

P-CARE: uno studio che prende origine dal dialogo tra pedagogia e scienze mediche

Stefano Benini

Ausl di Bologna/Università degli Studi di Bologna

Abstract: Lo studio P-Care offre l’opportunità di avviare una riflessione sul rapporto tra pedagogia e scienze mediche. L’articolo focalizza l’attenzione sul dialogo tra queste due discipline analizzandolo dapprima da un punto di vista epistemologico e, successivamente, pratico. Si auspica la definizione di uno statuto pedagogico in grado di dialogare fattivamente con le scienze mediche per produrre conoscenze e migliorare la pratica sanitaria.

Introduzione

Possiamo senza ombra dubbio affermare che lo studio P-Care, nel proporre un nuovo approccio all’educazione terapeutica per la persona affetta da patologia cronica, si connota per la sua originalità. Originalità che non si lega soltanto all’innovazione metodologica che sostiene l’intero impianto epistemico, ma abbraccia anche i postulati che sorreggono il progetto nel suo insieme.

La partecipazione di tre Dipartimenti medici ad uno studio coordinato da una ricercatrice afferente al settore scientifico disciplinare della pedagogia rappresenta, certamente, una peculiarità nel panorama sanitario italiano. Lo studio P-Care, infatti, valorizza e porta a compimento, quell’approccio interdisciplinare e multiprofessionale che rappresenta il “cuore e l’animo della cura sanitaria” (Yeager, 2005), dal momento che l’esistenza di diverse prospettive, punti di vista e paradigmi, tra loro integrati, garantiscono una risposta adeguata alla complessità dei fattori che caratterizzano l’esperienza della malattia cronica.

La postura interdisciplinare punta a superare quella visione a compartimenti stagni sull’uomo e sulla salute/malattia che ha caratterizzato per secoli la medicina. Con l’interdisciplinarietà, infatti, ci si discosta dalla mera valorizzazione dell’iperspecializzazione che ha affidato l’analisi e la cura delle malattie a settori disciplinari sempre più parcellizzati (Israel, 2010). Se da un lato l’eccesso di specializzazione ha permesso di giungere alla conoscenza approfondita dei fenomeni, dall’altro non consente di comprenderli nella loro complessità, dal momento che difficilmente un approccio analitico sarà in grado di intercettare tutti gli elementi, e ancor più i nessi, che caratterizzano i fenomeni.

Tale discorso non si limita soltanto all’ambito della medicina, ma è presente in molte realtà del vivere umano. Lo possiamo vedere, ad esempio, nei sistemi d’insegnamento di ogni ordine e grado con la tendenza a separare le discipline per frazionare le realtà in cui siamo inseriti. Sono aumentati i punti di vista disciplinari che studiano i tanti aspetti della realtà in maniera sempre più analitica, promuovendo così la cultura del pensiero binario, del bianco o del nero, del tutto o del nulla, come denuncia apertamente Edgar Morin riferendosi, nello specifico, al paradigma della disgiunzione (Morin, 2000). Tale cultura punta a trattenere i saperi all’interno dei singoli campi disciplinari, generando non poca resistenza nei confronti degli atti di “meticciamiento” delle conoscenze.

Quando si cura una persona affetta da malattia cronica, invece, si rende necessario aprire i recinti disciplinari per far circolare i saperi disponibili. Sappiamo, infatti, che la cura, ancor prima che una

praxis, è una riflessione sui saperi, un'indagine sulle molteplici prospettive ed una prefigurazione sulle ampie possibilità che entrano in campo nelle menti del curante e del curato (Cosamacini, 2008). Ciò significa che prima di curare l'operatore sanitario è tenuto ad indagare, interrogare e riflettere sullo stato dei saperi che vengono messi in campo nella quotidianità, oltre a cercare di comprendere ciò che si muove nella mente, nei sentimenti e nei desideri dell'altro.

Approcciarsi ad una persona con una malattia cronica richiede pertanto al medico, all'infermiere o all'educatore professionale, la capacità di attingere ad un sistema di conoscenze e prospettive epistemologiche aperte, diversificate e plurali per poter decifrare le complessità che si delineano nel corso dell'ars curandi. Pertanto, si rende necessario che l'operatore impari a "sconfinare", usando una sollecitazione di Mariagrazia Contini (2009), alcuni dei tradizionali recinti del sapere medico-sanitario come, ad esempio, la biologia, la farmacologia o la patologia medica, per volgere lo sguardo altrove, avvalendosi di altri contributi paradigmatici, come accaduto nel progetto P-Care che ha visto la fattiva integrazione dei saperi pedagogici con quelli medici.

Finestre in dialogo: l'incontro tra pedagoga e scienze mediche¹

Cercheremo ora di comprendere quale tipo di conoscenza si possa costruire ponendo in dialogo le scienze mediche con la pedagogia, dal momento che su un piano epistemologico e istituzionale non vi siano ancora state forme strutturate e formalizzate di collaborazione.

Prima di procedere con lo sviluppo della trattazione, è necessario fare una breve precisazione per definire cosa intendiamo quando si parla delle due discipline.

Per scienze mediche ci si riferisce alle discipline che si occupano di cura, di assistenza e riabilitazione della persona, nonché di cura della malattia e di tutela/promozione della salute. Nello specifico, il riferimento va fatto ai Settori Scientifico Disciplinari (SSD) emanati dal Ministero dell'Istruzione dell'Università e della Ricerca con il DM 4 ottobre 2000, e loro successivo accorpamento con la legge 240/2010, afferenti all'ara 06 denominata, appunto, scienze Mediche. All'interno di essa vi troviamo diverse discipline riguardanti, ad esempio, la medicina clinica generale e specialistica, la chirurgia generale e specialistica, le scienze infermieristiche e ostetriche, le scienze riabilitative delle professioni sanitarie e le scienze delle professioni sanitarie tecniche e della prevenzione.

Per quanto concerne la pedagogia più che fare riferimento alla suddivisione dei settori concorsuali previsti dalla legge sopracitata (pedagogia e storia della pedagogia e didattica, pedagogia speciale e ricerca educativa) in questo lavoro si tiene in considerazione la sua connotazione di scienze dell'educazione con un'attenzione particolare agli aspetti di carattere teoretico-fondativo ed epistemologico-metodologico riguardanti i fenomeni educativi e formativi, oltre alle ricerche a carattere applicativo ed empirico, alcune delle quali svolte proprio nei contesti sanitari.

Nonostante non vi sia una tradizione consolidata di confronto e collaborazione, nella letteratura italiana si trovano alcuni importanti lavori che trattano della pedagogia applicata ai contesti sanitari. Ci riferiamo in modo particolare ai lavori di autorevoli pedagogisti quali Anna Maria Di Giorgio (1981 e 1990), Silvia Kanisza, (1989, 1999), Piero Bertolini (1994, 2005), Riccardo Massa et al. (1997), Elisa Frauenfelder (2001, 2002), Lucia Zannini (2001, 2004, 2008), Natascia Bobbo (2004, 2009, 2012, 2020), Patrizia de Mennato (2011, 2016), Giuseppe Anncontini, (2012), Donatella Micaela Castiglione (2013, 2014, 2015, 2016), Benedetta Gambacorta-Passerini (2016) che parlano, sotto diverse prospettive, del contributo della pedagogia all'epistemologia medico-sanitaria.

Sono lavori di studiosi e ricercatori che in forma più o meno sistematica propongono prospettive disciplinari che non rimangono alla sola linea di confine tra le due scienze, ma tentano di avviare forme di dialogo, di collaborazione e di produzione epistemologica e sintattica. Non sono perciò da intendersi come manuali di pedagogia da applicare ai contesti sanitari ad uso dei futuri professionisti, ma si riferiscono nella loro peculiarità alla prospettiva, ritenuta come la più convincente da un punto di vista epistemologico, che è propria del dialogo teorico e pratico come ha indicato Piero Bertolini nella sua

¹ Il presente paragrafo riprende alcuni concetti già trattati dallo scrivente in "Reti di Possibilità. Quando la pedagogia incontra le prassi sanitarie". Franco Angeli, 2016, pp. 94-104.

articolata analisi che tratta dell'incontro tra pedagogia e la medicina (Bertolini P. et al. 1994, Bertolini P, 2005).

La presa d'atto dell'esistenza e della validità di una disciplina come la pedagogia da parte di un'altra (le scienze mediche in questo caso) – e viceversa, non è sufficiente per avviare un dialogo designato a produrre prospettive epistemologiche nuove e feconde. Al di là delle singole prospettive, tradizioni e campi di applicazione è necessario evidenziare le reciproche connessioni teoretiche e gli orientamenti metodologici comuni esistenti sui due piani. Perciò non si tratta di fare i conti solo con le differenze esistenti tra le scienze mediche e la pedagogia, ma di focalizzare lo sguardo anche sulle similitudini e sui loro campi di integrazione.

La prossimità, la confidenza, il dialogo e le interconnessioni che si avviano aprendo l'una uno sguardo sull'altra, potranno promuovere forme di cooperazione che mettono in luce prospettive e progettualità epistemiche e metodologiche utili sia in ambito sanitario che educativo.

Perché ci sia dialogo è necessario che le due discipline dispongano di tutte le informazioni utili per poter cercare di parlare uno stesso linguaggio e confrontarsi allo stesso livello. La mancanza di informazioni di una disciplina sull'altra potrebbe compromettere l'esito del dialogo, rischiando di venire falsato per via di un'impostazione formale o di cortesia, piuttosto che esser realmente fondata sul principio dell'integrazione. Solo stabilendo un rapporto paritetico che potremmo definire ad armi pari, parafrasando il testo di Piero Bertolini in cui tratta la sua riflessione sul tema in oggetto, sarà possibile avviare un dialogo interdisciplinare come segno di una precisa assunzione di responsabilità culturale e ancor più di impegno per cercare di migliorare la realtà dell'uomo (Bertolini, 2005).

Con la definizione ad armi pari non si vuole qui presentare il dialogo come premessa allo scontro o un invito alla battaglia culturale per superare un conflitto epistemologico. Giocare ad armi pari significa partire da un concetto di pariteticità disciplinare che sussiste, pur abitando nella differenza di approcci epistemologici, e presuppone il riconoscimento della legittimità delle proprie e altrui competenze.

Il dialogo tra scienze mediche e pedagogia è chiamato a proporre un lessico nuovo derivante dalla co-costruzione dei significati che nascono dal loro rivelarsi all'interno di una relazione tendenzialmente orizzontale e non verticale, poiché pedagogia e medicina, come scriveva Anna Maria di Giorgio, tra le prime pedagogiste ad occuparsi di questo dialogo interdisciplinare, non lavorano solo sulle cose e con mero materiale di esperimento, bensì su autentici avvenimenti della vita di ogni giorno (Di Giorgio, 1981). Dal momento che operano concretamente sulla realtà umana e transitano territori comuni, è bene che vi sia tra di loro forme di collaborazione a partire dalle reciproche connessioni.

Nei lavori sopracitati che trattano del dialogo tra le due prospettive disciplinari si riscontra come il sapere pedagogico, che emerge dall'analisi empirica dell'esperienza educativa e formativa, possa dare un valido apporto alle scienze mediche e come, sullo stesso piano, queste ultime offrano spunti indispensabili per il procedere dell'analisi e della pratica pedagogica.

Pedagogia e Medicina trovano il loro telos nella cura, ricorda Giuseppe Annacontini, seppur l'una espressa sul versante clinico, assistenziale e riabilitativo e l'altra su quello educativo-formativo (Annacontini, 2012). Pur partendo da specifici ambiti prassico-teoretici, entrambe talvolta "sconfinano" nel campo di applicazione altrui: è il caso della medicina, ad esempio, quando recupera la prospettiva formativa ed educativa nel corso di un intervento di educazione terapeutica, oppure per la pedagogia quando, nel mettere in campo un progetto di promozione del benessere scolastico, fa esplicito riferimento alla dimensione corporea e della salute.

I saperi medici e quelli pedagogici sono accomunati dal loro essere formulati per aiutare le persone lungo il corso del loro vivere. L'uomo, i suoi bisogni, la sua salute, il suo essere in relazione con gli altri, la sua crescita e la sua progettualità esistenziale, seppur da prospettive disciplinari differenti e con propositi distinti, rappresentano la ragione d'essere delle scienze qui a confronto, oltre ad indicarne, naturalmente, il campo di studio.

Al di là della loro non semplice identificazione per chi vorrebbe farle rientrare tra le scienze naturali o quelle umane, da un punto epistemologico Scienze mediche e pedagogia potrebbero trovare collocazione nella classificazione di scienze dell'uomo e per l'uomo a indirizzo pratico, come suggerito da Piero Bertolini (Bertolini, 2005).

Le ragioni storiche della pedagogia e delle scienze mediche come saperi disciplinari, epistemologicamente fondati, iniziano a muovere i primi passi solo tra la metà del XIX sec, quando a seguito delle correnti positiviste abbandoneranno le implicazioni filosofiche e teologiche che le hanno sorrette per molto tempo (Israël 2012, R. Laporta, 2001).

Se la pedagogia si è sviluppata come scienza pratica con lo scopo di sistematizzare e organizzare ciò che storicamente – e perciò concretamente – si è verificato in ambito educativo e formativo, le riflessioni disciplinari sulla cura della salute e malattia hanno perseguito la medesima finalità.

L'esser partiti dalle conoscenze pratiche possedute da medici, infermieri, levatrici e farmacisti da una parte e da educatori, insegnanti, precettori dall'altra, hanno portato a riconoscere «quei saperi empirici» che, ordinati secondo il metodo induttivo, hanno portato alla formulazione di principi, modelli concettuali e teorie che non sono stati fissati in forma speculativa. Entrambe le discipline, infatti, fanno riferimento ad un metodo specifico utilizzato per migliorare lo stato di salute per l'una e la formazione delle persone per l'altra, partendo, dall'analisi dei bisogni di coloro a cui fanno riferimento per individuare le strategie alla loro soddisfazione.

Per quanto riguarda le scienze mediche il metodo si differenzia in base alla disciplina e al campo di applicazione del professionista. Troviamo ad esempio il metodo clinico proprio dei medici, il processo di midwifery delle ostetriche e il processo di assistenza infermieristica per gli infermieri.

Anche in ambito pedagogico il discorso sul metodo fa riferimento ad una serie di procedure regolate e flessibili legate al contesto in cui si realizza, come nel caso del metodo didattico quando si ha a che fare con la facilitazione dell'apprendimento in ambito scolastico, oppure in riferimento ad una particolare teoria o paradigma concettuale come il metodo montessoriano, ad esempio, volto a tradurre in termini pragmatici i principi pedagogici espressi da Maria Montessori all'interno di una concreta realtà educava.

Se è vero che le scienze mediche e la pedagogia si rivolgono al medesimo oggetto che è l'uomo (o meglio s-oggetto di studio proprio perché entità soggettiva) è altrettanto vero che esse si differenziano per lo scopo e il campo di applicazione.

Mentre lo scopo della cura educativa è la progettazione di un percorso formativo-educativo il cui risultato è in un certo senso lontano nel tempo e non individuabile con precisione, la cura sanitaria ha come scopo la realizzazione di un percorso clinico assistenziale il cui obiettivo, invece, è prevalentemente vicino nel tempo e facilmente individuabile.

Se un educatore investe le proprie risorse nei confronti di un non ancora dato partendo pur sempre da ciò che è nel potenziale presente di ciascun educando, un medico, un infermiere o una logopedista, curano nel qui ed ora la persona per rispondere ad un problema reale e potenziale di salute, senza comunque perdere di vista gli esiti che un siffatto intervento può avere su un tempo ancora da venire.

Circa la dimensione temporale entrambe le discipline nel rivolgersi ad un soggetto attuale, storico e in divenire sono chiamate a improntare i loro interventi sulla base o in funzione di un benessere e di una qualità della vita situazionata nel qui e ora e di un futuro vicino, come la guarigione o quanto meno la scomparsa dei sintomi patologici per le scienze mediche, e il superamento di certe immaturità o analfabetismi, e per l'acquisizione di nuovi apprendimenti per quanto riguarda la pedagogia. Questo però non deve far perdere di vista anche un futuro più lontano, prevedendo in particolar modo che gli interventi sanitari ed educativi avranno a che vedere anche con prospettive di lunga durata, tanto che raramente e solo per certi aspetti limitati può essere verificabile da coloro che ne sono in qualche modo coinvolti.

La tabella che segue sintetizza le principali caratteristiche emergenti dal confronto tra scienze mediche e pedagogia, facendo riferimento al discorso fin qui fatto.

	Scienze mediche	Pedagogia
Classificazione	Scienze dell'uomo per l'uomo	Scienze dell'uomo per l'uomo
Finalità	Cura dell'uomo	Cura dell'uomo
S-oggetto di studio	Uomo e sua realtà in relazione ai bisogni e problemi legati allo stato di salute/malattia	Uomo e sua realtà in relazione ai suoi bisogni educativi/formativi
Campo di applicazione	La realtà della cura dell'uomo e delle sue malattie, nei diversi tempi e spazi	La realtà educativa nei suoi tempi e spazi
Scopo	Costruzione di un percorso/progetto di cura della salute	Costruzione di un percorso/progetto formativo educativo
Metodo di applicazione	In relazione alla disciplina di riferimento, al contesto e al profilo professionale di appartenenza Metodo clinico Processo di midwifery Processo di assistenza infermieristica	In relazione al contesto per conseguire gli obiettivi educativi (metodologia didattica)
Tempi	Presente, futuro maggiormente definibile	Presente, futuro non sempre definibile

Connessioni e orizzonti di reciprocità tra scienze mediche e pedagogia²

La constatazione delle differenze e delle similitudini epistemologiche unite alle connessioni metodologiche mostrano come tra pedagogia e scienze mediche ci possa essere un proficuo rapporto di continuità e di integrazione. Se tale prospettiva risulta evidente dopo aver posto una prima analisi al discorso interdisciplinare, è solo andando ad osservare i fatti che accadono quotidianamente nei contesti sanitari e in quelli educativi che riusciremo a comprendere con maggiore precisione quali siano i livelli e le entità di connessione e di interdipendenza tra i due paradigmi ora in analisi. Per tale ragione si cercherà di richiamare alcuni dei tanti avvenimenti che si succedono nei diversi contesti sanitari e pedagogici. Vediamo in un primo momento cosa accade all'interno dei setting i sanitari.

La maggior parte delle prestazioni che si esprimono nel corso di un'azione di cura sono connotate da un'alta specificità, e per certi versi inevitabile, tensione pedagogica. Basti osservare nel corso di una dimissione ospedaliera quando il medico o l'infermiere forniscono informazioni per promuovere l'adesione alla terapia farmacologica al domicilio, o quando spiegano i comportamenti e gli stili di vita da adottare per gestire una malattia cronica. Pur sotto forma di informazioni, di raccomandazioni o di prescrizioni, gli operatori sanitari mettono in campo degli interventi educativi che seppur finalizzati alla cura della malattia, assumono una valenza molto più ampia da ricondurre alla cura della persona.

Nel momento in cui un operatore entra in rapporto con un assistito, per via del dislivello che si realizza nella relazione interpersonale, colui che si trova in una posizione di superiorità rispetto all'altro, assume una funzione educativa quanto meno indiretta (S.Tramma, 2008), come nel caso dell'ostetrica

² Il presente paragrafo riprende alcuni concetti già trattati dallo scrivente in "Reti di Possibilità. Quando la pedagogia incontra le prassi sanitarie". Franco Angeli, 2016, pag 136-142

nei confronti della donna che sta seguendo durante la gravidanza. È infatti all'interno dell'asimmetria culturale ed esperienziale che si generano tutte le relazioni di cura, sia queste educative o sanitarie.

La funzione educativa si esplicita in molteplici attività proprie delle cure sanitarie, anche se non sempre se ne rivela una precisa intenzionalità o una preventiva presa di consapevolezza. A modo di dimostrazione proviamo ad elencare alcune attività sanitarie in cui trovano compimento le funzioni educative degli operatori, talvolta da intendersi come veri e propri interventi pedagogici.

È il caso della visita medica, ad esempio, quando il medico interroga, sostiene e propone rimedi comportamentali e farmacologici per migliorare lo stato di salute e/o per promuovere uno stato di maggior benessere. Nell'assumere la funzione del curante il medico diventa anche un educatore dal momento in cui guida e accompagna, in maniera più o meno costante, il malato lungo il decorso della sua malattia. Spesso, senza esserne consapevole, il medico interviene e condiziona i processi di crescita e di liberazione del potenziale vitale del suo assistito svolgendo in questo modo un mero intervento maieutico (S. Benini, 2021).

La funzione educativa si realizza anche in occasione di un intervento di prevenzione delle cadute nell'anziano quando il fisioterapista, in prossimità della dimissione ospedaliera, coinvolge assistito e familiari spiegando loro quali accorgimenti utilizzare per preservare lo stato di funzionalità fisica; oppure quando in corso di una seduta riabilitativa trasferisce le nozioni teoriche e comportamentali in merito ad una postura che la persona curata dovrebbe mantenere ai fini della sua riabilitazione.

Durante l'insegnamento dei principi della contraccezione o della procreazione all'interno di una classe di scuola di grado superiore l'ostetrica svolge un vero e proprio intervento educativo e formativo. Questi li realizza anche nei corsi di educazione per le donne in menopausa o per la rieducazione dei danni del piano perineale che si svolgono quotidianamente nei consultori distrettuali.

Si compie educazione anche quando la dietista in fase di colloquio spiega alla giovane donna affetta da problemi dismetabolici i principi di un'alimentazione corretta per recuperare e/o mantenere un buono stato di salute.

Si palesa un'azione educativa, infine, anche quando l'educatore professionale nei confronti dei familiari di una donna che ha appena superato la fase acuta di una psicosi, spiega quali interventi privilegiare per promuovere la gestione di ulteriori disturbi psichici.

Queste sono solo alcune delle tante situazioni in cui le prestazioni sanitarie, al di là della loro natura tecnica, si esprimono come interventi e percorsi educativi a pieno titolo.

Rimanendo sul piano della reciprocità disciplinare, andiamo a vedere, invece, quando le scienze mediche intervengono nei contesti educativi e come, dal canto loro, le azioni pedagogiche possono incidere sullo stato di salute della persona.

Nel momento in cui un educatore si prende in carico un educando, bambino, adolescente o adulto che sia, può svolgere contemporaneamente anche un'azione clinica, che potrebbe rimandare alla cura sanitaria, pur con tutte le differenze e cautele del caso.

Lo possiamo notare quando un'educatrice di un nido d'infanzia rileva comportamenti, segni e sintomi sul corpo di un bambino che fanno presagire l'insorgere di una probabile malattia infettiva. Così come quando un'insegnante di scuola elementare raccoglie alcuni elementi che potrebbero indicare un deficit dello sviluppo psico-motorio del bambino e coinvolge i genitori per valutare la possibilità di ricorrere ad una valutazione neuropsicologica.

Un ulteriore livello di contaminazione tra il pedagogico e il sanitario si riscontra nel momento in cui i diversi e complessi sistemi dell'educazione influenzano lo stato di salute della persona. Senza voler definire rapporti di casualità binaria tra educazione e bene/malessere, si possono riscontrare forme di interdipendenza tra certe relazioni educative e lo stato di salute. È il caso, ad esempio, di come certe modalità educative (espresse con comportamenti, parole, silenzi ecc) messe in atto dai genitori o da certi insegnanti possano avere delle ricadute sullo stato di benessere - presente o futuro - e sulla qualità della salute dell'educando. In questo caso sono gli atteggiamenti di disponibilità, di presenza gratificante e di incoraggiamento, rispetto a quelli di trascuratezza, umiliazione o disconferma ad influenzare la condizione dello stare bene o stare male con effetti sullo stato di salute sia fisica che psicologica.

Altro ambito in cui l'educatore riceve importanti sollecitazioni dalle scienze mediche, soprattutto sul piano epistemologico e metodologico, è quando in corso di progettualità pedagogica farà riferimento ai

concetti di educabilità e di sviluppo derivanti dallo studio delle dinamiche funzionali e delle potenzialità apprenditive del cervello umano, richiamando espressamente la connessione tra neuroscienze e interventi educativi.

Gli esempi fin qui riportati ci fanno comprendere come dalle loro prospettive sia la pedagogia che le scienze mediche sostengono numerosi interventi a favore dello sviluppo, della formazione, della salute e del benessere del singolo e della collettività, cercando, contemporaneamente, di prevenire e contrastare situazioni di disagio, di malattia e di malessere.

La cura che viene espressa all'interno di un contesto specifico, tenderà a travalicare l'ambito di competenza per cui è stata elargita o richiesta aprendosi ad altro. Sia che ci troviamo all'interno di un intervento marcatamente sanitario o di uno educativo, le azioni, le parole e gli atteggiamenti che vengono proposti dai diversi operatori aprono alle dimensioni plurali e immateriali del vivere trovando una confluenza nel terreno di sintesi del ben-essere e dello stare-bene.

Il contributo della pedagogia alla teoria e pratica sanitaria

Quanto trattato fino ad ora porta a sostenere che pur partendo da ambiti definiti e mossi da obiettivi differenti, la cura educativa e la cura sanitaria, nel rispetto delle loro azioni e finalità, arrivano ad assottigliare il confine che le separa, per incrociarsi, congiungersi in direzione della stessa finalità. Quindi non sono da considerare come fenomeni paralleli, calati in compartimenti stagni, ma categorie esistenziali che pur nella loro differenza e specificità si intrecciano e combaciano fino a dissolversi in azioni integrate mosse sotto lo stesso orizzonte assiologico.

Da queste considerazioni sorgono domande inerenti tale incontro interdisciplinare, come ad esempio: quali sono nello specifico gli apporti che la pedagogia può dare alle scienze mediche in termini di concettualizzazioni e di proposte empiriche? In quali ambiti della cura è possibile riconoscere uno statuto pedagogico che si potrebbe definire anche sanitario?

Al proprio interno la pedagogia si specializza e si articola in differenti aree disciplinari³ per trasferire saperi - teorici e pratici - che si rileveranno vantaggiosi e proficui anche per l'esercizio delle cure sanitarie, con un apporto particolare a tutto ciò che entra in relazione con l'aggettivo «educativo».

Dal momento che i fenomeni educativi pervadono e spaziano nei molteplici settori dell'*ars curandi*, il sapere pedagogico trova occasione di dialogo e di collaborazione con la maggior parte delle aree e delle funzioni appartenenti alle scienze mediche. Tuttavia, gli ambiti in cui la pedagogia, con le sue diramazioni, esercita una particolare forma di connessione, collaborazione e condizionamento sono particolarmente tre (Benini, 2016).

³ Richiamando, con qualche messa a punto, la ripartizione operata dai settori scientifici disciplinari stabiliti con il DM 4 ottobre 2000 per quanto contiene l'area delle scienze pedagogiche, si individuano le seguenti aree disciplinari: pedagogia generale e sociale; storia della pedagogia; didattica; pedagogia sperimentale e pedagogia speciale. Ognuna di queste aree si specializza a sua volta in discipline distinte. Vediamo brevemente come.

La pedagogia generale come abbiamo già accennato si occupa dei modelli generali dell'educazione all'interno della dialettica teoria/prassi per sostenere un atteggiamento critico della riflessione teorica. Si avvale delle considerazioni della filosofia dell'educazione quando cerca di assegnare un fondamento criticamente valido all'azione educativa, analizzando a livello teorico i possibili significati dell'uomo, della società e dell'educazione. La storia della pedagogia studia invece l'evoluzione del pensiero pedagogico individuando le linee evolutive del discorso pedagogico nella sua autonomia e nei suoi collegamenti con le altre discipline e con i sistemi sociali. Alla didattica spetta la funzione di definire le cornici operative dell'intervento educativo sul piano generale. Raggruppa le ricerche a carattere applicativo e pragmatico che riguardano le tecniche e le tecnologie educative sia in ambito scolastico sia nel più vasto contesto della formazione. La pedagogia sperimentale si propone il controllo scientifico dell'esperienza pedagogica attraverso l'utilizzazione dei metodi sperimentali. Si occupa di ricerche a carattere applicativo ed empirico relative alla valutazione delle competenze, dei rendimenti scolastici e dei processi di formazione, nonché quelle relative alla progettazione e alla valutazione delle tecnologie e tecniche educative e degli interventi nei sistemi scolastici e non. La pedagogia speciale si rivolge ai problemi educativi dei soggetti che presentano deficit, disabilità e handicap di natura fisica e psicologica prevedendo ricerche e attività di sostegno e di recupero, di inserimento e di integrazione e, in generale, al trattamento pedagogico della differenza.

Il primo racchiude tutti gli interventi rivolti al singolo e alla collettività finalizzati a facilitare apprendimenti per tutelare, promuovere ed educare a stili di vita sani e tendere verso maggiori stati di benessere. L'attenzione in questo caso viene rivolta in modo particolare alla salute e alla qualità di vita della persona. Rientrano in questo ambito tutte le azioni educative e formative messe in atto sia per prevenire - come nel caso degli interventi di promozione e di educazione alla salute (A. Pellai, 2012), sia per curare - come nell'educazione terapeutica rivolta a persone affette da malattie croniche (N. Bobbo, 2020).

Il secondo riguarda il complesso sistema delle così dette posture educative, ovvero gli atteggiamenti, le azioni, le parole etc. che in forma più o meno intenzionale hanno effetti sulla progettazione esistenziale di coloro che vivono le cure nelle vesti di paziente. Si tratta, nello specifico, dell'insieme delle dinamiche comunicative, educative e relazionali che prendono il via dall'incontro con l'assistito e i suoi familiari nei diversi ambiti e scenari della cura (Ballint. 1961). Sono oggetto di una particolare riflessione pedagogica: le relazioni di cura e/o di aiuto che si generano nei diversi contesti; le modalità con cui l'operatore sta-con-l'assistito ed entra in relazione con il suo corpo e con le sue emozioni; gli orientamenti teorico-pratici per rispondere ai bisogni, ma ancor più ai desideri e promuovere orizzonti di speranza. Più precisamente il riferimento è l'ambito di tutte le relazioni educative che si aprono al possibile, ma anche al limite, come nell'accompagnamento alla fine della vita e nella riprogettazione di esistenze colpite dalla malattia. Troviamo anche la dimensione dell'animazione educativa, degli interventi rivolti ai bambini ricoverati che hanno a che fare ad esempio con il gioco, con il racconto delle fiabe e con tutto ciò che possa rendere il contesto sanitario (e nello specifico quello ospedaliero) il più accogliente e pedagogico possibile.

Il terzo ambito, infine, riguarda il territorio della formazione sanitaria, con riferimento alla pedagogia medica (Nordio, 1994) o alla Medical education (Cox, Ewan, 1989, Calman, 2007). La pedagogia nelle sue articolazioni non si limiterà a definire i curricula formativi o a promuovere attività didattiche per facilitare la trasmissione e l'acquisizione delle conoscenze, ma interviene sostenendo e incoraggiando tutti quei processi e quelle metodologie necessarie ad aiutare studenti e operatori a saper sapere le conoscenze acquisite. Non si tratta però di proporre solo metodologie utili alla costruzione di una competenza tecnica che produce expertise, ma anche di predisporre e sviluppare pratiche di riflessività che vorremmo connotare come pedagogica. La pedagogia può collaborare alla formazione dei futuri operatori promuovendo le direzioni dell'impegno, della passione, della curiosità e dell'inquietudine affinché si possa provare stupore di fronte ad ogni uomo curato e accogliere gli scarti, le emozioni e le fatiche che derivano dal sostare professionalmente, ma anche personalmente, nei territori della cura sanitaria. Si profila l'idea di una formazione che guardi al complesso e al contraddittorio e trasferisca, citando Patrizia de Mennato, il valore immateriale della cura (de Mennato, Orefice, Branchi, 2011) attraverso principi, strategie e dispositivi didattico-pedagogici innovativi, in grado di rispondere ai bisogni formativi dei propri interlocutori.

Applicata ai contesti sanitari e alle scienze mediche la pedagogia si presenterà nella sua dimensione aperta, proponendosi con un sapere provvisorio e non definitivo poiché costituito da modulazioni interpretative. Scopo della pedagogia non sarà quello di proporre o ricercare leggi, semmai significati.

Si delinea in questo modo lo statuto di una pedagogia applicata alla cura sanitaria che rifiuta le assolutezze di tipo metafisico e portatrici di verità sovrastoriche. Una pedagogia, quindi, il cui approccio si profila come critico, aperto e dinamico nel rispetto della relatività, della complessità e della problematicità che connotano i fenomeni sanitari.

Diverse sono le correnti pedagogiche che propongono simili approcci. Ricordiamo la pedagogia fenomenologica di Piero Bertolini che punta sulla individuazione di orientamenti e direzioni di senso che vanno continuamente precisati e storicamente puntualizzati (Bertolini 1988, Bertolini, 2001).

La clinica della formazione sviluppata alla fine degli anni Ottanta nel contesto della pedagogia italiana da Riccardo Massa e dal suo gruppo di ricerca. Presentata come pratica di consulenza, di supervisione e di formazioni per gli operatori dei contesti educativi (insegnanti, educatori, formatori, psicologi etc..) si profila poi come proposta epistemologica per creare una nuova forma di razionalità capace di indagare da un punto di vista irriducibile l'accadere educativo nei diversi contesti compreso quello medico-sanitario (Massa, 1998, Zannini, 2001, Bertolini Massa, 2004). Come teoria e pratica la

clinica della formazione promuove una forma di conoscenza dell'esperienza formativa con il solo scopo di indagarlo senza pretesa di orientarlo e dirigerlo (Franza, 2018).

Il problematicismo pedagogico di Giovanni Maria Bertin, invece, offre una visione problematicista dell'esperienza educativa, stimolando a prendere coscienza della sua relatività attraverso una ragione critica, aperta e antidogmatica. Una ragione in grado di problematicizzare, ovvero di analizzare e mettere in discussione le categorie e i paradigmi considerati "ovvi" (Bertin 1953, Bertin 1967, Bertin, 1968).

È doveroso precisare che la pedagogia non potrà proporsi come l'unica prospettiva che guida la comprensione dei tanti fenomeni educativi che si svelano in sanità; essa si presenta come un qualcosa in più che sollecita domande, riflessioni, argomenti ma anche comprensioni, dubbi e incertezze.

La pedagogia quindi si propone alle scienze mediche come un luogo di scambio e di produzione di un sapere mai dato, ma sempre in divenire e perciò aperto al possibile.

Bibliografia

- Annacontini, G. (2012). *Dalla mano al pensiero. Nessi pedagogia e medicina*. Lecce: Pensamultimedia.
- Benini, S. (2016). *Reti di possibilità. Quando la pedagogia incontra le prassi sanitarie*. Milano: FrancoAngeli.
- Benini, S. (2021). L'educazione nelle rappresentazioni, nei saperi e nelle esperienze degli operatori sanitari. *STUDIUM EDUCATIONIS*. (1), 028-038.
- Bertin, G.M. (1953). *Etica e pedagogia dell'impegno*. Milano: Marzorati.
- Bertin, G.M. (1967). *Introduzione al problematicismo pedagogico*. Milano: Marzorati.
- Bertin, G.M. (1968). *Educazione alla ragione*. Roma: Armando.
- Bertolini, G. (1994). *Diventare medici. Il problema della conoscenza in medicina e nella formazione del medico*. Milano: Guerini Studio.
- Bertolini, G., Massa, R. (2004). *La clinica della formazione medica*. Milano: Franco Angeli.
- Bertolini, P. (1988). *L'esistere pedagogico. Ragioni e limiti di una pedagogia come scienza fenomenologicamente fondata*. Firenze: La Nuova Italia.
- Bertolini, P. (1994). *Un possibile (necessario) incontro tra la pedagogia e la medicina*. in G. Bertolini. *Diventare medici*. Milano: Guerini Studio.
- Bertolini, P. (2001). *Pedagogia fenomenologica. Genesi, sviluppo, orizzonte*, Firenze: La Nuova Italia.
- Bertolini, P. (2005). *Ad armi pari. La pedagogia a confronto con le altre scienze sociali*. Torino: Utet.
- Bobbo, N. (2004). *Bambini in ospedale: riflessioni pedagogiche e prospettive educative*. Lecce: Pensa Multimedia.
- Bobbo, N. (2009). *La persona e il suo vissuto nell'esperienza di malattia: l'approccio educativo*. Padova: Cleup.
- Bobbo, N. (2012). *Fondamenti pedagogici di educazione del paziente*. Padova: Cleup.
- Bobbo, N. (2020). *La diagnosi educativa in sanità*. Roma: Carocci.
- Calman, KC. (2007). *Medical Education: Past, Present and Future, Handing on Learning*. Churchill Livingstone.
- Castiglioni, M. (2014). *Pedagogy versus Medicine: For a training and narrative care project in medical-healthcare contexts*. In *Changing configurations of adult education in transitional times*. The 7th European Research Conference, September 4-7, 2013. Berlin.
- Castiglioni, M. (2013). *Prefazione. Non sono solo malato*. In L. Nave & F. Arrigoni, *Come in cielo così in terra: la cura tra medicina, filosofia e scienze umane*. Milano: Unicopli.
- Castiglioni, M. (2015). *La formazione dei professionisti medico-sanitari e il confronto tra educazione degli adulti e medicina: una sfida possibile?*. In E. Marescotti (A cura di), *Ai confini dell'educazione degli adulti. I limiti, le possibilità, le sfide*. Mimesis.
- Castiglioni, M. (2016). *Pedagogia e Medicina a confronto. Per un progetto formativo e di cura narrativo-autobiografico nei con-testi medico-sanitari*. *METIS*, 1, 1-13.

- Contini, M. (2009). *Elogio dello scarto e della resistenza. Elogio dello scarto e della resistenza*. Bologna: Clueb.
- Cosmacini, G. (2008). *La medicina non è una scienza. Breve storia delle sue scienze di base*. Milano: Raffaello Cortina.
- Cox, K.R., Ewan, C.E. (1989). *Insegnare la medicina*. Milano: Raffaello Cortina.
- de Mennato, P. (2016). Lo spazio del sapere personale nella formazione medica. *Medic*, 24(1), 28-36.
- de Mennato, P., Orefice C., Branchi S. (2011). *Educarsi alla "cura"*. Lecce: Pensa Multimedia.
- Di Giorgio, A. M. (1981). *Pedagogia e medicina*. Bologna: Cappelli Editore.
- Di Giorgio, A.M. (1990), *L'uomo paziente. Riflessioni di una pedagoga su malattia e crescita della persona*, Bologna: EDB.
- Franza, A.M. (2018). *Teoria della pratica formativa. Apprendimento dall'esperienza e Clinica della formazione*. Milano: Franco Angeli.
- Fraunfelder, E. (2001). *Pedagogia e Biologia. Una possibile alleanza*. Napoli: Liguori Editore.
- Fraunfelder, E. (2002). *Le scienze bioeducative. Prospettive di ricerca*. Napoli: Liguori Editore.
- Gambacorti-Passerini, M. B. (2016). *Pedagogia e Medicina: un incontro possibile. Un'esperienza di ricerca in salute mentale*. Milano: Franco Angeli.
- Kanizsa, S. (1989). *Pedagogia ospedaliera. L'operatore sanitario e l'assistenza al malato*. Firenze: La Nuova Italia Scientifica.
- Kanizsa, S. (1999). *L'ascolto del malato*. Milano: Guerini Studio.
- Morin, E. (2000). *La testa ben fatta. Riforma dell'insegnamento e riforma del pensiero*. Milano: Raffaello Cortina
- Nordio, S. (1994). *Epistemologia della e nella educazione medica, in Diventare medici. Il problema della conoscenza in medicina e nella formazione del medico*. In G. Bertolini (a cura di) *Diventare Medici*. Milano: Guerini Studio.
- Pellai, A. (2012). *Educazione sanitaria, strategie educative e preventive per il paziente e la comunità*. Padova: Piccin.
- Tramma, S. (2008). *L'educatore imperfetto. Senso e complessità del lavoro educativo*. Roma: Carocci.
- Yeager, S. (2005). Interdisciplinary collaboration: The heart and soul of health care. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 17(2), 143– 148.
- Zannini, L. (2001). *Salute, malattia e cura. Teoria e percorsi di clinica della formazione degli operatori sanitari*. Milano: Franco Angeli.
- Zannini, L. (2004). *Il corpo-paziente. Da oggetto delle cure a soggetto della relazione terapeutica*. Milano: Franco Angeli.
- Zannini, L. (2008). *Medical humanities e medicina narrativa*. Milano: Raffaello Cortina Editore.