

Il paziente al centro del sistema sanitario: una questione di curriculum nascosto

The patient centred health system: a matter of hidden curriculum

MARIA GRAZIA DE MARINIS, MARIA MATARESE, MICHELA PIREDDA

Corso di laurea per Infermieri, Università Campus Bio-Medico di Roma

L'assistenza *patient-centered*, punto focale dell'eccellenza e innovazione in sanità, si realizza nel rispetto delle preferenze, dei bisogni e dei valori del singolo paziente e nella sua considerazione in ogni decisione clinica. Essa è caratterizzata dal *riconoscimento del paziente come persona* e dalla *comunicazione* che dà origine ad una *relazione significativa* tra pazienti, familiari e curanti. Per realizzare tale assistenza è fondamentale il ruolo che può essere svolto dall'educazione medica, soprattutto per quanto attiene alla formazione di competenze comunicative e relazionali. Le *Medical Humanities* sono state integrate a pieno titolo nei piani di studio delle professioni sanitarie per evitare il riduzionismo positivista, ma non sembra siano state in grado di arginare la “disumanizzazione” della medicina. Più che di curriculum formale, nella formazione degli atteggiamenti che denotano interesse e rispetto verso il paziente, si parla di “curriculum nascosto”, vale a dire il sistema di idee e valori radicati nelle persone impegnate nel contesto di apprendimento, che lavora sotto la superficie visibile delle azioni e che, pur non essendo esplicitamente dichiarato, influenza in modo sensibile l'apprendimento. La formazione può essere così interpretata come una relazione costruttiva in cui si apprende a *prendersi cura* attraverso l'*esperienza* della cura.

Parole chiave: Cure centrate sul paziente, medical education, medical humanities, curriculum nascosto

Indirizzo per la corrispondenza
Address for correspondence

Prof.ssa Maria Grazia De Marinis

Corso di laurea in Infermieristica
Università Campus Bio-Medico di Roma
Via Alvaro del Portillo, 200 - 00128 Roma
e-mail: m.demarinis@unicampus.it

The “patient-centered care”, the focal point of excellence and innovation in healthcare, is carried out in accordance with the preferences, needs and values of each patient and his involvement in the decision making process. It is characterized by the recognition of the patient as a person and the communication that gives rise to a significant relationship between patients, family members and medical staff.

In order to realize such care, it is crucial the role played by the medical education, especially with regard to the formation of communicative and relational skills. The Medical Humanities have been fully integrated in the curricula of health professions to avoid positivist reductionism but doesn't seem to have been able to stem the “dehumanization” of medicine.

It is the “hidden curriculum” rather than the formal one that acts effectively in the formation of attitudes that show interest and respect for the patient. Hidden curriculum refers to the system of ideas and values rooted in people involved in the learning context, that work under the visible surface of the actions and which have a significant influence on learning. Education can be interpreted as a positive relationship in which one learns to take care through the experience of the care received.

Key words: *Patient-centered care, medical education, medical humanities, hidden curriculum*

Il paziente al centro del sistema sanitario

Il “paziente al centro dell’attenzione” è una espressione che ricorre ormai frequentemente nella *mission* di molte strutture sanitarie ad evidenziare la diffusa istanza di innovazione ed eccellenza in sanità. Sebbene tale espressione comunichi con immediatezza verso quale obiettivo indirizzare il cambiamento, è tuttavia difficile descriverne il significato e le trasformazioni concrete che ad essa si associano (Hobbs, 2009; Mead e Bower, 2000). Nella letteratura internazionale il termine è tradotto in vari modi: “patient centered care”, “patient centered approach”, e “patient-focused care” (Hobbs, 2009; Saha, Mary, Cooper, 2008). Il termine “patient centered care”, in particolare, è presente nella letteratura medica sin dal 1969, da quando Balint lo coniò per sottolineare l’esigenza del medico di considerare il paziente come “un essere umano unico”. A metà degli anni ’80, il concetto fu ulteriormente sviluppato da Stewart (1995) per descrivere una modalità di cura centrata non solo sulla malattia, ma soprattutto sull’esperienza del paziente, riconoscendo quest’ultima come il terreno di comune incontro tra pazienti e curanti.

Nel 1990, Gerteis et al. (1993) hanno identificato la percezione del paziente come un importante elemento della qualità delle cure e hanno considerato il rispetto per l’individualità del paziente e la comunicazione tra curante e paziente come condizioni essenziali per una cura centrata sul paziente.

L’*Institute of Medicine* (2001) ha dichiarato che il “patient centered care” si realizza nel rispetto e nella risposta alle preferenze, ai bisogni ed ai valori del singolo paziente e nella loro piena considerazione in ogni decisione clinica. Nel documento *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century* (2001), l’*Institute of Medicine* individua l’assistenza centrata sul paziente come uno dei fattori chiave per migliorare i moderni sistemi sanitari e delinea i quattro elementi che la definiscono: 1. un’assistenza compassionevole ed empatica, in grado di rispondere ai bisogni del paziente nel rispetto dei suoi valori e delle sue preferenze; 2. il coordinamento e l’integrazione delle strutture e del personale tutto, affinché gli eventi legati alla salute siano percepiti come coerenti ed integrati tra loro, e allontanino dal paziente e dalla famiglia quel senso di abbandono che spesso sperimentano di fronte allo scollamento dei servizi e delle risposte di cura; 3. l’informazione, la comunicazione e l’educazione: dimensioni che si fondano su una visione della persona come unica responsabile della propria esistenza e della sua continua evoluzione, nonché unica in grado di attribuirle significato. 4. il confort che deriva dall’organizzazione di tempi e spazi a misura di uomo; ad esempio i colori, gli arredi, i luoghi, i ritmi sono espressioni di un ospedale che esprime l’attenzione alla persona anche attraverso l’armonia di un ambiente intenzionalmente pensato per l’uomo, dove c’è posto e tempo per le relazioni e dove anche la famiglia trova il suo spazio per essere supportata da adeguate iniziative di sostegno e di cura e per essere consapevolmente coinvolta nell’assistenza al paziente.

In ambito internazionale, le esperienze di cura centrata sul paziente hanno fornito risultati incoraggianti in termini di *outcomes* di salute soggettivi ed oggettivi (Hobbs, 2008; Mead e Bower 2000; Epstein et al., 2010). In particolare, tali esperienze sembrano favorire la diminuzione della durata media di degenza, la soddisfazione del paziente e l’attuazione di trattamenti efficaci ed efficienti, con conseguente riduzione dei costi per l’assistenza sanitaria (Jayadevappa e Chhatre, 2011). La rilevanza del concetto di “centralità del paziente”, intesa come risposta ai bisogni particolari ed alle aspettative di ciascun paziente nei modi e nei tempi da lui stesso preferiti, è attualmente testimoniata dai sistemi di Qualità che hanno definitivamente assunto la soddisfazione del paziente, e quindi il campo della sua personale esperienza, come metodo per valutare le caratteristiche e le proprietà stesse dei sistemi sanitari (Jayadevappa e Chhatre, 2011). I significati di “patient centered care”, “patient centered approach”, “patient-focused care” e le loro dimensioni costituenti si arricchiscono di senso e significato man mano che l’attenzione del mondo sanitario e dei ricercatori si concentra su di essi. Ad oggi, i termini hanno assunto una pluralità di aspetti definenti così difficile da riassumere che sembra più facile sintetizzare ciò che *non vogliono indicare*, piuttosto che ciò che realmente riescono ad esprimere. In definitiva “patient centered care” *non vuol significare* un sistema di cure centrate sulla tecnologia, sul medico, sulla struttura di cura, sulla malattia (Stewart, 2001) e la letteratura suggerisce approfondimenti aggiuntivi e ulteriori ricerche per definire con maggior chiarezza le sue complesse e contestuali dimensioni costituenti. Possiamo affermare che la realizzazione di un’assistenza “patient centered” è prevalentemente caratterizzata dal *riconoscimento del paziente come persona* e dalla *comunicazione* intesa come processo di interazione che dà origine ad una *relazione significativa* tra pazienti, familiari e curanti.

Le Medical humanities per un sistema patient centered

I concetti di “Persona” e di “Relazione”, così significativi nel definire il “patient centered care”, racchiudono un patrimonio di pensiero e di riflessione intorno alla natura dell’uomo che non può non permeare la formazione di quanti dell’uomo si fanno carico nelle condizioni di maggiore fragilità. Se è vero che la realizzazione di sistemi sanitari “patient centered” richiede profondi cambiamenti negli assetti organizzativi, molta letteratura raccomanda di non trascurare l’impatto che la formazione può avere sul cambiamento dei sistemi sanitari e sui loro risultati in termini di salute (*Institute of Medicine*, 2001; Jayadevappa e Chhatre, 2011). Per realizzare ed implementare un’assistenza che ponga il paziente al centro dell’attenzione, molte ed autorevoli organizzazioni internazionali attribuiscono grande rilievo all’educazione medica, soprattutto per quanto attiene alla formazione di competenze comunicative e relazionali che, come la ricerca

ha dimostrato, possono essere insegnate, apprese e utilizzate nella pratica professionale (Frankel, 2004).

L'Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME), l'American Board of Internal Medicine (ABIM), l'Educational Commission for Foreign Medical Graduates e l'American Board of Medical Specialties (ABMS) hanno identificato le competenze comunicative e relazionali tra le "competenze core" della formazione medica e la loro collocazione nel curriculum formale viene esplicitamente finalizzata alla costruzione di capacità di instaurare una relazione efficace con pazienti e familiari, ma anche con tutti gli altri professionisti della salute all'interno dell'ampia gamma di servizi sanitari e nel panorama dei diversificati contesti socio-culturali.

Tali competenze vengono ritenute fondamentali anche per sviluppare negli studenti le capacità di armonizzare le loro conoscenze ed abilità tecniche alle peculiarità di ogni paziente, per contribuire in maniera incisiva al miglioramento continuo dei servizi sanitari disponibili e per il rinnovamento del professionismo.

L'educazione medica, in questi anni, proprio sulla spinta della forte esigenza di miglioramento dei sistemi sanitari e del superamento di modelli biomedici, ha cercato di recuperare nei curriculum formali una varietà di contenuti e metodologie – che vanno dalla psicologia medica, alla critica letteraria, dall'antropologia sanitaria alla storia della sanità e all'etica, ma anche dal teatro, alle arti figurative, alla musica, al diritto, alla filosofia, alla sociologia – identificate più in generale dal termine *Medical humanities* (Haidet e Stein, 2006) che sta proprio ad indicare *un insieme di riflessioni filosofiche sul senso e sul fine della scienza e della tecnologia*, che dovrebbero contrastare, nelle Facoltà di Medicina, il diffondersi di atteggiamenti riduzionistici nei professionisti sanitari (Borghi e Pennacchini, 2009).

La finalità che ha incoraggiato l'inserimento di crediti attribuiti alle discipline più squisitamente umanistiche nei piani di studio della professione medica e delle professioni sanitarie più in generale, è stata proprio quello di ricucire la frattura tra "scienze della natura" e "scienze dello spirito", che anni di approccio positivista in medicina hanno mantenuto distanti e contrapposte.

Una recente revisione della letteratura sull'utilizzo delle *Medical humanities* nel contesto italiano (Fieschi et al., 2013) ha descritto gli obiettivi formativi che i diversi autori ritengono raggiungibili con l'introduzione delle *Medical humanities* nei piani di studio della Facoltà di Medicina. Quattro obiettivi fondamentali sono ricavabili attraverso questa revisione: 1. lo sviluppo di attitudini empatiche, per preparare gli studenti ad una relazione terapeutica che metta in primo piano i vissuti, i bisogni e i problemi dei singoli pazienti; 2. lo sviluppo di capacità narrative ed interpretative, per consentire agli studenti di recuperare l'aspetto dialogico della narrazione nel colloquio clinico e nella raccolta dell'anamnesi, in contrapposizione con l'approccio monologico dell'esame obiettivo; 3. la conoscenza e cura di sé stessi, per aiutare gli studenti a

prepararsi alla relazione diretta con il malato attraverso un atteggiamento riflessivo che li porti ad interrogarsi sul senso e significato della malattia anche sotto il profilo esistenziale, prima di doverla affrontare con concrete responsabilità di cura nei diversi contesti professionali; 4. l'acquisizione di senso etico e di responsabilità, per guidare l'attenzione del professionista sanitario sulle dimensioni etiche della malattia e della medicina.

In Italia, come in molti altri paesi, corsi di arte, letteratura, cinema ecc. sono ormai compresi a pieno titolo nei curricula formali dei professionisti della salute, ma non sembra siano stati in grado di arginare in maniera decisiva il fenomeno della "disumanizzazione" della medicina (Lown, 1996; Gracey et al., 2005). Hafferty parla in tal senso di "riforma senza cambiamento", in quanto si evidenzia una forte incongruenza tra ciò che viene indicato teoricamente e il comportamento del professionista nella pratica clinica e nella relazione con il paziente.

Il Curriculum nascosto e la formazione *patient centered*

Più che di curriculum formale, nella formazione degli atteggiamenti che denotano interesse e rispetto verso il paziente, sembra si debba parlare di "curriculum nascosto" (*hidden curriculum*) (Hafferty, 1998). Di *hidden curriculum* si comincia a parlare nel 1969 quando Phillip Jackson nel suo libro "La vita nelle aule" attraverso l'osservazione della quotidianità delle scuole elementari, descriveva la presenza viva di valori, disposizioni e aspettative che, pur avendo poco a che fare con obiettivi e contenuti curriculari, influenzavano direttamente la scolarizzazione degli alunni ed erano essenziali per la loro progressione scolastica. Questo concetto era stato già comunque per certi versi anticipato da Dewey (1938) nella sua idea di "apprendimento cooperativo" ed oggi appare sempre più chiaro che esso si realizza con l'apporto di molteplici dimensioni riferibili non solo agli ordinamenti ed ai piani di studio dichiarati (curriculum formale), ma anche al sistema di idee e valori profondamente radicati nelle persone impegnate nel contesto di apprendimento, che lavora sotto la superficie visibile delle azioni e che, pur non essendo esplicitamente descritto e dichiarato influenza comunque l'apprendimento (curriculum nascosto).

Poiché la formazione in sanità ha lo scopo di far crescere persone, attraverso lo sviluppo delle proprie potenzialità umane, oltre che tecniche e scientifiche, gli studenti sembrano particolarmente sensibili alle dimensioni implicite e latenti presenti nei contesti di apprendimento (Branch et al., 2001). Benché scarsamente esplicitato e raramente oggetto di ricerca e di indagine (Lempp e Seale, 2004; Cripp e Bignold 1999, Zannini, Randon, Saiani, 2011), si ritiene che il curriculum nascosto influenzi profondamente i comportamenti e gli atteggiamenti degli studenti e che esso trasmetta messaggi che vengono appresi ed interiorizzati più di quanto non avvenga

con i contenuti delle lezioni teoriche impartite in aula dagli insegnanti (Branch et al., 2001). Perciò, sembra fortemente riduttivo impartire agli studenti interessanti lezioni sulla comunicazione senza preoccuparsi se queste siano in grado di operare un effettivo cambio di mentalità e produrre in ciascuno una reale apertura verso gli altri. È come se si volesse insegnare a qualcuno a nuotare attraverso interessanti lezioni sui diversi stili di nuoto. Anche mettendo in cattedra campioni olimpionici i risultati sarebbero limitati. Il miglior modo per imparare a nuotare è stare in acqua, magari con una persona esperta per imitarne lo stile, a cui aggrapparsi in caso di difficoltà e con cui misurarsi nei continui progressi. Questo è applicabile anche all'ambito della comunicazione: l'apprendimento risulterebbe più efficace se si riuscisse a creare intorno agli studenti un ambiente favorevole ai rapporti, alle relazioni e ai contatti umani, modificando quelle situazioni di anonimato e di indifferenza in cui frequentemente ci si muove nelle aule, nelle segreterie e, ancor peggio, nei contesti di tirocinio che reclamano, tra gli obiettivi dichiarati, la competenza comunicativa, ma dove spesso non c'è alcuna traccia di ascolto e di comunicazione con cui lo studente possa confrontarsi e sperimentarsi. Il clima educativo, caratterizzato da collaborazione e supporto tra docenti, studenti, tutor e quanti partecipano quotidianamente alla vita universitaria con responsabilità formative ed organizzative, dovrebbe permettere allo studente di muoversi all'interno di una progettualità formativa coerente, ma soprattutto dovrebbe diventare l'immagine di quell'ambiente che lui stesso dovrà ricreare intorno al paziente nel futuro esercizio professionale.

Appare dunque ampiamente superata l'idea che il docente abbia il compito esclusivo di trasmettere i contenuti teorici previsti dal curriculum formale e che lo studente debba trattenere nella sua memoria tali contenuti, per recuperarli al momento opportuno e nelle situazioni più appropriate. In realtà l'apprendimento è un processo molto più complesso della semplice trasmissione di nozioni o contenuti. Esso è un percorso di attribuzione di senso e significato ai contenuti ed alle idee che vengono trasmesse e avviene attraverso il coinvolgimento emotivo e cognitivo degli studenti nelle attività formative e attraverso un complesso processo di modellamento tra esempio osservato e discente osservatore (Vygotskij, 1990). In tale prospettiva, le relazioni forniscono il contesto che plasma e determina l'apprendimento. Come descritto da numerosi studi di ambito pedagogico, la relazione studente-insegnante è associata alla motivazione ad apprendere e condiziona le scelte e la costruzione di comportamenti professionali da parte degli studenti (Haidet e Stein, 2006). In quest'ottica, la formazione può essere interpretata come un *prendersi cura* dello studente: dei suoi originali ed individuali processi di apprendimento, della sua maturità complessiva, della sua capacità di confrontarsi, di mettere in comune punti di vista nel dialogo e nel rapporto con altre storie di vita. Per la loro crescita, gli studenti hanno bisogno del sostegno dei docenti e dei tutor, in una relazione del tutto simmetrica a quella che instaureranno con i loro pazienti. Formazione e cura stanno

tra di loro in una complessa relazione di reciprocità: ciò che gli studenti sapranno mettere a disposizione dei loro pazienti dipenderà anche da quanto e dal come avranno ricevuto dai loro docenti.

Il curriculum nascosto ha un ruolo importante anche nella formazione della cultura e dell'identità professionale infermieristica, in quanto forma a pensare e a sentire come infermieri (Tanner, 1990; Bevis e Watson, 1989). Il curriculum nascosto si comunica nel modo in cui i docenti insegnano e stabiliscono relazioni con gli studenti (Bevis e Watson, 1989) e dovrebbe supportare quello formale sia nel contesto accademico che in quello clinico, attraverso modelli di ruolo (*role models*) che dimostrino di integrare la teoria nella pratica e siano in grado di far sperimentare agli studenti nella loro formazione l'*empowerment* che dovranno poi essere capaci di sviluppare nei pazienti. Purtroppo, l'incoerenza tra il curriculum formale e quello nascosto non permette agli studenti di trovare un ambiente formativo favorevole e frena il cambiamento verso un nuovo paradigma educativo nella formazione infermieristica (Robinson e Hill, 1995; Del Prato, 2013). In altri casi il conflitto si pone tra il curriculum formale (valori e comportamenti appresi a lezione) e il curriculum nascosto delle norme sociali del comportamento professionale imperante nei luoghi di tirocinio clinico (Jones, 2007). L'influsso del curriculum nascosto, con i suoi messaggi e valori impliciti, può mantenere lo scollamento tra teoria e pratica. Infatti, mentre l'insegnamento teorico del *nursing* ha lo scopo di insegnare a prendersi cura del paziente, la teoria sottostante molte aree di pratica clinica serve piuttosto a proteggere gli infermieri dallo stress e a soddisfare obiettivi estranei a quelli del paziente (Ferguson e Jinks, 1994).

In Italia una recente ricerca-intervento (Zannini, Randon, Saiani, 2011) ha esplorato il punto di vista e le dimensioni latenti riguardo al curriculum nascosto di formatori infermieristici. Dallo studio emerge che l'organizzazione è vista come nemica del *caring* e dell'imparare ad assistere, mentre si evidenzia la presenza silenziosa di modelli positivi di *caring* nei contesti clinici e si sottolinea l'importanza e l'invisibilità della relazione con il paziente nell'assistenza. Da tale studio emerge, inoltre, una figura di formatore che esercita funzioni di controllo più che di accompagnamento e di sostegno nel processo di riflessione sull'esperienza clinica. Tale studio esplorativo, più che dare risposte definitive, sollecita ad aprirsi ad ulteriori conclusioni.

Conclusioni

Alcuni autori sostengono che il rapporto ideale tra studente e docente sia quello che riesce a sfidare e superare il tradizionale ruolo di insegnante come "esperto" e studente come "tabula rasa". Esso è caratterizzato da flessibilità, collaborazione, reciprocità, investimento emotivo ed interdipendenza e costituisce un'occasione di crescita non solo per

il discente, ma anche per lo stesso docente (Haidet e Stein, 2006). La relazione docente-studente è anche processo orientativo perché può aiutare a scoprire i propri limiti e le capacità, premessa indispensabile di qualsiasi percorso di crescita, in cui obiettivi e valori personali s'integrano con obiettivi e valori professionali. In questo senso, la conoscenza è un cammino senza sosta che parte dalla conoscenza di noi stessi, dalla profondità del nostro agire, per dare prima di tutto una risposta a *chi sono*, solo in un secondo momento a *che cosa farò* (Binetti e De Marinis, 2002). La conoscenza e la comprensione di sé consentono la comprensione dell'altro e questo è ritenuto un punto di partenza particolarmente privilegiato per le professioni sanitarie perché obbliga gli studenti ad aprirsi al mondo del paziente non in una logica di ruoli, ma di condivisione della comune dimensione umana.

Nelle professioni sanitarie il quadro di valori di riferimento, con tutto lo spessore del senso e del significato attribuito agli eventi, è fondamentale in ragione dei risultati del proprio agire. Una formazione centrata sulla persona può favorire un itinerario di riflessione e di verifica delle proprie motivazioni per consentire allo studente di assumere tutta la responsabilità dei propri atti, grazie ad una crescente consapevolezza delle ragioni che li informano e degli effetti che raggiungono.

In definitiva, ogni riflessione sulla formazione dei professionisti sanitari parte dall'idea che studenti e docenti, pur nell'asimmetria dei loro ruoli, sono coinvolti in una costruttiva relazione in cui si apprende a *prendersi cura* attraverso l'esperienza della cura. Ciò significa che la formazione richiede ai docenti una competenza adeguata per raggiungere livelli di personalizzazione molto elevati, respingendo l'idea di rapporti anonimi e superficiali che escludono dalla comprensione dell'altro e dalla possibilità di rispondere con pienezza ai suoi bisogni espressi ed inespressi.

Bibliografia

- Bevis E, Watson J. *Toward a caring curriculum. A new pedagogy for nursing*. National league for nursing, New York 1989.
- Binetti P, De Marinis MG. *La prospettiva pedagogica nella Facoltà di Medicina*. SEU, Roma 2002.
- Borghi L, Pennacchini M. *Medicina high-tech e technical humanities*. L'arco di Giano 2009;61:165-73.
- Branch WT, Kern D, Haidet P et al. *Teaching the human dimensions of care in clinical settings*. JAMA 2001;286(9):1067-74.
- Cribb A, Bignold S. *Towards the reflexive medical school: the hidden curriculum and medical education research*. Stud Higher Educ 1999;24:195-209.
- Del Prato D. *Student's voices: The lived experience of faculty incivility as a barrier to professional formation in associate degree nursing education*. Nurse Educ Today 2013;33(3):286-90.
- Epstein RM, Fiscella K, Lesser CS et al. *Why the nation needs a policy push on patient-centered health care*. Health Aff (Millwood) 2010;29(8):1489-95.
- Ferguson KE, Jinks AM. *Integrating what is taught with what is practised in the nursing curriculum: a multi-dimensional model*. J Adv Nurs 1994;20(4):687-95.
- Fieschi L, Matarese M, Vellone E et al. *Medical humanities in health-care education in Italy: a literature review*. Ann Ist Super Sanità 2013;49:56-64.
- Frankel RM. *Relationship-centered care and the patient-physician relationship*. J Gen Intern Med 2004;19(11):1163-5.
- Gerteis M, Edgman-Levitan S, Daley J et al. *Through the patient's eyes: understanding and promoting patient-centered care*. Jossey-Bass, San Francisco (CA) 1993.
- Gracey CF, Haidet P, Branch WT et al. *Precepting humanism: strategies for fostering the human dimensions of care in ambulatory settings*. Acad Med 2005;80(1):21-8.
- Hafferty FW. *Beyond curriculum reform: confronting medicine's hidden curriculum*. Acad Med 1998;73(4):403-7.
- Haidet P, Stein HF. *The role of the student-teacher relationship in the formation of physicians. The hidden curriculum as process*. J Gen Intern Med 2006;21 Suppl 1:S16-20.
- Hobbs JL. *A dimensional analysis of patient-centered care*. Nurs Res 2009;58(1):52-62.
- Institute of Medicine. *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century*. National Academy Press, Washington (DC) 2001.
- Jayadevappa R, Chhatre S. *Patient centered care - a conceptual model and review of the state of the art*. Open Health Serv Policy J 2011;4:15-25.
- Jones A. *Putting practice into teaching: an exploration study of nursing undergraduates' interpersonal skills and the effects of using empirical data as a teaching and learning resource*. J Clin Nurs 2007;16(12):2297-307.
- Lempp H, Seale C. *The hidden curriculum in undergraduate medical education: qualitative study of medical students' perceptions of teaching*. BMJ 2004;329(7469):770-3.
- Lown B. *The Lost Art of Healing: Practicing Compassion in Medicine*. Houghton Mifflin, Boston 1996.
- Mead N, Bower P. *Patient-centeredness: a conceptual framework and review of the empirical literature*. Soc Sci Med 2000;51(7):1087-110.
- Robinson S, Hill Y. *Miracles take a little longer: Project 2000 and the health-promoting nurse*. Int J Nurs Stud 1995;32(6):568-79.
- Saha S, Mary CB, Cooper LA. *Patient centeredness, cultural competence and healthcare quality*. J Natl Med Assoc 2008;100(11):1275-85.
- Stewart M, Brown JB, Weston WW et al. *Patientcentred medicine transforming the clinical method*. Sage, Thousand Oaks 1995.
- Stewart M. *Towards a global definition of patient centred care*. BMJ 2001;322(7284):444-5.
- Tanner CA. *Caring as a value in nursing education*. Nurs Outlook 1990;38(2):70-2.
- Vygotskij L. *Pensiero e linguaggio. Ricerche psicologiche*. Laterza, Roma-Bari 1990.
- Zannini L, Randon G, Saiani L. *Il curriculum nascosto nella formazione infermieristica*. Med Chir 2011;52:2292-6.