

Curare narrando: sguardi pedagogici su una relazione virtuosa

Paolo Lazzaroni

Università degli Studi di Bergamo

Sinossi: Nel quadro della ricerca narrativa in ambito di cura, si propone uno studio teorico sulla costruzione di una conoscenza situata nella post-degenza ospedaliera di pazienti adulti, secondo una prospettiva interpretativo-fenomenologica. A partire dalla categoria di logos integrato e da una concezione trasformativa e idiografica dell'educazione, si intende analizzare in dialogo con le medical humanities il valore pedagogico dell'autobiografia come pratica di personalizzazione della cura, capace di sostenere l'agency e la rielaborazione dell'esperienza della malattia in un'ottica lifelong education. La personalizzazione genera ricadute relazionali sui singoli pazienti e i loro caregiver, aprendo a implicazioni educative e politiche per l'umanizzazione dei saperi e delle pratiche sanitarie.

Parole chiave: pedagogia; cura; narrazione; medical humanities, lifelong education.

Within the framework of narrative research in care settings, this paper proposes a theoretical study on the construction of situated knowledge in the post-hospital discharge phase of adult patients, adopting an interpretive-phenomenological perspective. Drawing on the concept of integrated logos and on a transformative and idiographic understanding of education, the study aims to analyse - within the field of medical humanities - the pedagogical value of autobiography as a practice of care personalization. Such practice is understood as capable of fostering agency and supporting the re-elaboration of illness experience within a lifelong education perspective. Personalization generates relational effects not only on individual patients but also on their families and caregivers, opening up educational and political implications for the humanization of healthcare knowledge and practices.

Keywords: pedagogy; care; narrative; medical humanities, lifelong education.

Introduzione

Nei contesti sanitari contemporanei, le pratiche educative e di cura risultano sempre più attraversate da quello che può essere definito uno sguardo epistemico, ossia un insieme di assunzioni, spesso implicite, che orientano il modo in cui la realtà, la conoscenza e l'esperienza umana vengono interpretate (Guba et al., 1994). In ambito sanitario, tale sguardo è stato a lungo dominato da un paradigma neopositivista, basato unicamente sulla misurabilità, sulla standardizzazione e sull'efficienza dei processi; sebbene questo approccio abbia contribuito in modo determinante allo sviluppo delle scienze mediche, esso mostra limiti evidenti nel momento in cui si confronta con la complessità dell'esperienza vissuta, con particolare riferimento a quei contesti segnati da vulnerabilità, cronicità e transizioni esistenziali che non possono essere ridotte al protocollo o alla statistica (Noddings, 1982).

Negli ultimi anni, la crescente domanda di forme di cura più attente alla dimensione relazionale e al vissuto soggettivo ha favorito l'emergere di prospettive interpretative e fenomenologiche, che riconoscono nell'esperienza e nei processi di attribuzione di senso elementi centrali nella costruzione della conoscenza (Van Manen, 1990). Parallelamente, gli approcci critici e post-critici hanno posto in evidenza le dinamiche di potere e le logiche neoliberali che attraversano i sistemi sanitari contemporanei, interrogando le condizioni di possibilità di una cura autenticamente umana e trasformativa (Giroux, 2018, 2020).

Le prospettive interpretative, fenomenologiche e post-critiche consentono di riconoscere nella post-degenza ospedaliera non un semplice momento di transizione clinica, ma uno spazio pedagogicamente significativo, in cui il soggetto è chiamato a rinegoziare il proprio rapporto con il corpo, con il tempo e con la quotidianità. In tale fase, infatti, l'esperienza della malattia eccede la dimensione strettamente medica e coinvolge processi di attribuzione di significato, riorganizzazione identitaria e ridefinizione delle relazioni. Da una prospettiva fenomenologica, la dimissione rappresenta una soglia esistenziale in cui il vissuto della fragilità modifica la percezione di sé e del mondo (Van Manen, 1990; Mortari, 2014). L'approccio interpretativo permette invece di cogliere come tali esperienze assumano senso attraverso pratiche narrative e processi dialogici di costruzione della conoscenza; le prospettive post-critiche, infine, evidenziano la necessità di restituire centralità alla voce dei soggetti, contrastando il rischio che i percorsi di cura siano ridotti a unicamente a procedure standardizzate e impersonali. In questo senso, la post-degenza si configura come un contesto educativo complesso, in cui emergono bisogni di accompagnamento, riconoscimento e rielaborazione dell'esperienza che interrogano direttamente la pedagogia della cura.

Il presente contributo intende approfondire questa specifica fase vissuta dai pazienti come spazio pedagogicamente significativo, interrogando il ruolo della narrazione autobiografica nella costruzione di forme di conoscenza situata nei contesti di cura. In particolare, il lavoro si colloca all'interno del dibattito sullo sguardo epistemico nei contesti sanitari, esplorando come le prospettive interpretative, fenomenologiche e post-critiche consentano di comprendere la dimissione ospedaliera non soltanto come evento clinico, ma come esperienza educativa, relazionale e trasformativa.

Lo sguardo epistemico nell'educazione in ambito sanitario

Il concetto di sguardo epistemico consente di comprendere come differenti paradigmi orientino le pratiche educative e formative nei contesti sanitari. Come già sottolineato dalla letteratura (Guba et al., 1994), i paradigmi costituiscono veri e propri orizzonti di senso che definiscono ciò che è conoscibile, i metodi attraverso cui la conoscenza viene prodotta e le finalità cui essa è orientata; in ambito sanitario, tali paradigmi coesistono in una tensione costante, dando luogo a configurazioni ibride e spesso contraddittorie.

Il paradigma Evidence-Based Medicine (Guyatt et al., 1992; Crawley, 1993; Sackett, et al., 1996; Corbellini, 2007), centrale nella medicina contemporanea, ha contribuito in modo decisivo al miglioramento dell'efficacia clinica attraverso l'impiego di protocolli standardizzati, procedure validate e strumenti quantitativi. Tuttavia, alcune riflessioni critiche hanno evidenziato il rischio che un'applicazione rigidamente evidence-based possa ridurre la complessità dell'esperienza di malattia a variabili esclusivamente misurabili, marginalizzando le dimensioni soggettive, narrative e relazionali

della cura (Popper, 1983). Tale rischio appare particolarmente significativo nei percorsi di post-degenza ospedaliera, dove il paziente si confronta, come anticipato, con processi di riorganizzazione esistenziale. Occorre tuttavia evitare una contrapposizione manichea tra paradigma evidence-based e approcci interpretativi: la stessa evoluzione dell'EBM ha progressivamente riconosciuto l'importanza dell'esperienza del paziente, delle preferenze individuali e della relazione terapeutica, orientandosi verso modelli maggiormente *patient-centered* e integrativi (Greenhalgh et al., 2014). In questa prospettiva, il presente contributo non intende naturalmente mettere in discussione il valore dell'evidenza scientifica, ma sottolineare la necessità di integrare il sapere clinico con forme di conoscenza narrativa e pedagogica capaci di cogliere la dimensione vissuta della cura. Tale esigenza riguarda non soltanto l'ambito sanitario ma investe più ampiamente anche campi distanti da esso come, ad esempio, quello educativo, sempre più attraversato da logiche di standardizzazione e misurabilità (Calvani, 2007, 2025).

Le prospettive interpretative e fenomenologiche hanno influenzato questa dimensione, consentendo di conferire maggior rilievo all'esperienza vissuta, vista come luogo privilegiato di produzione della conoscenza (Charon 2006; Mortari & Camerella, 2014; Svenaeus, 2023). Secondo questa prospettiva, la realtà non è data una volta per tutte, ma si costruisce attraverso i processi di attribuzione di senso che i soggetti elaborano nel loro rapporto con il mondo (Van Manen, 1990; Mortari, 2015). La conoscenza assume così un carattere situato, relazionale e contestuale, emergendo dall'incontro tra soggetti, esperienze e linguaggi.

Gli approcci critici ed emancipativi ampliano ulteriormente questo orizzonte, mettendo in luce le dinamiche di potere che attraversano i sistemi sanitari e promuovendo processi di consapevolezza e trasformazione (Giroux, 2020). Più recentemente, le prospettive partecipative e post-critiche hanno sottolineato l'importanza della responsabilità condivisa, della fiducia e della co-costruzione del sapere, spostando l'attenzione da una conoscenza sui pazienti a una conoscenza con i pazienti (Mertens, 2007).

All'interno di questo quadro plurale, il presente contributo assume una prospettiva interpretativo-fenomenologica, aperta agli apporti post-critici (Bertolini, 1988; Iori, 2009; Bruzzone, 2016; Mortari, 2023) ed attenta alla dimensione di unicità dell'esperienza propria di uno sguardo pedagogico idiografico (Bertagna, 2009): tale posizionamento consente di valorizzare la dimensione esperienziale e narrativa della conoscenza, riconoscendo al contempo la necessità di interrogare criticamente i contesti istituzionali e le logiche che li attraversano.

Questa pluralità paradigmatica non si configura, tuttavia, come una semplice coesistenza pacifica, ma come un campo di tensione che attraversa concretamente le pratiche sanitarie. Nei contesti di cura, infatti, il paradigma neopositivista continua a esercitare un forte influsso, soprattutto nei processi decisionali, nella definizione delle priorità organizzative e nei criteri di valutazione dell'efficacia. In questo scenario, le dimensioni narrative, relazionali e pedagogiche rischiano di essere marginalizzate o considerate accessorie rispetto agli obiettivi di efficienza e contenimento dei costi.

Tale squilibrio appare particolarmente evidente nei percorsi di post-degenza, dove la complessità dell'esperienza vissuta eccede i modelli standardizzati di intervento. La difficoltà di integrare saperi quantitativi e qualitativi, evidenze cliniche e narrazioni soggettive, evidenzia la necessità di un ripensamento dello sguardo epistemico in senso più ampio e inclusivo, soprattutto in un simile contesto di forte transizione, in cui emergono con maggiore evidenza i limiti di una razionalità puramente tecnica.

In questa direzione, l'apertura a prospettive post-critiche consente di riconoscere il carattere fiduciario e relazionale della conoscenza, restituendo centralità all'esperienza umana come fonte legittima di sapere.

Ripensare lo sguardo epistemico significa, dunque, non solo ampliare i riferimenti teorici, ma trasformare le pratiche educative e organizzative, promuovendo contesti in cui differenti forme di conoscenza possano dialogare e integrarsi.

Nel dibattito pedagogico contemporaneo, il tema della cura ha progressivamente assunto una centralità crescente, configurandosi come un punto di incontro tra riflessione teorica ed esperienza (Mortari, 2006; Cambi, 2010): la cura, in questa prospettiva, non è riducibile a un insieme di pratiche tecniche, ma si configura come una postura etica ed epistemica, fondata sull'attenzione, sulla

responsabilità e sulla relazione. Essa implica una forma di conoscenza incarnata, che prende forma nell'incontro con l'altro e nella capacità di sostare nella complessità dell'esperienza.

La prospettiva fenomenologica consente di comprendere la cura come apertura all'esperienza vissuta dell'altro, riconoscendo nella vulnerabilità una dimensione costitutiva dell'umano e non semplicemente una condizione da superare (Mortari, 2013). In questo senso, la cura appare come pratica pedagogica capace di sostenere processi di trasformazione, accompagnando il soggetto nella rielaborazione del proprio vissuto e nella costruzione di nuovi orizzonti di senso. Un concetto come quello di logos integrato (Bellingeri, 2018) può offrire così un quadro teorico particolarmente significativo per articolare questa prospettiva: esso rimanda a una forma di razionalità che non si esaurisce nella dimensione logico-analitica, ma include le dimensioni affettive, relazionali ed esistenziali dell'esperienza, recuperando la triplice dimensione – episteme, techne e phronesis – a fondamento del concetto di ragione aristotelica. In tale prospettiva, la conoscenza non è frammentata, ma si configura come processo unitario che coinvolge la totalità della persona. Questa visione si intreccia, naturalmente, con due assunti pedagogici di assoluta importanza in letteratura: da un lato, la concezione dell'educazione come sviluppo integrale della persona (Bertagna, 2009) e, dall'altro, l'enfasi posta sulla dimensione relazionale e comunitaria della cura (Lizzola, 2018). Ne emerge un quadro pedagogico in cui la cura è al contempo razionalità pratica, in senso aristotelico, e forma di conoscenza, capace di promuovere responsabilità, intenzionalità e apertura al futuro.

Nei contesti sanitari, e in particolare nelle fasi successive alla dimissione ospedaliera, tale prospettiva consente di ripensare le pratiche di cura pedagogica non più come semplici interventi di adattamento o riabilitazione, ma come processi orientati alla ricostruzione del sé. La cura, così intesa, si configura come accompagnamento nella rinegoziazione dell'identità, nella rielaborazione dell'esperienza di malattia e nella riapertura di un progetto di vita.

La dimensione autobiografico-narrativa della cura

All'interno di questo quadro, la narrazione assume un ruolo centrale come dispositivo epistemico e educativo. In questo senso, la prospettiva delle medical humanities e della medicina narrativa ha contribuito in modo significativo a mettere in luce il valore della narrazione nella comprensione dell'esperienza di malattia, evidenziando come il racconto consenta di restituire voce ai soggetti e di riconoscere la dimensione soggettivo-identitaria della cura (Charon, 2005; Charon, 2006).

All'interno della prospettiva interpretativo-fenomenologica che definisce il quadro epistemologico della ricerca, il richiamo alla pedagogia della cura e alle differenti pratiche narrative riguarda il piano pedagogico e metodologico attraverso cui tale prospettiva trova applicazione nei contesti sanitari.

La narrazione non si delinea soltanto come uno strumento di indagine, ma come una vera e propria pratica formativa, capace di sostenere processi di consapevolezza, rielaborazione e trasformazione. Raccontarsi significa agire pedagogicamente su di sé, ossia attribuire senso alla propria esperienza e ricostruire la propria identità nel tempo (Bruner, 2000; Cambi, 2002); in questo senso, l'autobiografia si configura come cura di sé, capace di integrare memoria, identità e progettualità (Potestio, 2021; Melacarne, 2022).

Nel contesto della post-degenza ospedaliera, tale funzione appare particolarmente rilevante dal momento che il racconto consente di trasformare l'esperienza della sofferenza da evento di cesura a occasione di rielaborazione e di ricomposizione del sé. In questa direzione, la letteratura contemporanea ha evidenziato il valore trasformativo della parola narrata, mettendo in luce come essa possa favorire processi di riconoscimento, di agency e di costruzione di senso (D'Alessio, 2023; Gallo, 2023; Stramaglia & Farina, 2023). La pratica narrativa si configura così come mediazione tra esperienza individuale e dimensione sociale, tra vissuto personale e contesto culturale: essa consente non solo di rispondere ai bisogni singoli del paziente, ma anche di generare una nuova struttura di rapporti tra pazienti stessi, familiari e caregiver, contribuendo alla costruzione di comunità di cura più consapevoli e partecipative.

In aggiunta, le pratiche narrative possono costituire uno spazio educativo capace di contrastare alcune forme di impoverimento relazionale e simbolico connesse a modalità comunicative sempre più frammentate e mediate digitalmente. Le trasformazioni introdotte dagli ambienti digitali e dai sistemi di intelligenza artificiale modificano infatti non soltanto i processi comunicativi, ma anche le modalità

attraverso cui le persone costruiscono memoria, identità e relazioni di cura (Panciroli & Rivoltella, 2023; Moriggi & Pireddu, 2024). In tale prospettiva, le pratiche narrative risultano in grado di svolgere anche una funzione preventiva rispetto all'insorgere del disagio emotivo-relazionale, poiché favoriscono processi riflessivi, continuità biografica e attribuzione di senso all'esperienza vissuta: esiste, infatti, una virtù ex ante delle pratiche narrative e non unicamente ex post (Stramaglia & Farina, 2023). Una rivalutazione della dimensione narrativa appare tanto più necessaria se si considera come la narrazione costituisca una componente fondamentale dell'esperienza umana e del processo attraverso cui ciascun soggetto attribuisce significato alla propria esistenza mediante le forme del racconto (Bruzzone, 2021). La fruizione di contenuti culturali nel mondo contemporaneo è radicalmente differente da quanto si potesse pensare solo qualche decennio fa: ad una dimensione verticale, storica, si è affiancata, fino quasi a sostituirsi, una sorta di orizzontalismo della conoscenza (Stramaglia & Farina, 2023) che ha come conseguenza l'arresto ad un livello di sola appropriazione di informazioni. La parola ha, al contrario, un valore trasformativo che non può essere derubricato alla semplice acquisizione di nozioni poste su un orizzonte che non sia in grado di muoversi dinamicamente all'interno della nostra storia per significarci. Vien da sé che questa considerazione apra implicazioni ampie e, si potrebbe dire, sistemiche: valorizzare la narrazione per la cura della persona avrebbe maggior efficacia se si pensasse a questa pratica come un tassello necessario dell'intero sistema sanitario. Il fatto che si sia lontani da questa presa di coscienza spiega, forse, anche il crescente interesse della letteratura per questo ambito di cura.

La conoscenza narrativa si presenta costitutivamente come una forma di sapere situato, che emerge dall'esperienza e si sviluppa attraverso il dialogo, ponendosi in alternativa ad un orizzonte riduzionista della conoscenza, offrendo un contributo significativo alla costruzione di pratiche sanitarie più umane, riflessive e orientate alla persona.

In questa prospettiva, la letteratura recente nell'ambito delle medical humanities ha ulteriormente approfondito il legame tra narrazione, vulnerabilità e costruzione di senso, mettendo in evidenza come il racconto della malattia non sia soltanto una restituzione dell'esperienza, ma un processo attivo di configurazione identitaria; la parola narrata consente di abitare il dolore, di sostare nella fragilità e di trasformare l'esperienza della malattia in uno spazio di elaborazione e di possibile crescita (Gallo, 2023; Stramaglia & Farina, 2023).

In particolare, la dimensione narrativa appare strettamente connessa alla possibilità di riconoscere il paziente come soggetto portatore di senso, superando una visione riduttiva che lo considera esclusivamente in termini clinici, costringendolo ad assumere le fattezze di un agglomerato di dati scientificamente misurabili. La narrazione diventa così un luogo di resistenza rispetto alle logiche di oggettivazione e anonimizzazione che possono caratterizzare i contesti sanitari contemporanei, restituendo visibilità alla singolarità dell'esperienza. In questa direzione, la medicina narrativa non si limita a integrare il sapere medico, ma contribuisce a ridefinire le condizioni stesse della conoscenza in ambito sanitario, promuovendo un approccio più attento alla complessità, alla relazionalità e alla dimensione etica della cura.

In questo quadro, l'emergere dell'intelligenza artificiale nei contesti sanitari introduce ulteriori elementi di complessità rispetto allo sguardo epistemico che orienta le pratiche di cura. L'AI, infatti, non si configura soltanto come uno strumento tecnico, ma come un dispositivo che riorganizza le modalità di accesso, produzione e validazione della conoscenza, influenzando profondamente la relazione tra sapere esperto, esperienza vissuta e processi decisionali (Moriggi & Pireddu, 2024). Se da un lato tali tecnologie possono contribuire a migliorare l'efficienza e la personalizzazione degli interventi, dall'altro rischiano di rafforzare una visione riduzionista e algoritmica della cura, in cui la complessità dell'esperienza umana viene ricondotta a modelli predittivi e standardizzati (Panciroli & Rivoltella, 2023). La sfida pedagogica consiste, quindi, nel promuovere un uso critico e consapevole dell'intelligenza artificiale, capace di integrarsi con pratiche narrative e relazionali senza sostituirle. La pedagogia è chiamata a svolgere un ruolo fondamentale nel mediare il rapporto tra soggetto e tecnologia, sostenendo processi di comprensione, riflessività e responsabilità; in particolare, nei contesti di post-degenza ospedaliera, l'AI può configurarsi come uno spazio ulteriore di narrazione e di accompagnamento, a condizione che venga orientata da uno sguardo capace di preservare la centralità della persona e della relazione. In tal senso, l'integrazione tra tecnologie intelligenti e pratiche narrative apre a nuove possibilità di costruzione della conoscenza in ambito sanitario,

configurando scenari in cui l'innovazione tecnologica non si oppone, ma contribuisce a rafforzare una prospettiva pedagogica della cura, fondata sull'ascolto, sulla singolarità e sulla co-costruzione del significato. La prospettiva, come già ricordato, è quella propria della ricerca qualitativa, coerente con un panorama interpretativo-fenomenologico che assume l'esperienza vissuta come luogo privilegiato di produzione della conoscenza (Trincherò, 2002; Mortari, 2007). In tale cornice, è utile esplorare e rileggere alla luce dell'applicazione dell'intelligenza artificiale la letteratura sulla narrative inquiry, orientandosi a esplorare i significati attribuiti dai soggetti alla propria esperienza di malattia e di transizione post-ospedaliera (Clandinin & Connelly, 2000; Striano, 2019), nel segno di un lavoro atto a favorire l'emersione del vissuto soggettivo, la libera espressione del partecipante (Kvale & Brinkmann, 2008), ricostruendo i processi di attribuzione lungo l'arco dell'esperienza di vita-malattia (Bertaux, 1999).

Personalizzazione, agency e impatto relazionale

Un lavoro approfondito sulle narrazioni dei pazienti in contesti di dimissioni sanitarie, che analizzi le stesse alla luce di nuclei tematici pedagogicamente rilevanti, potrebbe consentire di mettere in luce come l'esperienza della post-degenza ospedaliera si configuri come un momento di profonda rinegoziazione identitaria, in cui il soggetto è chiamato a rielaborare il proprio vissuto di malattia e a ricostruire un senso di continuità biografica. In questo processo, la narrazione autobiografica emerge come un dispositivo pedagogico fondamentale, capace di sostenere la personalizzazione della cura e di promuovere forme di agency. La personalizzazione (Bertagna, 2009), in questa prospettiva, non si limita a un adattamento degli interventi ai bisogni del paziente, ma implica il riconoscimento della sua unicità e della sua capacità di attribuire significato alla propria esperienza: essa appare come processo relazionale e dinamico, in cui il soggetto diventa co-autore del proprio percorso di cura, partecipando attivamente alla costruzione del sapere che lo riguarda.

L'agency, intesa come capacità di agire in modo intenzionale e riflessivo, si sviluppa attraverso il racconto di sé (Bruner, 1992; Cambi, 2002; Potestio, 2020; Ricoeur, 2023), che consente di rielaborare l'esperienza di malattia non solo in termini di perdita, ma anche come occasione di trasformazione: in questo senso, la narrazione contribuisce a restituire al soggetto una posizione attiva, contrastando il rischio di passivizzazione spesso associato ai contesti sanitari.

Un ulteriore aspetto di particolare rilevanza, come già anticipato, riguarda l'impatto relazionale della narrazione, dato che i processi di rielaborazione individuale non rimangono confinati alla sfera personale, ma si estendono alle relazioni con i familiari e i caregiver, contribuendo alla costruzione di nuove forme di comprensione reciproca (Noddings, 1982; Lizzola, 2006). Una relazione di cura risulta virtuosa grazie al suo necessario riconoscimento come atto non semplicemente tecnico ma come pratica sociale e morale (MacIntyre, 1999): la narrazione diventa così un dispositivo di mediazione, capace di facilitare il dialogo e di promuovere una maggiore consapevolezza condivisa. In questa prospettiva, la conoscenza che si costruisce attraverso la narrazione assume una valenza non solo individuale, ma anche sociale e politica. Essa mette in discussione modelli di cura centrati esclusivamente sull'efficienza e apre alla possibilità di pratiche più attente alla dimensione umana, relazionale e educativa dell'esperienza sanitaria. Tale esito si colloca pienamente all'interno del dibattito sullo sguardo epistemico, evidenziando la necessità di integrare approcci diversi e di riconoscere il valore delle forme di conoscenza situate e biografiche: in particolare, le narrazioni introducono una forma di sapere che non si fonda sulla generalizzazione, ma sulla comprensione situata, mettendo in discussione i criteri tradizionali di validità e rilevanza.

Questo spostamento implica una ridefinizione del rapporto tra sapere esperto e sapere esperienziale, aprendo alla possibilità di una epistemologia più inclusiva, in cui il vissuto del paziente possa assumere un ruolo attivo nella costruzione del sapere. In tal senso, la personalizzazione della cura non rappresenta soltanto una strategia operativa, ma una vera e propria opzione epistemologica, che riconosce il valore della singolarità e della relazione nella produzione della conoscenza.

Tale prospettiva sollecita, infine, una riflessione più ampia sul ruolo della pedagogia nei sistemi sanitari, intesa come pratica capace di orientare lo sguardo e di trasformare i modi di conoscere e di agire (Potestio, 2021; Melacarne, 2022).

Implicazioni per l'educazione sanitaria e le politiche di cura

I possibili scenari che vengono aperti da questa prospettiva interpretativa sollecitano una riflessione articolata sulle implicazioni pedagogiche, formative e politiche delle pratiche narrative nei contesti sanitari. In primo luogo, esse richiamano la necessità di ripensare la formazione degli operatori sanitari, valorizzando competenze relazionali, riflessive e narrative accanto a quelle tecnico-cliniche. L'educazione alla cura, in questo senso, non può essere ridotta a un insieme di protocolli, ma richiede lo sviluppo di una sensibilità capace di cogliere la complessità dell'esperienza umana attraverso strumenti qualitativi come interviste biografiche e documentazione narrativa, da analizzare secondo una prospettiva idiografica (Demetrio, 1996; Bertaux, 1999; Bichi, 2007; Mortari & Ghirotto, 2019).

In secondo luogo, emerge l'importanza di promuovere modelli di cura orientati alla partecipazione e alla co-costruzione del sapere. Il riconoscimento del paziente come soggetto attivo implica una ridefinizione delle pratiche educative e organizzative, in direzione di una maggiore apertura al dialogo e alla condivisione delle decisioni. Tale orientamento si inserisce in una prospettiva più ampia di democratizzazione dei processi di cura, in cui la conoscenza non è appannaggio esclusivo degli esperti, ma si costruisce nell'interazione tra diversi attori. La pedagogia non può far altro che porsi in una posizione critica della cura come mero atto tecnico, ribadendo che questo concetto accompagna sempre anche una ricostituzione dell'essere; prendersi carico della fragilità e trasformarla da peso a risorsa è certamente un onere ma è, allo stesso tempo, l'unica via per garantire una integrazione sociale profonda.

Dal punto di vista delle politiche sanitarie, esiste concretamente la possibilità che risulti rilevante integrare dimensioni qualitative e narrative nella valutazione dei servizi, superando una visione riduttiva centrata esclusivamente su indicatori quantitativi. L'attenzione ai vissuti dei pazienti e alle dinamiche relazionali può contribuire a una maggiore efficacia e sostenibilità dei sistemi sanitari, in particolare in un contesto segnato dall'invecchiamento della popolazione e dalla diffusione delle patologie croniche.

Infine, l'integrazione delle tecnologie digitali e dell'intelligenza artificiale nei contesti di cura apre nuove opportunità, ma anche interrogativi rilevanti: se da un lato tali strumenti possono supportare processi di accompagnamento e di accesso alle informazioni, dall'altro richiedono una riflessione pedagogica capace di preservare la dimensione dialogica e relazionale della cura (Panciroli & Rivoltella, 2023; Moriggi & Pireddu, 2024). In questo senso, la sfida consiste nel promuovere un uso consapevole e critico delle tecnologie, in grado di sostenere, e non sostituire, i processi educativi e relazionali. L'intelligenza artificiale può potenzialmente consentire di adattare i percorsi di cura ai bisogni specifici di ciascuno, abbattendo barriere linguistiche, cognitive e sensoriali e offrendo supporto ai caregiver, ridefinendo il fil rouge che lega personale sanitario ai pazienti. Non è sufficiente riassumere l'intervento dell'AI attraverso uno schema che vede il suo utilizzo indirizzato prioritariamente alla liberazione del tempo che medici, infermieri e personale sanitario investono su compiti ripetitivi e pratiche burocratiche: è necessario ripensare la relazione personale sanitario-paziente, per dare spazio alla parola e alla ricostruzione di un senso nuovo di cura.

Conclusioni

Il contributo ha inteso esplorare il ruolo della cura pedagogica nei contesti di assistenza sanitaria, mettendo in evidenza come la costruzione della conoscenza in questo ambito non possa essere ridotta a una prospettiva esclusivamente evidence-based, ma richieda l'integrazione di approcci interpretativi, fenomenologici e post-critici. In particolare, il presente contributo ha provato a sottolineare come la narrazione autobiografica possa configurarsi come un dispositivo epistemico ed educativo capace di restituire centralità all'esperienza vissuta e di promuovere forme di conoscenza situata e biograficamente fondata.

Nel contesto della post-degenza ospedaliera, tale prospettiva si rivela particolarmente significativa, in quanto consente di accompagnare i soggetti nei processi di rielaborazione dell'esperienza di malattia e di ricostruzione della propria identità: la narrazione, così, si configura non solo come strumento di indagine, ma come pratica trasformativa, capace di sostenere agency, intenzionalità e apertura al futuro.

Il riferimento al paradigma del logos integrato ha permesso di articolare una visione della conoscenza come processo unitario, in cui dimensioni cognitive, affettive e relazionali si intrecciano nella costruzione del senso. In questa specifica prospettiva, la pedagogia della cura si configura come pratica di umanizzazione dei saperi, capace di connettere esperienza individuale e dimensione sociale, bisogni personali e responsabilità collettive.

Le implicazioni emerse richiamano la necessità di ripensare i modelli educativi e organizzativi in ambito sanitario, valorizzando pratiche narrative e partecipative e promuovendo una maggiore integrazione tra saperi disciplinari (Boffo, 2025). In un contesto segnato da profondi cambiamenti demografici, tecnologici e culturali, la sfida consiste nel costruire forme di cura capaci di coniugare efficacia e umanità, innovazione e responsabilità, anche e soprattutto alla luce del repentino ingresso dell'intelligenza artificiale all'interno del flusso di lavoro delle aziende sanitarie, questo nuovo strumento si è inserito a vari livelli nelle dinamiche ospedaliere, a partire dagli aspetti più meramente logistici, passando per la compilazione delle cartelle mediche, fino a lambire temi di maggior impatto etico come l'accorciamento della degenza ospedaliera. Il fattore di rischio aumenta se si considera quest'ultima questione che, per sua stessa natura, comporta una scelta di tempistiche e modalità particolarmente ponderata e che dovrebbe essere basata, in maniera assolutamente prioritaria, sul benessere del paziente e non su logiche utilitaristiche.

In questa direzione, lo sguardo epistemico dell'educazione è chiamato a svolgere un ruolo cruciale, non solo nell'interpretare la realtà, ma nel contribuire attivamente alla sua trasformazione, orientando le pratiche di cura verso una maggiore attenzione alla persona, considerata nella sua integralità, alle relazioni e alla costruzione condivisa di una identità rinnovata.

Bibliografia

- Aristotele. (2008). *Etica Nicomachea* (Trad. C. Mazzarelli). Bompiani.
- Bellingreri, A. (2018). *L'evento persona. Per una pedagogia dell'interiorità*. Morcelliana-Scholé.
- Bertagna, G. (2009). *Dall'educazione alla pedagogia. Avvio al lessico pedagogico e alla teoria dell'educazione*. La Scuola.
- Bertagna, G. (2009). Individualizzazione e personalizzazione: Tra fondamenti ed equivoci. In M. Baldacci & M. Corsi (a cura di), *Un'opportunità per la scuola: Il pluralismo e l'autonomia della pedagogia* (pp. 67–108). Tecnodid.
- Bertaux, D. (1999). *Racconti di vita: La prospettiva etnosociologica*. FrancoAngeli.
- Bertolini, P. (1988). *L'esistere pedagogico: Ragioni e limiti di una pedagogia come scienza fenomenologicamente fondata*. La Nuova Italia.
- Bichi, R. (2007). *La società raccontata: Metodi biografici e vite complesse*. FrancoAngeli.
- Boffo, V., Daddi, D., & Ceccarelli, M. (2025). Formare comunità, educare alla cura: Il ruolo del coordinatore pedagogico per la salute e il benessere locale. *Journal of Health Care Education in Practice*, 7(2), 3-14.
- Bruner, J. S. (1992). *La ricerca del significato. Per una psicologia culturale* (E. Prodon, Trad.). Bollati Boringhieri.
- Bruner, J. (2000). *La cultura dell'educazione*. Feltrinelli.
- Calvani, A. (2007). Evidence-based education: Ma “funziona” il “che cosa funziona”? *Journal of e-Learning and Knowledge Society*, 3(3), 139–146.
- Bruzzone, D. (2016). *Farsi persona: Lo sguardo fenomenologico e l'enigma della formazione*. FrancoAngeli.
- Bruzzone, D. (2021). Ricerca di senso e narrazione nell'esperienza di malattia. *Encyclopaideia: Journal of Phenomenology and Education*, 25(59), 31–41.
- Calvani, A. (2025). Evidence-based education. Perché è necessario orientare l'istruzione verso una cultura dell'evidenza. *Nuova Secondaria*, 43(1), 32–39.
- Cambi, F. (2002). *L'autobiografia come metodo educativo*. Laterza.
- Cambi, F. (2010). *La cura di sé come processo formativo*. Laterza.

- Charon, R. (2005). Narrative medicine: Attention, representation, affiliation. *Narrative*, 13(3), 261-270.
- Charon, R. (2006). *Narrative medicine: Honoring the stories of illness*. Oxford University Press.
- Clandinin, D. J., & Connelly, F. M. (2000). *Narrative inquiry: Experience and story in qualitative research*. Jossey-Bass.
- Corbellini, G. (2007). *EBM. Medicina basata sull'evoluzione*. Laterza.
- Crawley, L. (1993). Evidence-based medicine: A new paradigm for the patient. *JAMA*, 269(10), 1253-1254.
- D'Alessio, C. (2023). Narrare la cura e la cura del narrare: Stili comunicativi della cura. *Medical Humanities & Medicina Narrativa*, 7(1), 133-143.
- Demetrio, D. (1996). *Raccontarsi: L'autobiografia come cura di sé*. Raffaello Cortina Editore.
- Gallo, P. (2023). So-stare nel dolore. *Medical Humanities & Medicina Narrativa*, 7(1), 267-275.
- Giroux, H. A. (2018). *The public in peril: Trump and the menace of American authoritarianism*. Routledge.
- Giroux, H. A. (2020). *On critical pedagogy* (2nd ed.). Bloomsbury.
- Greenhalgh, T., Howick, J., & Maskrey, N. (2014). Evidence based medicine: A movement in crisis? *BMJ*, 348, g3725."
- Guba, E. G., Lincoln, Y. S., & Lynham, S. A. (1994). Competing paradigms in qualitative research. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (pp. 105-117). Sage.
- Guyatt, G., Cairns, J., Churchill, D., et al. (1992). Evidence-based medicine: A new approach to teaching the practice of medicine. *JAMA*, 268(17), 2420-2425.
- Iori, V. (Ed.). (2009). *Quaderno della vita emotiva: Strumenti per il lavoro di cura*. FrancoAngeli.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2008). *InterViews: Learning the craft of qualitative research interviewing* (2nd ed.). Sage.
- Lizzola, I. (2006). Persona e vulnerabilità. La cura come situazione etica. In G. Bertagna (ed.), *Scienze della persona: perché?* (pp. 239-260). Rubbettino
- Lizzola, I. (2018). *Condividere la vita: Legami di cura ed educazione*. Fondazione Apostolicam Actuositatem.
- MacIntyre, A. C. (1999). *Dependent rational animals: Why human beings need the virtues*. Open Court.
- Melacarne, C. (2022). *Narrative inquiry: Fare ricerca educativa con le persone e le comunità*. Carocci.
- Mertens, D. M. (2007). Transformative paradigm: Mixed methods and social justice. *Journal of Mixed Methods Research*, 1(3), 212-225.
- Moriggi, S., & Pireddu, M. (2024). Apprendere (con) l'intelligenza artificiale. *Journal of Educational, Cultural and Psychological Studies*, 30, 53-64.
- Mortari, L. (2006). *La pratica dell'aver cura*. Mondadori.
- Mortari, L. (2007). *Cultura della ricerca e pedagogia*. Carocci.
- Mortari, L., & Camerella, A. (Eds.). (2014). *Fenomenologia della cura*. Liguori Editore.
- Mortari L. (2015). *Filosofia della cura*. Raffaello Cortina Editore.
- Mortari, L., & Ghirrotto, L. (Eds.). (2019). *Metodi per la ricerca educativa*. Carocci.
- Mortari, L. (2023). *Fenomenologia empirica*. Il Nuovo Melangolo.
- Noddings, N. (1982). *Caring: A feminine approach to ethics and moral education*. University of California Press.
- Panciroli, C., & Rivoltella, P. C. (2023). *Pedagogia algoritmica*. Morcelliana-Scholé.
- Popper, K. (1983). *Conoscenza oggettiva: un punto di vista evolucionistico*. Armando Editore.
- Potestio, A. (2020). In-fanzia, esperienza e narrazione: Una prospettiva pedagogica. *Nuova Secondaria*, 38(7), 4-20.

- Potestio, A. (2021). La narrazione dell'esperienza educativa e formativa. In F. Magni et al. (Eds.), *Pedagogia generale* (pp. 51-80). Studium.
- Ricoeur, P. (2023). *La persona*. Morcelliana.
- Sackett, D. L., Rosenberg, W. M. C., Gray, J. A. M., Haynes, R. B., & Richardson, W. S. (1996). Evidence based medicine: What it is and what it isn't. *BMJ*, *312*(7023), 71–72.
- Stramaglia, M., & Farina, T. (2023). Appunti per una clinica della narrazione. *Medical Humanities & Medicina Narrativa*, *7*(1), 53-61.
- Striano, M. (2019). La ricerca narrativa. In L. Mortari & L. Ghirotto (Eds.), *Metodi per la ricerca educativa* (pp. 161-182). Carocci.
- Svenaesus, F. (2023). *The hermeneutics of medicine and the phenomenology of health: Steps towards a philosophy of medical practice*. Springer.
- Trincherò, R. (2002). *Manuale di ricerca educativa*. FrancoAngeli.
- Van Manen, M. (1990). *Researching lived experience*. SUNY Press.