

Abitare la relazione di cura. Lo sguardo fenomenologico come postura epistemica nella formazione in ambito sanitario

Debora Tringali

Università Telematica Pegaso

Sinossi: Nei contesti sanitari contemporanei, la formazione è spesso plasmata da un approccio clinico-oggettivante che riduce la cura a competenza tecnica e procedurale, oscurandone le dimensioni relazionali ed esistenziali. Questo contributo propone una reinterpretazione pedagogica della formazione sanitaria secondo una prospettiva fenomenologico-ermeneutica, concependo la cura come esperienza vissuta e come postura epistemica radicata nel mondo della vita. Partendo da un'esperienza formativa universitaria precedentemente esplorata attraverso l'analisi empirica, l'articolo offre una rilettura teorica di dispositivi educativi quali la testimonianza, l'epochè e la scrittura riflessiva come pratiche capaci di generare una conoscenza situata. L'esperienza evidenzia un passaggio da una rappresentazione oggettivante della malattia a una comprensione ontologica della cura come Sorge, intesa come responsabilità relazionale verso la vulnerabilità dell'altro. In questa prospettiva, l'educazione emerge come condizione epistemica della cura.

Parole chiave: Approccio fenomenologico-ermeneutico; Formazione in ambito sanitario; Relazione di cura; Apprendimento riflessivo

Abstract: In contemporary healthcare contexts, education is often shaped by a clinical-objectifying approach that reduces care to technical and procedural competence, obscuring its relational and existential dimensions. This contribution proposes a pedagogical reinterpretation of healthcare education from a phenomenological-hermeneutic perspective, conceiving care as lived experience and as an epistemic posture rooted in the lifeworld. Starting from a university educational experience previously explored through empirical analysis, the paper offers a theoretical re-reading of educational devices such as testimony, epochè and reflective writing as practices capable of generating situated knowledge. The experience highlights a shift from an objectifying representation of illness to an ontological understanding of care as Sorge, understood as relational responsibility toward the vulnerability of the other. From this perspective, education emerges as an epistemic condition of care.

Keywords: Phenomenological-hermeneutic approach; Healthcare training; Care relationship; Reflective learning

Introduzione

La società contemporanea è caratterizzata da un crescente livello di complessità (Morin, 1993; Morin, 2015), determinato dall'intreccio tra sviluppo tecnologico, accelerazione dei processi di produzione della conoscenza e trasformazione dei contesti professionali (Ceruti & Bellusci, 2020; Caligiuri, 2018). In ambito sanitario, tali trasformazioni hanno prodotto rilevanti avanzamenti in termini di prevenzione, diagnosi e trattamento (Ascione, 2018), ma hanno anche rafforzato un paradigma biomedico centrato sulla dimensione tecnico-procedurale, con il rischio di marginalizzare la dimensione relazionale ed esistenziale della cura (D'Alessio, 2020; Rugarli, 2017). Come evidenziato da Foucault (1969), lo sviluppo dello "sguardo clinico" ha contribuito a una progressiva oggettivazione del paziente, ridotto a corpo biologico da analizzare e trattare. In questa prospettiva, la cura tende a coincidere con il "curare", perdendo la sua dimensione originaria di relazione significativa. Tuttavia, la cura non può essere ridotta a un insieme di interventi tecnici, ma va compresa come pratica complessa che coinvolge la totalità della persona nelle sue dimensioni corporee, emotive, relazionali e simboliche (Mortari, 2015; Palmieri, 2012). In questa direzione, il concetto heideggeriano di Sorge (Heidegger, 1976) consente di reinterpretare la cura come struttura ontologica fondamentale dell'esistenza: l'essere umano è sempre già coinvolto in un rapporto di cura con il mondo e con gli altri. La cura precede l'azione tecnica e ne costituisce il fondamento, configurandosi come modalità originaria dell'essere-nel-mondo. Essa assume così un valore non solo etico, ma anche formativo, orientando i processi educativi verso l'attenzione, l'ascolto e la responsabilità (Mortari, 2023; Cambi, 2024). Applicata alla formazione sanitaria, questa prospettiva solleva interrogativi critici rispetto ai modelli educativi dominanti. I percorsi universitari, fortemente orientati allo sviluppo di competenze tecnico-scientifiche, risultano spesso carenti di dispositivi dedicati alla relazione di cura, alla gestione delle emozioni e alla comunicazione con pazienti e familiari. Ne deriva il rischio di formare professionisti competenti sul piano tecnico, ma fragili nella gestione della complessità relazionale ed emotiva che caratterizza le situazioni di cura, soprattutto nelle "zone paludose" della pratica (Schön, 1993). In questo scenario, la relazione di aiuto assume una centralità trasversale, configurandosi non solo come competenza professionale, ma come dimensione costitutiva della formazione. La capacità di prendersi cura implica il riconoscimento della vulnerabilità dell'altro, la disponibilità all'ascolto e la sospensione del giudizio, competenze che richiedono una formazione intenzionale e riflessiva. In linea con il paradigma dell'apprendimento esperienziale (Dewey, 1949), l'esperienza diventa conoscenza solo attraverso processi riflessivi che ne consentono la rielaborazione di senso. Alla luce di tali considerazioni, emerge l'esigenza di ripensare la formazione universitaria in ambito sanitario in chiave pedagogica, integrando il modello biomedico con una prospettiva relazionale della cura (Orefice, 2020). Ciò implica il superamento di modelli trasmissivi e la promozione di contesti di apprendimento attivo, in cui gli studenti siano coinvolti come soggetti della propria formazione. In questo quadro si colloca il laboratorio multidisciplinare sulle relazioni di cura proposto da un ateneo dell'Italia centrale, progettato come dispositivo pedagogico volto a esplorare il significato della cura e a sviluppare competenze relazionali nei futuri professionisti sanitari. Fondato su un approccio fenomenologico-ermeneutico (Mortari & Ghirotto, 2019), il laboratorio ha coinvolto studenti di Medicina e Chirurgia e di Fisioterapia, offrendo uno spazio formativo condiviso in cui esperienze, saperi e prospettive differenti potessero entrare in dialogo. Il presente contributo analizza, in chiave comparativa, le narrazioni prodotte dagli studenti dei due percorsi formativi, al fine di indagare i significati attribuiti all'esperienza e le trasformazioni nelle rappresentazioni della cura e dell'identità professionale. In particolare, l'obiettivo è comprendere in che modo l'esperienza laboratoriale favorisca il passaggio da una postura epistemica centrata sul sapere tecnico a una postura ontologica centrata sul modo di essere nella relazione di cura.

Metodologia

La ricerca si colloca nel paradigma qualitativo e assume come quadro epistemologico di riferimento la fenomenologia ermeneutica (Van Manen, 2023; Tosin et al., 2017), intesa non solo come metodo di analisi, ma come orientamento conoscitivo capace di restituire la complessità dell'esperienza formativa nella sua dimensione vissuta e significativa. Tale prospettiva risulta

particolarmente adeguata quando l'oggetto di indagine riguarda processi educativi connessi alla cura, alla relazione di aiuto e alla costruzione dell'identità professionale. Seguendo l'impostazione di Husserl (1936), l'esperienza viene assunta come luogo originario di produzione di senso: non un evento meramente soggettivo, ma un'esperienza intenzionale, sempre situata e orientata al mondo della vita (*Lebenswelt*). In questa prospettiva, la formazione non coincide con la semplice acquisizione di competenze tecniche, ma implica una trasformazione del modo in cui il soggetto si rapporta a sé stesso, agli altri e al proprio agire professionale. La dimensione ermeneutica, ispirata al pensiero di Heidegger (1976) e Gadamer (1983), consente di riconoscere come ogni esperienza sia sempre già interpretata e come la comprensione si sviluppi attraverso un movimento circolare tra precomprensioni, esperienza e nuove attribuzioni di significato. L'apprendimento si configura, pertanto, come trasformazione dell'orizzonte interpretativo del soggetto.

Contesto e partecipanti

La ricerca è stata condotta all'interno di un laboratorio multidisciplinare sulle relazioni di cura attivo presso un'università dell'Italia centrale, configurato come spazio formativo e di ricerca orientato alla promozione di pratiche di cura fondate su un approccio anti-riduzionista. Il laboratorio integra prospettive psico-socio-sanitarie, pedagogiche, filosofiche e antropologiche, ponendo al centro l'esperienza di tutti gli attori coinvolti nei percorsi di cura: pazienti, familiari e professionisti. Nel periodo compreso tra ottobre e maggio, il laboratorio ha attivato un percorso di Attività Didattiche Elettive (ADE) intitolato *Relazioni di cura: dimensioni psicologiche del rapporto con pazienti e familiari*, rivolto a studenti dei corsi di laurea in Medicina e Chirurgia e in Fisioterapia (oltre ad altri corsi, qui esclusi dall'analisi). Il percorso formativo si è articolato in cinque sessioni, ognuna strutturata attorno a una parte teorica e una parte esperienziale. La parte teorica è servita a introdurre i principali concetti relativi alla cura, alla comunicazione di cattive notizie e al lavoro interdisciplinare. La parte esperienziale è stata condotta secondo il metodo fenomenologico-ermeneutico. Durante il laboratorio, gli studenti sono stati divisi in piccoli gruppi e disposti in cerchio per favorire l'ascolto, la reciprocità e la sospensione del giudizio. Sono state lette ad alta voce testimonianze di familiari di bambini gravemente malati e di operatori sanitari inseriti in contesti ad alto carico emotivo. Alla lettura condivisa è seguito un momento di riflessione individuale e di discussione di gruppo, in cui ogni partecipante è stato invitato a esprimere quanto emerso dall'incontro con il testo, senza formulare giudizi definitivi. Questo lavoro di sospensione richiama esplicitamente il concetto di *epochè*, intesa come atteggiamento formativo fondamentale per la relazione di cura (Bertolini, 1988, D'Addelfio & Giordano, 2020). Al termine del corso, agli studenti è stato chiesto di redigere un elaborato scritto (2000–3000 parole). La scelta della scrittura riflessiva risponde a una precisa opzione pedagogica: come sottolinea Demetrio (1993), la scrittura autobiografica è un potente dispositivo formativo che permette al soggetto di dare forma narrativa all'esperienza, trasformandola in sapere professionale. In questa prospettiva, la scrittura diventa uno spazio di mediazione tra l'esperienza e il pensiero. La funzione riflessiva della scrittura trova ulteriore supporto nel pensiero di Schön (1993), che distingue tra “riflessione nel corso dell'azione” e “riflessione sull'azione”. L'elaborato scritto rappresenta uno spazio privilegiato per la riflessione sull'azione, in cui gli studenti possono interrogare criticamente il proprio modo di pensare e di sentire, anticipando una competenza fondamentale per la futura pratica del “clinico riflessivo”.

Ai fini del presente studio, sono state analizzate le narrazioni prodotte da:

- studenti di Medicina e Chirurgia (n = 13)
- studenti di Fisioterapia (n = 8)

La scelta di includere entrambi i gruppi risponde all'obiettivo di esplorare analogie e differenze nei processi di costruzione del significato della cura e dell'identità professionale, alla luce delle specificità epistemiche e pratiche delle due professioni sanitarie.

L'analisi separata dei due gruppi disciplinari risponde a un duplice obiettivo:

1. approfondire le specificità dei processi di costruzione del significato della cura nei due percorsi formativi;

2. individuare convergenze e divergenze nelle rappresentazioni della relazione di cura e dell'identità professionale.

Questioni etiche

La ricerca è stata condotta nel pieno rispetto delle normative vigenti in materia di protezione dei dati personali. Tutti i partecipanti hanno fornito il proprio consenso informato all'utilizzo degli elaborati per finalità di ricerca. Per garantire l'anonimato, ogni testo è stato codificato mediante un sistema alfanumerico (ad es. Studente1, Studente 2 ecc...). Eventuali riferimenti a persone, luoghi o situazioni riconoscibili sono stati rimossi o modificati durante la fase di trascrizione.

Procedura di analisi

L'analisi dei dati è stata condotta secondo un approccio fenomenologico-ermeneutico di tipo induttivo (van Manen, 2023; Mortari, 2010), con l'obiettivo di descrivere e interpretare le strutture di significato emergenti dall'esperienza vissuta degli studenti. Il processo analitico è stato sviluppato in conformità ai criteri di qualità della ricerca qualitativa indicati dal COREQ (Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research) Checklist (Tong, Sainsbury & Craig, 2007) e si è articolato nelle seguenti fasi:

1. Immersione nel materiale: gli elaborati sono stati letti ripetutamente dai ricercatori al fine di acquisire una comprensione globale delle narrazioni, mantenendo un atteggiamento di epoché (Husserl, 1936), volto a sospendere precomprensioni e interpretazioni premature.

2. Individuazione delle unità di significato: i testi sono stati progressivamente segmentati in unità di significato, intese come porzioni di testo dotate di rilevanza rispetto all'esperienza della cura e ai processi formativi descritti.

3. Codifica e categorizzazione: attraverso un processo di codifica aperta e successiva codifica assiale (Mantovani & Spagnoli, 2003), le unità di significato sono state raggruppate in categorie concettuali. Tali categorie non sono state costruite sulla base di frequenze tematiche, ma secondo un criterio fenomenologico, orientato all'individuazione delle strutture essenziali dell'esperienza (Smith, 2003). Al fine di rendere maggiormente trasparente il processo analitico, si riporta di seguito un esempio sintetico del percorso di codifica fenomenologico-ermeneutica sviluppato a partire dalle narrazioni degli studenti di Medicina.

Estratto narrativo Unità di significato Codice iniziale Categoria interpretativa

“Finora, nel mio percorso universitario, mi sono trovato a dover considerare i pazienti come macchine in cui un componente si era rotto o guastato e doveva essere riparato o sostituito...” (Studente 2). Il paziente viene riconosciuto oltre la riduzione meccanicistica del corpo critica dell'oggettivazione del paziente. La crisi del paradigma riduzionista

4. Costruzione delle categorie fenomenologiche: le categorie emerse sono state progressivamente rielaborate in chiave interpretativa, fino a configurarsi come strutture di senso capaci di restituire il modo in cui gli studenti comprendono e vivono la relazione di cura.

5. Triangolazione dei ricercatori: le categorie sono state discusse all'interno del gruppo di ricerca al fine di confrontare le diverse interpretazioni e giungere a un accordo condiviso. Questo processo ha contribuito a rafforzare l'affidabilità dell'analisi e a integrare differenti prospettive ermeneutiche.

6. Analisi manuale e aderenza al testo: la codifica è stata effettuata manualmente, senza l'ausilio di software, al fine di preservare una relazione diretta e continua con il materiale narrativo, in linea con l'esigenza di mantenere un'elevata sensibilità fenomenologica (Mortari, 2007).

Strategia comparativa

Un elemento qualificante del presente studio è rappresentato dall'attenzione alle specificità dei percorsi formativi degli studenti di Medicina e di Fisioterapia. L'analisi è stata condotta distinguendo le narrazioni dei due gruppi (analisi intra-gruppo), al fine di individuare le configurazioni di senso emergenti all'interno di ciascun contesto disciplinare. Le eventuali convergenze e divergenze tra i due gruppi (analisi inter-gruppo) non sono state assunte come esito di una procedura comparativa strutturata, ma sono emerse progressivamente nel corso dell'interpretazione, trovando una rielaborazione nella sezione di discussione. In questa prospettiva, l'attenzione non è rivolta a una

comparazione sistematica tra gruppi, quanto piuttosto alla comprensione situata dei diversi modi in cui la relazione di cura viene vissuta e significata all'interno dei due orizzonti formativi.

Rigorosità e limiti metodologici

La qualità della ricerca è stata garantita attraverso: la trasparenza del processo analitico; la triangolazione dei ricercatori; il costante riferimento ai dati empirici e l'esplicitazione del quadro teorico di riferimento.

Tuttavia, è necessario riconoscere alcuni limiti metodologici. In primo luogo, la natura qualitativa dello studio e il numero contenuto dei partecipanti non consentono generalizzazioni, ma permettono una comprensione approfondita e situata del fenomeno. In secondo luogo, l'analisi è inevitabilmente influenzata dalla relazione interpretativa tra ricercatori e testi, sebbene tale aspetto sia stato mitigato attraverso i processi di triangolazione. Infine, l'utilizzo della sola scrittura riflessiva potrebbe aver privilegiato studenti con maggiori competenze narrative, lasciando in ombra dimensioni meno verbalizzabili dell'esperienza.

Risultati

I risultati sono presentati distinguendo le narrazioni degli studenti di Medicina e di Fisioterapia, al fine di mettere in luce sia le specificità dei due percorsi formativi sia le possibili convergenze nei processi di costruzione del significato della cura e dell'identità professionale.

I vissuti degli studenti di Medicina

L'analisi induttiva delle 13 narrazioni degli studenti di Medicina, ha permesso di delineare un panorama articolato di significati che testimonia la transizione degli studenti da una postura epistemica, centrata sul sapere tecnico, a una postura ontologica, centrata sul modo di essere nella relazione di cura. I risultati non vengono presentati come frammenti isolati, ma come un processo evolutivo che si sviluppa lungo tre linee principali, nelle quali i dati empirici si intrecciano con la riflessione pedagogica.

La scoperta della "Sorge" (cura) attraverso la testimonianza

Un primo nucleo tematico mette in evidenza la funzione del laboratorio come spazio di decostruzione degli assunti impliciti. Attraverso l'ascolto delle testimonianze, gli studenti sembrano aver compiuto un movimento riconducibile all'epochè, sospendendo le definizioni nosografiche della malattia, hanno incontrato il fenomeno del dolore nella sua dimensione vissuta. I partecipanti descrivono questo passaggio come una rivelazione improvvisa, capace di ribaltare la prospettiva clinica precedentemente interiorizzata come evidenziato dalle scritture di due studenti:

"Questo corso mi ha aperto gli occhi... la malattia non è altro che la punta dell'iceberg" (Studente 7).

"La malattia, specialmente in pediatria, è certamente un terremoto che sconvolge la vita di genitori, familiari e professionisti sanitari, ponendoli tutti di fronte alle loro paure più profonde. La malattia di un bambino è un evento per il quale non si è mai pronti né preparati, né si può essere sicuri di saperlo gestire nel migliore dei modi" (Studente 2).

Questa trasformazione dello sguardo si traduce in una nuova comprensione della dignità del paziente, non più intesa come principio astratto, ma come riconoscimento concreto dell'esperienza vissuta dell'altro. La cura sembra emergere così come esercizio di responsabilità nei confronti della vulnerabilità altrui, in cui il rispetto passa attraverso l'autenticità e la trasparenza della relazione:

"La dignità del paziente è quando non dicono ai propri cari quanto è grave la loro malattia per non farli soffrire troppo... ma la dignità del paziente, e forse qui anche quella della sua famiglia, è anche quando chiedono al personale medico di sapere cosa sta succedendo, perché c'è quel segnale acustico o quella scritta rossa sul monitor" (Studente 13).

E della sincerità:

“Ho capito l’importanza di ascoltare i bambini proprio in questo loro momento, ma soprattutto ho capito che hanno bisogno di sincerità” (Studente 8).

La crisi del paradigma riduzionista

Un secondo asse narrativo riguarda l’emergere di una consapevolezza critica rispetto al percorso formativo tradizionale. Dalle narrazioni affiora un disagio diffuso nei confronti dell’approccio biomedico dominante, percepito come limitante nella comprensione della complessità umana. Ricorrente è l’immagine dell’oggettivazione del corpo, in cui il paziente viene assimilato a un dispositivo meccanico da riparare:

“Finora, nel mio percorso universitario, mi sono trovato a dover considerare i pazienti come macchine in cui un componente si era rotto o guastato e doveva essere riparato o sostituito... Percepisco questo approccio come una mancanza di umanità e un’incapacità di avvicinarsi agli altri” (Studente 2).

Questa presa di coscienza apre alla necessità di una visione della complessità intesa non come semplificazione, ma come integrazione di prospettive differenti:

“Comprendere la complessità e non banalizzarla: la complessità deve essere integrata nelle sue varie parti, con le esperienze di una pluralità di testimoni” (Studente 9).

Il laboratorio sembra aver agito, in questo senso, come catalizzatore del passaggio dal “curare la malattia” al “prendersi cura della persona”, mettendo in evidenza il ruolo centrale della relazione:

“I legami diventano ponti, fortezze, barche... ti permettono di arrivare dove non potresti andare da solo” (Studente 1).

Relazione caratterizzata dall’ascolto autentico:

“L’ascolto è il cuore della comunicazione e dell’empatia” (Studente 4).

La necessità di una comunità di pratica e della “cura per chi cura”

Un terzo nucleo tematico evidenzia la necessità di riconoscere e sostenere la dimensione emotiva dei professionisti sanitari, al fine di prevenire forme di isolamento e burnout:

“Sono rimasto particolarmente colpito dalla storia di un medico stimatissimo e brillante che aveva un atteggiamento gentile verso i colleghi e i pazienti in reparto, ma che manifestava comportamenti violenti verso i suoi cari a casa” (Studente 10).

La vulnerabilità del medico emerge come un elemento scarsamente tematizzato nei curricula, ma profondamente presente nelle esperienze narrate dagli studenti. Le testimonianze mettono in luce la difficoltà di conciliare il carico emotivo del lavoro con la vita personale, evidenziando il bisogno di spazi di supporto e condivisione:

“È interessante notare quanto sia difficile anche per gli operatori sanitari... riuscire a conciliare le proprie paure e ansie, derivanti dal lavoro, con la vita quotidiana... si rende necessario creare un gruppo di supporto che possa aiutare ad affrontare tali situazioni” (Studente 3).

In questo quadro, il lavoro multidisciplinare e di équipe viene individuato come risorsa fondamentale per sostenere la complessità emotiva delle situazioni di cura, in particolare nei contesti di cronicità e pediatrici:

“È importante vedere e guardare chi abbiamo di fronte, ascoltandolo non solo con le orecchie, considerando i familiari che lo circondano, discutendo con i nostri futuri colleghi e consultandoci con

i professionisti più vicini al paziente, come gli operatori socio-sanitari e gli infermieri... Lavorare come un'équipe, collaborando come una squadra” (Studente 1).

I vissuti degli studenti di Fisioterapia

L'analisi delle narrazioni degli 8 studenti di Fisioterapia restituisce un panorama articolato di significati, in cui il processo formativo si configura come una progressiva rielaborazione della propria identità professionale. Analogamente a quanto emerso per gli studenti di Medicina, anche in questo gruppo si osserva uno spostamento da una postura centrata sulla dimensione tecnico-funzionale a una comprensione più ampia e situata della cura. Tuttavia, tale trasformazione assume tratti specifici, profondamente legati alla corporeità, alla continuità della relazione e alla dimensione temporale dell'intervento riabilitativo. L'analisi ha permesso di individuare sei nuclei tematici principali:

Il superamento del riduzionismo tecnico: dalla funzione alla persona

Un primo nucleo tematico riguarda il progressivo superamento di una visione riduzionista della pratica riabilitativa, inizialmente centrata sulla funzione motoria e sulla patologia. Gli studenti descrivono uno scarto tra il sapere appreso nei contesti formali e l'esperienza concreta del tirocinio, che li conduce a riconoscere la complessità della persona nella sua totalità:

“Si fanno lezioni, si conoscono malattie... si impara a fare la valutazione funzionale... ma alla fine quello che incontriamo facendo tirocinio va oltre tutto ciò che abbiamo imparato.” (Studente 4)

Questa consapevolezza porta a una ridefinizione delle priorità durante il trattamento:

“Mi sono ripromessa di non essere soltanto colei che muove un braccio, ma che in quell'ora in cui starò trattando un paziente gli dà il 100% di quello di cui ha bisogno compreso l'ascolto.” (Studente 8)

L'attenzione si sposta dunque sull'essere umano al di là della diagnosi:

“Il paziente è prima di tutto una persona... è profondamente sbagliato considerare un essere umano per la sua condizione/patologia e non per quello che è realmente.” (Studente 2)

Questo passaggio segna l'emergere di una concezione della cura che integra dimensione funzionale e dimensione relazionale, riconoscendo la centralità della persona rispetto alla prestazione tecnica.

La gestione dell'impatto emotivo: tra disorientamento e vulnerabilità

Un secondo asse tematico riguarda l'impatto emotivo dell'esperienza, in particolare di fronte a situazioni di sofferenza intensa come la malattia pediatrica o il dolore cronico. Le narrazioni restituiscono un senso di scompaginamento delle certezze iniziali, accompagnato da vissuti di paura, fragilità e disorientamento:

“La prima reazione che ho avuto non appena ho sentito queste parole è stata quella di voler andarmene... pensavo solamente a come fuggire nel modo meno eclatante possibile.” (Studente 5)

Il confronto con queste realtà mette in discussione la sicurezza professionale percepita inizialmente:

“Sono entrata al mattino con le idee molto chiare... sono uscita dall'incontro non troppo convinta... me ne sarei uscita non così convinta come lo ero prima.” (Studente 8)

Alcuni resoconti descrivono la tendenza a nascondere la verità come forma di difesa o protezione:

“Si cerca sempre di tenere tutti all'oscuro... un po' per tenerli al sicuro, un po' forse perché parlarne apertamente rende tutta la situazione più vera e più difficile.” (Studente 4)

Il fisioterapista come “collante” e mediatore: tempo, prossimità e fiducia

Un terzo nucleo tematico mette in luce la specificità della figura del fisioterapista all'interno della relazione di cura. Gli studenti riconoscono di occupare una posizione privilegiata, caratterizzata da una maggiore continuità temporale e da un contatto diretto e prolungato con il paziente. In questo senso, il fisioterapista viene descritto come una figura di mediazione tra paziente, famiglia e altri professionisti:

“Il ruolo che andrò a svolgere io... sarà quello quasi di ‘collante’ tra medico e paziente... il fisioterapista passa sicuramente più tempo col paziente rispetto al medico.” (Studente 7)

La funzione di mediazione riguarda anche il supporto alle necessità quotidiane dei familiari:

“Le persone anziane... hanno bisogno che l’operatore faccia da mediatore tra le sue necessità e gli impegni dei loro figli.” (Studente 6)

Viene descritto come l'inclusione della famiglia possa influenzare positivamente il vissuto del paziente:

“Il coinvolgimento attivo dei famigliari permette una risposta più positiva da parte del paziente, il quale non si sente più solo.” (Studente 4)

La corporeità e l'estetica della cura: linguaggi non verbali e significati incarnati

Un quarto nucleo tematico riguarda la centralità della dimensione corporea e non verbale nella relazione di cura. Le narrazioni evidenziano come, nella pratica riabilitativa, il corpo diventi un linguaggio attraverso cui si costruisce la relazione, anche al di là della comunicazione verbale. Particolare rilevanza assume il tema dell'ausilio e del gioco, che vengono reinterpretati non solo come strumenti tecnici, ma come elementi identitari e relazionali:

“Ai bambini con distrofia... dovremmo non solo considerare le corrette dimensioni [della carrozzina] ma anche i gusti estetici, i colori, i dettagli perché ogni bimbo ha la sua carrozzina.” (Studente 6)

Il recupero delle funzioni viene associato, in ambito pediatrico, all'attività ludica:

“Riesci persino a sentirti utile... e solitamente le tecniche usate per il recupero delle funzioni in questo ambito riguardano tutte il gioco.” (Studente 8)

In assenza di parole, vengono descritti gesti di contatto come canali di comunicazione efficaci:

“La relazione che non è solo verbale ma a volte basta un sorriso, una carezza, tenere la mano perché... non esistono pazienti ai quali non si può arrivare.” (Studente 6)

La ricerca della “giusta distanza”: tra coinvolgimento e protezione

Un quinto nucleo tematico riguarda la tensione tra coinvolgimento emotivo e necessità di protezione. Gli studenti riflettono sulla difficoltà di mantenere un equilibrio tra partecipazione empatica e salvaguardia della propria integrità psicologica:

“L’operatore deve riuscire a non caricarsi completamente del peso... deve riuscire in qualche modo a mantenere comunque un minimo di distacco... Trovo questo controproducente per quanto riguarda la salvaguardia emotiva.” (Studente 7)

Viene suggerita l'introduzione di figure professionali di supporto per chi opera in questi contesti:

“Chiederei l’aggiunta dove non presente di uno psicologo che si dedichi agli operatori e ai volontari.” (Studente 7)

Le narrazioni sottolineano la necessità di non farsi assorbire totalmente per preservare gli spazi personali:

“Bisogna sempre ricordarci che non bisogna essere coinvolti sempre al cento per cento... altrimenti non si riuscirebbe a trovare le forze per dedicarsi alla propria famiglia.” (Studente 4)

La memoria biografica come risorsa: l’esperienza vissuta nella costruzione della competenza

Un ultimo nucleo tematico riguarda il ruolo della biografia personale nella costruzione dell’identità professionale. Alcuni studenti rileggono esperienze di malattia o di cura vissute in prima persona come risorse significative per comprendere il dolore dell’altro:

“Se penso a cosa significa non camminare e avere l’artrite lo ricordo benissimo... per guarire gli altri bisogna essere stati malati.” (Studente 6)

La propria sensibilità individuale viene descritta come un patrimonio per il futuro agire professionale:

“La mia sensibilità forse deve essere protetta perché è una ricchezza per me e soprattutto per coloro che assisterò.” (Studente 5)

Infine, alcuni partecipanti descrivono un processo di identificazione personale con le situazioni incontrate:

“Sono stato anch’io ricoverato... e un po’ ho rivisto me in prima persona in alcune descrizioni.” (Studente 3)

Discussione dei risultati

A partire dai risultati emersi, la discussione propone una rilettura interpretativa in chiave fenomenologico-ermeneutica, con particolare attenzione alle convergenze e alle specificità tra i due gruppi analizzati. La lettura comparativa delle narrazioni degli studenti di Medicina e di Fisioterapia sembra mettere in luce come il dispositivo laboratoriale abbia offerto uno spazio in cui gli assunti impliciti relativi alla cura possono essere sospesi, interrogati e, in alcuni casi, rielaborati. Questo spostamento può essere interpretato come una trasformazione dello sguardo epistemico, che muove da una postura primariamente tecnica verso un orientamento ontologico e relazionale. Il laboratorio ha permesso agli studenti di riconfigurare la propria postura epistemica, rendendo l’impegno con il paziente un atto intenzionale di comprensione. Più che configurarsi come trasmissione di contenuti, l’esperienza appare aver attivato processi riflessivi attraverso cui gli studenti iniziano a riconsiderare il proprio modo di comprendere e abitare la relazione di cura (Bertolini, 1988; Cambi, 2024; Schiedi, 2023).

Un primo elemento che attraversa entrambe le esperienze riguarda il progressivo scarto rispetto a una visione riduzionista della pratica sanitaria. Nelle narrazioni degli studenti di Medicina, questo movimento sembra assumere la forma di una messa in crisi dello sguardo clinico, percepito come centrato sull’oggettivazione del corpo e sulla frammentazione dell’esperienza (Foucault, 1969). Nelle narrazioni degli studenti di Fisioterapia, tale passaggio appare meno conflittuale ma comunque significativo, configurandosi come una presa di distanza graduale da una concezione della pratica limitata alla funzione motoria. In entrambe le traiettorie, sembra delinearsi un cambiamento dello sguardo che conduce a riconoscere il paziente come persona e non solo come oggetto di intervento (Moravia, 1999; Ricoeur, 2005). Tale movimento può essere letto, in chiave fenomenologico-ermeneutica, come una forma iniziale di sospensione delle categorie predefinite (epochè), che consente di accedere al significato dell’esperienza vissuta (Husserl, 1936; Bertolini, 1988; Patočka, 2003; Iori, 2016; van Manen, 2023). In questo senso, la conoscenza non appare più come semplice

applicazione di schemi teorici, ma come processo situato che prende forma nell'incontro con il mondo della vita (Husserl, 1936; Bertolini, 1988; Stein, 1917/1985).

Un secondo nucleo trasversale riguarda l'impatto emotivo dell'incontro con la sofferenza, che nelle narrazioni sembra produrre un disorientamento capace di incrinare le rappresentazioni iniziali della professione (Borgna, 2014). Negli studenti di Medicina, tale esperienza appare spesso rielaborata attraverso riflessioni sulla responsabilità, sulla comunicazione e sulla dignità del paziente; negli studenti di Fisioterapia, invece, emerge in forma più immediata come vissuto di fragilità, incertezza e talvolta desiderio di fuga (Butler, 2004; D'Aprile, 2020). Pur nelle differenze, in entrambi i gruppi l'esperienza emotiva sembra non esaurirsi nella sua dimensione immediata, ma aprire uno spazio di interrogazione, coerente con la concezione dell'apprendimento come trasformazione dell'esperienza attraverso la riflessione (Dewey, 1949; Schön, 1993; Mezirow, 1991). Questo passaggio appare anche come occasione per "abitare la fragilità" (Bruzzone, 2012; Pulcini, 2009) e attivare l'empatia come atto intenzionale di comprensione dell'altro, salvaguardandone l'alterità (Stein, 1917; Bellingeri, 2005; 2013; Ruiz Muñoz, 2021; Scarpa & Zambianchi, 2025).

Un ulteriore elemento che emerge dalle narrazioni riguarda la centralità della relazione di cura come processo temporale e condiviso. Negli studenti di Medicina, tale dimensione sembra essere colta soprattutto in relazione alla necessità di integrazione tra più figure professionali e alla complessità del lavoro d'équipe. Negli studenti di Fisioterapia, invece, la relazione appare declinata in termini di continuità, prossimità e costruzione progressiva della fiducia, elementi resi possibili dal tempo prolungato di contatto con il paziente. In questo contesto, la rappresentazione del fisioterapista come figura di mediazione o "collante" richiama l'intenzionalità vicariante e la "fusione di orizzonti" (Gadamer, 1983; Bellingeri, 2013). Tale elemento, pur emergendo in modo specifico in questo gruppo, appare in risonanza con quanto espresso dagli studenti di Medicina rispetto alla necessità di una pratica più integrata e meno frammentata.

Particolarmente significativa, nelle narrazioni degli studenti di Fisioterapia, è inoltre la tematizzazione della corporeità come luogo di relazione. Il corpo sembra essere esperito non soltanto come oggetto di intervento, ma come corpo vissuto, in cui gesti, contatto, gioco e dimensione estetica assumono valore relazionale (Merleau-Ponty, 1945; Iori, 2016; Stein, 1917/1985). Questo aspetto sembra ampliare la comprensione della cura, evidenziando come essa si costruisca anche attraverso linguaggi non verbali e dimensioni sensibili.

Un ulteriore nodo che attraversa entrambe le esperienze riguarda la tensione tra coinvolgimento e distanza. Le narrazioni sembrano restituire la difficoltà di trovare un equilibrio tra partecipazione emotiva e necessità di protezione, evidenziando il rischio sia di distacco difensivo sia di sovra-identificazione. Tale esigenza può essere letta alla luce della funzione di contenimento (Bion, 1971). Il laboratorio sembra aver offerto uno spazio in cui tale processo può iniziare, ma le narrazioni suggeriscono la necessità di dispositivi formativi più strutturati orientati alla "cura di chi cura" (Foucault, 1988; Bellingeri, 2013; Mortari, 2015).

Nelle narrazioni degli studenti di Fisioterapia emerge in modo più esplicito il tema della biografia personale come risorsa nella costruzione della competenza (Stein, 1917; Mortari, 2010). Le esperienze pregresse di malattia o di cura sembrano essere rielaborate come chiavi interpretative per comprendere il vissuto dell'altro. Questo elemento appare coerente con una prospettiva in cui la conoscenza si configura come situata e incarnata, e in cui l'esperienza personale non rappresenta un limite, ma una possibile risorsa epistemica.

Nel loro insieme, queste narrazioni sembrano indicare come il laboratorio abbia favorito l'emergere di uno spazio di riflessione in cui differenti modi di intendere la cura possono entrare in dialogo. Più che una sostituzione di un paradigma con un altro, sembra delinearsi un processo di progressiva integrazione, in cui la dimensione tecnico-scientifica viene ripensata alla luce della relazione, dell'esperienza e della responsabilità etica (Bertolini, 1988; Noddings, 2013).

I risultati suggeriscono come la formazione in ambito sanitario sia attraversata da pluralità di sguardi epistemici ovvero tecnico, interpretativo, relazionale, esperienziale, che non possono essere ridotti a una sintesi univoca, ma richiedono spazi educativi capaci di accoglierne la tensione (Zapata, 2009; Heidegger, 1976; Mortari, 2015; Schiedi, 2023). La formazione sanitaria si configura dunque come un campo di pluralità epistemica, in cui molteplici modalità di conoscenza si intrecciano e la tensione tra i paradigmi diviene uno spazio generativo di apprendimento.

Conclusioni

Le narrazioni analizzate sembrano indicare come il laboratorio abbia favorito un primo spostamento dello sguardo degli studenti da una concezione della cura prevalentemente tecnico-procedurale a una comprensione più attenta alla dimensione relazionale, esperienziale ed etica. Tale trasformazione riflette una riconfigurazione dello sguardo epistemico che sostiene la pratica professionale. Questo movimento, pur non uniforme, assume configurazioni differenti nei due gruppi: negli studenti di Medicina emerge soprattutto come messa in discussione dello sguardo clinico, mentre negli studenti di Fisioterapia si declina come valorizzazione della corporeità, della prossimità e della continuità della relazione. Questa differenza suggerisce una complementarità tra prospettive professionali, piuttosto che una divergenza. Il contributo di questo studio risiede nell'aver mostrato come dispositivi formativi fenomenologico-ermeneutici possano favorire una trasformazione della postura epistemica nei futuri professionisti in ambito sanitario. Le narrazioni evidenziano inoltre la rilevanza della dimensione emotiva e della vulnerabilità nella costruzione dell'identità professionale, mettendo in luce la necessità di dispositivi formativi capaci di sostenere la "cura di chi cura". Nel loro insieme, questi elementi sembrano evidenziare come la formazione sanitaria richieda spazi educativi in cui differenti sguardi epistemici possano emergere e dialogare, configurandosi come un campo di pluralità epistemica. In questa prospettiva, il laboratorio si configura come un contesto in cui l'esperienza diventa occasione di riflessione e di trasformazione del modo di intendere e praticare la cura. Tali risultati implicano ricadute rilevanti anche per il sistema sanitario nel suo complesso, evidenziando come la promozione di pratiche relazionali e riflessive possa migliorare la qualità della cura e contribuire a uno sviluppo professionale sostenibile all'interno delle istituzioni di sanità pubblica.

Bibliografia

- Ascione, R. (2018). *Il futuro della salute: come la tecnologia digitale sta rivoluzionando la medicina (e la nostra vita)*. Hoepli.
- Bellingreri, A. (2005). *Per una pedagogia dell'empatia*. Vita e Pensiero.
- Bellingreri, A. (2013). Il metodo educativo "centrato sull'empatia". *Studium Educationis*, 14(2), 7–17.
- Bellingreri, A. (2023). Prima idea di una scienza pedagogica fondativa di stile fenomenologico-ermeneutico. *Cultura pedagogica e scenari educativi*, 1(1), 25–30.
- Bertolini, P. (1988). *L'esistere pedagogico. Ragioni e limiti di una pedagogia come scienza fenomenologicamente fondata*. La Nuova Italia.
- Bion, W. R. (1971). *Esperienze nei gruppi*. Armando.
- Borgna, E. (2014). *La fragilità che è in noi*. Einaudi.
- Bruzzo, D. (2012). *Farsi persona. Lo sguardo fenomenologico e l'enigma della formazione*. FrancoAngeli.
- Butler, J. (2004). *Precarious Life: The Powers of Mourning and Violence*. Verso.
- Butler, J. (2013). *A chi spetta una vita buona?* Nottetempo.
- Caligiuri, M. (2018). La cruna dell'ago. Educazione e diseguaglianze tra giustizia sociale, democrazia e individualismo all'inizio del XXI secolo. *Formazione & Insegnamento*, 16(3), 43–54.
- Cambi, F. (2024). Relazione educativa e ruolo del dialogo. In A. Mariani (a cura di), *La relazione educativa* (pp. 61–73). Carocci.
- Ceruti, M., & Bellusci, F. (2020). *Abitare la complessità. La sfida di un destino comune*. Mimesis.
- D'Addelfio, G., & Giordano, M. (2020). La fenomenologia come metodo di ricerca pedagogica con e per le famiglie. *La Famiglia*, 264(54), 34–59.
- D'Alessio, C. (2020). Modelli generativi transdisciplinari in pedagogia medica: educazione alla salute e prevenzione dello stress nelle professioni di cura. *Formazione & Insegnamento*, 18(1), 46–58.
- D'Aprile, G. (2020). Per una Pedagogia della fragilità. *Education Sciences & Society*, 11(1).
- Demetrio, D. (1993). *Raccontarsi. L'autobiografia come cura di sé*. Raffaello Cortina.
- Dewey, J. (1949). *Esperienza ed educazione*. La Nuova Italia.

- Foucault, M. (1969). *Nascita della clinica: una archeologia dello sguardo medico*. Einaudi.
- Gadamer, H. G. (1983). *Verità e metodo*. Bompiani.
- Heidegger, M. (1976). *Essere e tempo*. Longanesi.
- Husserl, E. (1936). *La crisi delle scienze europee e la fenomenologia trascendentale*. Carocci.
- Iori, V. (1988). *Essere per l'educazione. Fondamenti di un'epistemologia pedagogica*. La Nuova Italia.
- Iori, V. (2016). Lo studioso che ha dato vita e respiro alla pedagogia fenomenologica in Italia: Piero Bertolini. *Encyclopaideia*, 20(45), 18–29.
- Mantovani, G., & Spagnoli, A. (2003). *Metodi qualitativi in psicologia*. Il Mulino.
- Mezirow, J. (2003). *Apprendimento e trasformazione*. Raffaello Cortina.
- Moravia, S. (1999). *L'esistenza ferita*. Feltrinelli.
- Morin, E. (1993). *Introduzione al pensiero complesso. Gli strumenti per affrontare la sfida della complessità*. Sperling & Kupfer.
- Morin, E. (2015). *Insegnare a vivere. Manifesto per cambiare l'educazione*. Raffaello Cortina.
- Mortari, L. (2007). *Cultura della ricerca e pedagogia*. Carocci.
- Mortari, L. (2010). *Apprendere dall'esperienza. Il pensare riflessivo nella formazione*. Carocci.
- Mortari, L. (2015). *Filosofia della cura*. Raffaello Cortina.
- Mortari, L. (2023). *Sull'etica della cura*. Vita e Pensiero.
- Mortari, L., & Ghirotto, L. (2019). *Metodi per la ricerca educativa*. Carocci.
- Mortari, L., Bombieri, R., Valbusa, F., & Ubbiali, M. (2024). The Empirical Phenomenological Method (EPM) and Its Application within an Educational Research. *Formazione & Insegnamento*, 22(1), 8–18.
- Noddings, N. (2013). *Caring: A relational approach to ethics and moral education*. University of California Press.
- Orefice, C. (2020). *Lo studio della cura educativa in un'ottica complessa*. Pensa MultiMedia.
- Palmieri, L. (2012). *La cura educativa*. FrancoAngeli.
- Patočka, J. (2003). *Il mondo naturale e la fenomenologia*. Mimesis.
- Rugarli, C. (2017). *Medici a metà. Quel che manca nella relazione di cura*. Raffaello Cortina.
- Ruiz Muñoz, S. (2021). Intersubjetividad, empatía y educación. Una aproximación fenomenológica. *Areté*, 33(2), 337-365.
- Scarpa, S., & Zambianchi, E. (2025). Empatia e intersoggettività a fondamento della relazione educativa nella visione di Edith Stein. *Formazione & Insegnamento*, 21(1).
- Schiedi, A. (2023). Io-Tu-Noi: Per una pedagogia fenomenologico-ermeneutica della relazionalità. *Cultura pedagogica e scenari educativi*, 1(2), 31–42.
- Schön, D. A. (1993). *Il professionista riflessivo. Per una nuova epistemologia della pratica professionale*. Dedalo.
- Smith, J. A. (2003). Beyond the divide between cognition and discourse: using IPA in health psychology. *Psychology & Health*, 11(2), 261–271.
- Stein, E. (1985). Il problema dell'empatia (E. Costantini & E. S. Costantini, a cura di). *Studium*. (Opera originale pubblicata nel 1917).
- Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist. *International Journal for Quality in Health Care*, 19(6), 349–357.
- Tosin, C., Mortari, L., Bonaldi, A., & Biban, P. (2017). Aspettare e affidarsi come allenamento alla vita. In L. Ghirotto (a cura di), *Formare alla Ricerca Empirica in Educazione* (pp. 412–419). QuVi.
- Van Manen, M. (2023). *Phenomenology of Practice. Meaning-Giving Methods in Phenomenological Research and Writing*. Routledge.
- Zapata, G. (2009). Ética, fenomenología y hermenéutica en P. Ricoeur. *Acta fenomenológica latinoamericana*, 3, 753–768.