



Fondatore: Prof. Franco Granone

**CORSO DI FORMAZIONE IN IPNOSI CLINICA
E COMUNICAZIONE IPNOTICA
Anno 2024**

COMUNQUE ANDRA' NON SARA' PIU' COME PRIMA

Candidato
Roberta Moretti

Correlatore
Elena Michelis

Relatore
Paolo Granone

INDICE

INDICE	3
INDICE DELLE FIGURE	3
PREMESSA	6
L'operatore una persona con la sua storia	6
L'incontro	7
La decisione	7
Inizia l'avventura	8
Carica iniziale	8
Le prime delusioni	8
La tentazione di fuga	8
Immobilismo	8
Una luce si accende	9
Alti e bassi	10
Sono sempre Roberta qualcosa mi spinge ad andare avanti	10
CAPITOLO I - L'IPNOSI E LA PROCEDURA IPNOTICA	11
Ipnosi:	11
Ipnologo o ipnotista:	11
Meccanismo d'azione dell'ipnosi:	11
Monoideismo ideoplastico:	11
CAPITOLO II - STRUTTURE E PROCESSI COGNITIVI COINVOLTI NELL'APPRENDIMENTO	12
L'emotività	13
La percezione	13
La memoria	14
CAPITOLO III - I BIAS COGNITIVI: L'EFFETTO DUNNING-KRUGER E LA SINDROME DELL'IMPOSTORE	15
CAPITOLO IV MODELLI DI VALUTAZIONE/ AUTOVALUTAZIONE	17
CONCLUSIONI	24
BIBLIOGRAFIA / SITOGRAFIA	25

INDICE DELLE FIGURE

Figura 1 (tratto da Nuovo e Utile di Annamaria Testa)	16
Figura 2 Dossier Regione Emilia Romagna 271-2021	20
Figura 3 Dossier Regione Emilia Romagna 271-2021	22
Figura 4 Fotografia dall'album della famiglia Moretti	28

PREMESSA

Scegliere di intraprendere un corso per diventare ipnologo clinico richiede molto di più dell'apprendimento di una tecnica ma è un vero e proprio processo di cambiamento che avviene prima di tutto nell'operatore stesso. L'apprendimento di tale tecnica è come un seme (Mc,26-28) che cade nella terra (che rappresenta il vissuto dell'operatore, la sua storia) che a suo tempo germoglierà e darà i suoi frutti (il compito dell'operatore è un'attesa attiva che comporta anche tempo da dedicare cura al terreno e ai germogli che spunteranno).

L'operatore una persona con la sua storia

Sono Roberta ho 56 anni di origine emiliana ma vivo in Romagna per amore da 31 anni. Io e Paolo (romagnolo doc) abbiamo scelto di sposarci 31 anni fa e, lasciata l'Emilia, mi sono trasferita a Russi, dove vivo attualmente, felice e soddisfatta della nostra scelta. Sono moglie, mamma di tre figli (Davide, Maddalena ed Elisabetta) e lavoro come infermiera da 36 anni.

Da tanti anni presto servizio all'ambulatorio di Otorinolaringoiatria presso l'Ospedale Civile di Ravenna.

Il tempo che mi rimane lo dedico con passione al volontariato, in particolare mi adopero per progetti dedicati alla ricerca e divulgazione delle conoscenze sulla fertilità femminile, maschile e di coppia.

Mi ritengo una persona positiva e ottimista nelle vicissitudini della vita; mi entusiasmo facilmente e non riesco a dire di no, mettendo i bisogni degli altri davanti ai miei; ho un alto senso del dovere e per questo tante volte non so darmi un limite.

Nonostante le tante delusioni vissute credo che in ogni persona ci sia del buono, prendo tutto sul serio così mi risulta difficile lasciar perdere, sono molto esigente con me stessa e faccio fatica a perdonarmi. La vita è dura ma è bella sempre e la fede in Dio è il motore che mi spinge a viverla con gioia.

La mia famiglia d'origine: Giulia mia mamma persona estroversa, socievole, generosa e altruista, amava coltivare le relazioni amicali. Faceva la casalinga. Soffriva di depressione per questo ha sempre avuto bisogno del sostegno di noi familiari. Si è ammalata di Alzheimer e ha raggiunto la meta definitiva 14 anni fa.

Franco, mio babbo, perno della famiglia, per me è stato un esempio, un riferimento in tutto, personalità forte (si è dovuto rimboccare le maniche fin da subito perché è rimasto orfano di mamma a nove anni), ha saputo essere il nostro Faro. Faceva il metalmeccanico. Ha raggiunto la mia mamma l'anno scorso.

Noi tre figli, Paolo più grande di me di 11 anni, AnnaRita più grande di me di 18 mesi ed io. Ho vissuto la mia fanciullezza prevalentemente con mia sorella, da piccola ricordo pochissimo di mio fratello perché la differenza d'età era tanta. Io e mia sorella ci chiamavano le contessine, da piccole sempre insieme, vestite uguali, pettinate uguali ma caratteri molto diversi, lei schiva, introversa pacata e timorosa, io tutto il contrario. Abbiamo vissuto la situazione della depressione cronica di mia mamma in modo molto diverso, eravamo consapevoli che mamma non poteva essere come le altre... Mio fratello ha accettato la realtà di nostra madre, mia sorella si è sempre vergognata di avere una mamma così ed io mi sono rimboccata le maniche fin da piccola, "la Cenerentola" della

famiglia ma non mi “pesava”, sapevo di poter contare su mia nonna materna e mio padre. Mi rendo conto però che anch'io come mio padre ho dovuto crescere in fretta....

Questa è la mia storia personale, e come me ogni operatore ha la propria.

La storia di ognuno di noi comprende il vissuto emotivo, percettivo, cognitivo e il suo pensiero critico positivo e negativo. Così, chi affronta il corso in ipnosi clinica e comunicazione ipnotica, tanto potente da innescare nell'operatore un cambiamento radicale verso se stesso e nella relazione col paziente, bisogna a maggior ragione tenerlo in considerazione.

L'incontro

Lavoro come infermiera da 36 anni in qualità di dipendente ospedaliera in ambito chirurgico sin dall'inizio.

Vivo la mia professione con entusiasmo e mi lascio coinvolgere da ogni novità, soprattutto se si tratta di imparare o apprendere qualcosa che non conosco.

Ho sentito parlare di comunicazione ipnotica e ipnosi clinica per la prima volta a un aggiornamento organizzato dall'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Ravenna (O.P.I.) nel 2019 tenuto dalla grande Prof.ssa Milena Muro.

Mi sono iscritta perché attratta e incuriosita dal titolo, ma sono consapevole oggi di aver partecipato con un atteggiamento prevenuto verso l'argomento: infatti, collegavo l'argomento esclusivamente allo spettacolo di Giucas Casella con il motto “quando lo dirò io”.

Uscii da quel pomeriggio molto scettica e incredula: però rimasi colpita dai colleghi medici e infermieri pienamente convinti dalla bontà dello strumento, ma, soprattutto, i video che vidi avevano dell'incredibile!

Segui un secondo e un terzo aggiornamento, sempre più approfonditi, cosicché il mio atteggiamento di chiusura iniziale lasciava via via sempre più spazio alla curiosità di provare ad approfondire seriamente l'argomento.

La decisione

Il collega Maicol Carvello col quale ho avuto modo di confrontarmi, mi andava ripetendo che si trattava di una tecnica e come tale andava conosciuta, studiata, imparata e praticata.

Mi convinsi allora che essendo una tecnica (e ne ho imparate già tante) avrei potuto imparare anche questa.

In effetti, mi rendevo conto che una forma di comunicazione speciale sarebbe stata utile, quotidianamente, per tutte le procedure invasive, che generano ansia e paura del dolore, a cui il paziente viene sottoposto in ambulatorio otorinolaringoiatrico: le biopsie in endoscopia, gli interventi in anestesia locale di riduzione dei turbinati, il posizionamento e la rimozione del drenaggio transtimpanico, etc. Per inciso, queste procedure fino al 2020 erano eseguite in sala operatoria poi per motivi organizzativi sono diventate di pertinenza ambulatoriale.

Trovato l'obiettivo, mi resi conto però fin da subito che mi mancava una formazione adeguata all'accompagnamento del paziente in tali procedure: non dal punto di vista tecnico bensì dal punto di vista relazionale, emotivo, psicologico! Ecco allora che la comunicazione ipnotica e ipnosi clinica potevano essere la svolta! Mi iscrissi così al corso CIICS a Torino.

Inizia l'avventura

Finalmente arriva il grande giorno di inizio: 7 marzo 2024. Raggiungo la sede del Corso e siamo davvero tanti: medici e professionisti sanitari da varie parti d'Italia, una quindicina dall'Ausl Romagna.

Il Direttore del corso, il Dott. Massimo Somma ci introduce all'argomento e inizia con le prime relazioni, creando da subito ottime premesse per un clima favorevole all'apprendimento e al dialogo tra discenti e studenti.

Il primo weekend è stato prevalentemente di tipo teorico con relazioni che hanno stimolato molto il mio interesse.

Carica iniziale

Come detto precedentemente, sono una persona molto entusiastica.

Da queste prime giornate mi sembrava di avere colto molto, fra cui la spinta per cominciare, tornando a casa, a modificare da subito qualcosa di me e nella mia relazione verbale col paziente; non solo questo ma anche iniziare un processo di cambiamento nei colleghi affinché anche loro cominciassero a relazionarsi in modo diverso.

L'impegno a casa, dato dai discenti, era quello di mettere in pratica già da subito ciò che avevamo sentito e visto.

Le prime delusioni

La reazione che ho avuto al ritorno dal primo weekend è stata tutt'altra da quello che mi ero immaginata. A chi mi chiedeva come fosse andata rispondevo che era presto per dare una risposta. In realtà ero ben consapevole che prendevo tempo perché dentro di me stava crescendo una sensazione di delusione dovuta alla percezione di non essere capace.

Allo stesso tempo però mi era diventato insopportabile ascoltare i miei colleghi relazionarsi con il paziente utilizzando parole negative. Mi rendevo conto che il cambiamento sarebbe dovuto partire da me, non ci riuscivo e riversavo questa frustrazione sui colleghi aumentando così il mio senso di critica nei loro confronti.

La tentazione di fuga

Quando ci siamo ritrovati per il secondo weekend alcuni studenti avevano provato a far qualcosa, ma la maggior parte no. Questo mi aveva un po' rincuorata e nutrivo molte aspettative da questa seconda sessione. Le lezioni magistrali del professor Casiglia e quelle del dottor Foppiani mi hanno stimolata a tal punto da mettermi in crisi perché gli argomenti trattati riguardavano la sfera psicologica/emotiva e spirituale della persona quindi non solo del paziente ma anche dell'operatore. Gli altri interventi altrettanto stimolanti ci hanno mostrato una serie di video, a dimostrazione che l'ipnosi e la comunicazione ipnotica possono essere utilizzate in tutti gli ambiti assistenziali; quegli stessi video che mi avevano spinto a partecipare ora mi suscitavano parecchie perplessità perché ci avevo provato tornata a casa dal primo weekend ma mi era sembrato tutto tanto troppo complicato. Me ne sono tornata a casa per la seconda volta con l'impegno di provarci.

Immobilismo

“Mettere in pratica “ queste parole mi risuonava nella mente ogni volta che mi recavo al lavoro e più ci pensavo più andavo in crisi. Le aspettative da parte dei colleghi crescevano

perché il tempo passava e continuavano a chiedermi: “quand'è che ci provi?”. Io invece sprofondavo sempre più in un senso di inadeguatezza, totale incapacità fino a rifiutare l'idea di aver fatto la scelta di partecipare a questo corso. Chi me l'ha fatto fare, sono proprio una “credulona”, per usare la parola del Prof. Casiglia, questa volta il mio entusiasmo mi ha messo proprio KO. Non volevo arrendermi, per questo cercavo aiuto dai colleghi che usano già questa tecnica, ma la risposta era sempre quella: “provaci, buttati”. Io non sapevo da che parte farmi. Al corso ci veniva continuamente detto di saper cogliere il bisogno del paziente e io andavo continuamente ripetendomi “come faccio a cogliere il bisogno del paziente se nessuno a questo corso coglie il mio?”. Confrontandomi con gli studenti come me, il loro problema era soprattutto quello di non avere situazioni concrete per poterci provare, io al contrario ne avevo tutti i giorni, soprattutto il martedì che è il giorno degli interventi in anestesia locale, e non ci riuscivo. Ero arrivata ad un punto che avrei voluto cancellare quel giorno settimanale dal mio turno, mi sembrava addirittura di non sapere più fare l'infermiera. Questo corso mi stava creando notevoli ripercussioni sulla sfera emotiva, affettiva, spirituale, professionale, della mia vita, altro che tecnica da imparare.... Sicuramente ha inciso anche il fatto che venivo da mesi difficili di rielaborazione del lutto di mio padre, ma soprattutto dopo 5 mesi da quel lutto c'è stato quello di mia sorella che ha deciso di porre fine alla sua vita.

Una luce si accende

Il 24 aprile, prima del terzo weekend del Corso, viene organizzata a Ravenna una serata per noi studenti. Ci viene chiesto di portare qualcuno dall'esterno per darci la possibilità di esercitarci. Ho deciso di partecipare con la speranza di trovare quell'aiuto che cercavo da tempo e portai con me la collega Federica, tecnico audiometrista. Ci fu chiesto come stava andando, colsi la palla al balzo e parlai per prima dicendo di essere bloccata e di non sapere come partire. Mi fecero fare una simulazione, adesso che faccio ? non ricordavo più nulla come se avessi resettato il mio cervello; una degli invitati disse: io da lei non mi farei fare niente! Gli occhi di tutti puntati su di me, sarei sprofondata! Vi assicuro che Roberta non è così esclamò la mia collega; lei in quel momento pur non avendo fatto il corso aveva colto il mio grande disagio e di conseguenza il bisogno di essere rassicurata e incoraggiata. Quelle parole furono l'inizio della svolta. Cominciai a intuire che la chiave stava proprio lì: abbassare la critica e alzare la fiducia. Quante volte c'è stato ripetuto al corso! era la frase che ricorreva di più. Ho capito che valeva prima di tutto per me, ho cominciato a fare un lavoro su me stessa per allentare tutte quelle resistenze che avevo nei confronti dell'ipnosi. Tornando al lavoro provai con una paziente durante la procedura di stamponamento nasale, fece bene a lei ma lo fece soprattutto a me e mi resi conto che potevo farcela anch'io. Il martedì successivo, giorno degli interventi in locale (grazie al supporto di Patrizia, infermiera ipnologa, e del dottor Enzo Venini, odontoiatra, che mi supportarono nella elaborazione delle suggestioni). Provai con Emanuele, di cinque anni, e con Anna, di novanta. Ho capito che era fondamentale il contratto terapeutico che si stabilisce col paziente, la fiducia che si instaura, la consapevolezza che l'attore principale è il paziente stesso che lasciandosi guidare dall' operatore si scopre capace di potenzialità inimmaginabili, a tal punto da affrontare procedure anche complesse che mai avrebbe pensato di farcela da sveglio.

Alti e bassi

All'ultimo weekend del corso inizialmente ho partecipato più rincuorata; finalmente anch'io potevo condividere ciò che avevo sperimentato. In quest'ultima sessione speravo di trovare risposta ai tanti dubbi e domande che mi erano venute. Non è andata così. Avevo l'impressione che tanti degli studenti si sentissero così sicuri da muoversi con molta più disinvoltura di me. Il corso è finito e adesso che fare.....Di nuovo, provaci...buttati.... Sperimenta....così me ne sono tornata a casa e non mi restava altro che credere fino in fondo a quelle parole.

Sono sempre Roberta qualcosa mi spinge ad andare avanti

Questo è stato uno dei corsi più difficili e faticosi che abbia vissuto perché mi ha coinvolta totalmente nel corpo, nella mente/psiche, nello spirito e pensare che sono appena all'inizio...ora a chi mi chiede com'è andata lo consiglio vivamente prima di tutto come lavoro su di sé.

Questo percorso richiede inevitabilmente un cambiamento personale che porterà a non essere più come prima. Ecco perché ho scelto di fare la tesi su questo argomento; non si può prescindere dall'operatore che a sua volta è persona con la sua storia, i suoi bisogni, le sue aspettative.

Tutti gli operatori sanitari sono persone che per potersi “dare” agli altri meriterebbero prima di tutto un grande lavoro su di sé e questo è mancante nel percorso studi; il corso sull'ipnosi e comunicazione ipnotica potrebbe essere uno strumento valido ed efficace come base per tutti. Mi ritengo una persona logica (ho sempre preferito le discipline scientifico matematiche a quelle umanistiche). L'ipnosi e la logica funzionano diversamente pertanto ho dovuto mettere da parte la logica e lasciar uscire da me la parte più creativa che non credevo di avere. La consapevolezza di essere poco fantasiosa e poco creativa mi ha portato quel blocco iniziale che avvertivo; vedevo negli altri tanta abilità nel proporre la suggestione con riferimenti a film, canzoni libri mentre a me non veniva in mente nulla. Un'altra parola che mi ha aiutato a “sbloccarmi” è stata “spontaneità “. Mi sono tolta così quell'abito di gesso dell'immobilismo che mi aveva tutta appesantita per indossare finalmente l'abito leggero della spontaneità e naturalezza così da poter dire a me stessa “sono sempre Roberta” e da lì ho cominciato con il bimbo Emanuele poi Anna ed altri ancora tra cui Federico e Sara di cui vedremo i video. E' vero la suggestione per essere efficace bisogna che sia vaga, positiva, evocativa, piacevole, fluida, concreta, mirata, perché in questa tecnica il paziente è il protagonista, è lui che sceglie la canzone da cantarsi adatta a quel momento specifico. L'ipnologo, potremmo dire, è colui che da l'intonazione perché la canzone possa essere cantata il meglio possibile Aver partecipato a questo corso mi ha permesso di indossare occhiali con lenti veramente nuove, credevo di essere un'infermiera capace di ascoltare e cogliere i bisogni del paziente invece tante volte ho minimizzato concentrandomi più su un'assistenza che fosse perfetta dal punto di vista tecnico quindi concentrata sulle mie capacità. Ora con questi occhiali ho una visione nuova quella che mi permette veramente di mettere al centro il paziente e di rispondere ai suoi bisogni, non posso più fare a meno di indossarli, ecco cosa mi spinge ad andare avanti .

CAPITOLO I - L'IPNOSI E LA PROCEDURA IPNOTICA

(Dagli atti del gruppo di lavoro del convegno di Montegrotto dei didatti dell'Istituto Franco Granone CIICS dicembre 2023)

Ipnosi:

E' una coscienza particolare durante la quale sono possibili modifiche comportamentali e somato-viscerali, per l'instaurarsi di un monoideismo plastico auto od etero indotto e un rapporto privilegiato operatore / soggetto. L'ipnosi è un modo di essere dell'organismo che si instaura ogni qual volta intervengano particolari stimoli emozionali e senso motori.

Ipnologo o ipnotista:

L'ipnologo (già ipnotista) è lo studioso esperto di ipnosi.

-Ipnologo clinico è colui che utilizza l'ipnosi nel proprio ambito di competenza.

-Ipnositerapeuta è colui che utilizza l'ipnosi nella terapia

Meccanismo d'azione dell'ipnosi:

Le possibilità della condizione ipnotica sono tutte fondate sull'unità psicosomatica (interdipendenza psichica, somatica, viscerale e ambientale). Con la comunicazione ipnotica si suggerisce un'idea che si risolve in rappresentazione e la rappresentazione in sensazioni esperite. Perché ciò possa avvenire è necessario che la rappresentazione abbia una forza iconica tale da produrre un monoideismo.

Monoideismo ideoplastico:

Nel 1847 fu Braid il primo ad utilizzare il termine MONOIDEISMO per indicare la condizione dell'intelletto dominato da una sola idea . Successivamente il prof.Franco Granone nel 1967 implementerà il concetto di monoideismo con MONOIDEISMO IDEOPLASTICO che è la focalizzazione su una sola idea che diviene concreta quando la sua rappresentazione si attua secondo il suo contenuto, in esperienza fenomenica verificabile o ratificabile(una sola idea che riverbera sul piano psicosomatico). La componente emozionale del monideismo è imprescindibile.

Essendo l'ipnosi una coscienza speciale del soggetto, l'ipnotismo è quella tecnica che permette di attuare tale condizione ed è costituita da fasi consequenziali:

- **Accoglienza:** è quella fase iniziale fondamentale che permette di creare un legame preferenziale col paziente che lo porterà ad abbassare la critica e ad alzare la fiducia;
- **Contratto:** consiste nell'identificazione del bisogno e nella definizione dell'obiettivo;
- **Indicazioni motivate:** attraverso degli ordini semplici e possibili l'operatore fa seguire al paziente ciò che indica raccogliendo il suo yes sit per tre volte;
- **Descrizione:** l'operatore stimola la fiducia descrivendo ciò di cui si accorge utilizzando i propri sensi quindi ciò che vede ascolta sente osservando il paziente attraverso affermazioni inconfutabili, dall'esterno verso l'interno;
- **Ricalco:** l'operatore stimola la fiducia dicendo ciò di cui il paziente si accorge attraverso affermazioni inconfutabili,dall'esterno verso l'interno;
- **Suggestione:** l'operatore suggerisce una situazione, una condizione, un'immagine, ecc che si trasforma nel paziente in un monoideismo ideoplastico;

- **Ratifica:** la realizzazione della suggestione rende il paziente consapevole del cambiamento che ha realizzato. A questo punto attraverso la **sfida** l'operatore prova la tenuta della suggestione;
- **Ancoraggio:** attraverso un gesto semplice suggerito dall'operatore (toccarsi una parte del corpo, unire tra loro due dita, proteggere il pollice tra le altre quattro dita, ecc) il paziente sarà in grado di recuperare le sensazioni registrate durante il cambiamento avvenuto ; è un ottimo sistema per creare associazioni che possono essere utilizzate successivamente dal paziente stesso in autonomia.
- **Riorientamento:** l'operatore riorienta il paziente nel “qui” e ora “ per chiudere l'esperienza;
- **Verifica:** per dare potenza a ciò che ha vissuto il paziente, l'operatore fa entrare in autoipnosi il paziente per dare potenza a ciò che ha vissuto e per renderlo autonomo.

CAPITOLO II - STRUTTURE E PROCESSI COGNITIVI COINVOLTI NELL'APPRENDIMENTO

L'essere umano dal suo nascere, nel volgere di pochi anni dispone di un'estesa enciclopedia di conoscenze, competenze e pratiche. La radice dell'apprendimento (di qualsiasi apprendimento) è l'esperienza. Se non facciamo esperienza di qualcosa, non siamo nella condizione di “apprendere”.

L'esperienza è un vincolo primario per apprendere, per fare nostre le cose e gli avvenimenti.

Poiché l'esperienza è rappresentata dalla totalità delle singole esperienze e dall'enciclopedia delle conoscenze dichiarative e procedurali accumulate nel tempo e copre tutto l'arco della nostra esistenza, ci troviamo nella condizione di imparare sempre. Inoltre, attraverso l'apprendimento forniamo in continuazione stimoli (input) al cervello e alla mente. Siamo spinti dalla curiosità e dalle esigenze di esplorare il noto (per avere conferme) e l'ignoto (per allargare i nostri orizzonti). La leva motivazionale fondamentale per l'apprendimento è data dall'esistenza di interessi rilevanti. È una predisposizione potente fin dalla nascita. L'apprendimento, quindi, non è solo un'opportunità per arricchire la nostra cassetta degli attrezzi e per aumentare la probabilità di conseguire ciò che desideriamo, è anche una necessità. Nel processo di apprendimento sono tanti i meccanismi che intervengono, ne analizzeremo soltanto alcuni fondamentali: l'attenzione, l'emotività, la percezione, la memoria.

L'attenzione

L'attenzione è l'insieme dei dispositivi che consentono di orientare le risorse mentali disponibili verso gli oggetti e gli eventi, ricercare e individuare in modo selettivo le informazioni per focalizzare e dirigere la nostra condotta, mantenere in modo vigile una condizione di controllo su ciò che stiamo facendo. È un processo grazie al quale, in un dato momento attribuiamo rilievo a una data informazione, ne inibiamo un'altra, selezionando, di volta in volta, ciò che per noi è saliente e trascurando ciò che per noi è indifferente. Nella rilevazione degli stimoli entrano in funzione processi sia di elaborazione controllata sia di elaborazione automatica. Controllo volontario e automatismi oscillano fra loro e si alternano nel corso delle situazioni in funzione delle richieste del compito, della natura degli stimoli ambientali e delle esigenze degli individui. È l'incrocio fra processi dal

basso verso l'alto e dall'alto verso il basso. In molte circostanze siamo guidati dai nostri interessi, bisogni, scopi, nel prestare attenzione a ciò che ci succede attorno. È l'attenzione endogena avviata dalle nostre esigenze personali, governata da processi mentali dall'alto verso il basso. In numerose altre occasioni un evento inaspettato e saliente proveniente dall'ambiente cattura la nostra attenzione e la dirige subito verso di sé. È l'attenzione esogena, attivata da uno stimolo esterno e regolata da processi mentali dal basso verso l'alto. Gli stimoli che rispondono a interessi centrali (primari) sono catturati in modo assai più veloce e preciso rispetto a quelli associati a interessi periferici (secondari). Entrano in gioco conoscenze, credenze, interessi, emozioni, aspettative e scopi che abbiamo e pongono in azione importanti processi dall'alto verso il basso, in grado di influenzare in modo consistente l'attenzione. In particolare gli stimoli dotati di maggiore rilevanza emotiva catturano assai prima e in modo vincolante le risorse attentive rispetto a quelli neutri. Le emozioni trattengono altresì l'attenzione nel tempo, rendendo difficile la sua distrazione e la sua applicazione ad altri stimoli.

L'emotività

Nell'interazione con l'ambiente non solo partecipiamo e conosciamo le cose così come ci appaiono, ma “sentiamo” gli eventi. Non siamo indifferenti ma proviamo emozioni, anzi, fra i mammiferi siamo la specie più emotiva. Tutte le proviamo, ma a tutt'oggi non vi è ancora una definizione condivisa. Il primo articolo di William James pubblicato nel 1884 ha dato inizio alla psicologia scientifica delle emozioni”. “Ognuno di noi sa che cosa sia un'emozione, fintanto che non gli viene chiesto di darne una definizione” scrivevano Fehr e Russel (1984). Proviamo emozioni quando ci capita un avvenimento in grado di influenzare in modo diretto e rilevante i nostri scopi, desideri, valori e il nostro stato di benessere. Sono esperienze globali che coinvolgono la totalità del nostro organismo, poiché implicano attività di numerose componenti, quali i sistemi somato viscerali, percettivi, motori e cognitivi. Esse hanno un diritto di priorità e precedenza nel controllo dello svolgimento delle azioni anche se non sempre tale diritto conduce esiti favorevoli. Sono processi articolati in cui convergono in modo sinergico sia aspetti neurobiologici sia attività mentali. Gli stimoli emotivi suscitano un potenziamento della memoria. Il loro ricordo appare più nitido, più preciso, più forte e più resistente nel tempo. In particolare gli stimoli emotivi negativi sono assai più efficaci e potenti di quelli positivi. Le donne, più degli uomini, rafforzano i processi di memoria per gli eventi emotivi. Le emozioni sono episodi della nostra esperienza. In quanto tali, sono processi e sono organizzati secondo una sequenza di fasi: insorgenza, sviluppo, apice, decremento, estinzione. Non solo le emozioni sono sentite, ma sono altresì manifestate all'esterno dall'intero organismo. È una loro componente vincolante. Diversamente dai pensieri, dalle fantasie e dai ricordi, le emozioni emergono in modo visibile dal nostro corpo attraverso una serie molto estesa di manifestazioni. Infine quando si parla di intelligenza emotiva si intende la capacità di sapere identificare le emozioni sia in se stessi sia negli altri, impiegarle per facilitare il pensiero (soluzione di problemi, ragionamento, presa di decisioni, creatività), riconoscerle ed etichettarle in modo corretto, saper gestire e regolare la loro manifestazione.

La percezione

Molti sono inclini a ritenere che la percezione costituisca una sorta di fotocopia dell'ambiente. Ciò che percepiamo sarebbe una riproduzione di quanto si trova nella realtà. Già Kant pose in evidenza l'insostenibilità di questa posizione poiché la realtà in sé

è inconoscibile. Ciò che conosciamo è la realtà fenomenica quella che appare a noi. La corrispondenza fra realtà fisica e realtà percepita è il risultato dell'interdipendenza fra i dati sensoriali provenienti dall'esterno (dal basso verso l'alto) e le conoscenze già disponibili per l'individuo (dall'alto verso il basso). Le sensazioni, da sole, non contengono le informazioni sufficienti per spiegare le nostre percezioni. Vanno integrate in modo coerente nei percetti attraverso articolati processi di associazione ed elaborazione. A loro volta, i percetti costituiscono la base per ulteriori e articolati processi mentali associati alle immagini mentali, alle categorie, ai concetti. La percezione può essere intesa, allora, come l'organizzazione immediata, dinamica e significativa delle informazioni sensoriali, corrispondente a una data configurazione di stimoli, delimitata nello spazio e nel tempo. Sono essenziali i processi dal basso verso l'alto (informazioni sensoriali associate agli stimoli ambientali) e dall'alto verso il basso (le conoscenze disponibili nel registro di memoria, le credenze, le aspettative, gli scopi della nostra condotta). La conoscenza influenza i processi della percezione, rendendola più efficiente, pertinente, accurata, alla situazione contingente.

La memoria

La memoria è la capacità di conservare nel tempo le informazioni apprese e di recuperarle quando servono, in modo pertinente. Si parla di memoria a lungo termine (MLT) che va distinta in memoria procedurale che è la memoria del fare e memoria dichiarativa che è quella delle conoscenze. Nella memoria a lungo termine vengono immagazzinate le informazioni e rimangono per tanto tempo anche tutta la vita. Si parla di memoria a breve termine (MBT) o meglio memoria di lavoro dove vi è uno spazio di manovra in grado di codificare ed elaborare le informazioni provenienti dall'ambiente per renderle disponibili in format idonei per gli archivi della memoria a lungo termine. L'esperienza che facciamo in ogni momento è appresa in base a complessi dispositivi mentali. L'apprendimento, tuttavia, sarebbe inutile se non avessimo la capacità di conservare nella mente ciò che abbiamo appreso per poter utilizzare le competenze e le conoscenze acquisite in un momento successivo in funzione delle esigenze individuali e di quelle poste dall'ambiente. La conoscenza va immagazzinata nel nostro cervello per poter essere poi recuperata in un tempo successivo. Ogni nuova esperienza comporta dei cambiamenti dei circuiti nervosi, rafforzandone alcuni e indebolendone altri, così da creare nuovi percorsi nervosi. Anche ricordare qualcosa è un processo attivo che modifica il ricordo stesso. In questo senso la memoria va considerata come un processo attivo e dinamico dipendente dalla storia di ciascun individuo. È un sistema in continuo divenire, non informazione morta. È una traiettoria inarrestabile che continua per tutta la nostra vita. Per certi aspetti, noi siamo la nostra memoria. Essa è la nostra storia come individui (memoria personale) e come comunità cui apparteniamo (memoria collettiva). Essendo un'elaborazione, una ricostruzione e una conservazione attiva delle informazioni, implica in ogni caso un certo grado di distorsione, non è la fotocopia della realtà. La memoria, inoltre, pur essendo molto estesa, non è infinita. È limitata sia in termini quantitativi (il numero di informazioni che possiamo immagazzinare) sia in termini di durata (molti apprendimenti decadono dopo un certo periodo di tempo). Il fatto di dimenticare costituisce un grande vantaggio, poiché elimina dalla mente molte informazioni superflue e, in tal modo, lascia spazio per nuovi apprendimenti. Il gioco fra ritenzione, recupero e oblio pone in evidenza che la memoria non è statica, ma è un'attività dinamica in continua trasformazione, è un'organizzazione articolata e dinamica delle informazioni che, può prevedendo magazzini e registri di dati, implica una sequenza continua di processi: la codifica e l'elaborazione delle informazioni, il

loro consolidamento nel tempo (ritenzione) e il loro recupero in un tempo successivo in funzione delle nostre esigenze.

CAPITOLO III - I BIAS COGNITIVI: L'EFFETTO DUNNING-KRUGER E LA SINDROME DELL'IMPOSTORE

Il termine inglese bias deriva in realtà dal francese provenzale bias che significa “obliquo, inclinato” e che a sua volta deriva dal latino e prima ancora dal greco epikarsios, obliquo. Inizialmente, tale termine era usato nel gioco delle bocce, soprattutto per indicare i tiri storti, che portavano a conseguenze negative.

Nella seconda metà del 1500, assume un significato più vasto, infatti sarà tradotto come inclinazione, predisposizione, pregiudizio.

I bias cognitivi sono degli automatismi mentali fondati, al di fuori del giudizio critico, su percezioni errate o deformate, su pregiudizi e ideologie. Si tratta, il più delle volte di errori cognitivi che impattano nella vita di tutti i giorni, non solo su decisioni, comportamenti, ma anche sui processi di pensiero.

Tutti noi, per districarci nella complessità del mondo senza analizzare, pesare e valutare ogni dettaglio, ci affidiamo alle strategie di pensiero che si chiamano euristiche.

Anche questo nome viene dal greco: heuriskein vuol dire trovare scoprire.

Le euristiche sono procedimenti mentali intuitivi e sbrigativi, scorciatoie mentali, che permettono di costruire un'idea generica su un argomento senza effettuare troppi sforzi cognitivi. Sono strategie veloci utilizzate di frequente per giungere rapidamente a delle conclusioni.. Abbiamo un cervello ecologico, creato dall'evoluzione per adattarsi all'ambiente cercando di non incorrere in costi che superino i benefici. Per questo abbiamo sviluppato le euristiche (scorciatoie intuitive, rapide ed efficaci). Ogni essere umano dispone di una cassetta degli attrezzi nella quale si trovano le euristiche ricevute in dono geneticamente ed esperite nel suo ambiente (Gerd Gigerenzer) . Ogni volta che si troverà nella condizione di attuare una scelta in condizioni di incertezza, esse gli verranno automaticamente in soccorso senza che il suo sistema cognitivo debba fare alcuno sforzo. I bias cognitivi sono il rovescio della medaglia dell'euristiche, nel senso che hanno lo scopo di rendere l'essere umano cieco rispetto a certe informazioni per favorire rapidità e frugalità decisionali. Quindi i bias sono particolari euristiche usate per esprimere dei giudizi, che alla lunga diventano pregiudizi, su cose mai viste o di cui non si è mai avuto esperienza, mentre le euristiche funzionano come una scorciatoia mentale e permettono di avere accesso a informazioni immagazzinate in memoria.

I bias cognitivi che sono stati classificati sono moltissimi (se ne contano più di 200). Possono essere classificati in tre categorie: inconsci, automatici, espliciti.

I bias inconsci sono quelli che vengono attivati senza che la persona ne sia consapevole.

I bias automatici sono quelli di cui la persona è più o meno a conoscenza ma non li riconosce come tali.

I bias espliciti sono quelli che la persona riconosce apertamente come tali e ne può parlare liberamente.

Il Bias Blind Spot è il presupposto di tutti i bias: è l'esistenza di una zona cieca della nostra consapevolezza (Emily Pronin fine anni '90). I pregiudizi vengono considerati stupidi e

indesiderabili dalla maggior parte delle persone. Tutti noi crediamo di essere obiettivi nella nostra visione del mondo e di non sottostare a nessuno dei bias che vediamo invece agire negli altri (familiari, amici, colleghi, ecc.)

Tra i bias più diffusi e insidiosi troviamo:

- Bias di conferma: tendiamo a cercare, a prendere in considerazione e a valorizzare solo notizie, pareri o evidenze che confermano quello di cui già siamo convinti. Soprattutto, molti studi lo dimostrano, ci ostiniamo a ignorare tutte le evidenze che contraddicono le nostre convinzioni, in primo luogo (ma non solo) quelle politiche o religiose.
- Eccesso di fiducia: è l'eccessiva fiducia nelle nostre valutazioni, nei nostri giudizi. Deriva dal credere che abbiamo informazioni più accurate e complete di quanto non siano realmente. È il bias più diffuso e, per molti versi devastante. L'eccesso di fiducia è connesso all'effetto Dunning Kruger che porta il nome dei due psicologi che l'hanno studiato (fine 1990) ossia la propensione dell'incompetente a sopravvalutarsi. Egli nutre un'incondizionata fiducia nelle proprie capacità, non ha percezione dei propri limiti e ignora i propri errori. Infine fa fatica a riconoscere la competenza altrui e può arrivare a disprezzarla.

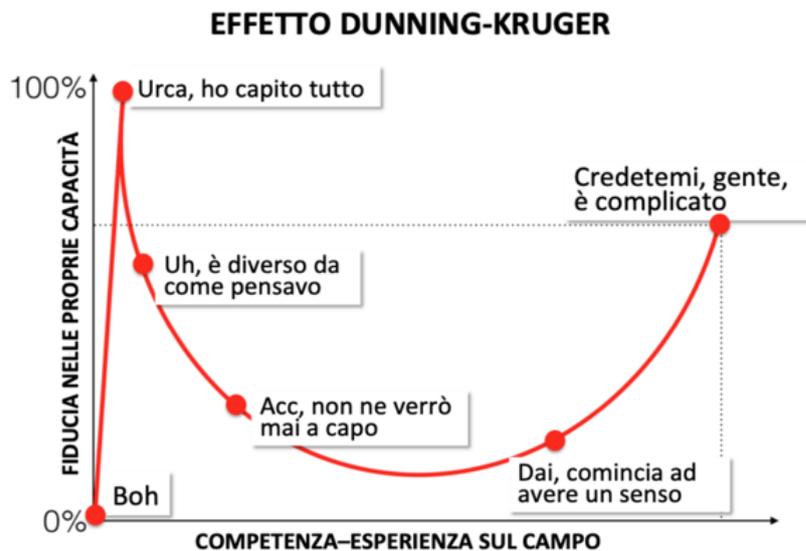


Figura 1 (tratto da Nuovo e Utile di Annamaria Testa)

La sindrome dell'impostore è l'altra faccia dell'effetto Dunning Kruger, si verifica quando una persona esperta propensi a sottostimare le proprie conoscenze e capacità nutrendo il timore che le proprie capacità, per quanto alte, non lo siano mai abbastanza.

CAPITOLO IV MODELLI DI VALUTAZIONE/ AUTOVALUTAZIONE

Da tempo la letteratura propone una visione sistemica della formazione, che amplia il focus di analisi oltre l'evento formativo in sé: per una formazione interessata a raggiungere obiettivi di cambiamento, non basta porre attenzione a ciò che avviene durante l'evento formativo, ma occorre estendere l'azione progettuale anche a ciò che deve essere fatto prima e dopo.

Il modello preso in esame (Apprendere in aula per applicare al lavoro, dossier 271-2021 regione Emilia Romagna) descrive il processo formativo in diverse fasi:

- l'analisi di contesto – che è la fase preparatoria di ogni intervento formativo, un momento di analisi della realtà organizzativa nel suo complesso e di identificazione dei bisogni formativi, attraverso il coinvolgimento dei diversi livelli di responsabilità dell'organizzazione stessa, nonché dei destinatari della formazione. In questa fase vengono poste tutte le condizioni necessarie per consentire l'effettiva messa in opera dell'azione formativa e degli apprendimenti che ne conseguiranno (disponibilità di locali idonei, tecnologie, procedure, ...).

- la fase formativa vera e propria - che coincide con ciò che comunemente si definisce "corso", ovvero un tempo dedicato all'utilizzo di diverse metodologie didattiche e finalizzato allo sviluppo di un apprendimento. In questa fase si identificano luoghi e tempi per creare i collegamenti tra la formazione e i contesti professionali. La fase formativa include anche la micro-progettazione, ovvero l'insieme di quelle specifiche operazioni che anticipano l'aula, la disegnano, ne pensano le condizioni: alcune hanno a che fare con la didattica vera e propria, altre con il livello organizzativo (calendario/programma, sede, logistica, budget eventuale, modalità di iscrizione, certificazione ECM).

- l'accompagnamento - che facilita il trasferimento degli apprendimenti acquisiti in aula nei reali luoghi di lavoro attraverso la progettazione e la creazione di contesti organizzativi favorevoli, di spazi "protetti", sperimentali, dove l'errore non solo è possibile, ma è considerato pretesto per un ulteriore apprendimento, con azioni - organizzative e formative (soprattutto sul campo) - da attivare alla fine dei corsi: follow up, gruppi di miglioramento, momenti di auto ed etero-valutazione, audit, comunità di pratica, indicazioni per l'acquisto di attrezzature specifiche;

- la valutazione dell'intervento formativo, fase per la quale è stato costruito un questionario di valutazione della trasferibilità degli apprendimenti.

A differenza delle prime tre fasi che si susseguono coerentemente, la valutazione si svolge trasversalmente lungo tutto il processo formativo.

La valutazione, da asettico esercizio di attribuzione di valore e misura, diventa un vero e proprio processo partecipativo che attraversa tutto il percorso della formazione. Impostare tale processo implica "la necessità di coinvolgere le persone in una produzione di conoscenza pertinente e rilevante, significativa, in grado di alimentare nuove visioni e letture della realtà" (Scaratti et al., 2015). Valutare non è giudicare stando a guardare, quanto piuttosto agire, toccare con mano le trasformazioni che avvengono negli assetti organizzativi e relazionali; significa far emergere connessioni, anche quelle che fino a quel momento risultavano meno evidenti; comporta avere a che fare con questioni realmente vissute dai vari soggetti nella loro interazione quotidiana con l'organizzazione.

Affinché la valutazione non tradisca le aspettative di chi la utilizza – e quindi possa rispondere alle sue finalità di “misurazione” e di “riflessione” relativamente al percorso formativo – occorre partire dalla considerazione di tutti i soggetti coinvolti.

Anche l’autovalutazione, ovvero la valutazione di se stessi da parte dei singoli partecipanti, può dunque essere letta come opportunità di dare senso e significato al processo di apprendimento e di individuare nuove letture possibili di quel processo, nella consapevolezza che non esiste ... alcuna ricetta di successo rispetto al coinvolgimento di attori diversi nell’attività di valutazione..., ma che si tratta piuttosto di un lavoro di composizione e di armonizzazione dei diversi interessi e punti di vista a un costante e spesso faticoso percorso di interazione, confronto e mediazione. (Vergani in Bartezzaghi et al .,2009)

Perché utilizzare l’autovalutazione?

- promuove le capacità di pratica riflessiva e di auto monitoraggio;
- promuove l'integrità accademica attraverso l'auto segnalazione da parte degli studenti dei progressi nell'apprendimento;
- sviluppa l'apprendimento auto diretto;
- aumenta la motivazione degli studenti;
- aiuta gli studenti a sviluppare una serie di competenze personali e trasferibili.

Il self assessment è uno dei modelli di autovalutazione per lo studente che gli permette di analizzare e di riflettere in autonomia sui suoi comportamenti e sulle sue competenze a partire dalle domande che gli vengono poste. Uno degli obiettivi è proprio quello di rendere più consapevole la persona dei propri punti di forza e delle aree di miglioramento.

Il self assessment è quindi una descrizione fatta direttamente da chi viene valutato rispetto ai risultati professionali raggiunti a partire dagli obiettivi che erano stati posti. In questo momento autovalutativo la persona ha anche l’opportunità di mettere a fuoco eventuali ostacoli incontrati durante lo svolgimento di determinate attività. Ci sono diversi benefici collegati al self assessment per colui che viene valutato: da partecipante passivo diventa attore protagonista e ha la possibilità di dare le giuste informazioni per una valutazione quanto più completa.

Per autovalutarsi in maniera corretta però è necessario seguire delle linee guida che possono essere riassunte in questi tre punti:

- essere onesti con se stessi analizzando i comportamenti reali, i risultati ottenuti e quelli attesi;
- essere puntuali e specifici rispetto alle situazioni; è importante infatti fornire quanti più esempi concreti di ciò che si sta dicendo;
- considerare l’autovalutazione come un’opportunità di crescita, un momento costruttivo per aumentare la consapevolezza di sé e strutturare al meglio la propria performance.

Il self assessment è un’opportunità di crescita non solo per lo studente ma anche per tutte le altre figure coinvolte. Da questa autovalutazione si possono ricavare delle informazioni che altrimenti non si avrebbero e si può creare un quadro più completo dello studente rispetto il suo stato di apprendimento. Il vantaggio del self assessment è quello di avere una correzione automatica delle risposte fornite che vengono poi confrontate con una campione di riferimento (tratto da <https://www.digitaldictionary.it/blog/assessment-e-self-assessment>).

Altro caposaldo da considerare nella valutazione è il concetto di transfer della formazione.

Il transfer della formazione viene definito in letteratura come “la misura in cui un soggetto che ha seguito una attività formativa applica effettivamente le nuove conoscenze, abilità e competenze nel proprio lavoro” (Tannenbaum, Yulk, 1992, p. 420). E qui ci viene in aiuto Holtone i suoi collaboratori (2000), che, assieme ai suoi collaboratori, ha dapprima teorizzato le dimensioni del transfer e costruito poi uno strumento diagnostico, il Learning Transfer System Inventory (LTSI).

La tesi principale del modello “transfer system” è che gli esiti di un processo formativo sono strettamente legati alle capacità degli individui, al livello motivazionale e alle influenze del contesto organizzativo. Queste tre dimensioni sono considerate su tre livelli: l'apprendimento, la performance individuale e la performance organizzativa. Una dimensione ulteriore, considerata come direttamente correlata al livello motivazionale, viene definita come “influenze secondarie”, rappresentate da caratteristiche di autoefficacia percepita e dalla “prontezza” percepita dal partecipante al percorso formativo.

La dimensione “capacità” racchiude l'insieme delle opportunità nell'utilizzo di capacità personali nel trasferimento, la validità di contenuto del processo formativo e la relativa utilità percepita dal soggetto, il disegno proposto per il transfer e la possibilità di mettere in pratica successivamente gli apprendimenti sul luogo di lavoro.

La dimensione “Contesto” è rappresentata dalle caratteristiche sociali e organizzative dell'ambiente di lavoro - è caratterizzata da un coaching a supporto della performance, da un supporto dei responsabili, dalle sanzioni dei responsabili, dal supporto tra pari, dalla resistenza o apertura al cambiamento e dai risultati personali positivi e negativi.

La dimensione “Motivazione” riguarda la motivazione al trasferimento, lo sforzo nel transfer, le aspettative sulla performance e le aspettative sui risultati. In questo modello due sono gli elementi principali della motivazione: da un lato essa si riferisce a quanto i discenti contano sul cambiamento derivante dal loro impegno, dall'altro riguarda la relazione tra il cambiamento nella performance lavorativa e il raggiungimento di risultati importanti

La dimensione “Influenze Secondarie” comprende due fattori che influenzano la motivazione: la “prontezza” dei partecipanti al processo formativo, che è legata al bisogno, da parte dell'organizzazione, di preparare al meglio gli individui per una maggiore significatività dell'esperienza formativa (Warr, Bunce, 1995); l'auto-efficacia percepita dagli individui sulla performance, o la loro convinzione di poter utilizzare gli apprendimenti per cambiare il proprio livello di performance.

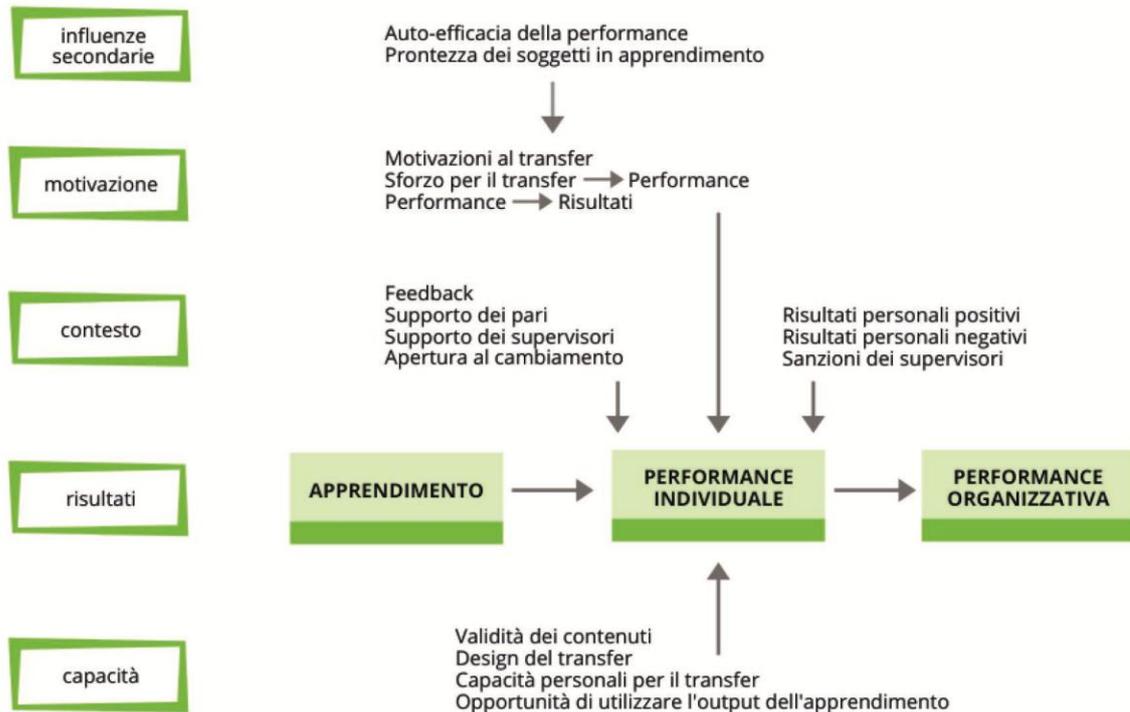


Figura 2 Dossier Regione Emilia Romagna 271-2021

Il modello così articolato cerca di evidenziare le relazioni complesse tra fattori personali (individuo in formazione), caratteristiche della formazione (progetto formativo) e dell'organizzazione (contesto) che influenzano il trasferimento degli apprendimenti e il loro utilizzo pratico nel contesto organizzativo di riferimento.

Il Learning Transfer System Inventory (LTSI)

Holton e colleghi hanno cercato di dare al loro modello una funzione diagnostica (Holton, 2003), concretizzata nel relativo strumento, il Learning Transfer System Inventory (LTSI), sviluppato a partire dalla seconda metà degli anni '90 (Holton, 1996; Holton et al., 2000). Il questionario, ampiamente utilizzato in ambito organizzativo statunitense e introdotto in differenti realtà culturali, si presenta quindi come un utile strumento per delineare le principali caratteristiche del transfer formativo nei contesti lavorativi e, allo stesso tempo, per verificare l'efficacia delle azioni formative proposte dalle organizzazioni (Holton, 2003).

Lo strumento di misura del questionario è composto da sedici fattori principali, di cui undici specifici (nei quali viene chiesto ai soggetti di pensare allo specifico programma formativo) e cinque generali (nei quali viene invece chiesto di pensare in generale alla formazione nella loro organizzazione di appartenenza).

I fattori specifici sono:

- la percezione di prontezza del soggetto prima dell'attività formativa, cioè il livello di preparazione percepita dagli individui per la partecipazione a un percorso formativo;
- la motivazione al transfer, definita come la direzione, l'intensità e la persistenza dell'impegno nell'utilizzo, nel contesto lavorativo, di abilità e conoscenze apprese nella formazione;
- i risultati personali positivi, cioè gli esiti positivi sul lavoro derivanti dall'attività formativa;

- i risultati personali negativi, cioè il grado in cui gli individui percepiscono che una mancata applicazione delle abilità e conoscenze apprese in formazione porterà a dei risultati negativi;
- le capacità personali per il transfer, definite come l'intensità di tempo, energia e spazio mentale che gli individui possono dedicare per supportare il trasferimento degli apprendimenti dalla formazione al lavoro.
- il supporto tra pari, cioè il livello di supporto agli individui attraverso cui i pari rinforzano l'uso degli apprendimenti al lavoro;
- il supporto dei responsabili, cioè il livello di supporto agli individui attraverso cui i responsabili rinforzano l'uso degli apprendimenti al lavoro;
- le sanzioni dei responsabili, definite come l'intensità della percezione delle risposte negative dei responsabili nel momento di applicazione degli apprendimenti al lavoro;
- la validità di contenuto percepita, definita come l'intensità con la quale i soggetti giudicano il contenuto della formazione come rispondente in modo adeguato alle loro necessità formative e lavorative;
- il transfer design, cioè la percezione, da parte degli individui, di un'ottimale progettazione della formazione a supporto di successivi trasferimenti degli apprendimenti al lavoro;
- le opportunità di utilizzo, cioè l'intensità con la quale i soggetti sono dotati di, o ottengono successivamente, risorse per utilizzare gli esiti della formazione nelle situazioni di lavoro

I fattori generali sono:

- le aspettative nell'impegno alla performance nel transfer, definite come le aspettative sui cambiamenti derivanti da uno sforzo dell'individuo nel trasferimento degli apprendimenti;
- le aspettative nella performance per i risultati, cioè le aspettative rivolte ai cambiamenti nella performance di lavoro che consentiranno di valutare i risultati individuali al lavoro;
- la resistenza o l'apertura al cambiamento, cioè il grado in cui le norme di gruppo prevalenti sono percepite dagli individui come incoraggianti o inibenti l'uso degli apprendimenti nei luoghi di lavoro;
- l'autoefficacia nella performance, definita come una credenza generale dell'individuo rivolta alle sue capacità nell'influire sul livello della sua performance nel lavoro;
- la performance nel coaching, cioè gli indicatori formali e informali dell'organizzazione riferiti a una performance di lavoro individuale" (Fraccaroli e Pisanu, 2007).

Per concludere, questo modello è uno dei pochi presenti in letteratura che ha un focus specifico sulla motivazione al trasferimento e, soprattutto, sui fattori legati alla qualità della progettazione di un trasferimento degli apprendimenti.

I fattori che influiscono sulla trasferibilità della formazione, relativi a tre dimensioni



INDIVIDUO

Preparazione dei partecipanti

Motivazione al trasferimento

Capacità personali di trasferimento

Autoefficacia sulla prestazione (generale)



ORGANIZZAZIONE

Appoggio dei pari

Supporto dei superiori

Opportunità di utilizzo

Apertura al cambiamento (generale)



PROGETTO FORMATIVO

Percezione della validità dei contenuti

Progettazione dell'accompagnamento

Opportunità di utilizzo

Aspettativa sul cambiamento della performance (gen.)

Figura 3 Dossier Regione Emilia Romagna 271-2021

CAPITOLO V – IPOTESI DI QUESTIONARIO

Dopo aver analizzato questo modello valutativo e sulla base dell'esperienza personale in quanto studentessa del Corso CIICS ipotizzo questi esempi di item che potrebbero essere utilizzati per formulare un questionario da sottoporre agli studenti di un nuovo corso, da somministrare all'inizio, durante lo svolgimento, al termine del corso e a distanza di un certo periodo di tempo dalla conclusione della formazione.

Lo strumento di misurazione potrebbe essere la scala di Likert a 10 passi dove 1 corrisponde a "fortemente in disaccordo" e 10 a "completamente d'accordo". Ad ogni item oltre ad esprimere il numero, lo studente potrà specificare eventuali spiegazioni.

Caro studente, ti chiediamo di compilare questo questionario di autovalutazione per verificare la progressione del tuo apprendimento e comprendere meglio i punti su cui lavorare insieme in questo percorso CIICS. Puoi segnare a lato di ogni affermazione la Tua attuale opinione da 1 a 10 secondo questo criterio e aggiungere a lato eventuali note specifiche .

Fortemente in disaccordo Completamente d'accordo

1) Ho sentito la voglia di mettere in pratica nel mio contesto lavorativo ciò che ho appreso.	<input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="6"/> <input type="text" value="7"/> <input type="text" value="8"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="10"/>	
2) Sono riuscito/a a superare eventuali resistenze personali verso questa tecnica.	<input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="6"/> <input type="text" value="7"/> <input type="text" value="8"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="10"/>	
3) Questo tipo di percorso sta generando un cambiamento che si ripercuote sulla mia vita personale.	<input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="6"/> <input type="text" value="7"/> <input type="text" value="8"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="10"/>	
4) Questo corso mi stimola a cambiare il modo di relazionarmi al paziente.	<input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="6"/> <input type="text" value="7"/> <input type="text" value="8"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="10"/>	
5) I miei colleghi mi incoraggiano ad usare questa tecnica.	<input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="6"/> <input type="text" value="7"/> <input type="text" value="8"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="10"/>	
6) L'organizzazione del mio ambiente lavorativo mi permette di sperimentare la tecnica di ipnosi e comunicazione ipnotica.	<input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="6"/> <input type="text" value="7"/> <input type="text" value="8"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="10"/>	
7) Ho trovato difficoltà ad applicare la tecnica in tutte le sue fasi consequenziali.	<input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="6"/> <input type="text" value="7"/> <input type="text" value="8"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="10"/>	
8) Le giornate di formazione sono state strutturate in modo adeguato.	<input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="6"/> <input type="text" value="7"/> <input type="text" value="8"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="10"/>	
9) I contenuti teorici sono stati di facile comprensione.	<input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="6"/> <input type="text" value="7"/> <input type="text" value="8"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="10"/>	
10) Mi sono sentito/a accompagnato/a dai docenti in queste fasi iniziali	<input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="6"/> <input type="text" value="7"/> <input type="text" value="8"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="10"/>	
11) Il materiale didattico messo a disposizione è congruo all' apprendimento della tecnica e alla sua applicazione.	<input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="6"/> <input type="text" value="7"/> <input type="text" value="8"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="10"/>	
12) Quando sento la necessità di essere supportato so a chi rivolgermi per trovare le risposte adeguate.	<input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="6"/> <input type="text" value="7"/> <input type="text" value="8"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="10"/>	
13) Le esercitazioni fatte nei gruppetti tra pari sono efficaci al fine dell'apprendimento e del transfert formativo.	<input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="6"/> <input type="text" value="7"/> <input type="text" value="8"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="10"/>	

Grazie per il tuo contributo

CONCLUSIONI

In conclusione, dopo l'esperienza del corso svolto e l'approfondimento dei possibili bias che intervengono nel processo di acquisizione e apprendimento di un nuovo strumento, ho maturato alcune impressioni.

In primis, che l'ipnotismo è uno strumento molto valido e potente ed efficace che garantisce al paziente una partecipazione attiva nel suo percorso di cura.

In secundis, partecipare a questo corso significa concedere a se stessi di mettersi in gioco personalmente su tutti i livelli: quello fisico, emotivo, percettivo, cognitivo, spirituale e accettare il cambiamento che ne consegue.

In tertiis, che qualsiasi cambiamento comporta un momento di confusione in cui si perde i propri punti di riferimento. Come diceva Nietzsche: Bisogna avere il caos dentro di sé per partorire una stella danzante. Infatti, solo in questa condizione è possibile creare nuovi schemi mentali, nuovi riferimenti, perché la confusione ha permesso di mettere in crisi i vecchi sistemi. Se accettiamo che ad ogni cambiamento segue un periodo di confusione o crisi (da crisi cambiamento), produrre uno stato di crisi in modo attivo, consentirebbe di accedere ad una condizione mentale discreta più recettiva alle modificazioni di schemi perché scevra da eccessive strutture difensive. Semplicemente, si possono cambiare schemi ed settaggi mentali in modo estremamente semplice a patto di concedersi di ampliare il proprio panorama di schemi mentali preimpostati. Questo vale prima di tutto per l'operatore e successivamente per tutti i pazienti che l'operatore supporterà con tale tecnica.

Quindi per valorizzare la formazione dell'operatore, questo non deve limitarsi semplicemente alla "partecipazione del corso di formazione", ma deve acquisire il concetto di formazione come processo e comprendere le diverse fasi nelle quali questo è distinto, valorizzando soprattutto l'aspetto valutativo e autovalutativo.

Questa mia tesi pertanto vuole essere la premessa per uno studio longitudinale che si potrebbe svolgere attraverso la somministrazione di questionari pre, in itinere e post corso, agli studenti per valutarne sia le competenze iniziali che la percezione delle proprie competenze acquisite. Questo al fine di migliorare e estendere per lo studente l'utilizzo della tecnica di ipnosi clinica e comunicazioni ipnotica nel proprio ambiente lavorativo, di ottimizzare modalità di apprendimento mirate dei docenti, come per esempio la formazione di gruppi omogenei di studenti che manifestano lo stesso livello di conoscenza, e facilitarne la capacità di trasferimento di tale tecnica arginando l'ansia iniziale.

Infine, in una fase di follow up, questo studio permetterebbe di ottenere dati importanti sul transfer formativo nei vari contesti lavorativi, dando contezza di quanti studenti avranno continuato a praticare l'ipnosi nel tempo.

BIBLIOGRAFIA / SITOGRAFIA

1. Vangelo di Marco. Tratto da : La Sacra Bibbia CEI 2008
2. Granone, F. (1972). Trattato di ipnosi. Torino: UTET
3. Pert, C. (2000) Molecole di emozioni Milano TEA
4. Anolli L. Legrenzi P. (2001) Psicologia Generale Bologna Il Mulino
5. Casiglia E.(2022) . Le cose accadono . Padova CLEUP
6. Rosenberg M. (2003) Le parole sono finestre(oppure muri) Reggio Emilia ESSERCI
7. William J. (1884) Che cos'è un'emozione
8. Fehr B. Russeli J.A. (1984) Article Journal of Experimental Psychology.
9. Kant, I. [1781], Kritik der reinen Vernunft; trad. it. Critica della ragion pura, Roma-Bari, Laterza, 2010.
10. Gigerenzer G. (2009) Decisioni Intuitive.
11. Kahneman D, Tversky A. (1974) Judgment under uncertainty: heuristics and biases.
12. Pronin E. (2002) The bias blind spot: Perceptions of bias in self versus others.
13. Regione Emilia-Romagna ; Servizio Sanitario regionale Emilia-Romagna e Agenzia sanitaria sociale Emilia-Romagna Apprendere in aula per applicare al lavoro Dossier 271-2021 ISSN-223X
14. Bartezzaghi E, Guerci M, Vinante M. La valutazione stakeholder-based della formazione continua. Modelli, processi, strumenti . FrancoAngeli, Milano, 2009
15. Fraccaroli, F., Pisanu, F., Gentile, M. (2010) (a cura di), Versione italiana del Learning Transfer System Inventory (LTSI), adattato al contesto.
16. Holton, E. F. (1996). The flawed four-level evaluation model, Human Resource Development Quarterly, 7, 5–21.
17. Holton, E. F., Baldwin, T. T. (2003). Making transfer happen: an action perspective on learning transfer system. In (a cura di) E. F. Holton e T. T. Baldwin, Improving learning transfer in organizations, San Francisco, CA, Jossey-Bass.

18. Holton, E. F., Bates, R. A., Ruona, W. E. A. (2000). Development and construct validation of a generalized learning transfer system inventory, *Human Resource Development Quarterly*, 11 (4), 333–360.
19. Holton, E. F., Chen, H. C., Naquin, S. S. (2003). An Examination of Learning Transfer System Characteristics Across Organizational Settings, *Human Resource Development Quarterly*, 14(4).
20. Scaratti G, Arborea V, Cinque M. *Pratiche di valutazione formativa*. Raffaello Cortina Editore, Milano, 2015.
21. Tannenbaum, S.I., Yukl, G. (1992). Training and development in work organizations. *Annual Review of Psychology*, 43 (in Pisanu e Fraccaroli, 2007).
22. Tracey, J.B., Tannenbaum, S.I., Kavanagh, M.J. (1995). Applying trained skills on the job: The importance of the work environment, *Journal of Applied Psychology*, 80, 239- 252.
23. Warr, P., Bunce, D. (1995), Trainee characteristics and outcomes of open learning. *Personnel Psychology*, 48, 347-375.
24. <https://nuovoeutile.it> Annamaria Testa
25. <https://www.digitaldictionary.it/blog/assessment-e-self-assessment>
26. <https://teaching.cornell.edu/teaching-resources/assessment-evaluation/self-assessmen>
27. https://scuolalab.edu.ti.ch/temieprogetti/piano_di_studio/Documents/La%20valutazione%20per%20l%27apprendimento.pdf
28. <https://www.frontiersin.org/journals/education/articles/10.3389/educ.2019.0087/ful>
29. Morley C. P. (2024). Moving on From Self-assessment. **PRiMER (Leawood, Kan.)**, 8*, 5. <https://urlsand.esvalabs.com/?u=https%3A%2F%2Fdoi.org%2F10.22454%2FPRiMER.2024.624901&e=672f7c66&h=846d13fb&f=y&p=y>
30. Papinczak T, Young L, Groves M, Haynes M. An analysis of peer, self, and tutor assessment in problem-based learning tutorials. *Med Teach*. 2007;29(5):e122–e132.
31. Fraundorf SH, Caddick ZA, Nokes-Malach TJ, Rottman BM. Cognitive perspectives on maintaining physicians' medical expertise: III. Strengths and weaknesses of self-assessment. *Cogn Res Princ Implic*. 2023;8(1):58. doi: 10.1186/s41235-023-00511-z.
32. Parker RW, Alford C, Passmore C. Can family medicine residents predict their performance on the in-training examination? *Fam Med*. 2004;36 (10):705–709.

33. von Hoyer J, Bientzle M, Cress U, Grosser J, Kimmerle J, Holtz Peter. False certainty in the acquisition of anatomical and physiotherapeutic knowledge. *BMC Med Educ.* 2022;22(1):765. doi: 10.1186/s12909-022-03820-x.
34. Jones R, Panda M, Desbiens N. Internal medicine residents do not accurately assess their medical knowledge. *Adv Health Sci Educ Theory Pract.* 2008;13(4):463–468. doi: 10.1007/s10459-007-9058-2.
35. Lakhlifi C, Lejeune FX, Rouault M, Khamassi M, Rohaut B. Illusion of knowledge in statistics among clinicians: evaluating the alignment between objective accuracy and subjective confidence, an online survey. *Cogn Res Princ Implic.* 2023;8(1):23. doi: 10.1186/s41235-023-00474-1.
36. Lerner BS, Kalish V, Ledford CJW. exploring residents' skills in diagnosing dementia: the unexpected dissonance between ability and confidence. *Fam Med.* 2017;49(6):460–463.
37. Kruger J, Dunning D. Unskilled and unaware of it: how difficulties in recognizing one's own incompetence lead to inflated self-assessments. *J Pers Soc Psychol.* 1999;77(6):1121–1134. doi: 10.1037/0022-3514.77.6.1121.
38. Rahmani M. Medical trainees and the dunning-kruger effect: when they don't know what they don't know. *J Grad Med Educ.* 2020;12(5):532–534. doi: 10.4300/JGME-D-20-00134.1.

Ringraziamenti

Ringrazio Dio e i miei genitori per avermi donato la vita.

Ringrazio tutti i docenti del corso CIICS ed in particolare il Prof. Paolo Granone e la dottoressa Elena Michelis per il supporto nel percorso e durante la stesura della tesi.

Ringrazio il collega Flavio Fortunato ed in dottor Giampiero Gulotta per l'aiuto tecnico nella formattazione.

Dedico questa tesi al mio sposo e ai nostri figli, che mi hanno incoraggiato e sostenuto anche in questo percorso.

La dedico soprattutto a mia sorella AnnaRita, alla quale non posso fare a meno di pensare.



Figura 4 Anno 1971 AnnaRita e Roberta le sorelline che chiamavano “le contessine”