

Dal paradigma biomedico alla pluralità epistemica: il contributo della prospettiva pedagogica nell'approccio alla malattia

Guendalina Cucuzza

Università degli Studi di Milano-Bicocca

Sinossi: Pur riconoscendo il valore di un approccio multidisciplinare, la ricerca e le pratiche in ambito sanitario restano prevalentemente ancorate a un paradigma biomedico, riservando uno spazio marginale a sguardi altri orientati all'esplorazione della dimensione esistenziale della malattia. Ne deriva una frammentazione dell'esperienza con la dispersione dei saperi a essa connessi che limita le possibilità di intervento. Il contributo intende approfondire come la rilettura in chiave pedagogica della malattia, attraverso un approccio epistemologico e metodologico inclusivo, possa promuovere pluralità epistemica e dialogo interdisciplinare. Lo sguardo pedagogico consente di far emergere i saperi esperienziali e radicati nelle pratiche di gestione della malattia sviluppati dai diversi attori coinvolti, favorisce l'integrazione critica tra saperi esperienziali e disciplinari e permette di analizzare, a un metalivello, i processi di produzione della conoscenza per riconfigurarli al fine di promuovere apprendimento cooperativo, innovazione nei contesti sanitari e, conseguentemente, miglioramento della qualità della vita dei pazienti.

Parole Chiave: pedagogia; interdisciplinarietà; approccio inclusivo; sapere esperienziale; apprendimento cooperativo.

Abstract: While recognising the value of a multidisciplinary approach, research and practices in the healthcare field remain predominantly anchored to a biomedical paradigm, reserving only marginal space for other perspectives oriented towards exploring illness. This results in fragmentation of experience with a dispersion of related knowledge that limits the possibilities for intervention. This contribution aims to explore how a pedagogical reinterpretation of illness, through an inclusive epistemological and methodological approach, can promote epistemic plurality and interdisciplinary dialogue. The pedagogical perspective allows the emergence of experiential knowledge rooted in the practices of illness and disease management developed by the various actors involved, promotes critical integration between experiential and disciplinary knowledge, and analyses, at a meta-level, the processes of learning production in order to reconfigure them to promote cooperative learning, innovation in healthcare contexts and, consequently, improvement in patients' quality of life.

Keywords: education; interdisciplinarity; inclusive approach; experiential knowledge; cooperative learning.

Ripensare la malattia e la cura come sistemi complessi

Il contesto sanitario è un microcosmo complesso, un mondo nel mondo che ciascuno di noi, per periodi più o meno lunghi della propria vita, si trova ad abitare. In questo spazio si intrecciano esperienze, saperi e vissuti profondamente diversi che contribuiscono a restituire una realtà multiforme e difficile da cogliere nella sua interezza. Dare voce alle testimonianze di coloro che attraversano tale realtà consente di narrarla ed esplorarla in modo più autentico. Partiamo, dunque, da qui, e in particolare da alcune affermazioni¹ di medici e di pazienti:

“quello che si trova sui libri sono le indicazioni, le linee guida, qualcosa appunto supportato dall’evidenza [...], poi le varie esperienze [...] sono tutte cose che i pazienti con una malattia cronica imparano a gestire anche un po’ di loro, e a volte queste esperienze ci arricchiscono anche [...] tante volte si ruba anche dall’esperienza dei pazienti” (Medico).

“le visite durano poco [...] per instaurare un rapporto con il paziente o per andare ad affrontare temi un po’ più psicologici, di interiorità, di come gestiscono la malattia [...]. Con le persone nelle nostre visite siamo molto più sui termini tecnici” (Medico).

“Il medico deve sapere che io so. Di base [...] deve sapere che siamo degli esseri senzienti e che quindi insieme possiamo collaborare nella cura della malattia. E poi c’è qualcosa probabilmente di più che gli posso anche passare” (Paziente).

“mi ha recuperato un altro medico [...] cioè lui ha iniziato così: “Dai vieni in ospedale a trovarmi che beviamo il caffè” [...] e ha iniziato a lavorarmi un po’ ai fianchi con molta pazienza, con molta intelligenza [...] con un saper fare e pian pianino ho ricominciato, cioè paradossalmente mi curavo per lui, per la sua gentilezza, perché se no mi sembrava di tradirlo in qualche modo, e poi chiaramente si matura” (Paziente).

Questi brevi stralci descrivono la storia di un incontro tra sguardi e linguaggi differenti: un incontro che talvolta è auspicato seppur con una certa cautela, talvolta è mancato, talvolta desiderato e, nell’ultima testimonianza, completamente riuscito.

La prima voce è quella di un medico che sottolinea l’opportunità di far dialogare le evidenze scientifiche con l’esperienza del paziente che gestisce in prima persona la malattia. Tuttavia, questo dialogo sembra sottendere qualcosa di inopportuno, forse proibito: il medico, infatti, utilizza il termine “rubare” in riferimento alla valorizzazione dell’esperienza del paziente, quasi a suggerire il rischio di appropriarsi indebitamente di un sapere che non gli appartiene. Nella seconda testimonianza, invece, l’incontro tra evidenza ed esperienza è mancato a causa di vincoli istituzionali e temporali che portano il medico a focalizzarsi sulla gestione tecnica della patologia. Infine, le ultime due voci sono quelle dei pazienti che evidenziano il desiderio di potersi vedere riconosciuti come soggetti “senzienti” e depositari di un proprio sapere sulla malattia. Quando il riconoscimento dei bisogni dell’individuo avviene, come descritto nell’ultima testimonianza, si stabilisce un’alleanza che supporta il paziente nell’affrontare la sua condizione, soprattutto nei momenti più difficili, e che migliora la qualità della cura (Rees & Williams, 2009).

In quest’ottica, diventa interessante problematizzare questa alleanza tanto essenziale quanto spesso difficilmente raggiungibile, interrogandosi sulle prospettive e sui linguaggi in gioco e sulle dinamiche che la attuano, al fine di creare le condizioni perché essa non resti un’eccezione connessa ad abilità o caratteristiche individuali degli interlocutori coinvolti, ma si configuri come un processo al tempo stesso dinamico e continuativo nell’interazione tra paziente e professionisti sanitari. In altri termini, occorre chiedersi in cosa consiste quel *saper fare* a cui fa riferimento l’ultima testimonianza, e come è possibile tradurlo e attuarlo in altre pratiche di cura. Esso dischiude implicazioni e significati più ampi,

¹ Le testimonianze riportate derivano dai dati raccolti nell’ambito di una ricerca qualitativa condotta nel percorso di dottorato svolto dall’autrice, confluita nella tesi e successivamente rielaborata in forma monografica (Cucuzza, 2025).

che eccedono dall'ambito delle competenze tecnico-scientifiche, orientandosi verso il riconoscimento di

“una parte di territorio abitata dai soggetti in relazione che parlano di “mia” e “nostra” salute in cui le valutazioni di “senso” esperienziale o i riferimenti metaforici [...] non sono espungibili e sostituibili. [...] abbiamo bisogno di una Cura che sappia navigare fra ampie conoscenze condivise, da un lato, e territori interpersonali dotati di “senso”, dall'altro, per arrivare ad essere effettivamente appropriata e non passare sulla testa di curati e curanti” (Ingrosso, 2018, p. 206).

Contestualizzando la riflessione di Ingrosso nel dibattito internazionale sui modelli interpretativi di salute e malattia, egli fa riferimento all'opportunità di una coesistenza tra il modello biomedico, altamente diffuso nei contesti sanitari, e il modello sociale più attento alle dimensioni esperienziali di tali condizioni.

Il modello biomedico attraverso la razionalità scientifica ha

“messo a punto un apparato tecnologico sempre più sofisticato, che ha dimostrato la sua potenza nello sconfiggere molte patologie e cause di morte e che sembra poter infrangere i limiti dell'umano [...]. Questo implica specializzazioni sempre più approfondite [...] e delega totale delle decisioni alla competenza scientifica” (Olivetti Manoukian, 2016, p. 83).

Tuttavia, la malattia e la salute non sono interpretabili unicamente in termini di «dati “oggettivi”, riferibili esclusivamente a parametri bio-medici o comportamentali» (Melucci, 1994, p. 262) ma sono il prodotto di un'interazione complessa di svariati fattori. La componente biologica, pur essendo essenziale, costituisce solo uno degli elementi in gioco, accanto a dimensioni psicologiche, sociali e materiali² che si influenzano e si co-determinano reciprocamente. In quest'ottica il modello biomedico va integrato con quello sociale.

Ciò diventa evidente nei casi in cui la medicina non guarisce ma è orientata alla gestione della patologia. In queste situazioni si verifica un importante scarto temporale: dalla malattia come evento puntiforme con un inizio e una fine determinata, alla malattia come tempo dell'attraversamento, processo costante che interessa gran parte dell'esistenza degli individui e che questi ultimi devono imparare a metabolizzare e a conciliare con la variabilità della vita quotidiana.

In questi casi diventa «cruciale e prioritario collocarsi entro le interdipendenze, ascoltare e riconoscere quali rappresentazioni e istanze vengono avanzate dagli uni e dagli altri, quali analisi dei problemi e quali sperimentazioni altri hanno già messo o stanno mettendo in campo» (Olivetti Manoukian, 2016, p. 24), e quindi il tipo di esperienza che i diversi attori coinvolti attraversano e i saperi che a partire da essa sviluppano, per poter agire una cura che tenga conto della complessità e della ricchezza delle pratiche che pazienti, operatori sanitari e il più ampio network di gestione della malattia agiscono.

Si tratta di promuovere una

“nuova visione della malattia e della salute. Si tratta di riconoscere la pluralità dei linguaggi e degli strumenti della pratica terapeutica, di uscire dalla causalità lineare verso un'epistemologia pluralista, circolare, sincronica” (Melucci, 1994, p. 260).

Ciò non significa squalificare il ruolo della razionalità tecnico scientifica nelle pratiche mediche – non dimentichiamo che grazie a essa molte malattie sono state sconfitte e altre sono diventate curabili, garantendo la sopravvivenza degli individui – ma riposizionarla all'interno di un più ampio contesto

² La dimensione materiale della malattia attiene all'interazione dell'individuo con nuovi oggetti, dispositivi di cura, protocolli e regole introdotti con l'avvento della patologia (per approfondimenti cfr. Cucuzza, 2021; 2024b). Essi collaborano a tutti gli effetti nella gestione della condizione, interagendo a loro volta, nel più ampio network esistenziale e contribuendo non solo allo svolgimento di azioni ma alla produzione di significati nella vita dell'individuo, rispetto ai rapporti con gli altri, alla percezione di sé e del mondo, e allo sviluppo di nuovi apprendimenti.

esperienziale, in cui non solo i pazienti ma anche gli operatori stessi fanno esperienza, “sentono” e da qui danno senso a ciò che vivono, e apprendono.

Come afferma Benasayag (2015) dietro alle storie personali – e potremmo aggiungere professionali – si nasconde «sempre la stessa sfida, in una forma o in un'altra: rendere la vita (e non la sopravvivenza) possibile in *questa* situazione concreta» (p. 9).

La «cura complessa e collaborativa» (Ingrosso, 2018) che in questo paragrafo abbiamo iniziato a delineare, passa proprio attraverso queste storie intrise di saperi (Zannini, 2023) ed è nell'esplorazione delle esperienze che queste narrano e delle conoscenze che vi sono racchiuse, che va cercato e si sostanzia il contributo di uno sguardo pedagogico nel settore sanitario, come di seguito verrà approfondito.

Dissotterrare l'esperienza: lo sguardo *destruens* della pedagogia in ambito sanitario

Le storie sono il modo attraverso cui si tiene traccia dell'esperienza e il sapere che nasce da questa prende forma, si organizza e diventa comunicabile. È questa peculiarità di connettere esperienza, identità e apprendimenti a rendere le narrazioni biografiche elemento di particolare interesse per la pedagogia (Mortari e Zannini, 2017) in quanto consentono di ricostruire *come* un certo tipo di esperienza impatta sulle traiettorie di apprendimento degli individui.

Focalizzandosi più nello specifico sulle storie di malattia dei pazienti e sulle narrazioni cliniche a cura dei professionisti sanitari, esse svelano come la malattia prende corpo e *si fa* esperienza nella vita di coloro che, a diverso titolo, la incontrano, e gli apprendimenti in essa radicati. In quest'ottica, la rilettura pedagogica della malattia mette in luce la dimensione esperienziale di tale condizione e la tematizza come specifico oggetto di lavoro per coglierne le istanze formative e trasformative sui soggetti.

Detto in altri termini, la pedagogia si appropria alla malattia come un'esperienza che insegna (Cucuzza, 2025) e in quanto tale, della quale avere cura (Palmieri, 2011) per supportare i processi di cambiamento e apprendimento degli individui che la attraversano.

A fronte di queste considerazioni, è facilmente intuibile come il primo contatto tra pedagogia e medicina possa risultare, almeno all'inizio, piuttosto indigesto per quest'ultima.

La pedagogia, infatti, si appropria all'ambito sanitario con uno sguardo interrogante e problematizzante che può essere tradotto con un'unica ma centrale domanda: “*Cosa è sapere nel contesto sanitario?*”. Alla base di tale quesito non vi è alcuna istanza relativizzante o nichilista, ma l'autentico interesse a comprendere quali sono i saperi su cui si fondano le pratiche di cura e che ne è dell'esperienza dei soggetti e degli apprendimenti che questi sviluppano attraversandola.

Lo sguardo pedagogico, infatti, mette a fuoco una specifica forma di sapere, esperienziale e radicato nelle pratiche, spesso sommerso, che tuttavia coesiste accanto ai saperi formali disciplinari e influenza le pratiche di cura, anche se invisibile (Cucuzza, 2025).

Riprendendo la definizione di sapere pratico di Mortari emerge come:

“Dell'agire pratico non c'è scienza, cioè un insieme di conoscenze concettuali e procedurali nella cui cornice ogni caso particolare troverebbe adeguata soluzione secondo il processo di sussunzione del particolare nel generale. La forma perfetta del sapere prassico non è la capacità di applicare regole date, ma va individuata in un'adeguata capacità di deliberare bene. A orientare le scelte non è un sapere tecnico, un *tool kit* disponibile in anticipo e che quindi si può apprendere attraverso un processo di insegnamento prestrutturato, ma è un'azione riflessiva concepita sul campo e supportata da un sapere che si viene modulando attraverso l'esperienza, quell'esperienza che, se vissuta con un atteggiamento pensoso, consente la costruzione di un *sapere del particolare*” (Mortari, 2003/2023, p. 11).

Inoltre, continua Mortari:

“Costruire sapere a partire dall'esperienza significa sostituire alla logica del *top down*, cioè quella che ritiene esserci sempre disponibile una teoria entro la quale sussumere l'esperienza, la

logica del *from the ground up*, che mira a fare della pratica il luogo in cui si elabora sapere [...]. Occorre dunque ricontestualizzare la pratica riconoscendone tutto il suo valore epistemologico in quanto luogo di possibile elaborazione di un sapere con senso” (Ivi, pp. 13-14).

Nell’esperienza di malattia, tale sapere pratico è riconducibile a un’estrema varietà di conoscenze (Halloy, Simon, & Hejoaka, 2023). Prendendo a riferimento, ad esempio, i pazienti, esso comprende un insieme di conoscenze relative alla gestione tecnica della patologia, ai rapporti con gli altri, alla percezione di sé e del mondo. Questo sapere spesso eclissa le indicazioni fornite dal personale sanitario attestandosi tra le strategie prioritarie di gestione della patologia (Cucuzza, 2025).

Il riconoscimento dell’esperienza e degli apprendimenti a questa connessi porta a rileggere criticamente alcuni concetti chiave delle pratiche sanitarie, evidenziandone diverse zone d’ombra.

Un primo concetto che viene problematizzato è quello di evidenza. Nel pensiero antico, essa era una caratteristica specifica della scienza, in opposizione all’opinione, e si riferisce a ciò che si presenta in maniera tale da escludere ogni equivocità ed errore, affermandosi di conseguenza come criterio di verità e certezza (Treccani). In ambito scientifico, soprattutto con l’avvento dell’*Evidence Based Medicine* l’evidenza viene considerata un dato oggettivo, naturale e universalmente valido. All’interno della pedagogia, gli studi sul rapporto tra esperienza ed educazione (Dewey, 1938/2014) e sul sapere prassico (Schön, 1983/1993; Kolb, 1984; Mezirow, 1991/2003; Fook, 2002; Gherardi e Strati, 2012) decostruiscono la neutralità del costrutto di evidenza, svelandone il carattere contestuale e situato e la necessità di una costante integrazione con la pratica accompagnata da una convalida nell’esperienza. In quest’ottica, la zona d’ombra di una medicina che assume l’evidenza come unico criterio di validità riguarda l’originalità dell’esperienza del paziente e degli stessi professionisti sanitari, unitamente a tutte quelle forme di sapere che non rientrano nei criteri canonici di validazione scientifica.

Questo nodo critico si riflette in altre due tensioni concettuali tra teoria e prassi e tra generale e particolare. Un approccio sperimentale ma generalizzante e su base statistica rischia di oscurare l’unicità dell’esperienza dei soggetti e di ridurre la complessità della realtà clinica – fatta certamente di dati numerici ma anche di corpi viventi e di storie di vita in cui i dati si incarnano – a una dimensione astratta e semplificata.

Tali considerazioni si concretizzano poi nelle pratiche e nell’interazione medico-paziente dando forma a ulteriori zone d’ombra. Il concetto di “presa in carico del paziente” evidenzia una logica assistenzialista che oscura il protagonismo di quest’ultimo e le risorse che può mettere in campo per far fronte alla condizione, attribuendogli un ruolo passivo, identificandolo con il bisogno di cui è portatore. La centratura unicamente sulla terapia, dovuta anche allo scarso tempo a disposizione per le visite, oscura l’importanza dell’ascolto del paziente essenziale per comprendere come le pratiche di cura impattano nella sua vita al fine di riprogettarle insieme per renderle più aderenti alle esigenze del soggetto. In questo senso, anche il lavoro mirato ad aumentare l’aspettativa di vita rischia di lasciare in ombra la qualità della vita degli individui e l’importanza di contestualizzare la loro condizione nel più ampio progetto esistenziale.

Queste polarità rimangono nella maggior parte dei casi latenti e influiscono tacitamente sulla vita degli individui: il ridotto tasso di aderenza terapeutica nelle malattie a lungo corso³, le fatiche e il burnout degli operatori sanitari sono solo alcuni degli effetti invisibili di un certo modo di sentirsi curati, essere curati e di curare. Talvolta esse affiorano in episodi di tensione arrivando alle esplosioni di violenza verso medici e personale ospedaliero ultimamente sempre più spesso alla ribalta della cronaca. Tutti questi fenomeni non possono essere considerati episodi isolati ma prodotti emergenti di un dispositivo esperienziale e formativo (Massa, 1986/2003), quello della gestione della malattia, che deve essere esplorato nelle sue dimensioni sociali (pazienti, operatori sanitari, caregiver, progettisti dei dispositivi di cura, fino all’intera comunità) e materiali (vincoli istituzionali, spaziali, temporali, ecc.) per poter dare conto di ciò che accade. Il divario tra le diverse polarità sopra analizzate, dunque, è legato all’esperienza e ne restituisce la cifra nei percorsi terapeutici.

In sintesi, la prospettiva pedagogica sulla malattia punta i riflettori sulle latenze del dispositivo di cura, evidenziando come accanto alla gestione degli aspetti biologici e fisiologici della patologia,

³ Si veda <https://ciatnews.it/> - sezione aderenza terapeutica.

occorra considerare la dimensione esperienziale, prendendosi cura dell'esperienza attraversata dai soggetti.

Ciò orienta verso uno sguardo inclusivo, capace di porre in dialogo linguaggi e saperi diversi: quello medico, gli altri linguaggi disciplinari che si occupano di specifici aspetti della malattia (psicologici, sociologici, pedagogici, antropologici, ecc.), il linguaggio del vissuto, che restituisce l'esperienza e i saperi di pazienti e operatori sanitari e che trova espressione nella narrazione.

La pedagogia come forza *costruens* tra disvelamenti, connessioni e riconfigurazioni

Per come sino a ora è stata intesa, la pedagogia già introduce uno sguardo epistemologico inclusivo in ambito sanitario in quanto tiene conto della complessità della condizione di malattia, evidenziando l'opportunità di integrare la dimensione biologica della stessa con quella esperienziale.

Non solo. In chiave pedagogica, la malattia può essere interpretata come un dispositivo formativo (*Ibidem*), vale a dire come un

“congegno complesso, dato da un intreccio di elementi eterogenei che non possono essere considerati separatamente, in quanto è il sistema globale, con tutte le sue connessioni, a generare effetti di ordine educativo” (Ferrante, 2017, p. 73).

Da questo punto di vista è impossibile scindere la sfera biologica della malattia, da quella psicologica, sociale e materiale, in quanto sono intrecciate e “si danno” congiuntamente nella vita del soggetto. Inoltre, è solo attraversando questo “dispositivo” che gli individui apprendono più o meno consapevolmente ad abitarlo e, così facendo, cambiano e imparano.

In quest'ottica, la pedagogia introduce uno «spazio di pensiero sulla struttura dell'esperienza» (*Ivi*, p. 68) di malattia, ragionando sul network di elementi che la produce, sulla sua proceduralità, cioè come si dà nell'esistenza dei soggetti, e sugli effetti di conoscenza emergenti.

Stante questo sguardo sulla struttura complessiva dell'esperienza, dunque, perché risulta opportuno enfatizzare l'utilizzo di una prospettiva epistemologica e metodologica inclusiva nella lettura pedagogica della malattia?

Al fine di rispondere a questo interrogativo è utile dettagliare cosa si intende con tale tipo di prospettiva, facendo riferimento al contributo di Jan Fook (2002), studiosa di rilievo internazionale che ne ha elaborato la teorizzazione. Fook evidenzia come

“nell'esplorazione di situazioni altamente variabili e incerte [...] sia essenziale una flessibilità di pensiero, attraverso una postura che «cerca di riconoscere i diversi approcci alla “costruzione della teoria”, e di promuovere un impegno più critico e significativo con le diverse teorie e i diversi modi con cui queste possono essere sviluppate dalla pratica” (Cucuzza, 2025, pp. 56-57).

L'*Inclusive Approach* (Fook, 2002) riconosce la presenza di una pluralità di teorie, con diversi livelli di complessità, attraverso cui i soggetti coinvolti nel fenomeno interpretano la pratica e imparano da essa. Tali teorie non sono mutualmente escludenti ma si integrano tra loro e ciascuna fornisce una specifica forma di conoscenza della pratica stessa.

Trasponendo tali considerazioni nel contesto sanitario, emerge come al suo interno coesistano una pluralità di teorie formali afferenti a svariate discipline (medicina, ingegneria biomedica, diritto, etica, psicologia, ecc.), e teorie informali che includono i saperi esperienziali dei pazienti, degli operatori che lavorano nel contesto e dei caregivers, oltre, a livello più ampio, alle rappresentazioni dei media e alle conoscenze di senso comune. Tutte queste teorie contribuiscono a “informare” l'esperienza di malattia e pertanto, in chiave inclusiva, è importante non solo riconoscerle ma comprendere attraverso quali modalità e cioè metodologie è opportuno accedere a esse per poterle esplorare al meglio (Cucuzza, 2025)⁴.

⁴ Nell'ottica dell'*Inclusive Approach* non vi sono approcci metodologici o strategie di ricerca definibili a priori. Il criterio di individuazione e di utilizzo è stabilito sulla base della possibilità di ciascun approccio di accedere al meglio al campo di

Rafforzare un approccio epistemologico-metodologico inclusivo nella rilettura pedagogica della malattia, dunque, significa evidenziare l'importanza di massimizzare i punti di vista sul fenomeno accedendovi in modi diversi e da diverse angolazioni, valorizzando la pluralità degli sguardi presenti (*Ibidem*).

Le implicazioni dell'adozione di tale prospettiva nel contesto sanitario si articolano su tre principali livelli.

Il primo livello è quello del disvelamento. La pedagogia può offrire

“il proprio specifico apporto nell'esplorazione del fenomeno. Essa, infatti, consente [...] di esplorare le dimensioni formative dell'esperienza (manifeste, implicite e latenti)” (Cucuzza, 2025, p. 136).

Così facendo, soprattutto nell'esplorazione delle dimensioni formative implicite e latenti, lo sguardo pedagogico dissotterra una serie di saperi radicati nelle pratiche attuate da pazienti (Cucuzza, 2024a; 2025) e professionisti destinate a rimanere invisibili, problematizzando cosa sia sapere e chi ne sia portatore in ambito sanitario. Ne deriva un ampliamento della comprensione dell'esperienza e la costruzione di una nuova immagine del paziente e dell'operatore sanitario: il primo da oggetto diventa soggetto d'intervento, portatore di risorse e di un personale bagaglio di conoscenze nel far fronte alla malattia; il secondo da attuatore di protocolli clinico-assistenziali si configura come professionista riflessivo (Schön, 1983/1993), capace di integrare saperi scientifici e dimensioni esperienziali nella pratica clinica.

Il secondo livello riguarda la connessione. Considerando l'esperienza di malattia nella sua fattualità, la pedagogia si pone «in rapporto critico e transdisciplinare» (Ferrante, 2017, p. 72) con le diverse teorie sul fenomeno, «contribuendo a intravedere potenziali contaminazioni tra differenti sguardi disciplinari e a tracciare connessioni tra questi» (Cucuzza, 2025, p. 136). Ciò consente di far emergere la multidimensionalità dell'esperienza e, al tempo stesso, invita al superamento delle specializzazioni disciplinari, riconoscendone la legittimità ma evidenziando la necessità di una loro ricomposizione all'interno della totalità dell'esperienza, che si presenta come unitaria e si manifesta come tale nell'esistenza degli individui. In questo senso, nell'individuazione di punti di connessione e contaminazione tra saperi, la pedagogia pone le basi per un dialogo interdisciplinare.

Il terzo livello riguarda la riconfigurazione:

“in quanto pone il suo focus di interesse anche sulle dinamiche di conoscenza, la pedagogia può esplorare, a un metalivello, le interazioni tra i diversi saperi per comprendere come riconfigurarle al fine di favorire processi di apprendimento cooperativo” (*Ibidem*).

Si tratta dunque di interpretare il dialogo tra saperi non tanto e solo in senso relazionale, nell'accezione di dibattito tra differenti discipline, ma come vero e proprio dispositivo costituito da una serie di dimensioni di tipo metodologico e pragmatico che occorre progettare e disporre perché funzioni e possa attivare dinamiche non solo di confronto ma di co-costruzione di sapere, in un'ottica di transdisciplinarietà.

Questi tre livelli seppur distinti – e non necessariamente da attuarsi in modo congiunto – si coimplicano e rientrano in un'unica processualità graduale, nella quale il passaggio dal primo al terzo ne consente un'integrazione progressiva. Per queste ragioni è importante considerarli in modo integrato ricomponendoli nella specificità dello sguardo pedagogico in ambito sanitario.

Tuttavia, è importante considerare come la loro attuabilità, per molti aspetti, sia solo “in potenza” e, almeno per il momento, confinata prevalentemente nell'ambito della ricerca pedagogica e della

indagine ed esplorarne l'oggetto. Sarebbe pertanto interessante, rispetto a specifici casi di studio, analizzare quali approcci vengono selezionati, le motivazioni, e come vengono integrati nel disegno di ricerca. Tuttavia, per ragioni di spazio non è possibile sviluppare in questa sede tale aspetto. Per un approfondimento in tal senso si segnalano alcuni contributi che riflettono sull'opportunità di integrazione e contaminazione di più sguardi teorici e approcci metodologici. In particolare cfr. Sartori (2013); Caronia (2024); Cucuzza (2025).

formazione⁵. A livello di pratiche, infatti, la prospettiva pedagogica sembra faticare a trovare un proprio spazio nel contesto sanitario.

Lo sguardo pedagogico in ambito sanitario: traiettorie di ricerca e di azione

Nel riflettere sul contributo dello sguardo pedagogico in ambito sanitario è impossibile non sostare sulle traiettorie di ricerca e di azione che si aprono a partire dalla sua adozione.

Come afferma Palmieri

“La prospettiva educativa cambia il modo di vedere e pensare la cura, i bisogni, e quindi le persone che curano e quelle che sono curate; quindi il modo di agire. In questo senso può essere presente, anche nelle situazioni assistenziali, un’attenzione pedagogica. Può modificarsi il modo di agire, nei tempi e negli spazi consentiti, attraverso la presenza di attenzioni altre [...]. Quello che può cambiare è il modo di pensare e quindi di vestire i ruoli di cura, le funzioni della cura, aprendo spazi laddove si danno, nella gestione dei bisogni, in vista delle possibilità di esperienze, anche residuali, minime, tali da inseguire e magari riattivare desideri, e quindi soggettività forse sopite. Quello che si può cambiare è lo sguardo sul bisogno, sul disagio, sull’emergenza [...]. E, sappiamo, modificare uno sguardo è già cominciare a modificare le pratiche di trattamento” (Palmieri, 2011, p. 59).

Tale sguardo orienta a una visione di cura integrata in grado di combinare la dimensione più propriamente medica e assistenziale con un’attenzione pedagogica che ripositioni tali aspetti all’interno della progettualità esistenziale degli individui.

Si tratta di pensare insieme il curare e il prendersi cura (Melucci, 1994; Cucuzza, 2024a), riconoscendo che tali dimensioni non appartengono in modo esclusivo a specifici saperi o figure professionali, ma si configurano come un orizzonte di senso condiviso e trasversale tra i diversi attori coinvolti nella gestione della malattia, pur nel rispetto delle specificità di ciascuno.

Ciò orienta all’adozione di una prospettiva di ricerca e di azione transdisciplinare sul fenomeno, rispetto alla quale la pedagogia può apportare non solo il proprio contributo disciplinare, ma svolgere una funzione ponte, attraverso quello sguardo sulla struttura dell’esperienza che la contraddistingue, capace di tessere connessioni tra conoscenze e punti di vista differenti. Tale funzione risulta oltremodo preziosa negli attuali scenari della cura, dove la tanto dichiarata “presa in carico integrata del paziente” troppo spesso si traduce in una parcellizzazione della sua esperienza a opera di differenti professionisti, che considerano specifici aspetti della sua condizione, lasciando al paziente stesso il compito di “fare sintesi” delle informazioni e tradurle nella propria vita. Inoltre, lo stesso concetto di presa in carico, restituisce una visione de-responsabilizzante e passiva del paziente, adombrando i saperi di cui esso è portatore e il suo contributo decisivo nelle pratiche di cura.

In sintesi, la progettazione di servizi sanitari integrati (Pomey, Denis & Dumez, 2019; Pomey *et al.*, 2024), per essere tale non può esimersi dal coinvolgimento dell’intero network di cura che non è riducibile a figure medico-sanitarie o assistenziali, ma che deve comprendere il paziente stesso e quelle professionalità in grado di sostenerne il protagonismo e accompagnarlo nell’attraversamento della malattia. Detto in altri termini si tratta di integrare la diagnosi e l’intervento medico con una diagnosi e un intervento educativo (Palmieri e Prada, 205; Bobbo, 2020), condividendo gli obiettivi e collaborando anche con il paziente in ottica condivisa, valorizzando al contempo il potenziale di connessione tra saperi e sguardi differenti proprio della pedagogia.

Tuttavia, tale orizzonte di lavoro presenta molteplici vincoli che, allo stato attuale, ne limitano ancora e in gran parte la concreta attuazione. I principali consistono nel riconoscimento e nella

⁵ Tale attuabilità riguarda il livello, qui definito, del disvelamento, con particolare riferimento all’esperienza degli operatori. Esso trova attuazione attraverso la rilettura critica dell’esperienza professionale (si vedano tra gli altri, Zannini, 2004; Bruzzone e Musi, 2007; Iori, 2009; Sità, 2009; Bruzzone e Zannini, 2021) nell’ambito di esperienze di ricerca-formazione, e nell’ambito delle *Medical Humanities*. Invece, restano ancora poco esplorati i saperi esperienziali e situati che pazienti, caregiver e operatori costruiscono nell’esperienza quotidiana di cura, così come gli altri due livelli (connessione e riconfigurazione) dell’apporto pedagogico in ambito sanitario.

legittimazione di teorie e saperi informali, radicati nell'esperienza, nonché del ruolo della pedagogia in ambito sanitario.

I saperi esperienziali radicati nelle pratiche di cura sono un oggetto di indagine ancora poco esplorato. Ne deriva una conoscenza parziale del fenomeno e la mancanza di strumenti condivisi per l'individuazione, mappatura e valorizzazione di tali saperi anche oltre il contesto di ricerca (Burda *et al.*, 2016; Halloy, Simon & Hejoaka, 2023). Un secondo aspetto, riguarda poi la legittimazione di questi saperi nel network di cura. Le procedure sanitarie si fondano su processi complessi di validazione basati sul metodo sperimentale. Il nodo critico riguarda la possibilità di mettere in dialogo il linguaggio scientifico e quello narrativo, favorendo il riconoscimento reciproco e la legittimazione di forme di conoscenza su base prassica che eccedono dalla dimostrazione sperimentale.

Infine, un ulteriore vincolo è il riconoscimento e la legittimazione del ruolo della pedagogia in ambito sanitario. La pedagogia fatica ancora a trovare pieno riconoscimento e collocazione in tale ambito, pur rivelandosi una componente indispensabile all'interno di esso, considerato l'elevato impatto formativo che le pratiche di cura esercitano sia sui pazienti e i caregivers, in termini di comportamenti, prescrizioni, cambiamenti e stili di vita, sia sugli stessi professionisti sanitari chiamati non solo ad agire competenze tecniche e deontologiche ma al tempo stesso a misurarsi con dimensioni non facili quali la sofferenza, il dolore e la perdita, che devono apprendere a metabolizzare.

Il suo carattere di sapere "di frontiera"⁶, debole e inquieto (Cambi *et al.*, 2017) cioè interpretativo, aperto al confronto, problematizzante e situato, può renderla oggetto di diffidenza e, al contempo, di una comprensione limitata in contesti dove prevalgono saperi forti basati su criteri di oggettività, generalizzazione e su metodi formalizzati. Eppure, è proprio in questo "statuto debole" della pedagogia che emerge la sua forza epistemologica ed etica: quella di non arretrare davanti alla complessità né di ridurla, ma di rispettarla, abitarla e interrogarla; ed è in questa stessa debolezza che il contesto sanitario può rintracciare uno stimolo a ripensarsi, non per negarsi, ma per aprirsi a modalità più sostenibili per operatori e pazienti.

Si tratta allora di individuare sentieri percorribili attraverso i quali la pedagogia possa dialogare e offrire il proprio apporto in ambito sanitario, senza rinunciare alla propria specificità e consentendo di

"promuovere forme di pensiero "altre", divergenti, che si avvalgono di linguaggi differenti, attenti alla peculiarità del fenomeno piuttosto che alla sua generalizzazione, e di indicatori qualitativi che consentano di cogliere la cifra peculiare dell'esperienza" (Cucuzza, 2025, p. 142).

di quanti la attraversano.

Tali vincoli non si pongono qui come obiezioni o come limiti invalicabili ma al contrario, come possibili traiettorie di lavoro della ricerca pedagogica in sanità, nella certezza che la loro tematizzazione e analisi critica possano contribuire a costruire nel tempo spazi di possibilità all'interno dei quali la pedagogia possa apportare il contributo in questa sede discusso, con il fine ultimo di promuovere sistemi di cura effettivamente integrati e il miglioramento della qualità della vita di coloro che a diverso titolo li abitano.

Bibliografia

- Benasayag, M. (2015). *Oltre le passioni tristi, Dalla solitudine contemporanea alla creazione condivisa*. Feltrinelli.
- Bobbo, N. (2020). *La diagnosi educativa in sanità*. Carocci Faber.
- Bruzzo, D., Musi E. (a cura di) (2007). *Vissuti di cura. Competenze emotive e formazione nelle professioni sanitarie*. Guerini scientifica.
- Bruzzo, D., Zannini, L. (a cura di) (2021). *Sfidare i tabù della cura. Percorsi di formazione emotiva dei professionisti*. Franco Angeli.

⁶ In quanto sapere dinamico la pedagogia si pone costantemente in dialogo con altre discipline e si configura come crocevia tra sguardi differenti, generando connessioni.

- Burda, M. H. F., Van Den Akker, M., Van Der Horst, F., Lemmens, P. and Knottnerus, J. A. (2016). Collecting and validating experiential expertise is doable but poses methodological challenges. *Journal of clinical epidemiology*, 72, 10-15.
<https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2015.10.021>
- Cambi, F., Giosi, M., Mariani, A., Sarsini, D. (2017). *Pedagogia generale. Identità, percorsi, funzione*. Carocci.
- Caronia, L. (2024). La materialità nella pedagogia fenomenologica: una sfida teoretica. In P. Barone, G. Cucuzza, A. Ferrante (a cura di), *Ecologie della materia. Educazione e materialità nello scenario contemporaneo* (pp. 41-54). FrancoAngeli.
- Cucuzza, G. (2021). *Materialità e cura. Gli effetti formativi degli oggetti nell'autogestione del diabete di tipo 1 nel paziente adulto*. FrancoAngeli.
- Cucuzza, G. (2024a). Saperi a confronto. Il ruolo delle professioni educative nel dare voce al paziente e promuovere sistemi di cura integrata in ambito sanitario. In V. Boffo, G. Del Gobbo e P. Malavasi (a cura di), *Dare la parola: professionalità pedagogiche, educative e formative. A 100 anni dalla nascita di Don Milani* (pp. 108-112). Pensa Multimedia.
- Cucuzza, G. (2024b). Ibridazioni e nuovi orizzonti identitari. Ridisegnare le pratiche di cura. In P. Barone, G. Cucuzza, A. Ferrante (a cura di), *Ecologie della materia. Educazione e materialità nello scenario contemporaneo* (pp. 133-143). FrancoAngeli.
- Cucuzza, G. (2025). *Un'esperienza che insegna. Alla scoperta dell'apprendimento esperienziale radicato nelle pratiche di autogestione della cronicità*. FrancoAngeli.
- Dewey, J. (2014). *Esperienza e educazione*. Raffaello Cortina. (Original work 1938).
- Ferrante, A. (2017). *Che cos'è un dispositivo pedagogico?*. Franco Angeli.
- Fook, J. (2002). Theorizing from Practice Towards an Inclusive Approach for Social Work Research. *Qualitative Social Work*, 1(1), 79-95.
<https://doi.org/10.1177/147332500200100106>
- Gherardi, S., Strati, A. (2012). *Learning and Knowing in Practice-based Studies*. Edward Elgar Publishing.
- Halloy, A, Simon, E., Hejoaka, F. (2023). Defining patient's experiential knowledge: Who, what and how patients know. A narrative critical review. *Sociology of Health and Illness*, 45(2), 405-422.
<https://doi.org/10.1111/1467-9566.13588>
- Ingrosso, M. (2018). *La cura complessa e collaborativa. Ricerche e proposte di sociologia della cura. II edizione*. Aracne Editrice.
- Iori, V. (a cura di) (2009). *Il sapere dei sentimenti. Fenomenologia e senso dell'esperienza*. FrancoAngeli.
- Kolb, D. A. (1984). *Experiential Learning: Experience as the Source of Learning and Development*. Prentice Hall.
- Massa, R. (2003). *Le tecniche e i corpi. Verso una scienza dell'educazione*. Unicopli. (Original work 1986).
- Melucci, A. (1994). Guarire o prendersi cura: la scelta della salute. In M. Ingrosso (a cura di), *La salute come costruzione sociale. Teorie, pratiche e politiche* (pp. 253-265). FrancoAngeli.
- Mezirow, J. (2003). *Apprendimento e trasformazione. Il significato dell'esperienza e il valore della riflessione nell'apprendimento degli adulti*. Raffaello Cortina.
- Mortari, L. (2023). *Apprendere dall'esperienza. Il pensare riflessivo nella formazione*. Carocci.
- Mortari, L., Zannini, L. (a cura di) (2017). *La ricerca qualitativa in ambito sanitario*. Carocci.
- Olivetti Manoukian, F. (2016). *Oltre la crisi. Cambiamenti possibili nei servizi*. Guerini e Associati.
- Palmieri, C., Prada, G. (a cura di) (2005). *La diagnosi educativa. La questione della conoscenza del soggetto nelle pratiche pedagogiche*. FrancoAngeli.
- Palmieri, C. (2011). *Un'esperienza di cui avere cura... Appunti pedagogici sul fare educazione*. Franco Angeli.

- Pomey, M. P., Denis, J. L., Dumez, V. (2019). *Patient Engagement. How Patient-provider Partnerships Transform Healthcare Organizations*. Palgrave Macmillan.
- Pomey, M. P., Schaad, B., Lasserre-Moutet, A., Böhme, P., & Jackson, M. (2024). Towards a New Integrated Model for Taking into Account the Experiential Knowledge of People with Chronic Diseases, Integrating Mediation, Therapeutic Education and Partnership: The Expanded Chronic Care Patient-Professional Partnership Model. *Health expectations: an international journal of public participation in health care and health policy*, 27(5), e70054.
<https://doi.org/10.1111/hex.70054>
- Rees, S., Williams, A. (2009). Promoting and supporting self-management for adults living in the community with physical chronic illness: A systematic review of the effectiveness and meaningfulness of the patient-practitioner encounter. *JBI library of systematic reviews*, 7(13), 492–582. <https://doi.org/10.11124/01938924-200907130-00001>
- Sartori, D. (2013). *Genesi e sviluppo della clinica della formazione: il pensiero di Riccardo Massa tra riflessione e sociomaterialismo* <https://hdl.handle.net/10281/47430>
- Schön, D. A. (1993). *Il professionista riflessivo. Per una nuova epistemologia della pratica professionale*. Dedalo. (Original work 1983).
- Sità, C. (2009). Fare spazio alla vita emotiva nei luoghi della cura. Il sapere dei sentimenti. In V. Iori (a cura di), *Fenomenologia e senso dell'esperienza* (pp. 119-132). Franco Angeli.
- Zannini, L. (2004). *Il corpo-paziente. Da oggetto delle cure a soggetto della relazione terapeutica*. Franco Angeli.
- Zannini, L. (2023). *L'educazione del paziente. Per una consapevolezza pedagogica dei professionisti della cura*. Raffaello Cortina.