadro teorico, lo sfondo della nostra ricerca, ci siamo chiesti quali fossero le dimensioni nascoste del curriculum infermieristico italiano, analizzate da un vertice osservativo specifico, quello dei formatori, che – come si è detto anche nell'Introduzione – è solo una delle prospettive dalle quali esaminare questo tema complesso.

I formatori hanno indicato/scoperto (attraverso *focus group* e metodi clinici) dei temi rilevanti sia relativamente alla professione che alla formazione. I contenuti/valori che i docenti infermieri da noi interpellati ritengono cruciali nella professionalità di un infermiere sono gli atteggiamenti di *caring*, la centralità della relazione, che è inscindibile dal prendersi cura del paziente, e la capacità di costruire conoscenza a partire dalla pratica professionale, la quale sviluppa un sapere del particolare, del contingente, del singolo paziente, ossia un sapere fronetico.

Tutti questi aspetti, fortemente caratterizzanti la professione infermieristica, seguendo le parole dei partecipanti alla nostra ricerca, sollevano una prima serie di interrogativi: quanto nei programmi formativi essi vengono enfatizzati? Se è vero, come è vero, che queste competenze possono essere apprese solo in contesti esperienziali e clinici, che spazio hanno questi contesti nella formazione dell'infermiere? In

che misura a questi contesti viene attribuito riconoscimento e valore, anche in termini di allocazione di risorse? Si danno messaggi chiari sull'importanza dell'esperienza nella costruzione del sapere infermieristico o si fa intendere che questo sapere si costruisce altrove (nelle aule universitarie, studiando le linee guida internazionali ecc.)? Quanto gli studenti comprendono tutto questo?

I nostri dati restituiscono alcuni elementi di riflessione anche relativamente alla strutturazione della formazione infermieristica. I partecipanti ci hanno segnalato che essa ha luogo in un'organizzazione che spesso è "nemica", ossia poco facilitante dei processi di apprendimento. In questa organizzazione, gli studenti sperimentano ancora atteggiamenti svalutanti, se non umilianti, che se da un lato hanno un valore iniziatico, dall'altro producono demotivazione e drop out. Lo studente in questo processo è spesso rappresentato da solo, anche perché gli infermieri faticano a pensarsi come formatori.

Anche questi elementi sollevano una serie di interrogativi: quanto si agisce su questi contesti organizzativi percepiti come ostili, per esempio creando ambienti favorevoli di apprendimento o quanto, per converso, si mettono in atto interventi solo "di facciata" perché, si ritiene che il contatto con una realtà dura e difficile sia, in fondo, molto formativo per lo studente? E ancora, quanto lo studente è effettivamente solo, quante risorse vengono investite nel processo di accompagnamento alla pratica clinica, quali sono i modelli di tutorato in atto, al di là di ciò che viene dichiarato nei documenti programmatici? È vero che gli infermieri faticano a rappresentarsi come formatori? Se sì, quali possono essere le motivazioni? E ancora, se la figura del formatore è necessaria, nel training di un infermiere, come costruire una cultura della formazione nella professione infermieristica? Che ruolo può avere in questo processo un'attività di ricerca intervento, come quella proposta in queste pagine?

Questi interrogativi, che nascono dai dati della nostra ricerca restituiscono uno sguardo "dal di dentro" della complessità che caratterizza i processi formativi nel mondo dell'infermieristica e offrono spunti di riflessione capaci di attivare percorsi di approfondimento, al fine di acquisire consapevolezza delle latenze che popolano la formazione del professionista infermiere. In altre parole, dalla nostra indagine

emerge la necessità di ulteriore ricerca sul curriculum nascosto, coinvolgendo campioni più ampi e anche gli altri stakeholders: gli studenti e gli amministratori.

In conclusione, la nostra ricerca non offre risposte, ma solo domande, che sono il frutto di nuove consapevolezza. Ed è proprio dalla consapevolezza che deriva il guadagno formativo ultimo di un percorso di questo tipo, perché è solo riconoscendo la complessità, e anche la contraddittorietà, dell'universo educativo che può scaturire la possibilità di orientare e dirigere al meglio la formazione infermieristica.

### Bibliografia

- 1) Bertolini G., Massa R. (1998), a cura di, *Clinica della formazione medica*, Milano: Franco Angeli.
- 2) Cook SH. (1991) Mind the theory/practice gap in nursing. *J Advanc Nurs*. 16(12): 1462-9.
- 3) Charon R. et al. (1995). Literature and medicine: contribution to clinical practice. *Ann Int Med*. 122(8): 599-606.
- 4) Christianson C. et al. (2007). From traditional to patient-centred learning: curriculum change as an intervention for changing institutional culture and promoting professionalism in undergraduate medical education. *Acad Med*. 82(11): 1079-1088.
- 5) Dewey J. (1938), *Experience and Education*, New York: Macmillan.
- 6) de Mennato P. (2003). *Il sapere personale. Un'epistemologia della professione docente*. Milano: Guerini Scientifica.
- 7) Foucault M. (1976). *Sorvegliare e punire*. Nascita della prigione. Tr. It. Torino: Einaudi.
- 8) Gofton W., Regehr G. (2006) What we don't know we are teaching: unveiling the hidden curriculum. *Clin Orthop Rel Res* 449: 20-7.
- 9) Hafferty FW, Franks R. (1994) The hidden curriculum, ethics teaching, and the structure of medical education. *Acad Med* 69(11): 861-71.
- 10) Hafferty FW. (1998) Beyond curriculum reform: confronting medicine's hidden curriculum. *Acad Med* 73(4): 403-407.
- 11) Massa R. (1992). a cura di, *La clinica della formazione*. Milano: Franco Angeli.
- 12) Thiedke C. et al. (2004). Student observation and rating of preceptor's interactions with patients: the hidden curriculum. *Teac Learn Med* 16(4): 312-316.
- 13) Wear D. (1998). On white coats and professional development: the formal and the hidden curriculum. *Ann Int Med* 129: 734-737.
- 14) Zannini L. (2001). *Salute, malattia e cura. Teorie e percorsi di clinica della formazione per gli operatori sanitari*. Milano: Franco Angeli.
- 15) Zannini L. (2005). *La tutorship nella formazione degli adulti. Uno sguardo pedagogico*. Milano: Guerini Scientifica.