

Prospettive Educative in Sanità: Costruire il Well-Being tra Competenze Situate e Bisogni Umani

Cristiana Simonetti, Marco Azzarone, Marco Paglialonga

Università degli studi di Foggia

Sinossi: Ogni pratica professionale e socio-sanitaria risulta radicata in uno "sguardo epistemico", in uno spazio educativo che definisce il rapporto tra soggetto e mondo circostante e tra sistemi di appartenenza (Bronfenbrenner, 1979). Attualmente, la formazione e la governance sanitaria sono dominate da un paradigma positivista e neoliberista (Giroux, 2018) che riduce la realtà a dati oggettivi e persegue logiche di profitto, trascurando l'esperienza soggettiva e valorizzante del paziente. Questo contributo analizza i limiti di tale visione, contrapponendola agli approcci interpretativi, critico-emancipatori e post-critici, superando la concezione della malattia come mero fatto biologico, per "abbracciarla" come esperienza biografica e autobiografica di educazione alla salute, valorizzando l'individualità e la soggettività di ciascun Paziente-Persona, attraverso l'arte del "prendersi cura" e non solo del curare il malato mediante la filosofia della cura (Mortari, 2015; Zannini, 2023). Lo sguardo epistemico e l'attenzione educativa in ambito sanitario divengono poli di attrattiva e prospettive per il dibattito pedagogico attuale che portano il paziente, il medico e l'operatore socio-sanitario a superare un approccio utilitaristico legato al PIL e allo status quo, riconoscendo la natura sociale etica ed educativa delle risorse, della relazione di cura e delle prospettive finalizzate alla costruzione del Well-Being, delle Medical Humanities e delle Welfare Policies. Questa è la sfida educativa dei bisogni umani colti tra le prospettive contrastanti attuali.

Parole Chiave: Sguardo epistemico; Umanizzazione delle cure; Medical Humanities; Conoscenza situata e Skills; Welfare Policies

Every professional and socio-health practice is rooted in an "epistemic gaze," an educational space that defines the relationship between the subject and the surrounding world and between systems of belonging (Bronfenbrenner, 1979). Currently, healthcare training and governance are dominated by a positivist and neoliberal paradigm (Giroux, 2018) that reduces reality to objective data and pursues profit-driven logics, neglecting the patient's subjective and valuing experience. This contribution analyzes the limitations of this vision, contrasting it with interpretative, critical-emancipatory, and post-critical approaches. It seeks to move beyond the conception of illness as a mere biological fact to "embrace" it as a biographical and autobiographical experience of health education, valuing the individuality and subjectivity of each Patient-Person. This is achieved through the art of "caring" rather than merely "curing" the sick, grounded in the philosophy of care (Mortari, 2015; Zannini, 2023). The epistemic gaze and educational attention in the healthcare field become focal points and perspectives for the current pedagogical debate, leading patients, doctors, and socio-health workers to move beyond a utilitarian approach linked to GDP and the status quo. Instead, they recognize the social, ethical, and educational nature of resources, the caring relationship, and the perspectives aimed at the construction of Well-Being, Medical Humanities, and Welfare Policies. This represents the education challenge of human needs caught between current contrasting perspectives.

Key words: Epistemic Perspective; Humanization of Care; Medical Humanities; Situated Knowledge and Skills; Welfare Policies.

Introduzione: lo sguardo epistemico come fondamento dell'agire educativo in Sanità

Ogni manifestazione dell'agire umano, sia essa declinata negli orizzonti dell'esistenza quotidiana, della formazione o della prassi professionale, è mossa ed orientata da quello che può essere definito uno "sguardo epistemico". Tale prospettiva non rappresenta una semplice inclinazione intellettuale, ma costituisce la disposizione essenziale attraverso cui i soggetti, intenzionalmente e responsabilmente, scelgono di relazionarsi con la realtà circostante, in una conoscenza situata. Lo sguardo epistemico, in ambito sanitario, si configura come un insieme di "visioni del mondo che definiscono la natura della realtà stessa, la collocazione dell'individuo al suo interno e la varietà delle relazioni possibili con essa" (Guba et al., 1994).

Nel panorama contemporaneo della sanità, questo sguardo risulta profondamente radicato in uno spazio educativo complesso, atto a modellare il rapporto dialettico tra il soggetto, l'ambiente circostante e i molteplici sistemi di appartenenza (Bronfenbrenner, 1979). Tali sistemi si sviluppano attraverso una gradualità di vicinanza/lontananza rispetto al soggetto in situazione. Il presente contributo intende configurarsi come un saggio riflessivo ed epistemologico il cui focus d'indagine si colloca nell'intersezione tra la formazione continua e permanente dei professionisti sanitari (mesosistema) e i processi di "patient education" ed educazione alla salute (microsistema). L'oggetto di analisi viene indagato nella propria natura intrinsecamente sistemica e formativa. Da un microsistema (relazioni dirette, interazioni prossimali ed immediate); ad un mesosistema (interazioni e connessioni attive e partecipate); ad un esosistema (interazioni passive, non dirette, non partecipate, ma conosciute); ad un macrosistema (interazioni con un contesto più ampio, cultura, valori, leggi, ideologie). Il cronosistema, rappresenta la dimensione temporale e spaziale che include cambiamenti storici, eventi di vita, conoscenze situate e ne fanno parte tutti i precedenti sistemi (Teoria Ecologica dello Sviluppo Umano, 2002). Tuttavia, l'attuale scenario della *governance* e della formazione sanitaria appare pesantemente condizionato da un paradigma di matrice positivista e neoliberista (Giroux, 2018). L'adozione del modello ecologico-evolutivo non costituisce una scelta puramente descrittiva, ma rappresenta la cornice teorica unificante del contributo. Essa permette di decodificare come le determinazioni macro-sistemiche (le logiche manageriali e neoliberiste della *governance*) si riflettano inevitabilmente sulle strutture organizzative, formative e sanitarie (mesosistema) e, infine, vadano a condizionare l'orizzonte intersoggettivo della relazione di cura tra professionista e paziente (microsistema). Il contributo intende produrre un avanzamento conoscitivo proprio evidenziando la necessità di una "postura" pedagogica capace di abitare trans-sistemicamente tali livelli come sistemi di appartenenza. Tale approccio, erede del metodo scientifico galileiano, tende ad osservare la realtà come un oggetto statico e indipendente dall'osservatore, riducendo l'esperienza clinica ad una mera analisi di dati oggettivi e quantificabili. In tale contesto, l'innovazione e la crescita vengono perseguite quasi esclusivamente attraverso logiche di profitto e ottimizzazione dei costi, trasformando l'educazione sanitaria in un funzionale trasferimento di conoscenze tecniche e tecnicistiche, finalizzate al miglioramento delle performance prestazionali.

Il presente contributo intende analizzare criticamente i limiti di tale visione utilitaristica e tecnicistica dell'educazione sanitaria, contrapponendovi la ricchezza epistemologica dei paradigmi interpretativi, critico-emancipatori, partecipativi e post-critici, che mettono, invece, in evidenza ed in pratica una educazione alla salute non fine a se stessa ma indirizzata al benessere, al *well-being*, alle competenze situate e ai bisogni umani (approccio alle *Medical Humanities*). Attraverso la lente della fenomenologia e del costruttivismo, la realtà non è più intesa come un dato imm modificabile, ma come un processo continuo di co-costruzione di significati, dove le "percezioni soggettive dipendono dalle esperienze pregresse di una persona, dalla propria posizione sociale e dal proprio background culturale" (Burnett et al., 2016). Come suggerito da Van Manen, l'essere umano è chiamato ad una costante riappropriazione riflessiva delle proprie esperienze vissute: "un essere umano non è solo qualcosa che si incarna automaticamente, ma è soprattutto qualcosa che devi cercare di essere e di vivere" (Van Manen, 1990).

L'obiettivo è dunque quello di trascendere la concezione della malattia intesa come mero evento biologico, per "abbracciarla" nella propria dimensione biografica ed autobiografica. Ciò implica il passaggio dal semplice atto del curare (*to cure*), all'arte del "prendersi cura" (*to care*), fondata su una

rigorosa filosofia della cura che valorizzi l'individualità e la dignità del "Paziente-Persona" (Mortari, 2015; Zannini, 2023). Il presente lavoro intende analizzare criticamente i limiti di tale visione tecnicistica, proponendo un'alternativa epistemologica che trova il suo nucleo fondante nel paradigma fenomenologico-ermeneutico della filosofia della cura e nella pedagogia critica. Attraverso questa duplice lente, lo sguardo epistemico e l'attenzione educativa divengono, pertanto, i nuovi focus del dibattito pedagogico, orientati a superare lo status quo neoliberista per riconoscere la natura etica e sociale delle risorse sanitarie e delle *Medical Humanities* in ambito sanitario. La sfida educativa risiede, quindi, nella costruzione di un benessere integrato (*Well-Being*), supportato dalle *Medical Humanities* e dalle *Welfare Policies* capaci di rispondere autenticamente ai bisogni umani e alle competenze situate, in ambiti ed in contesti formali, non formali ed informali.

2. Il dominio del paradigma neoliberista e la riduzione dell'esperienza

L'attuale panorama della *governance* sanitaria e dei relativi processi formativi appare profondamente permeato da una visione neoliberista che elegge l'innovazione e la crescita come un insieme di conoscenze funzionali che portano alla massimizzazione del profitto, come unici valori cardine dell'agire istituzionale (Giroux, 2018). In tale scenario, lo "sguardo epistemico" definisce una postura, talvolta scelta intenzionalmente e altre volte adottata inconsciamente, che tende a ridurre l'educazione sanitaria ad una procedura meccanica e meccanicistica di semplice trasferimento di nozioni tecniche dal medico al paziente, operando secondo una logica strettamente razionale, quantitativa e unidirezionale. La formazione stessa viene così depotenziata della sua valenza trasformativa, venendo percepita come uno strumento funzionale mirato esclusivamente all'incremento delle prestazioni degli operatori e all'ottimizzazione del profitto delle aziende socio-sanitarie (educazione sanitaria).

Tale approccio utilitaristico, ancorato a logiche di mercato e alla conservazione dello status quo, finisce inevitabilmente per trascurare la profondità dell'esperienza soggettiva e valorizzante del paziente. La malattia, all'interno di questa cornice positivista che affonda le sue radici nel metodo galileiano di osservazione di una realtà concepita come esterna e indipendente dall'individuo, viene degradata a mero "oggetto da misurare e ottimizzare". L'obiettivo primario di tale visione è la riduzione dei costi per il sistema sanitario nazionale, un fine tecnocratico che spesso dimentica o mette in secondo piano il valore della cura come esperienza vissuta, ignorando che la realtà clinica è, in verità, una percezione soggettiva legata al background sociale e culturale della Persona stessa, che possiede potenzialità, capacità, *skills* ed identità (Burnett et al., 2016).

Nel dibattito pedagogico contemporaneo, si avverte l'urgenza di superare la prospettiva meccanicistica e tecnicistica dell'educazione alla salute, per approdare ad una co-costruzione del benessere (*Well-Being*) radicata nelle *Medical Humanities* e in politiche di *welfare* realmente inclusive.

Tale sfida educativa richiede l'integrazione di approcci interpretativi, critico-emancipatori e partecipativi che riconoscano la natura sociale, etica ed educativa delle risorse e della relazione di cura, del "prendersi cura". All'interno della prospettiva costruttivista, lo sguardo del soggetto si occupa dello sviluppo di significati personali basati sul proprio vissuto storico (Siti et al., 2019), mentre la fenomenologia ci ricorda che l'essere umano deve assumere un approccio riflessivo per riappropriarsi quotidianamente delle proprie esperienze significative (Van Manen, 1990). Parallelamente, la tradizione della pedagogia critica invita a svelare le dinamiche di potere e le norme non scritte che definiscono la realtà, stimolando scelte emancipatorie (Adorno et al.; Freire; Giroux, 2020). L'approccio partecipativo, pertanto, incoraggia l'azione collaborativa per sfidare lo status quo e rispondere alle questioni che contano realmente per le comunità umane, dove l'approccio partecipatorio comprende la giustizia sociale, l'azione collaborativa, le conoscenze situate, i bisogni umani e il *Well Being* (Mertens, 2007; Bastian, 2017). Il dibattito pedagogico non può sottrarsi dall'affrontare le tematiche che coinvolgono i bisogni umani e le competenze situate, anche tra prospettive contrastanti, sfidando un sistema che vorrebbe ridurre la salute ad una mera variabile meccanicistica e strumentale del PIL. Attualmente, i sistemi di formazione e di *governance* sanitaria risentono dell'influenza di un paradigma tecnocratico-manageriale (Giroux, 2018), spesso associato alle logiche del New Public Management. Tale orientamento tende a traslare i criteri di efficienza ed

efficacia tipici del settore di mercato all'interno dei servizi alla persona. Come evidenziato dalla letteratura sociologico-pedagogica (Nussbaum, 2014), l'adozione di metriche prevalentemente quantitative e di performance del PIL rischiano di determinare una progressiva frammentazione dell'atto clinico, subordinando la dimensione intersoggettiva e biografica della cura a protocolli standardizzati di carattere prevalentemente biologico-funzionale. Le *Medical Humanities* e le conoscenze situate, costituiscono un paradigma interpretativo che cerca di vedere il mondo come qualcosa a cui gli esseri umani contribuiscono attribuendogli senso e significato di valore. Lo sguardo epistemico dell'educazione in ambito sanitario deve muoversi tra bisogni umani e prospettive educative, conoscenze e competenze situate. L'obiettivo formativo deve diventare, pertanto, quello di affrontare, comprendere, migliorare e sostenere le complesse realtà sociali e sanitarie dei paesi industrializzati, per contrapporre alla prospettiva orientata al profitto, la richiesta crescente di empatia e di lettura dei bisogni dei pazienti e degli operatori sanitari, in ambienti decondizionati e decondizionanti che conducano al benessere e a delle prospettive educative in sanità.

3. Verso un approccio interpretativo e fenomenologico: la riscoperta del senso nell'esperienza clinica

In aperta contrapposizione alla rigidità del paradigma positivista, che osserva la realtà come un oggetto statico, esterno e indipendente dall'osservatore (Guba et al., 1994), il paradigma interpretativo propone un'epistemologia ermeneutica in cui il mondo non costituisce un dato oggettivo, bensì una costruzione di significati a cui l'essere umano contribuisce attivamente. In questa cornice, lo sguardo epistemico smette di essere un'osservazione neutrale per divenire una partecipazione attiva alla creazione di senso. All'interno della prospettiva costruttivista, lo sguardo dell'individuo non si limita a recepire informazioni, ma «si occupa dello sviluppo di significati soggettivi e della comprensione delle proprie esperienze personali riguardanti temi specifici, basandosi sul proprio background sociale e storico» (Siti et al., 2019), costruendo una conoscenza "situata" che riconosce un sapere mai disincarnato, ma sempre attinente ad un contesto biografico e relazionale, secondo dei sistemi di appartenenza, in contesti formali, non formali ed informali.

La realtà sanitaria, intesa come forma di conoscenza situata, non può essere ridotta ad un insieme di dati clinici o parametri biologici, ma va compresa come un complesso di fenomeni la cui essenza emerge attraverso processi interpretativi, narrativi e autoriflessivi. In tale prospettiva, la realtà clinica cessa di configurarsi come entità puramente oggettiva per trasformarsi nell'insieme delle percezioni soggettive che dipendono dalle esperienze pregresse della persona, dalla propria posizione sociale e dal proprio background culturale (Burnett et al., 2016). Si propone un'integrazione sussidiaria e dialettica con la ricchezza epistemologica dei paradigmi interpretativi, critico-emancipatori, partecipativi e post-critici. L'obiettivo è delineare una "postura" formativa in cui il rigore dell'evidenza scientifica coesista sinergicamente con l'attenzione orientata al benessere, al *well-being*, alle competenze situate e ai bisogni umani. Questo spostamento epistemologico consente di leggere la malattia non soltanto come *disease*, ossia alterazione organica, ma anche come *illness*, ovvero esperienza vissuta della sofferenza verso il benessere e *sickness*, come dimensione sociale della condizione patologica che viene accettata, compresa e discussa (Kleinman, 1988). La patologia diviene così una forma di conoscenza tacita ed esperienziale che coinvolge tanto chi soffre quanto chi cura, generando significati che vanno al di là del linguaggio strettamente biomedico. In tale cornice si inserisce la Medicina Narrativa, definita come la capacità di riconoscere, assorbire, interpretare ed essere "mossi" dalle storie della malattia, del paziente, dei familiari, del contesto sociale (Charon, 2006). Attraverso l'ascolto delle narrazioni, la scrittura riflessiva e l'attenzione ermeneutica, la relazione di cura recupera il valore dell'essere Persona e del prendersi cura, promuovendo empatia clinica, riconoscimento reciproco, alleanza terapeutica e maggiore appropriatezza assistenziale (Greenhalgh & Hurwitz, 1999; Charon, 2006).

Il tema dell'autonarrazione e delle storie di vita si configura come il cuore pulsante delle *Medical Humanities*, agendo in opposizione al paradigma positivista e neoliberista che tende a ridurre la malattia a un dato oggettivo o a un mero parametro clinico. Tale visione trasforma la relazione di cura in un esercizio di ermeneutica, dove l'approccio narrativo teorizzato dalla Charon (2006), richiede al professionista la capacità di empatizzare (ascolto, empatia, motivazione) le storie del paziente e del

suo contesto sociale. Lo sguardo del professionista sanitario diviene non più osservazione neutrale, ma partecipazione attiva alla vita del paziente ed ai suoi bisogni: la cura diventa così un processo interpretativo e autoriflessivo capace di generare una solida alleanza terapeutica, una relazione empatica e comunicativa, autentica e situata. In tale prospettiva, la narrazione non è un accessorio, ma diviene lo strumento attraverso cui si costruisce una "conoscenza situata" che valorizza la dignità e l'individualità del Paziente-Persona.

4. Le Medical Humanities: prospettive per una umanizzazione dei contesti sanitari

Nel dibattito pedagogico contemporaneo, le *Medical Humanities* rappresentano un ambito di riflessione sempre più rilevante nei processi di formazione sanitaria e nella comprensione della relazione di cura. L'interesse verso tali approcci nasce dalla crescente consapevolezza che l'esperienza clinica non possa essere interpretata esclusivamente attraverso parametri biologici, tecnici o procedurali, ma richieda una maggiore attenzione alle dimensioni soggettive, relazionali ed educative che attraversano i contesti sanitari. L'umanizzazione dei percorsi terapeutici e l'integrazione sistematica delle *Medical Humanities* permettono di riconoscere la natura intrinsecamente etica ed educativa delle risorse e della relazione di cura. Si tratta di promuovere una "conoscenza situata" e lo sviluppo di competenze (*skills*) riflessive che sappiano trascendere il dogma tecnico-scientifico, attribuendo un senso profondo alle capacità di comprensione e di ascolto proprie degli esseri umani. Le *Medical Humanities* considerano nel proprio approccio al paziente ed ai contesti sanitari, il prendersi cura mediante l'attenzione ai bisogni del paziente e del contesto di appartenenza e alle *capabilities*. Umanizzare i percorsi nei contesti sanitari significa, pertanto, valutare le capacità umane, *soft e life skills* (OMS, 1992: area cognitiva, emotiva, relazionale), le *capabilities* di appartenenza (vita, salute corporea, integrità corporea, sensi/immaginazione/pensiero, emozioni, ragione pratica, affiliazione, altre specie, gioco e controllo sul proprio ambiente), che "indirizzano e valorizzano il paziente e i contesti sanitari oltre il PIL, non per profitto, verso una cultura umanistica ed umanizzante" (Nussbaum, 2014). Seguendo tale prospettiva, la malattia subisce una metamorfosi epistemologica: da oggetto di misurazione, quantificazione e ottimizzazione dei costi, essa si trasforma in una forma di conoscenza situata ed esperienziale, preziosa tanto per chi attraversa la sofferenza e per i propri familiari, quanto per i professionisti chiamati a prestare assistenza e cura.

Lo sguardo epistemico e l'attenzione educativa divengono così poli di attrazione per un dibattito pedagogico che spinge medici, infermieri e operatori socio-sanitari a superare l'approccio utilitaristico dominato dalle logiche del profitto e dello status quo (Giroux, 2018). Attraverso l'apporto dei saperi umanistici, le *Medical Humanities* favoriscono il riconoscimento della natura sociale ed educativa della relazione clinica, orientando le pratiche verso la costruzione e la co-costruzione di un benessere integrato (*Well-Being*) e la definizione di *Welfare Policies* realmente rispondenti ai bisogni umani (Zannini, 2023). Questa transizione rappresenta la sfida cruciale della pedagogia sanitaria contemporanea: ricomporre la frattura tra la crescente tecnicizzazione della medicina e la domanda di senso e dignità che emerge costantemente dai vissuti di malattia, dalle narrazioni e dalle autonarrazioni dei pazienti-persone.

La pedagogia sanitaria contemporanea non può prescindere da una visione critico-emancipatoria, le cui radici teoriche si rinvergono nella tradizione della Scuola di Francoforte attraverso le analisi di autori quali Adorno, Horkheimer e Marcuse. Tale sguardo epistemico osserva la realtà sociale come un approccio fatto di dinamiche di potere, mettendo in luce l'opposizione tra individui oppressi e sistemi che ne limitano la volontà e la capacità di autorealizzazione. L'obiettivo primario di tale approccio è rendere i soggetti consapevoli della propria condizione di oppressione, stimolando in loro scelte emancipatorie, attuali ed innovative (Giroux, 2020). Fondamentale in tal senso risulta l'apporto della pedagogia critica di Freire (2022), volta a investigare e svelare la realtà spesso cristallizzata dal senso comune e dalle norme sociali non scritte. La "sua" pedagogia interviene, pertanto, come un approccio educativo volto a liberare gli oppressi e gli oppressori attraverso la coscientizzazione, ovvero la presa di coscienza della propria condizione sociale, criticando la passività e proponendo educazione, problematizzazione, dialogo e umanizzazione. La conoscenza diventa situata e luogo di

emancipazione e di trasformazione costruita su un apprendimento permanente (imparare a conoscere; imparare a fare; imparare ad essere; a vivere insieme; a divenire).

La pedagogia partecipativa comprende conoscenze situate e bisogni umani, in relazione alle *life skills* e alle *capabilities* oltre il PIL, attraverso la relazione in comunità umane, abbattendo progressivamente i confini epistemologici, tecnici e tecnicistici (Bastian, 2017).

Anche l'approccio post-critico di Polanji (2010) propone un'epistemologia che vede il mondo a partire dalla base fiduciaria di ogni conoscenza, radicata negli ineludibili coefficienti personali e taciti delle conoscenze. Nell'ambito sanitario, l'istruzione e la formazione sembrano definire contesti di azione e di incontro caratterizzati da un netto contrasto tra prospettive opposte. Da un lato, l'approccio positivista che considera l'istruzione come il semplice trasferimento di informazioni dal medico al paziente secondo una logica razionale e quantitativa. Dall'altro lato, la formazione educativa come uno strumento funzionale per migliorare le prestazioni degli operatori ed intervenire nella relazione e nella comunicazione paziente-medico (e non più medico-paziente).

Il paradigma post-critico, pertanto, tenta di attribuire un significato profondo alle capacità di comprensione proprie dell'essere umano, cercando di trascendere ogni struttura dogmatica della realtà che spesso caratterizza i contesti di cura, intervenendo nella "grande trasformazione" e nella costruzione di una scienza "unificata" delle società umane e del sistema sociale (Polanji, 2010). Il nesso tra macro-governance economica e micro-pratica assistenziale non si configura come una causalità lineare, bensì come un condizionamento di matrice epistemica. L'enfasi sulla razionalizzazione delle risorse e sulla standardizzazione delle prestazioni (la cosiddetta *evidence-based policy*) introduce nei contesti sanitari una "postura" conoscitiva che privilegia ciò che è misurabile a scapito dell'ineffabile della sofferenza umana. Non si tratta di negare il valore dell'ottimizzazione organizzativa, ma di problematizzare pedagogicamente come l'iper-tecnicizzazione dei servizi possa inibire lo sviluppo di competenze relazionali e situate negli operatori che sono chiamati, invece, a rispondere in maniera riflessiva, critica e responsabile al proprio compito educativo (Polanyi, 2010), tentando di interpretare vissuti, narrazioni e significati che incidono sul percorso di cura. Un esempio di pratica pedagogica e di dispositivi educativi applicabili ai servizi sanitari come modelli per la formazione continua che supportano la relazione educativa tra paziente ed operatori sanitari possono essere considerate le pratiche di narrazione e di autonarrazione. Il modello *disease-illness-sickness* elaborato da Kleinman (1988) consente di leggere la malattia non soltanto come alterazione biologica, ma anche come esperienza vissuta e condizione socialmente interpretata. In questa prospettiva, la relazione terapeutica assume una dimensione educativa e comunicativa nella quale il paziente non è considerato un semplice destinatario di interventi clinici, ma una persona portatrice di vissuti, narrazioni e significati che incidono sul percorso di cura. All'interno di tale cornice si inserisce la Medicina Narrativa, sviluppata in particolare dagli studi di Rita Charon (2001; 2006), che attribuisce rilevanza alla competenza narrativa del professionista sanitario, intesa come capacità di riconoscere, interpretare e comprendere le storie di malattia dei pazienti. Attraverso l'ascolto e la narrazione, il professionista può sviluppare una maggiore comprensione della complessità dell'esperienza clinica, mentre il paziente trova uno spazio di rielaborazione del proprio vissuto di sofferenza. Negli ultimi anni, diversi studi hanno evidenziato come gli approcci narrativi e riflessivi possano contribuire allo sviluppo delle competenze relazionali nei professionisti della salute. Milota, van Thiel e van Delden (2019), in una systematic review sull'utilizzo della medicina narrativa nella formazione medica, sottolineano gli effetti positivi sullo sviluppo della riflessività, della consapevolezza professionale e delle competenze comunicative. Analogamente, Chen e Forbes (2014) evidenziano come la scrittura riflessiva possa favorire processi di empatia e comprensione dell'esperienza del paziente negli studenti delle professioni sanitarie. In ambito formativo, tali prospettive trovano applicazione attraverso pratiche pedagogiche che pongono al centro l'esperienza, la riflessione e la relazione. Laboratori di medicina narrativa, scrittura autobiografica, *debriefing* narrativi, *close reading* e discussione di casi clinici rappresentano alcuni dei dispositivi educativi utilizzati nei percorsi di formazione sanitaria per favorire lo sviluppo delle competenze riflessive e comunicative dei professionisti. Queste pratiche non mirano esclusivamente alla trasmissione di contenuti teorici, ma alla costruzione di spazi educativi nei quali elaborare vissuti professionali, fragilità, emozioni e significati legati alla cura. Il riferimento alla tradizione pedagogica italiana appare particolarmente significativo. Bertolini (1988), attraverso la fenomenologia educativa, evidenzia la

centralità dell'esperienza vissuta e della relazione educativa nei processi di comprensione della soggettività. Analogamente, Demetrio (1996) attribuisce alle pratiche autobiografiche un importante valore formativo nei processi di costruzione identitaria e autoriflessione. Anche Iori (2009) richiama l'importanza della cura educativa e della relazione nei contesti caratterizzati da vulnerabilità e sofferenza, aspetti che attraversano quotidianamente i servizi sanitari.

Le *Medical Humanities* possono, pertanto, contribuire a promuovere percorsi formativi maggiormente attenti alla qualità della relazione educativa nei servizi sanitari, favorendo lo sviluppo di competenze riflessive, narrative e comunicative accanto alle competenze tecnico-scientifiche. Al tempo stesso, è necessario evitare una rappresentazione eccessivamente idealizzata di tali approcci, riconoscendo le complessità organizzative e operative che caratterizzano i contesti sanitari contemporanei, spesso segnati da carichi assistenziali elevati, tempi clinici ridotti e crescente pressione professionale. Seguendo tale prospettiva, la pedagogia sanitaria contemporanea appare chiamata a interrogarsi sulle modalità attraverso le quali costruire contesti formativi capaci di integrare sapere clinico, riflessività ed esperienza relazionale, valorizzando la dimensione educativa della cura, del "prendersi cura", senza separarla dalla complessità concreta della pratica sanitaria mediante pratiche pedagogiche e dispositivi educativi. La riflessione pedagogica assume una valenza politica e pubblica di estrema concretezza: come pedagogisti, educatori e formatori, non possiamo sottrarci alla responsabilità di intervenire attivamente su questioni che riguardano la *governance* e la gestione umana ed umanizzante delle risorse sanitarie. Tale "mission" richiede il superamento di un approccio puramente utilitaristico per riconoscere la natura etica ed educativa della relazione di cura, finalizzata alla costruzione e co-costruzione di un benessere integrato (*Well-Being*) e di *Welfare Policies* realmente inclusive.

Riscoprire l'umano, significa, pertanto, intervenire nei sistemi sanitari con un approccio umano ed umanizzante delle *Medical Humanities*, che considerino e valorizzino il paziente e il proprio contesto, attraverso il rispetto delle proprie potenzialità, abilità, bisogni ed aspettative, mediante una "filosofia della cura", dell'aver cura, del prendersi cura nella relazione tra paziente e medico: "l'arte di educare", per disegnare una valida politica educativa dell'esperienza e della conoscenza situata (Mortari, 2015).

5. Conclusioni: la sfida della sostenibilità e dell'empatia tra responsabilità e consapevolezza pedagogica

La necessità di approdare a un nuovo "sguardo epistemico" si configura oggi come un'urgenza improcrastinabile, dettata dalla crescente complessità delle realtà socio-sanitarie nei paesi industrializzati. Il contrasto tra la prospettiva neoliberista orientata al profitto e all'ottimizzazione dei costi (educazione sanitaria) e la continua domanda di empatia e comprensione manifestata sia dai pazienti che dai professionisti della cura (educazione alla salute), si fa oggi, nel dibattito pedagogico attuale, sempre più pressante.

Solo attraverso l'umanizzazione autentica della cura, mediata dalla "filosofia della cura", (Mortari, 2015), sarà possibile considerare percorsi autenticamente educativi che pongano come obiettivo finale lo sviluppo di una sempre maggiore consapevolezza pedagogica dei professionisti della cura per attuare interventi educativi rispondenti ai bisogni dei singoli pazienti: "*patient education for pedagogical awareness*" (Zannini, 2023).

L'approccio delle *Medical Humanities* parte, pertanto, dal riconoscimento della malattia come esperienza biografica e autobiografica, mediante la quale sarà possibile garantire una risposta educativa ai bisogni umani del paziente, dei propri familiari e del proprio contesto di appartenenza. Superare l'approccio utilitaristico legato esclusivamente a parametri macroeconomici e allo status quo significa riconoscere la natura sociale ed educativa della relazione clinica. In ultima analisi, la costruzione del *Well-Being* non può prescindere da uno sguardo riflessivo capace di riappropriarsi quotidianamente del senso profondo dell'esperienza umana e del vissuto delle singole Persone (Van Manen, 1990), trasformando la sfida dei bisogni colti tra prospettive contrastanti in "una risorsa per una sanità più equa e solidale" (Burnett et al., 2016).

Seguendo tale prospettiva, l'orizzonte della formazione non può limitarsi alla mera acquisizione di competenze tecniche o procedurali, ma deve configurarsi come un vero e proprio "cantiere di umanità". La sfida sollevata dalle *Medical Humanities* e dalle nuove politiche di *welfare* ci impone di

“abitare” il mondo e la complessità della cura non come un protocollo, ma come un evento relazionale e civile.

Come sottolineato da Malavasi (2020), l'educazione oggi è chiamata a farsi garante di una progettualità integrale, capace di ricomporre la frattura tra il dato scientifico e il vissuto esistenziale, attraverso la promozione di una "conoscenza situata" che sappia ascoltare il paziente, valorizzare la dedizione del professionista ed orientare le scelte della *governance*, verso un *welfare* autenticamente generativo. Insegnare a vivere l'umano significa, pertanto, riscoprire ogni giorno il sentimento e la dignità dell'umano, tra ambiguità e contraddizioni: “essere umani per sconfinare la disumanizzazione della Persona, del mondo e della Madre Terra” (Malavasi, 2020).

Le *Medical Humanities* si assumono, pertanto, tale responsabilità agendo su tre livelli fondamentali. Il primo valuta l'umanizzazione del percorso formativo, che trasforma il paziente da malato a persona responsabile del proprio vissuto e della propria storia; il medico da mero tecnico in “camice bianco” a “professionista dell'umano”. Il secondo livello considera fondamentale la narrazione come cura che restituisce centralità alla storia del paziente, riconoscendo la diagnosi parte di una realtà ben più complessa che comprende vissuti, paure e speranze. Il terzo livello valuta l'etica della responsabilità che analizza una visione sistemica nella quale il rigore scientifico e l'empatia non sono in antitesi, ma costituiscono le due facce di una stessa medaglia professionale e sociale in una comunità educante.

La responsabilità etica del pedagogo risiede nel trasformare la vulnerabilità in una risorsa di senso e di cittadinanza attiva. Educare, in contesti formali, non formali ed informali, significa dunque alimentare quella "sostenibilità sociale" necessaria per costruire comunità resilienti, dove la persona rimanga il fine ultimo di ogni azione politica e formativa, in un costante dinamismo di crescita che attraversa l'intero arco della vita.

Il dibattito pedagogico ci interroga, in quanto pedagogisti, educatori e formatori, riguardo alla responsabilità etica ed educativa di affrontare tali tematiche, le quali non appartengono ad una sfera meramente ideale, ma rivestono un valore politico e pubblico di estrema concretezza. Come evidenziato dal dibattito sulle *Medical Humanities* e le *Welfare Policies*, la sfida attuale dell'educazione, alla quale siamo chiamati a fornire come educatori una valida risposta, risiede nella capacità di costruire e di co-costruire una "conoscenza situata", partecipativa e biograficamente fondata. Tale conoscenza deve saper integrare e valorizzare i molteplici punti di vista coinvolti: quello dei pazienti, dei professionisti sanitari e degli organismi di *governance*, per un approccio educativo *lifelong*, in contesti formali, non formali ed informali.

Bibliografia

- Adorno, T. W., Horkheimer, M., & Marcuse, H. (1947). *Dialettica dell'illuminismo*. Scuola di Francoforte. Einaudi.
- Bastian, M. (2017). *Participatory research and the boundaries between researcher and researched*. Routledge.
- Bertolini, P. (1988). *L'esistere pedagogico: Ragioni e limiti di una pedagogia come scienza fenomenologicamente fondata*. La Nuova Italia.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*. Harvard University Press.
- Bronfenbrenner, U. (2002). *Ecologia dello sviluppo umano*. Il Mulino.
- Burnett, C., et al. (2016). *Subjective perceptions depending on a person's previous experiences, social position, and cultural background*. Academic Press.
- Charon, R. (2001). Narrative medicine: A model for empathy, reflection, profession, and trust. *JAMA*, 286(15), 1897–1902.
- Charon, R. (2006). *Narrative Medicine: Honoring the Stories of Illness*. University Press.
- Chen, I., & Forbes, C. (2014). Reflective writing and its impact on empathy in medical education: Systematic review. *Journal of Educational Evaluation for Health Professions*, 11, 20. <https://doi.org/10.3352/jeehp.2014.11.20>
- Demetrio, D. (1996). *Raccontarsi: L'autobiografia come cura di sé*. Raffaello Cortina Editore.

- Freire, P. (2020). *Critical pedagogy and the investigation of reality*. Bloomsbury Academic
- Freire, P. (2022). *Pedagogia degli oppressi*. Feltrinelli Editore.
- Giroux, H. A. (2018). *Innovation and growth as the only values to consider in political and health governance*. Haymarket Books.
- Giroux, H. A. (2020). *Stimulating emancipatory choices through critical pedagogy*. Bloomsbury Academic.
- Greenhalgh, T., & Hurwitz, B. (Eds.). (1999). *Narrative Based Medicine: Dialogue and Discourse in Clinical Practice*. BMJ Books.
- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1994). *Competing paradigms in qualitative research: Worldviews that define the nature of the world*. Sage Publications.
- Iori, V. (2009). *Il sapere dei sentimenti: Fenomenologia e senso dell'esperienza*. FrancoAngeli.
- Kleinman, A. (1988). *The Illness Narratives: Suffering, Healing, and the Human Condition*. Basic Books.
- Malavasi, P. (2020). *Educare l'umano*. Vita e Pensiero.
- Mertens, D. M. (2007). *The participatory approach: Social justice and collaborative action*. Guilford Press.
- Milota, M. M., van Thiel, G. J. M. W., & van Delden, J. J. M. (2019). Narrative medicine as a medical education tool: A systematic review. *Medical Teacher*, 41(7), 802–810.
- Mortari, L. (2015). *Filosofia della cura*. Raffaello Cortina Editore.
- Nussbaum, M. C. (2014). *Creare capacità. Liberarsi dalla dittatura del PIL*. Il Mulino.
- OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità). (1992). *Life skills education for children and adolescents in schools*. WHO.
- Polanyi, M. (2010). *The Tacit Dimension* (ed. orig. post-critical approach and the fiduciary basis of knowing). Rosa e Ballo.
- Siti, N., et al. (2019). *The development of subjective meanings and understandings of personal experiences in constructivist perspectives*. Springer.
- Van Manen, M. (1990). *Researching Lived Experience: Human Science for an Action Sensitive Pedagogy*. State University of New York Press.
- Zannini, L. (2023). *Medical Humanities e la filosofia della cura in ambito sanitario*. Raffaello Cortina Editore.