

MEDICAL HUMANITIES & MEDICINA NARRATIVA

*Rivista di pedagogia generale e sociale*

I

*Direttore responsabile*

Arcangelo SANTAMARIA

*Direttori scientifici*

Franco BLEZZA

Università degli Studi “Gabriele d’Annunzio” di Chieti–Pescara

Valerio FERRO ALLODOLA

Università degli Studi eCampus

*Comitato scientifico*

Michele BALDASSARRE

Università degli Studi di Bari “Aldo Moro”

Maria BUCCOLO

Sapienza Università di Roma

Martín Miguel Ángel CARBONERO

Universidad de Valladolid (Spagna)

Micaela CASTIGLIONI

Università degli Studi di Milano–Bicocca

Patrizia DE MENNATO

Università degli Studi di Firenze

Cristiano DEPALMAS

Università degli Studi di Sassari

Rocco FILIPPONERI PERGOLA

Associazione di Psicoanalisi della Redazione  
Educativa – APRE

Maria Benedetta GAMBACORTI PASSERINI

Università degli Studi di Milano–Bicocca

Patrizia GARISTA

Istituto Nazionale di Documentazione, Innovazione  
e Ricerca Educativa

Lorenza GARRINO

Università degli Studi di Torino

Maria Luisa IAVARONE

Università degli Studi di Napoli “Parthenope”

Vanna IORI

Università Cattolica di Milano

Antonella LOTTI

Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia

Maria Rita MANCANIELLO

Università degli Studi di Firenze

Francesca MARONE

Università degli Studi di Napoli Federico II

Antón Luis Jorge MARTÍN

Universidad de Valladolid (Spagna)

Marisa MICHELINI

Università degli Studi di Udine

Fiorella PAONE

Università degli Studi “Gabriele d’Annunzio”  
di Chieti–Pescara

Vincenzo PICCIONE

Università di Roma Tre

Raffaele PISANO

Lille University (Francia)

Maura STRIANO

Università degli Studi di Napoli Federico II

Simonetta ULIVIERI

Università degli Studi di Firenze

Maria VACCARELLA

University of Bristol (UK)

Lucia ZANNINI

Università degli Studi di Milano

*Comitato di redazione*

Maria BUCCOLO (caporedattore)

Ferdinando Ivano AMBRA

Elisa CANOCCHI

Silvia MONGILI

Simona SERRA

Alessia TRAVAGLINI

Lo studio e la sperimentazione delle Medical Humanities e della Medicina Narrativa in Italia presentano una situazione “a macchia di leopardo” e in continuo divenire. Se è vero che la medicina non è una scienza esatta, la ricerca educativa sulle professioni mediche e sanitarie non può che essere complessa e interdisciplinare, con la finalità di “trasformare riflessivamente” — valorizzando la prospettiva narrativa — i contesti di pratiche professionali in cui ha luogo.

La rivista si propone come spazio per la pubblicazione (in lingua italiana e inglese) dei contributi pedagogici che intercettano i temi emergenti nel panorama degli studi nazionali ed internazionali riferiti alla Medical Humanities e alla Medicina Narrativa e si rivolge alla Comunità Scientifica, agli studenti dei corsi di laurea delle professioni educative e sanitarie, ai professionisti in formazione e ai docenti/formatori.

The study and experimentation of Medical Humanities and Narrative Medicine in Italy present a “leopard spot” situation in constant evolution. If it is true that medicine is not an exact science, educational research on medical and health professions can only be complex and interdisciplinary, with the aim of “transforming reflexively” — by enhancing the narrative perspective — the contexts of professional practices in which place.

MHMN is proposed as a space for the publication (in Italian and English) of the pedagogical contributions that intercept emerging themes in the panorama of national and international studies related to Medical Humanities and Narrative Medicine. MHMN is addressed to the Scientific Community, to students of the degree courses of the educational and health professions, to professionals in training and to teachers/trainers.

*sponsored by*

**KEDRION**  
B I O P H A R M A

## *Criteria di referaggio*

I contributi sono sottoposti a referaggio a “doppio cieco” (*double blind peer review process*), rispettando il pieno anonimato dell’autore e dei revisori.

La redazione della rivista ha il compito di individuare i revisori, scegliendo i referee tra studiosi ed esperti del settore oggetto del contributo, qualora non sia stato individuato preventivamente tra i componenti del comitato scientifico. Gli studiosi revisori, insieme ai componenti del comitato scientifico, fanno parte del comitato dei referee, annualmente aggiornato.

La redazione, una volta verificata la pertinenza dei temi rispetto agli ambiti di trattazione della rivista e degli aspetti redazionali, invia ai referee gli articoli oggetto di valutazione privi dei nomi degli autori. I referee, entro i termini indicati dalla redazione, forniranno le proprie osservazioni attraverso la traccia di lettura fornita dalla redazione. La scheda di valutazione permarrà agli atti nell’archivio della redazione e i suggerimenti contenuti saranno comunicati all’autore dell’articolo. Le indicazioni fornite dai referee, benché debitamente considerate dalla redazione, hanno valore consultivo. La redazione può decidere comunque di pubblicare un articolo. L’elenco dei referee sarà pubblicato sul numero del periodico, senza alcuna specifica di quale articolo sia stato loro attribuito.

I revisori formuleranno il proprio giudizio, tenendo conto dei seguenti parametri: approfondimento del tema trattato; qualità delle argomentazioni; bibliografia adeguatamente aggiornata; chiarezza e scorrevolezza dell’esposizione.

Sulla base di tali parametri, i revisori potranno formulare i seguenti giudizi:

1. pubblicabile senza modifiche;
2. pubblicabile previo apporto di modifiche;
3. da rivedere in maniera sostanziale;
4. da rigettare.

Nel caso di giudizio discordante fra i due revisori, la decisione finale sarà assunta dai co-direttori, salvo casi particolari in cui gli stessi co-direttori potranno nominare tempestivamente un terzo revisore a cui rimettere la valutazione dell’articolo. I co-direttori, su loro responsabilità, possono decidere di non sottoporre a revisione scritti pubblicati su invito o di autori di particolare prestigio.

## *Referee criteria*

The articles are subject to a double blind peer review process, which respects the anonymity of author and reviewer.

The editorial board chooses referees among academics and experts from the sector pertaining to the article if such a figure cannot be found among the members of the scientific committee. Academic reviewers, together with the scientific committee make up the referee committee, which is subject to an annual review and update.

Once the editorial board has verified the relevance of the topics, with respect to the areas of discussion of the magazine and editorial aspects, it sends the refereed articles to the evaluation without the names of the authors. The referees, within the terms indicated by the editorial board, will provide their comments through the reading track provided by the editorial board. The evaluation form will remain in the deeds in the editorial archive and the suggestions will be communicated to the author of the article. The indications provided by referees, although duly considered by the editorial board, are consultative. However, the editorial board may decide to publish an article. The list of referees will be published in the ma review number, without any specification of which article has been attributed to them.

The referees will form their own judgement, taking into account the following parameters: quality of the argumentation; in-depth treatment of the topic; sufficiently up-to-date bibliography; clarity and fluidity of writing style.

On the basis of these parameters, the referees may make the following judgements:

1. publishable as it stands;
2. publishable after making certain modifications;
3. whole-scale revision required;
4. reject.

If two referees offer different opinions, a final decision will be made by the co-directors except when the latter decides to nominate a third referee to evaluate the article. The co-directors reserve the right not to submit invited articles or those written by prestigious authors to the peer review process.



**vol. I/2020**

*a cura di*

**Franco Blezza  
Valerio Ferro Allodola**

*Contributi di*

Ivano Ambra  
Franco Blezza  
Maria Buccolo  
Elisa Canocchi  
Micaela Castiglioni  
Patrizia de Mennato  
Cristiano Depalmas  
Valerio Ferro Allodola  
Patrizia Garista  
Maria Luisa Iavarone  
Francesca Marone  
Silvia Mongili  
Simona Serra





Aracne editrice

[www.aracneeditrice.it](http://www.aracneeditrice.it)  
[info@aracneeditrice.it](mailto:info@aracneeditrice.it)

Copyright © MMXX  
Giacchino Onorati editore S.r.l. – unipersonale

[www.giacchinoonoratieditore.it](http://www.giacchinoonoratieditore.it)  
[info@giacchinoonoratieditore.it](mailto:info@giacchinoonoratieditore.it)

via Vittorio Veneto, 20  
00020 Canterano (RM)  
(06) 45551463

ISSN 2724-3281  
ISBN 978-88-255-3326-2

*I diritti di traduzione, di memorizzazione elettronica,  
di riproduzione e di adattamento anche parziale,  
con qualsiasi mezzo, sono riservati per tutti i Paesi.*

*Non sono assolutamente consentite le fotocopie  
senza il permesso scritto dell'Editore.*

I edizione: ottobre 2020

*Questo primo numero è dedicato a tutti i professionisti della salute e della cura e a tutti coloro che sono deceduti a causa della pandemia da Covid-19*

*This first issue is dedicated to all health and care professionals and to all those who have died from the Covid-19 pandemic*



## Indice

- 13 Editoriale  
*Franco Blezza, Valerio Ferro Allodola*
- 23 Coscienti del proprio sapere personale. Autoriflessione e cura  
*Patrizia de Mennato*
- 33 Il ruolo della pedagogia nelle situazioni sanitarie problematiche  
*Franco Blezza*
- 51 Medicina Narrativa, Narrazione in Medicina, Medicina centrata sul paziente... Non è solo una questione terminologica  
*Micaela Castiglioni*
- 65 *Health humanities*. Generare salute attraverso le narrazioni in una prospettiva di *life-long learning*  
*Patrizia Garista*
- 83 Relazioni che curano e umanizzazione delle pratiche medico-assistenziali  
*Francesca Marone*
- 99 L'educatore emozionale e la promozione del ben-essere nei contesti di cura  
*Maria Buccolo*
- 109 Il lavoro educativo in Psichiatria  
*Cristiano Depalmas*
- 121 Verso un approccio Embodied Evidence-Based: il Biofeedback come strumento di educazione al benessere  
*Ivano Ambra, Maria Luisa Iavarone*

### **Recensioni**

- 135    M. Buccolo, *L'educatore emozionale. Percorsi di alfabetizzazione emotiva per tutta la vita*, FrancoAngeli, Milano 2020, p. 153  
*Elisa Canocchi*
- 139    Rita Charon, *Medicina narrativa. Onorare storie dei pazienti*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2019, p. 316  
*Simona Serra*
- 145    Marcella Danon, *Clorofillati*, Urra Feltrinelli, Milano 2019, p. 127  
*Silvia Mongili*

## Editoriale

FRANCO BLEZZA, VALERIO FERRO ALLODOLA\*

Nel nostro Paese, gli studi e le ricerche sulle Medical Humanities (d'ora in poi M.H.) hanno conosciuto una certa espansione negli ultimi vent'anni, anche se la riflessione scientifica e la sperimentazione delle M.H. in Italia presentano una situazione "a macchia di leopardo" e in continuo divenire. L'attuale contesto sociosanitario italiano, infatti, risulta caratterizzato ancora oggi da una forte predominanza biotecnica, fin dalla formazione iniziale, e le esperienze di M.H. iniziano timidamente a far parte del *core curriculum* di alcune facoltà mediche italiane (ad esempio: Roma Campus Biomedico, Firenze, Milano, Genova, Torino) o comunque si è avviato un dibattito accademico autorevole sull'importanza di includerle in esso: ad esempio, Modena e Reggio Emilia, Napoli (Suor Orsola Benincasa), Bari, Lecce, Catania, Sassari.

Ciò che emerge nel contesto del nostro Paese, è che non sembra prioritario decidere se le M.H. debbano essere inserite nel *core curriculum* ed essere quindi attività obbligatorie o, piuttosto, rimanere delle attività a libera scelta dello studente. Rimane una visione di sostanziale separatezza, che richiama quella datata tra Evidence Based Medicine (EBM) e Narrative Based Medicine (NBM): da un lato la medicina-chirurgia come scienza e tecnica, dall'altro un apporto di scienze umane e sociali di problematica fruizione. Solo nelle professioni sanitarie si è fatto qualche passo, ancora corto e incerto, verso la considerazione della formazione iniziale di chi interagisce con l'uomo e con la società. Eppure, distinguere le scienze per oggetto (da un lato la natura, dall'altro la cultura) è una posizione già superata alla fine dell'Ottocento; e prima i Pragmatisti, poi gli Epistemologi del Novecento hanno chiaramente stabilito che ciò che distingue la scienza è il metodo, e il metodo delle scienze medico-chirurgiche è ampiamente ricorrente anche nelle scienze umane, con una potenzialità di intera-

\* Università degli Studi "G. D'Annunzio" Chieti-Pescara; Ateneo Telematico "eCampus" (sede di Novedrate - CO).

zione e di reciproco arricchimento ancora molto lontana anche solo dall'essere individuata.

Ciò che conta maggiormente è avviare un dibattito nelle Facoltà mediche sul significato della medicina e del comportamento professionale nell'esercizio di essa. Non è forse più importante, oggi che mai, ricordare che la prima forma di terapia e di aiuto che il medico o l'operatore sanitario reca al paziente è se stesso? Considerazioni come queste consentono di far accettare, anzi apprezzare e valorizzare appieno, le M.H., magari decidendo di iniziare a introdurle in modo più *soft*, all'interno delle attività istituzionali (corsi ufficiali, tirocini ecc.), ossia introducendole semplicemente come "percorsi" educativi. O c'è qualcuno che non vede la valorizzazione della propria professione con un componente umanistico essenziale? Si pensi alle cliniche, a semeiotica, a pediatria e puericultura, ma anche a ginecologia, andrologia, geriatria, a psichiatria, oppure ai corsi di infermieristica, di fisioterapia e via elencando; in qualche altro caso può essere meno immediata, ma tale opportunità gli esperti le colgono senza difficoltà e con il conforto della loro esperienza professionale (Blezza, 2018). Un'unica regola è quella da seguire nell'introduzione delle M.H. nei corsi di studio dei diversi operatori: l'integrazione (Zannini, 2009).

Fieschi e coll. hanno condotto e pubblicato una ricerca nel 2013, dalla quale emerge che, nel campo delle M.H. in Italia, prevale la NBM (Narrative Based Medicine) e l'uso della narrazione come contributo all'auto-formazione nel contesto sociale, ma anche come parte integrante del trattamento sanitario (autobiografie, auto-patografie, diari). E sono solo due esempi, peraltro di grande importanza. Le definizioni di M.H. presenti nella letteratura italiana possono essere suddivise in due categorie fondamentali: una identifica i campi del sapere che le M.H. introducono nei programmi di studio e l'altra è di tipo teleologico.

Per quanto riguarda la prima, molti studiosi, ritengono che le M.H. facciano riferimento a discipline e pratiche come la psicologia medica, la critica letteraria, l'antropologia della salute, la storia della salute, l'etica, la religione, il teatro, le arti figurative, la musica, la giurisprudenza, la filosofia, la sociologia, la pedagogia, le arti e le riflessioni sulle arti in generale, l'uomo e la conoscenza dell'uomo.

Per quanto concerne le definizioni teleologiche, si individuano quattro diverse funzioni delle M.H. (Depalmas, Ferro Allodola, 2017):

1. lo sviluppo di un atteggiamento empatico;
2. lo sviluppo delle capacità interpretative;
3. la comprensione e la cura di sé;
4. l'acquisizione di senso etico e di responsabilità.

In tale quadro, l'idea di progettare una Rivista, con un autorevole Comitato Scientifico, rivela la sua necessità al fine di corroborare e promuovere studi, ricerche, esperienze e riflessioni su tali temi nel nostro Paese, in una visione pluralistica soprattutto quanto alle assunzioni di fondo così importanti qui come per qualunque professione avanzata, con un'apertura anche alle esperienze di ricerca internazionali.

La Rivista che presentiamo con questo primo Numero 2020, coincide con la fase di pandemia da COVID-19 che tutto il mondo sta vivendo. Sembra essere una casualità che, tuttavia, ci obbliga a ricercare in maniera critico-riflessiva sul ruolo che le M.H. e la Medicina Narrativa possono rivestire a livello di salute pubblica e di (auto) formazione nella gestione dei vissuti emotivi; ma anche come capacità di resilienza e ri-progettazione delle nostre esistenze, all'uscita dalla fase di criticità e al graduale ritorno alla "normale quotidianità" (Buccollo, Ferro Allodola, Mongili, 2020), continuando anche a far fronte alle "emergenze educative" (Ulivieri, 2018) di oggi.

Tutta una riflessione ulteriore andrebbe poi fatta per i comportamenti collettivi, in un evento così qualificato in tal senso come il contenimento del contagio, considerato che la divulgazione della materia medica è stata giustamente sovrabbondante, e spesso condotta bene, ma non altrettanta attenzione si è data all'aspetto umano dell'educazione sociale, che è condizione altrettanto essenziale per la soluzione del grave ed immenso problema.

### **Un momento storico per le Medical Humanities? Tra medicina di comunità e narrative pandemiche**

Le discipline umanistiche guardano più "all'interno", mentre la medicina guarda maggiormente "all'esterno"; o per lo meno, così vengono

viste in prevalenza. A cosa possono servire, dunque, le M.H. quando ad essere in atto è una pandemia?

Ad una riflessione più approfondita, è proprio adesso che le Humanities sono centrali in medicina, tant'è che diverse sfaccettature del COVID-19 vanno oltre l'ambito tecnico della biomedicina: dal mondo sociale del mercato ittico di Wuhan, dove si dice che sia emerso il nuovo virus, al panico che il blocco urbano della Cina ha indotto globalmente.

La politica in senso lato non è estranea all'epidemia di coronavirus, tutt'altro. È parte integrante di come si sta svolgendo e, in quanto tale, di come gli eventi dovrebbero essere compresi e gestiti.

Un approccio interdisciplinare si rende necessario per dare un senso alla ricerca biomedica e alla correlazione della malattia con i processi socio-politici in atto. Questa è la logica alla base della creazione del Center for the Humanities and Medicine presso l'Università di Hong Kong, in cui storici, antropologi, epidemiologi, microbiologi e altri studiosi collaborano alla ricerca per comprendere meglio i fattori trainanti delle infezioni emergenti e il ruolo che i fattori socio-culturali svolgono negli eventi epidemici: dalla comunicazione istituzionale al monitoraggio e alla sorveglianza delle malattie.

In molte istituzioni, le M.H. sono interpretate principalmente come un mezzo per migliorare la formazione medica (medical education). I moduli formativi (obbligatori o elettivi) sono stati introdotti nel curriculum clinico universitario di molti Paesi del mondo, con l'obiettivo di coltivare soprattutto nuove competenze umanistiche nei medici e nel personale sanitario. Tuttavia, possiamo riflettere sul fatto che queste iniziative sono state intraprese “a senso unico”, ovvero le discipline umanistiche sono state concepite come un valore aggiunto alla medicina, il che è certo positivo, ma circoscrivendo degli spazi in cui è “ammissibile” un intervento umanistico: ad esempio, mitigare il burnout del medico o garantire relazioni empatiche migliori tra medico e paziente. Queste sono senz'altro preoccupazioni importanti, certamente. Ma evidenziano facilmente il loro carattere limitato, che non offre al medico o all'operatore sanitario tutto ciò di cui egli potrebbe aver necessità nel suo esercizio professionale. Insomma, vanno bene ma non bastano.

Man mano che la medicina è diventata sempre più tecnica, la salute pubblica si è sempre più inclinata verso l'epidemiologia (basata sulla modellistica matematica) e i determinanti sociali e culturali della salu-

te sono stati messi da parte. La portata di quella che una volta era denominata "medicina sociale" si restringe e il suo valore rischia di svanire.

Va aggiunto che il preziosissimo apporto di un apparato matematico nell'epidemiologia riesce solo in parte a rendere il suo apporto all'informazione e alla vita della popolazione, dove spesso l'orientamento deterministico e meccanicistico offusca una visione correttamente probabilistica, indeterministica e indicativa di Trend che sarebbe la fruizione corretta e piena da parte dell'opinione pubblica di tanto importantissimo e provvedutissimo lavoro. Ancora una volta si tratta di sopravvivenze ottocentesche, addirittura della prima metà dell'Ottocento, dei tempi della Meccanica classica ai suoi massimi sviluppi: nella seconda metà di quel secolo i fisici si erano resi conto della necessità di cambiare paradigma, di una "rivoluzione scientifica" che si è consumata tra le pagine di quel secolo e i primi decenni del Novecento.

Le discipline umanistiche devono, invece, rivendicare l'elemento "sociale" della medicina, ri-orientandolo verso le questioni socio-economiche e culturali che incidono sulla salute e sul benessere: disuguaglianza, povertà, discriminazione e via elencando. Re-interpretare le discipline umanistiche in rapporto alla medicina, significa sviluppare e promuovere una formazione che può sembrare "complessa", ma che in realtà è integrale e meno incompleta, meno unilaterale, per gli studenti di medicina, e delle professioni sanitarie, risultando così maggiormente rivolta al mondo esterno.

Non c'è, forse, momento migliore per ripensare le M.H. che nel mezzo di una pandemia, quando storia, politica e medicina si intrecciano indissolubilmente, mostrando al mondo la complessità del reale.

I sistemi sanitari occidentali sono stati costruiti attorno al concetto della cura centrata sul paziente, ma un'emergenza pandemica richiede un cambio di prospettiva verso il concetto di cura centrata sulla comunità in cui le cure domiciliari e i comportamenti sociali, ad esempio, possono alleggerire gli ospedali in casi emergenziali come quello che stiamo vivendo.

In letteratura, rintracciamo anche studi che affrontano questioni bioetiche nei casi di pandemie, in particolare il dovere di prendersi cura dei pazienti da parte di medici ed operatori socio-sanitari. Una questione che ha trovato riscontro anche nel nostro Paese, allorché ci sono

stati alcuni medici che durante la pandemia e in un momento di estrema necessità si sono rifiutati di lavorare rimanendo a casa.

Tali studi evidenziano la necessità per i responsabili politici e le autorità di una regolamentazione più accurata sul tema, al fine di ottenere chiarezza su obblighi e responsabilità nell'applicazione del dovere degli operatori sanitari di occuparsi dei loro pazienti durante i periodi di vulnerabilità universale (Bensimon e coll., 2012).

Dalla letteratura scientifica, constatiamo che molti sono i medici che sottolineano la necessità di effettuare sempre più interventi sociali (Bickerdike e coll., 2017), incentivando i servizi collettivi già esistenti all'interno di molte comunità locali, per migliorare la salute e il benessere.

Si è compreso, inoltre, che il COVID-19 è una crisi di salute pubblica e umanitaria: richiede scienziati sociali, epidemiologi, esperti di logistica, psicologi, pedagogisti e operatori sociali. C'è bisogno di punti di riferimenti condivisi e di piani pandemici a lungo termine, frutto di uno sforzo transnazionale coordinato. A caratterizzare questo virus è, infatti, è la sua contagiosità, più che soltanto la sua letalità. In una società come la nostra, medicalizzata e centralizzata, fatta di singoli e di consumatori più che di cittadini e di sodali, il virus trova purtroppo terreno fertile alla sua diffusione.

Tuttavia, proviamo a pensare che una malattia pandemica è sempre sia un evento medico sia un evento narrativo. È un caso particolarissimo, ma il discorso è generale. Le pandemie ci spaventano anche perché trasformano le nostre paure sul cambiamento socio-culturale, sull'identità della comunità in minacce tangibili. Le rappresentazioni di malattie contagiose offrono agli autori e ai lettori l'opportunità di esplorare le dimensioni non mediche delle paure associate alle malattie contagiose.

La “narrativa pandemica”, ad esempio, non offre ai lettori uno sguardo profetico sul futuro, contrariamente a ciò che alcuni potrebbero pensare. I racconti sulla malattia contagiosa fungono, invece, da specchio ai nostri timori più profondi rispetto al presente, cercando di esplorarne le diverse possibili risposte. Ma questo è solo un esempio, per avviare un dibattito scientifico serio e autorevole sul ruolo delle M.H. e della Medicina Narrativa, in particolare, ai tempi del COVID-19.

I contributi presentati in questo primo numero della Rivista fanno

da “apripista” ad una riflessione scientifica, che possa promuovere nuove piste di ricerca teorica ed applicata ai contesi di pratica situata.

Apri questo primo numero Patrizia de Mennato — professore Ordinario di Pedagogia generale e sociale presso l’Università degli Studi di Firenze, studiosa originale e raffinata — che approfondisce il tema del sapere personale nelle professioni della salute e della cura, con un focus di attenzione privilegiata al rapporto tra autoriflessione e cura. Numerose e di grande qualità scientifica le sue pubblicazioni, che hanno contribuito in modo assai significativo al dibattito scientifico del nostro Paese.

Il ruolo della Pedagogia nelle situazioni sanitarie problematiche è indagato da Franco Blezza, co-direttore della presente Rivista, professore Ordinario di Pedagogia generale e sociale presso l’Università di Chieti-Pescara, autore di oltre 800 pubblicazioni. Il focus del contributo è sulla cultura scientifica come educazione alla democrazia, cui si contrappone una tradizione italiana plurisecolare che va — spesso — in direzione opposta, con la tendenza a sostituire all’intervento su problemi che non si sanno risolvere l’argomentazione, la persuasione, la retorica, l’ars oratoria. La pedagogia ha ben precisi compiti cui adempiere — ci ricorda Blezza — a cominciare proprio dalle problematiche sanitarie, per una cultura completa ed equilibrata; per una visione aperta della convivenza civile e della politica nel senso più lato.

Micaela Castiglioni, professore Associato di Pedagogia generale e sociale presso l’Università degli Studi di Milano “Bicocca”, ci consegna un’attenta riflessione sulla Medicina Narrativa, suo tema di ricerca privilegiato, per il quale ha tradotto in italiano il volume più famoso di Rita Charon (*Medicina narrativa. Onorare le storie dei pazienti*, Raffaello Cortina, Milano 2019) e con la quale collabora attivamente tra Italia e USA.

“Health humanities” è il titolo del contributo di Patrizia Garista che indaga i costrutti di salute, resilienza e *healthy narratives*. Ricercatrice presso l’INDIRE di Firenze, l’Autrice si occupa da anni, in particolare, di relazione tra modelli educativi e salute, intesa come sviluppo positivo di sé, benessere, *empowerment* e resilienza.

Francesca Marone, studiosa attenta, in particolare, delle emozioni nel processo formativo, affronta il tema dell’umanizzazione delle pratiche medico-assistenziali, consegnandoci una visione ampia, che abbraccia anche il mondo dell’assistenza socio-sanitaria. Ricordiamo, su questo tema, i seguenti volumi: *Le relazioni che curano. Percorsi pe-*

*dagogici per le professioni sanitarie* (Pensa Multimedia, Lecce 2014) e *Emozioni e affetti nel processo formativo* (ETS, Pisa 2006).

Le competenze emozionali dell'educatore nella relazione di cura sono indagate, con competenza e chiarezza, da Maria Buccolo, PhD e docente di Didattica presso la Sapienza Università di Roma. La studiosa si occupa da sempre di pedagogia teatrale e del ruolo delle emozioni lungo tutto il corso della vita. Ricordiamo, qui, i seguenti volumi: *L'educatore emozionale. Percorsi di alfabetizzazione emotiva per tutta la vita* (FrancoAngeli, Milano 2019); *Formar-si alle professioni educative e formative. Università, lavoro e sviluppo dei talenti* (FrancoAngeli, Milano, 2015, Premio Italiano di Pedagogia SIPED 2018); in coll. *Teatro e formazione. Teorie e pratiche di pedagogia teatrale nei contesti formativi* (FrancoAngeli, Milano 2012).

Cristiano Depalmas, pedagogista, psicologo, docente di Pedagogia e dottorando di ricerca in Neuroscienze presso l'Università degli Studi di Sassari, affronta il tema del lavoro educativo in Psichiatria, con un focus di attenzione privilegiata alle competenze dell'Educatore Professionale su M.H. e Medicina Narrativa come strumenti di lavoro quotidiano. Si ricordano i seguenti volumi; in coll. *La violenza assistita. Da fenomeno a reato* (Aracne, Roma 2018) e in coll. *La pratica riflessiva nelle Medical Humanities. Teorie, metodi, strumenti e valutazione* (Aracne, Roma 2015).

Chiude il numero il contributo di ricerca di Maria Luisa Iavarone — professore Ordinario di Didattica e Pedagogia Speciale presso l'Università di Napoli "Parthenope" — e Ivano Ambra (dottorando di ricerca in Pedagogia presso l'Università di Napoli "Parthenope"), dal titolo "Cardiovascular disease e cura educativa". Gli Autori presentano i risultati di un'interessante ricerca sperimentale su un gruppo di pazienti affetti da disturbo cardiovascolare, che sono stati seguiti attraverso dispositivi formativi che fanno capo al costrutto di "cura educativa". Si ricordano, in particolare i seguenti lavori di Iavarone, che hanno contribuito in misura determinante al dibattito pedagogico italiano: *Pedagogia del benessere. Per una professionalità educativa in ambito psico-socio-sanitario* (in coll., FrancoAngeli, Milano 2004) e *Abitare la corporeità. Dimensioni teoriche e buone pratiche di educazione motoria* (FrancoAngeli, Milano 2010).

## Riferimenti bibliografici

BICKERDIKE L., BOOTH A., WILSON P.M., FARLEY K., WRIGHT K. (2017), Social prescribing: less rhetoric and more reality. *A systematic review of the evidence*. *BMJ Open* 2017; 7.

BLEZZA F., *Pedagogia professionale*. Libreria Universitaria, Limesna (PD) 2018.

BENSIMON C.M., SMITH M.J., PISARTCHIK D., SAHNI S., UPSHUR R., The duty to care in an influenza pandemic: A qualitative study of Canadian public perspectives, «*Social Science & Medicine*», Vol. 75, Issue 12, 2012, pp. 2425–2430.

BUCCOLO M., FERRO ALLODOLA V., MONGILI S., Percezioni e vissuti emozionali ai tempi del Covid–19: una ricerca esplorativa per riflettere sulle proprie esistenze, «*Lifelong Lifewide Learning*», Vol. 16, n. 35, pp. 372–398.

FERRO ALLODOLA V., DEPALMAS C. Le Medical Humanities nella formazione alle professioni della salute e della cura. Lo "stato dell'arte" in Italia, «*Qualeducazione*», vol. 87, Pellegrini Editore, Cosenza 2017, pp. 14–29.

Ulivieri S. (a cura di), *Le emergenze educative della società contemporanea. Progetti e proposte per il cambiamento*, PensaMultimedia, Lecce 2018.

ZANNINI in AA.VV. (a cura di), GENTILE A.E., LUZI I., RAZETO S., TARUSCIO D., Convegno Medicina narrativa e malattie rare. Istituto Superiore di Sanità. Roma 26 giugno 2009. Atti. Roma, Istituto Superiore di Sanità, «*Rapporti ISTISAN*», 09/50, 2009, p. 23.



## Coscienti del proprio sapere personale

Autoriflessione e cura

PATRIZIA DE MENNATO\*

Le professioni della relazione d'aiuto hanno la necessità di essere considerate professioni, ma il loro rischio è quello di permettersi una disinvoltura che diviene possibile proprio in virtù del loro essere professionale.

A. Canevaro, 1999

**RIASSUNTO:** Il contributo mette in luce la necessità e l'importanza, per tutte le professioni della salute e della cura, di appropriarsi della "epistemologia della conoscenza personale" per non ridursi ad una expertise routinaria. Per poter attuare questo, c'è bisogno di imparare a possedere strumenti di riflessione sensibili e raffinati, elaborando strategie di pensiero capaci di auto-osservarsi per imparare dalla "concretezza esistenziale" delle proprie esperienze personali.

**PAROLE CHIAVE:** coscienza, sapere personale, autoriflessione, cura.

**ABSTRACT:** The article highlights the need and importance, for all professions of health and care, of appropriating the "epistemology of personal knowledge" in order not to be reduced to routine expertise. To be able to implement this, it's necessary to learn to possess sensitive and refined tools for reflection, developing thought strategies capable of self-observance to learn from the "existential concreteness" of their own personal experiences.

\* Università degli Studi di Firenze, Dipartimento di Medicina Sperimentale e Clinica.

KEY-WORDS: awareness, personal knowledge, self reflection, care.

Le azioni di cura poste in essere da ogni operatore sono modalità cognitive ed emozionali “singolari”; sono fatte delle sue “idee”; sono il suo modo di figurarsi la realtà, il suo sapere, i suoi interlocutori.

Riteniamo, pertanto, che le professioni di cura abbiano sempre più la necessità di appropriarsi della “epistemologia della conoscenza personale” (Polany, 1990) per non ridursi ad una *expertise* routinaria. Quello che di più profondo caratterizza la coscienza delle azioni di cura sono le “domande” che poniamo a noi stessi, ovvero “perché” agiamo in un certo modo e perché abbiamo scelto le idee ed i concetti che ci guidano. Sono le risposte che diamo a noi stessi che generano la concretezza delle “mosse” del nostro “fare”, perché le forme di azione di cura sono sempre una combinazione con la loro dimensione *implicita e nascosta*, che indica tutte quelle cose che facciamo anche se non stabiliamo di farlo. Abbiamo bisogno di separare, dunque, la dimensione esplicita delle linee guida che si applicano nelle comunità di pratica e le forme *implicite* che corrispondono al sistema dei meta-messaggi, alle “teorie implicite” che costituiscono una parte significativa e spesso nascosta del nostro pensiero di cura.

Pur se, ormai, è cosa nota che la professionalità di cura non sia totalmente riconducibile ad un insieme di azioni specifiche e tecniche, siamo ancora molto lontani dall’attuare la necessaria rivoluzione paradigmatica che, come dice Morin, porti il professionista a non “ridursi ad esperto”, ma che lo renda capace di *riconoscersi in un compito*. Una prospettiva che sappia “situare” la cura nel contesto reale in cui si presenta il problema, facendone un interlocutore vitale dell’azione. La qualità del nostro sapere è una qualità interpretativa personale esplicita (costruita in una relazione consapevole e critica con il sapere scientifico) ma anche fortemente segnata da una dimensione implicita costruita grazie alle nostre opinioni, ai nostri convincimenti, alle visioni del mondo e della vita (de Mennato, 2003).

Essere consapevoli di questa dinamica richiede, dunque, di imparare a possedere strumenti di riflessione professionale sensibili e raffinati. Richiede che ogni professionista affini una strategia del pensiero che gli insegni a porre se stesso “davanti ad uno specchio” e che gli

permetta di imparare dalla “concretezza esistenziale” delle proprie esperienze personali.

Credo che per i professionisti della salute inizialmente sia faticoso entrare in questa ottica, perché si è sempre pensato al concetto di innovazione e di crescita come acquisizione di nuovi saperi, strumenti e metodi di natura prevalentemente tecnica, cercati in altri contesti professionali “più avanzati” in tal senso. È necessario, però, che siano riconosciuti i limiti di questo approccio e che si prenda coscienza dell’importanza di assumersi una “responsabilità individuale” finalizzata al contributo innovativi.<sup>1</sup>

La responsabilità nella relazione di cura è, dunque, secondo l’ottica da me prescelta, prima di tutto consapevolezza di sé e della propria formazione, perché presuppone l’impegno a “dar conto” delle proprie interpretazioni ed a gestire il proprio sapere personale.

Non è facile essere onesti e autentici, né con se stessi, né con gli altri, ma con l’esperienza ho appreso che riuscire a manifestare le proprie emozioni, le proprie insicurezze, i propri limiti e presentarsi per ciò che si è veramente (e non per quello che si vorrebbe essere), costituisce un punto di forza e non di debolezza.

Radicare l’epistemologia professionale nella conoscenza personale rende l’esperienza “vissuta” il *focus* della riflessione attraversando le immagini, i principi pratici, le incertezze e le regole che guidano la propria filosofia personale. Questo processo di riflessione disvela l’identità che risiede in “ciò che il professionista sa di sé stesso mentre agisce” (D. A. Schön) e gli permette di entrare in relazione con il patrimonio “sommerso” della sua storia personale.

Le nostre esperienze non sono mai prive di implicazioni affettive, quindi; conoscere qualcosa è un sentire, è un attribuire valore, ci dicono Connelly e Clandinin.

La consuetudine alla riflessività sulle implicazioni cognitive ed affettive diventa, quindi, una esigenza profonda di formazione. Diventa un abito mentale che ha carattere esistenziale. Costruisce un modo d’essere che permette l’“invenzione” di particolari percorsi di azione che appartengono a quel soggetto e non ad un altro. Come dice un operatore, questa trasformazione personale

<sup>1</sup> Le parti in corsivo nel testo riportano frammenti di elaborati degli operatori delle Lauree Magistrali delle Professioni sanitarie dell’Università di Firenze.

prevede un ruolo attivo del professionista che, attraverso la propria commissione, non può sottrarsi dall'entrare in gioco ed essere egli stesso strumento del cambiamento.

La formazione vista in questi termini diventa una necessaria "conversazione riflessiva con la situazione" (D. A. Schön) ed è importante che gli stessi operatori assumano consapevolezza del valore dei dubbi prodotti dallo "stare dentro" l'esperienza. Incentivare occasioni di riflessività insegna ad osservare e a mettere a nudo le cose che sappiamo, le azioni intraprese, i risultati conseguiti, i progetti ed i fallimenti. Un sapere riflessivo, quindi, assume un valore formativo perché agisce come autoregolativo e disegna il potenziale autocorrettivo del proprio pensiero.

Per questa ragione assumere un atteggiamento autoriflessivo si configura come una sorta di riconfigurazione che offriamo a noi stessi a partire dalle "repliche impertinenti", come le chiama Schön, che le esperienze professionali ci rinviano. L'osservazione consapevole dei frammenti di memoria che "fanno" la storia della propria vita professionale ci dà la possibilità di riconoscere la nostra "filosofia personale" e come questa indirizza l'impegno professionale.

Un'educazione alla pratica riflessiva, dunque, "rende visibile il disegno" delle proprie scelte ed "accetta lo scontro" tra le diverse "filosofie personali" e gli stili professionali che mettiamo in atto nell'esperienza quotidiana. Con una splendida metafora da me largamente riportata nelle lezioni, uno studente ci rinvia l'immagine della "pratica riflessiva".

Vuol dire mettere le mani dietro la schiena, riflettere, tenere conto della globalità e della complessità dei problemi prima di agire. Dall'analisi infatti derivano la lista dei problemi, compresi quelli che non possiamo risolvere, ma dei quali dobbiamo tenere conto, e, soprattutto, le strategie, le relazioni, i rapporti con la persona e con gli altri operatori.

Il sapere personale è come filtrato, dunque, dal suo significato "esistenziale", ma diventa una "epistemologia professionale" solo se la riflessione ci mette in condizione di riconoscere il processo "costruttivo" che ha indotto ad assumere le nostre scelte come "pensieri ai quali attribuiamo fiducia". La conoscenza personale è l'espressione della scelta tra alternative, ma questa scelta produce una base legittima per

affermare convinzioni personali con intento universale Un professionista riflessivo che governi il proprio agire non rinnega, dunque, la dimensione personale delle proprie convinzioni, ma ne accetta i vincoli e “riconosce la loro giurisdizione su di lui (...) come parte della responsabilità per il perseguimento dei suoi sforzi mentali” (Polany, 1990).

Questo processo si gioca su due livelli di responsabilità che si configurano come responsabilità teoretica della propria qualità professionale e dimensione etica e politica della responsabilità sociale e delle relazioni.

Ogni strategia individuale risente sia dell’iniziale apprezzamento della situazione che la “racconta” sia delle repliche impertinenti dell’agire professionale in quella specifica situazione; ci “racconta”, cioè, una storia. E questa storia assume una dimensione che è qualcosa di più di una riflessione esclusivamente tecnica; è il terreno delle scelte personali riconosciute significative per affrontare le sfide della singolarità. L’esercizio di un sapere riflessivo che, all’interno dell’esperienza, sappia riconoscere l’evento marcatore che emerge dalle proprie azioni.

L’intervento di un operatore declina lo stile del suo pensiero nella pratica; manifesta, cioè, la sua “mente al lavoro”, affermando i concetti dei quali fa uso. Ciò definisce, dunque, una biografia professionale rendendo ogni operatore diverso dagli altri per la qualità cognitiva ed affettiva delle proprie esperienze. L’esercizio di un sapere riflessivo gli consente di operare nello “stato fluido” di un’interazione sociale, non solo perché si caratterizza per la presenza di un passato gestito con consapevolezza, ma perché conduce a prefigurazioni future. Il modo in cui progettiamo e rappresentiamo “ai nostri occhi” il nostro agire di cura concretizza l’idea della direzione intrapresa e diventa, allora, una biografia che conserva in pieno la specificità della storia individuale di chi l’ha prodotta, rendendola unica ed autentica. Molto spesso questo processo muove sotto traccia. È implicito e richiede una operazione “faticosa” di osservazione di sé, ma indispensabile e con esiti spesso imprevisi che riconoscono anche la legittimità della profonda inquietudine che la responsabilità del contatto con l’altro in difficoltà ci pone.

Tuttavia, la posizione riflessiva richiede anche una responsabilità sociale di ordine deontologico che si concreta nell’idea di *medical professionalism* (de Mennato 2012). Concetto recente di *medical pro-*

*professionalism* è centrato sull'identità riflessiva che mette in relazione il "senso della professione" con la propria pratica, affermando

la circolarità che c'è tra la pratica e la teoria; sono una il frutto dell'altra e se è vero che la teoria da sola non basta ad acquisire competenza e professionalità, è anche vero che delle basi teoriche sono indispensabili per identificare e distinguere una buona da una cattiva pratica di cura.

Il *medical professionalism* richiama, dunque, il riconoscimento della complessa costruzione del pensiero riflessivo come automonitoraggio, apprendimento reciproco, ed auto-regolazione (*self assessment, regulation and reflection*) che caratterizzano le proprietà del sapere personale. Ma ne riconosce molte altre che hanno il valore di storicizzare il pensiero. In particolare richiama al confronto con gli aspetti della responsabilità intersoggettiva e sociale, che è la condizione per raggiungere scelte di rigore condivise pure partendo da gerarchie e priorità diverse. La capacità di ingaggiare una sfida con le proprie scelte "penetra la mente" del professionista e ne richiede un costante ulteriore monitoraggio riflessivo.

Nell'esercizio riflessivo sono, dunque, richiamate moltissime categorie interpretative che riguardano le "competenze di sé" e del proprio ragionare, ma anche l'insieme delle doti umane (rispetto, compassione, integrità) proprie dell'umanesimo (*humanism*), le competenze etiche e della comunicazione (*ethical reasoning, communication skills*) (F. Consorti, L. Potasso, E. Toscano). Il termine *Professionalism* rimanda, dunque, ad una competenza globale che descrive il senso della "saggezza" nella professione.

Il *professionalism* esprime l'impegno ad un servizio verso la comunità ed, in sostanza, richiama a pieno il senso della responsabilità del compito di cura. Un processo operativo consapevole e "reticolare" dove la competenza riflessiva sulle proprie azioni va molto al di là del possedere l'*expertise* necessaria per svolgere un ruolo. È l'arte strategica di assumere un compito su di sé, imparando a cogliere nuove conoscenze (evidenze, trasformazioni, cambiamenti) nel corso del vissuto di cura in cui l'esperienza si iscrive; disegna una "conoscenza in azione" costruita dai suoi protagonisti attraverso la consapevolezza di propri atti e dei "modi" personalissimi di intervenire sulla realtà, modificandola.

Recuperiamo, così, nell'epistemologia professionale anche i grandi spazi legati a qualità umane specifiche. L'onestà, integrità, confidenzialità, capacità relazionale, interazione efficace col paziente e con le persone che gli sono vicine, il rispetto per la diversità, la pazienza, la sensibilità di coinvolgere ed accompagnare del paziente nelle decisioni, il bilanciamento fra impegno altruista e vita personale, la capacità di lavorare in team, l'affidabilità. (F. Consorti, L. Potasso, E. Toscano) A mio avviso, tutte qualità riconducibili all'idea di compito. In essa sono iscritti responsabilità e "senso del limite".

È subentrata la paura di perdere l'entusiasmo di fronte alle inevitabili delusioni, all'inefficacia delle tecniche studiate ed applicate con tanto scrupolo, è arrivata la consapevolezza della presunzione nel voler combattere contro patologie "impossibili" e di credere di sapere come migliorare la qualità di vita di altre persone, io che non sapevo nemmeno per me cosa era la cosa migliore, la presunzione di poter entrare nella complessità del loro cervello, della loro malattia, della loro vita. Sentivo il rischio di farmi risucchiare, travolgere, annullare dalle malattie degli altri fino a correre il rischio di ammalarmi io stessa.

Il sapere di "cura" implica, dunque, la partecipazione a comunità scientifiche che delineano una cultura del farsi carico (l'apparato dei modelli di sapere, le epistemologie, gli strumenti, gli artefatti, le tendenze culturali complessive) e la condivisione del clima di comunità di pratiche (il sentimento di appartenenza, le memorie, le trame delle relazioni personali). La "partecipazione" è tale proprio perché mette in gioco la possibilità di rielaborazioni e trasformazioni del proprio mondo strutturato, attivando nuovi processi vitali e dialogando con punti di vista dei diversi soggetti con i quali intrattiene relazioni. Questa dimensione "partecipativa" segna la costruzione di percorsi di cura personali e collettivi, dove la condivisione delle esperienze intersoggettivamente concepite indica la direzione delle azioni da intraprendere.

L'idea che il bagaglio delle esperienze personali incida più di quanto pensiamo sul nostro operato di cura così come l'idea che ogni nostra scelta o decisione sia influenzata dal nostro punto-di-vista erano concetti che mai avevo preso in considerazione nell'ambito professionale.

In termini di buon senso e di esperienza quotidiana connettere autoriflessione e cura, sembra ridurre al senso comune ogni competenza

clinica. Ma imparare ad utilizzare la capacità autoriflessiva è imparare ad entrare in relazione con i linguaggi anche impliciti che sono presenti nella pratica reale. Le azioni professionali — anche le più solide e competenti — non sono mai soltanto un esercizio strumentale di conoscenze neutrali, un’attuazione di regole e piani di azione predefiniti, ma sono un *know-how* che diviene un comportamento spontaneo proprio grazie alla pratica esperta.

Questo può essere considerato il concetto chiave che ci porta a concludere il breve ragionamento sulla “coscienza del proprio sapere personale”.

Il processo di consapevolezza riflessiva nelle professioni di cura permette di accedere alla coscienza dei sentimenti nel processo costruttivo di una identità di cura, senza però indulgere in una visione intimistica né terapeutica. Non è, cioè, un’autoanalisi.

L’interpretazione di ogni esperienza professionale diventa più significativa e solida per quanto ha il potere di riconoscersi come filtrata da se stessi, dalle proprie conoscenze, dalle proprie preferenze e dalle proprie aspettative, dal modo di costruire relazioni con gli altri e con il sapere, dal modo di vivere il proprio compito. Un abito mentale personale che porta a riconoscere valore epistemico all’esperienza quotidiana condita dalla sensibilità di vita e dai sentimenti che entrano in gioco nelle proprie azioni professionali. Pertanto, dice un operatore, è una questione di equilibrio.

Ora ho trovato delle strategie per dividermi senza perdermi, non lasciare che il lavoro occupi tutti i miei pensieri, ma non rischiare di estraniarmi, di inserire il pilota automatico per difendermi.

### Riferimenti bibliografici

CANEVARO A., CHIERAGATTI A., LA RELAZIONE D’AIUTO, CAROCCI, ROMA 1999.

CONSORTI F., POTASSO L., TOSCANO E. Formazione della professionalità: una sfida antica e nuova per i CLM in Medicina. *Med Chir* 2011: 52.

DE MENNATO P., FORMICONI A., OREFICE C., FERRO ALLODOLA V. *Esperienze estensive. La formazione riflessiva nella Facoltà di Medicina di Firenze*. PensaMultimedia, Lecce 2013.

DE MENNATO P., *Il sapere personale. Un'epistemologia della professione docente*, Guerini, Milano 2003.

— Medical Professionalism and professionalism. Examples of training to the sens of “duty” in medicine. *Educational Reflective Practices*, 2012; 2, pp. 15–33.

GENEVAY B., KATZ R., *Le emozioni degli operatori nelle relazioni di aiuto*, Erikson, Trento 1994.

POLANYI M., *La conoscenza personale. Verso una filosofia post-critica*, Milano, Rusconi 1990.

SCHÖN D.A. *Formare il professionista riflessivo. Per una nuova prospettiva della formazione e dell'apprendimento nelle professioni*. FrancoAngeli, Milano 2006.



## Il ruolo della pedagogia nelle situazioni sanitarie problematiche

FRANCO BLEZZA\*

**RIASSUNTO:** La situazione di pandemia da coronavirus, attualmente grave, evidenzia le carenze nel nostro Paese di cultura scientifica, che si coniuga con pratiche di governo e di gestione della cosa pubblica incapaci di affrontare e risolvere i problemi, lasciando intravedere ideologie tiranniche e totalitarie. La cultura scientifica è un'educazione alla democrazia, cui si contrappone una tradizione italiana plurisecolare che va in direzione opposta, le cui conseguenze scontiamo ancora oggi, con la tendenza a sostituire all'intervento su problemi che non si sanno risolvere l'argomentazione, la persuasione, la retorica, l'ars oratoria. La pedagogia ha ben precisi compiti cui adempiere, a cominciare proprio dalle problematiche sanitarie, per una cultura completa ed equilibrata; per una visione aperta della convivenza civile e della politica nel senso più lato.

**PAROLE CHIAVE:** Pedagogia, sanità, scienza, metodologia, democrazia.

**ABSTRACT:** The current serious coronavirus pandemic situation highlights the shortcomings in our country of scientific culture, which is combined with practices of government and management of public affairs unable to pose and solve problems. All these suggests tyrannical and totalitarian ideologies. Scientific culture is education in democracy, which is opposed by a centuries-old Italian tradition that goes in the opposite direction and the consequences of which we are still suffering today, with a tendency to replace intervention on problems that cannot be solved by argument, persuasion, rhetoric, ars oratoria. Pedagogy has very specific tasks to fulfil, starting with health issues, for

\* Università degli Studi di Chieti-Pescara, Dipartimento di Scienze Filosofiche, Pedagogiche ed Economico-quantitative.

a complete and balanced culture; for an open vision of civil coexistence and politics in the broadest sense.

KEY-WORDS: Pedagogy, health, science, methodology, democracy.

## **1. Posizione del problema**

È convinzione diffusa che una tragedia come la corrente pandemia sia paragonabile ad una guerra, nel senso di un sovvertimento che lascia profonde conseguenze sociali, relazionali, economiche, produttive, politiche in senso lato. Il quadro dei morti/caduti e dei contagiati/feriti, purtroppo, è più grave di quanto non lo sia stata la più dura guerra della storia.

Da pedagogisti che hanno studiato Fromm (1900–1980), Bettelheim (1903–1990) e Frankl (1905–1997), dovremmo vedere la presente come una situazione problematica, di complessità pari alla gravità. A noi compete quindi il dovere di porlo come problema, e di individuare il ruolo della nostra scienza e della nostra professione in simili frangenti.

In questo articolo potremo solo avviare la riflessione su considerazioni esemplari. Ma la ricerca come l'esercizio professionale, lo sappiamo bene, è senza fine.

## **2. Pedagogia e pandemia Covid19**

La pandemia per Coronavirus sta divampando drammaticamente nel mondo intero, non se ne intravede un possibile esaurimento, non si dispone di un antivirale specifico e il lavoro per un vaccino richiede tempi tecnici che dovrebbero essere noti, il che consente speranze ma non illusioni. Dovremmo comunque dedicare al tema di drammatica attualità molta attenzione parlando di pedagogia e scienza, a maggior ragione lo faremo nei frangenti attuali.

Sono diversi gli ordini di compiti e i doveri che ne derivano direttamente per la pedagogia e per chiunque vi operi professionalmente ai vari livelli: sarà opportuno cominciare da qui, trattandosi di una “-agogia” e non di una “logia”, di un sapere inseparabile dall'esperienza e dall'impegno e non di una riflessione pura.

Innanzitutto, come priorità necessaria in un momento nel quale si può agire solo di contenimento, studiare ed operare nel senso dell'educazione a tenere le uniche misure che sono concretamente atte a tale contenimento, vale a dire il distanziamento sociale e relazionale, la mascherina e il lavaggio delle mani con il sapone o con i detergenti appositi con frequenza e accuratezza. Non si tratta di operare attraverso un centone di prescrizioni assolute e non motivate, come pure si sarebbe potuto ipotizzare di fare non molti decenni orsono, in tempi culturalmente remoti ma cronologicamente molto più prossimi, nei quali la pedagogia era intesa come scienza normativa forte. Dà di che riflettere che il termine "pedagogia" abbia la sua remota derivazione da termini greci, ma sia comparso in latino, lingua nelle quali il verbo ago indicava un condurre stando a fianco, a differenza del verbo duco. Si tratta, semmai e prima di tutto, di rendere ciascun interlocutore, a qualsiasi età e in qualsiasi posizione sociale, lavorativa, familiare, in grado d'essere adeguatamente edotto circa le ragioni di queste misure, e circa la necessità come un dovere nei confronti degli altri ed in particolare del prossimo prima che non verso sé stessi.

Questo è un compito educativo quanto alla dimestichezza con le ricordate misure, ma è un compito pedagogico quanto alla consapevolezza delle relative motivazioni, alla cultura che vi presiede. e al valore sociale essenziale di queste misure e della relativa osservanza. È pedagogico a maggior ragione, e al più alto livello, se si fanno i conti con i pregiudizi e gli ostacoli che vengono frapposti anche all'osservanza di norme così semplici e di nessun peso.

Si è invece finiti per far credere, ben presto e con un convincimento sempre più saldo, che il periodo di lockdown fosse una sorta di limitazione della libertà se non addirittura di carcerazione domiciliare; la didattica a distanza e lo smart working sono stati letti da troppi come delle occasioni di esercizio del disimpegno anziché come enormi opportunità di crescita e di sviluppo personale, nella cultura e nelle possibilità lavorative.

Già queste prime osservazioni ci fanno comprendere bene quanta pedagogia sia mancata anche a questo specifico riguardo. Anche la consapevolezza del valore sociale di ciascuna di queste misure, pur prescindendo dall'interesse personale, avrebbe potuto rendere appieno il valore umano di queste semplici azioni e avvertenze, anziché dare spazio a visioni negative e costrittive, quindi distorte.

Ma questo è solo l'inizio di quello che giustamente e legittimamente si dovrebbe richiedere alla pedagogia in una situazione problematica come quella che stiamo vivendo.

La presenza nei media di scienziati, medici, matematici, fisici e statistici, giustamente frequente e massiccia, ha consentito un'infarinatura divulgativa sulla materia, che ha evidenziato quanto sia diffusa l'ignoranza nello specifico, oltre a fornire le informazioni essenziali sull'andamento del fenomeno. Si è trattato di una presenza necessaria e assolutamente inderogabile: essa tuttavia non aveva e non poteva avere alcun obiettivo di trasmettere pillole di competenza medica o epidemiologica o statistica al grande pubblico, il che semmai avrebbe creato l'illusione di poter sostituire l'intervento di professionisti che da una vita si occupano di simili questioni con delle competenze minime, indubbiamente utili ma non di supplenza.

E qui notiamo l'altra grande carenza della pedagogia nella comunicazione di massa, e in fondo a veder meglio nella cultura nella quale siamo immersi. L'occasione andava colta per soddisfare un bisogno che è immediato e corrente, e in parallelo un altro bisogno che invece non è contingente ma è per tutta la vita: il bisogno di possedere un'adeguata cultura nel campo specifico, vale a dire nel campo medico e nel campo dell'elaborazione statistica di dati di questo genere: e, più in generale, di possedere una cultura equilibrata dal lato scientifico, obiettivo dal quale siamo ancora lontani.

Un confronto con le malattie batteriche dovrebbe consentire di inquadrare meglio il carattere virale di questa pandemia, come anche delle altre pandemie che hanno funestato il secolo precedente, dalla Spagnola alla Asiatica ad altre di minore entità ma comunque di notevole gravità assoluta. Sarebbe auspicabile la disponibilità di un antivirale specifico, come abbiamo un'agevole disponibilità di antibatterici, quegli antibiotici con capostipite la penicillina di Alexander Fleming (1928), che tanto ci sono familiari da tendere ad abusarne. Semmai, dobbiamo comprenderne come un'azione vada compiuta per spiegare fino in fondo quali siano gli effetti devastanti per le generazioni a venire di questo abuso, e quindi della selezione negli organismi umani di ceppi batterici resistenti all'azione di antibiotici a spettro sempre più ampio. Insomma, anche in questo caso, come per chi non protegge gli altri con la mascherina in regime di Covid19, la pedagogia ha precise responsabilità nel radicamento sociale di una cultura in tal senso che è, insieme, scientifica e di rispetto umano e sociale.

### **3. Pedagogia e vaccini**

In mancanza di un antivirale specifico, la soluzione del problema può essere solamente un vaccino. Così è stato per l'Asiatica degli anni 1957 e seguenti, che fu meno drammatica della Spagnola proprio perché c'erano degli studi virologici precedenti e fu possibile realizzare un vaccino in tempi più brevi. Tempi più brevi, che comunque si misuravano allora e si debbono misurare ancora oggi dell'ordine di grandezza degli anni. Al momento in cui scriviamo queste righe il processo è in evidente avanzamento in più paesi e in diversi progetti; possiamo sperare che la fruibilità ampia non venga troppo avanti. L'opinione pubblica dovrebbe essere pienamente edotta e consapevole del meccanismo di funzionamento dell'intervento vaccinale, anche con i dovuti riferimenti storici, e del fatto che una tempistica così prolungata è una doverosa garanzia per tutta la popolazione, in quanto i vaccini come è ben noto si somministrano a soggetti sani e consistono proprio nell'indurre una versione attenuata della malattia onde immunizzare l'organismo. Era così fin dall'origine, quando nel 1796 Edward Jenner praticò le prime vaccinazioni del vaiolo partendo dalle pustole delle vacche (da cui il termine); e ricordiamo che pubblicò il suo fondamentale contributo solo nel 1801. Ebbene, in un paio di secoli una malattia terribile come il vaiolo è stata completamente eradicata dall'umanità e ne rimangono solo pochi residui in alcuni laboratori di ricerca. I nostri giovani non hanno più sulla spalla quel simbolo di immunizzazione che le nostre generazioni precedenti hanno portato tutta la vita.

È difficile immaginare un compito più specificamente pedagogico, e pedagogico ai massimi livelli. Non si tratta solo di rendere edotta la pubblica opinione di che cosa sia un vaccino, di come si combattano i virus: si tratta di educare ad un atteggiamento razionale nei confronti della cura del corpo umano a cominciare dalla prevenzione, anche con i dovuti ragguagli storici e medico-biologici. Non si tratta nemmeno di una riproposizione delle fattispecie pedagogiche dell'insegnamento in sede non scolastica, che pure sarebbe già una grande cosa, si tratta proprio di educazione nei suoi tratti più essenziali di consapevolezza e rispetto per la persona umana altrui e per la persona umana propria.

#### 4. E invece...

Probabilmente i piani del discorso sarebbero anche più numerosi e maggiormente differenziati di quelli che abbiamo testè delineato. Fatto sta che anche limitandoci ad essi, le carenze di pedagogia risultano essere di estrema gravità per l'intera società e per ogni singola persona: non sono solo gravissime carenze educative, sono carenze di pedagogia.

Potremmo discutere a lungo fino a che punto ciò si debba ad una inadempienza della pedagogia, cioè di noi pedagogisti (accademici e professionali), e fino a che punto all'accantonamento da parte della società e di una certa cultura in qualche senso "ufficiale" della pedagogia nel suo ruolo essenziale per la socializzazione, la formazione e la relazionalità culturale e politica della persona.

Tanto più che proprio la situazione di pandemia ci offre, a fronte di quello che non si è fatto sul piano pedagogico, dei richiami pressanti e fino drammatici che noi non possiamo e non dobbiamo ignorare.

Ci riferiamo all'evidenza che questa situazione altamente problematica, fra l'altro, ha offerto un eccellente palcoscenico per l'incultura scientifica del nostro paese e, più spesso ancora, per l'espressione di un diffuso atteggiamento antiscientifico, irrazionale, che da tempo irride all'Illuminismo e agli sviluppi della scienza degli ultimi due secoli, anche se apprezza la tecnica, che è altra cosa, e le ha conferito e rinnovato una licenza ampia.

Non è questa la sede per riportare le tante follie arbitrarie che si sono propalate circa l'origine della pandemia o addirittura del virus, circa i fattori che ne faciliterebbero la diffusione individuati perfino nei presidi difensivi come le mascherine, circa miracolosi prodotti per lo più banali che avrebbero una mai dimostrata funzione antivirale, circa il complesso delle ricerche che vengono condotte in questo campo. Questa è una sede scientifica e non di chiacchiere: noteremmo che questa propalazione è stata consentita e agevolata anche grazie ai mezzi di comunicazione di massa, che sono disponibili oggi proprio per merito dell'evoluzione della scienza e conseguentemente dell'evoluzione della tecnica,

Completamento canonico e in un certo senso necessario di queste falsità ripetute è il ricorso a qualche versione della "teoria cospiratoria", secondo la quale all'origine della pandemia, e alla mancata lotta ad essa con questi asseriti strumenti, presiederebbero talune forze oc-

culte più o meno precisamente individuate mosse da interessi oscuri ovvero ben chiari di carattere nazionalistico e di speculazione, comunque di sfruttamento dell'uomo sull'uomo. Ciascuno dei lettori nei ricorderà tanto numerosi da confermare che una rassegna in questo senso sarebbe superflua.

Non stupisce che simili campagne di disinformazione siano tipicamente in uniforme nazionalistica, e neppure che tra i negazionisti ci fossero forze neofasciste e neonaziste; in Germania si sono perfino riviste le bandiere con la svastica del III Reich.

Solo su una variante vorremmo soffermare l'attenzione del lettore, quella secondo la quale l'origine del batterio sarebbe ascrivibile a diversi fenomeni non biologici, dalla rete 5 G ad altri interventi di carattere conflittuale tra Paesi o tra realtà economiche. Al di là dell'evidente insensatezza di simili affermazioni, troppi non si rendono conto che si sta tornando all'idea della generazione spontanea, alla possibilità che in questo caso il virus, in altri casi altri viventi, possano originarsi da materia non vivente e non da viventi della stessa specie e della stessa categoria. Abbiamo avuto prima le ricerche di Francesco Redi (1626–1697), che illustrò il Rinascimento, poi quelle di Lazzaro Spallanzani (1729–1799) gesuita biologo, poi quelle di Louis Pasteur (1822–1895), cioè tanti secoli di ottima ricerca, che è servita per prevenire tante fonti patologiche e di corroborare il principio *omne vivum e vivo*. Ma per troppi che credono che i moscerini nascano dalla frutta o da altri alimenti marci, o che i vermi vengano ai bambini da terra ingerita o da sassi succhiati, tanta cultura non esiste.

Almeno in pedagogia, non basta gridare all'ignoranza: occorre andare alle radici di quell'ignoranza, occorre estirparla. Chi crede che un virus possa non nascere da un altro virus è un ignorante, che per essere istruito va formato a che cosa sia la cultura umana.

Il discorso si lega immediatamente a quello dei vaccini: non bastasse il vaiolo, abbiamo un'amplessissima gamma di malattie di enorme gravità che vengono prevenute proprio attraverso i vaccini, come la poliomielite o la difterite, malattie che lo scrivente conosce da bambino, la prima per casi assistiti e la seconda per averla patita ed esserne alla fine uscito proprio grazie alla penicillina.

Sappiamo bene come ci sia stato un fatto deprecabile presso un medico statunitense il quale ha pubblicato su una prestigiosa rivista medica i risultati delle sue asserite ricerche secondo i quali determinati vaccini sarebbero responsabili addirittura dell'autismo: ma era com-

pletamente falso, i dati erano artefatti, quel medico fu giustamente radiato dall'ordine e dalla categoria dei discendenti di Ippocrate. Questo, semmai, è la riprova del valore della ricerca scientifica, per la quale non esiste mai un'ultima parola ma, tutto ciò che viene asserito, è controllabile da tutti. Ci ritorneremo fra un attimo.

Il fatto è che pretesti del genere, e ne abbiamo visti anche tanti altri, sono serviti a categorie di persone alle quali evidentemente la pedagogia non è arrivata come avrebbe dovuto per negare addirittura ai loro figli e a tutta la società il beneficio del vaccino. Hanno fin ritenuto di darsi un appellativo, "no vax". La considerazione che un genitore o comunque un responsabile di un minore o di un soggetto bisognoso non può imporre il suo negazionismo così esponendo il soggetto a malattie terribili ed invalidanti dovrebbe bastare. Ma anche in questo caso, come per le misure di contenimento del Covid19, c'è dell'altro che riguarda proprio la socialità, l'essere noi persone facenti parte di un contesto sociale, relazionale e culturale che caratterizza l'uomo in quanto tale. La vaccinazione non è solo una tutela per il vaccinato. una tutela che non ha alternative e che potrebbe, ove trascurata e omessa, condurre a malattie per le quali potrebbero non esserci cure o non esserci cure adeguate. Come ben noto, la vaccinazione è una tutela sociale, che può condurre addirittura alla eradicazione di una malattia gravissima, oppure al permanere del ceppo virale, ma in una forma e in una misura tale da non costituire pericolo per la popolazione.

## **5. Una mancanza di pedagogia implicita**

Le scelte sostanzialmente corrette delle autorità italiane, per una volta prevalentemente avvalendosi del parere degli scienziati, seguite in buona misura dalla popolazione almeno per alcuni mesi, avevano decisamente volto verso l'azzeramento le previsioni di contagio in pochi mesi, e pazienza se il rigore matematico nelle estrapolazioni e nelle previsioni non sembra essere stato altrettanto ampiamente compreso.

Il problema è che nel mese di agosto si è sostanzialmente contraddetta la procedura di confinamento e di contenimento della pandemia. Si diede l'impressione che questo fosse una sorta di liberazione, che prima subissimo dei sacrifici sovrumani e che solo ridandoci l'aggregazione, non rispettando né l'obbligo delle maschere né quello del lavaggio delle mani pur essendoci ormai lozioni disinfettanti in

ogni dove, si fosse finalmente concessa una sorta di liberazione ad un popolo che fino allora aveva sofferto la schiavitù d'Egitto. Come non notare in questo la carenza di pedagogia? Come non rendersi conto che è stato dato del lockdown una lettura negativa, repressiva, oppressiva, piuttosto che non quella di un complesso di stimolanti opportunità ad arricchire la propria vita e le proprie modalità di relazionamento, comprese le modalità di studio e di lavoro, dalle quali non saremmo potuti che uscire più liberi e più arricchiti? E dov'era la pedagogia quando durante il mese di agosto 2020 lo scatenamento delle ferie in villeggiatura, in Italia e in altri Paesi, dove i controlli erano notoriamente ancora minori, ci ha fatto risalire vistosamente la curva dei contagi e di tutti gli indicatori?

## **6. La democrazia e la scienza**

A questo punto, ricordiamo d'aver letto e riletto più e più volte che “la scienza non è democratica”.

La scienza, indubbiamente, può risultare incomoda a chi ha subito simili deprivazioni pedagogiche. E certo l'insensatezza dell'asserto diventa chiarissima vedendo le svastiche sfilare con i “no vax”.

Taluni azzardano una simile negazione nel senso che non è il consenso a costituire un fattore di evoluzione della conoscenza scientifica, né meno che meno un fattore di verità. Ma chi avrebbe mai asserito simili sciocchezze sulla scienza? Quanti abbiano la cultura adeguata, quanti abbiano conoscenza ed esperienza dirette della ricerca scientifica e delle relative professioni, sanno perfettamente che le cose stanno altrimenti.

È del tutto insensato pensare che si possa decidere a colpi di maggioranza, oppure con un consenso diffuso nella società dell'informazione corrente, una diagnosi clinica, una terapia, una campagna di prevenzione o di contenimento come quella relativa al Covid19, oppure una legge della fisica, una formula chimica, una descrizione astronomica, una sistemazione botanica o zoologica, una prospezione geologica e via elencando. Non si tratta neppure solo di scienze naturali sperimentali o empiriche, il dominio è più ampio. Abbiamo un buon secolo e mezzo di epistemologia contemporanea, ma soprattutto abbiamo cultura scientifica ed esperienza diretta di ricerca scientifica sperimentale effettivamente esperita, il che significa un ri-

mandare ad oltre due millenni e mezzo di storia della scienza in occidente. La scienza è un processo di continuo tentativo di risolvere problemi posti dall'uomo, attraverso l'esercizio della umana creatività nel rispetto delle regole, della coerenza "interna" cioè logica, e della coerenza "esterna" cioè del controllo empirico, con il feedback asimmetrico; per cui un numero alto quanto si voglia di conferme non dà verità, mentre una sola smentita inficia logicamente ogni asserto e il sistema di pensiero nel quale esso viene inserito. Si apprezzano anche il sano beneficio del dubbio, il senso critico, la storicità del sapere scientifico come di ogni altro sapere umano. In questo senso, possono essere scienze per la gran parte le scienze sociali, umane e della cultura e la stessa pedagogia tra di esse, se ed in quanto vengono praticate seguendo le medesime regole di fondo, e quindi possono vantare le stesse proprietà, a cominciare dalla trasferibilità interpersonale.

Lo slogan "la scienza non è democratica", insomma, è indubbiamente persuasivo e ha una sua forza di contrasto rispetto a tante pericolosissime insensatezze che si sono propalate in questa come in altre occasioni. Ma è falso.

Diciamolo chiaramente: la scienza è democratica.

È democratica nel senso che le opinioni di ciascuno sono tutte equivalenti, qualcuno sostituisce il ragionamento nel merito con l'affermazione "uno vale uno" che, di per sé, è perfettamente destituita di ogni e qualsivoglia fondamento, non significa nulla.

La scienza è democratica in quanto non è l'assertore che può dare un significato o una forza particolare a un asserto. Al contrario, tutti gli asserti che vengono avanzati nel tentativo di risolvere i problemi posti dall'uomo e inquadrati nel sapere umano più ampio, perché possano dirsi scientifici, vengono sottoposti ai medesimi controlli. In particolare, al controllo di quella che i pragmatisti chiamavano l'"esperienza futura", al controllo dei fatti, il che può dare falsificazione ma non verifica, al massimo corroborazione.

Ed ancora, tutti coloro che possono mettere alla prova un asserto di chiunque esso sia sono tra di loro equivalenti, non può esistere nella scienza un controllore privilegiato, una gerarchia tra assertori o tra controllori degli esserti, siamo veramente tutti uguali e tutti soggetti alle medesime regole; quelle regole che garantiscono al sapere scientifico le proprietà che sono sue proprie, in particolare la piena e illimitata trasferibilità interpersonale e intersoggettiva.

Ad esempio, anche se un vaccino funziona, deve poter funzionare su chiunque allo stesso modo, fatti salvi eventualmente quei casi particolari che sono previsti in origine e sono messi nel conto. Chi vuole risparmiarsi la fatica di pensare e istruirsi direbbe invece che “l’eccezione conferma la regola”. Ed invece l’eccezione smentisce e falsifica la regola, per lo meno nel sapere scientifico.

Ecco uno dei pregiudizi pesanti e duri a morire, per lo più risalenti all’800, ad un modo ottuso e incolto di vedere la scienza che in certi casi si ammantava di Positivismo, facendo torto ad una corrente filosofica che si è divisa il sapere europeo di quel secolo, in particolare filosofico, con l’Idealismo, e che era una cosa ben più seria. Parliamo di luoghi comuni che si sentono ripetere ancora oggi, soprattutto da quegli ignoranti che pretenderebbero di definirsi dotti e colti e poi agguingono addirittura ridendo “Io di matematica non ho mai capito niente!”, incuranti perfino della contraddizione evidente che, come noto, può servire solo per ragioni retoriche e propagandistiche.

Sono luoghi comuni come “È scientificamente dimostrato che...”, “La verità scientifica”, “La scienza produce certezze”, e l’immancabile quanto sommamente ignorante “La matematica non è un’opinione”. Solo per essere chiari, per esempio in quella matematica che si basa su sistemi assiomatici, si può dedurre dagli assiomi di base secondo certe regole e con certi strumenti tutta una branca del sapere; ma l’accettazione o meno degli assiomi, delle definizioni di base, delle regole d’inferenza, non ha nulla di costrittivo, è realmente un’opinione, e come tutte le opinioni scientifiche non è un’opinione arbitraria, è un’opinione che tiene conto in maniera essenziale delle conseguenze.

La scienza, o se si preferisce il complesso dei saperi scientifici che spaziano tra lo studio dell’uomo, lo studio della natura, lo studio della società, lo studio della storia e della cultura ed anche le scienze formali, costituisce nel suo complesso un sistema aperto, sempre in evoluzione, proprio perché è fallibile e falsificabile e quindi consente continue evoluzioni. In ogni caso, non dà mai nulla per definitivamente acquisito ma tutto per evolvibile nel futuro, in una ricerca continua che non ha una direzione, ma ha un verso, quello dell’evoluzione culturale, quello delle lancette della storia, quello dell’entropia crescente, quello stesso dell’evoluzione biologica e naturale. In questo senso, la scienza non solo è democratica, ma è un eccellente modello innanzitutto metodologico per la democrazia.

È democratico un sistema nel quale non ci siano mai certezze né definitività, nel quale il discorso è sempre aperto, nel quale è possibile in ogni caso modificare ciò che è stato dato per acquisito fino ad un attimo prima, nel quale non c'è nessuno che abbia da dire l'ultima parola. Il processo, della conoscenza scientifica come della storia umana, della cultura come della democrazia, è a-teleologico, senza fine né fini. Potremmo discutere se ci siano degli ideali regolativi, ma probabilmente preferiremmo concludere con Bruno Bettelheim che *das Grundprinzip ist: keines Prinzip*, cioè il principio di fondo è nessun principio!

La scienza è democratica e, nel senso ora detto, la scienza è democrazia. La democrazia trova nella scienza il suo sapere più consono. O qualcuno crede che fosse una coincidenza che la “gerarchia dei saperi” sia stata espressa dall'autore della riforma della scuola del 1923 definita da Benito Mussolini “la più fascista di tutte”? Non gli sarebbero certo mancate le alternative. Quella riforma che considerava cultura esclusivamente la cultura letteraria, storica, filosofica, e che si permetteva di chiamare impropriamente “umanistica” una visione della cultura che scartava ciò che abbiamo di più umano cioè la ricerca scientifica.

L'opera di Leonardo, Galileo, Marconi o Fermi è umanistica esattamente come quella di Michelangelo, Dante, Leopardi o Monteverdi. Sono tutti atti di esercizio della creatività umana per l'uomo, per contribuire alla soluzione di problemi umani. Hanno tutti il medesimo valore culturale ed educativo, e in questo forse la pedagogia d'oggi ha ancora un grosso compito da svolgere. Seguendo la filosofia Neoidealista in un contesto politico coerente, invece, la scuola era culturalmente squilibrata, e se faticiamo a rendercene conto e a provvedere è perché tutti ci siamo cresciuti dentro. La dittatura temeva la scienza come un nemico pericolosissimo da non dichiararsi; fortunatamente essa ha dimostrato la forza di farsi strada anche dove è stata esclusa o minimizzata, e lo stesso vale per la tecnica; mentre non osiamo pensare quale cultura letteraria, filosofica, linguistica, storica si sarebbe potuta sviluppare in una scuola nella quale esse fossero state minimizzate allo stesso modo.

Autoritaria e non democratica era la visione dell'insegnamento come una non professione, che non si insegna e non si impara, alla quale si postula una imprecisabile ed evanescente “vocazione”, anch'essa non riscontrabile, la conoscenza disciplinare (chi sa, sa per

ciò stesso anche insegnare) e, per il resto come per tutto, la cultura “umanistica” nel senso riduzionistico detto e ben noto a tutti.

Questo ulteriore negazionismo, peraltro, era analogo alla negazione di tutte le professioni sociali. È il caso degli psicologi, dei sociologi e dei pedagogisti, che hanno scontato non a caso in Italia un ritardo spaventoso, per cui i primi corsi di laurea in Sociologia si sono avuti negli anni Sessanta, i primi in Psicologia negli anni Settanta, e per i corsi di formazione dei pedagogisti di professione si ha il dovere di segnalare che i primi tentativi operati nell’ultimo decennio del secolo scorso con l’abolizione del pur apprezzabile Magistero non hanno nemmeno ora, a distanza di quasi trent’anni, neanche lontanamente avvicinato lo scopo.

La nostra scuola ha ancora grandi passi da compiere, non sarà facile e sussistono le ben intuibili resistenze. Ma, per lo meno, e chiaro ciò che è ancora da fare, possiamo indicare una rotta per quanto impegnativa ma che è necessario compiere,

Ecco un altro compito per la pedagogia, un’altra evidenza dell’accantonamento della pedagogia dove sarebbe stata necessaria.

## **7. La scienza e l’oratoria**

Avviandoci a concludere con i negazionisti del contagio, qualcuno invero ha ricordato il don Ferrante dei Promessi sposi. Certo, oggi si impiegano pretesti diversi, ma è notevole che si ripeta l’atteggiamento pieno di supponenza e di spocchia di chi, di fronte ad un problema concreto e drammatico crede di poter rispondere con “argomentazioni”, chiacchiere che negano il carattere problematico e sostituiscono lunghi discorsi al più impegnativo compito di rimboccarsi le maniche e cercare di risolverlo. C’è una tradizione filosofica italiana che risale almeno al XVII secolo e che è arrivata fino ai nostri tempi e a certi modi di intendere anche la politica e il governo: rispondere ai problemi non con la competenza specifica e la ricerca ma con la retorica, l’ars oratoria, con discorsi forbiti e dotti da parte di persone incompetenti nello specifico e decise a non intervenire. Dovrebbero rileggersele tutti, il capitolo XXXVII del capolavoro di Alessandro Manzoni, e il ripetersi oggi del non agire del personaggio diventerebbe riconoscibilissimo. Come nella medicina, nell’epidemiologia e nelle statistiche applicate, la chiacchiera viene sparsa anche su tematiche ecologiche,

di produzioni alimentari, energetiche, di materie prime, di acqua potabile, e in tutto un complesso di dimensioni sociali, politiche, umane essenziali nelle quali ci vorrebbe scienza e ci vorrebbe anche la tecnica, che è altro sapere. Basta usare il termine “scientismo” e si crede di aver escluso la necessità di scienza che c’è, senza dire che lo scientismo non è una scienza ma una visione filosofica senza padri ma con tanti figli; basta evocare il termine “Positivismo” con una smorfia e un’intonazione canzonatoria, non comprendendo che si tratta di una corrente di pensiero come l’Idealismo o lo Spiritualismo, e che si estendeva a tanti campi di metodologia scientifica, medica, storica, antropologica, pedagogica: qualcuno ricorre allo stesso espediente sostituendovi incoltamente il Pragmatismo, e crede di poter aggiungere che questo diventa materialismo, cinismo (altra corrente filosofica), negazione di ciò che è umano.

Dovremmo aver studiato attentamente Edmond Demolins (1852–1907) e il freno che può esercitare nell’educazione e nella cultura un modo di intendere le tradizioni delle quali pure dovremmo essere orgogliosi e dalle quali potremmo trarre un gran giovamento.

È l’analogo di tante cosiddette “medicine alternative” che non dovrebbero essere fregiate del termine “medicine”. Non meritano neppure una menzione in uno scritto scientifico: sono pratiche, somministrazioni, esercizi e quant’altro che non hanno nessun dato corroborante né nessun possibile fondamento chimico, fisico o biomedico; il lettore può certo portare tutti gli esempi che occorrono tanto è il battage che esse suscitano. Quale efficacia terapeutica abbia qualunque terapia dovrebbe essere controllato con sperimentazioni “a doppio cieco”, secondo una metodologia consolidata e ragionevole; essa costituisce un buon modo di esercitare la coerenza esterna. Questa è una garanzia per tutti, gabellare per efficace un rimedio che non ha passato nessun controllo, ma può suggestionare, richiede lunghe conversazioni, è (questo sì) antiumanistico e anti-democratico, è tirannico e dittatoriale come il peggiore Fascismo. Chiamiamo anti-democrazia quella che lo è storicamente e riscontrabilmente, a volte anche dichiaratamente. In Italia, si dichiaravano antidemocratici anche soggetti che non erano fascisti: cerchiamo di non dimenticarlo.

Si noti che è comune a chi esercita queste pratiche il replicare, più o meno, che anche se non esistono le garanzie della metodologia scientifica, essi con il paziente parlano, dedicano anche un’ora per

ogni visita o anche di più. L'oratoria e la retorica suppliscono alla effettiva capacità di curare il paziente, di risolvere il problema.

Cultura e metodologia scientifica vanno coltivate come importanti presidi di educazione dei nostri giovani a partire dalle primissime età, come atteggiamenti nei confronti della realtà naturale e sociale e come modi corretti e rispettosi di tutti di interagire con l'una e con l'altra, se ci si pensa con la dovuta preparazione lo si capisce immediatamente. Che si proceda per imposizione di regole e modelli, con la forza della coercizione fisica o con quella della coercizione psicologica, o che si neghino agli educandi le regole metodologiche e i principi per vivere da soggetti attivi e responsabili la loro interazione con l'ambiente naturale e sociale, il loro essere persone, è questo sì veramente anti-umanistico, anzi disumano. Equivale a negare ai nostri bambini il necessario nutrimento, il necessario complesso di protezioni dalle intemperie, una casa che li protegga, un'istruzione, un'educazione. Sarebbe una vera e propria forma di maltrattamento dei più deboli, ed è insieme condanna ad un ben triste futuro per la nostra società. Dovremmo averlo capito dalla nostra storia, se fosse proprio *magistra vitae*, come dovrebbe essere.

Studiamo la storia umana, e per comprenderla integriamola con la storia della scienza e con la storia della tecnica, ricordando sempre che la scienza e la tecnica sono due saperi diversi e due forme differenti di conoscere la realtà e di interagire con essa anche se ovviamente e comprensibilmente non sono disgiunte, hanno molti motivi di cooperazione e di sinergia tra di loro. Studiamo tutto ciò ricordando che la storia (la storiografia) può essere condotta come una scienza, una scienza che non stabilisce leggi (non nomotetica) ma che descrive gli eventi (una scienza idiografica) sviluppando concetti come la causa occasionale, le conseguenze inintenzionali, le teorie cospiratorie e via elencando. Si può anche fare storia in modo non scientifico, e così torniamo ai condizionamenti ideologici e dittatoriali che strumentalizzano anche la storia umana, alla storia con la morale, a tesi, con la pretesa di un fine e via elencando.

Le pandemie e le truffe "alternative", trovano in questa visione della cultura come retorica e argomentazione suasiva, *ars oratoria* in luogo di rigore scientifico, "umanismo" unilateralmente malinteso, nella negazione della scienza, il semaforo verde. Come anche lo trova la dittatura peggiore.

## 8. Per la pedagogia c'è molto da fare

Come si vede, la pedagogia ha molto da fare in questo campo. Ma sappiamo che cosa ha da fare, e soprattutto questo “molto” che ha da fare è gran parte del suo compito di oggi, e da decenni, in prospettiva futura. Se non fosse previsionale, se non guardasse avanti, se non si proiettasse sul futuro rimuovendo gli ostacoli evidenti e fornendo tutte le strumentalità e tutte le opportunità che sta in lei fornire e che sono necessarie, non sarebbe pedagogia.

### Riferimenti bibliografici

ANTISERI D., *Regole della democrazia e logica della ricerca*. Armando, Roma 1977.

— *Logica della ricerca e società aperta*, La Scuola, Brescia 1997.

— *Teoria unificata del metodo*, Liviana, Padova, 1982; n.e. UTET Università, Torino 2001.

ANTISERI D., SCANDELLARI C., FEDERSPIL G., *Epistemologia, clinica medica e la "questione" delle medicine "eretiche"*. Rubettino Editore, Soveria Mannelli (CZ) 2003.

BLEZZA F., *Pedagogia della prevenzione*. CSE, Torino 2009.

— *La pedagogia sociale – Che cos'è, di che cosa si occupa e quali strumenti impiega*. Liguori, Napoli 2010.

— *Pedagogia professionale – Che cos'è, quali strumenti impiega e come si esercita*. Libreria Universitaria, Limena (PD) 2018.

DEMOLINS E., *À quoi tient la supériorité des Anglo-Saxons*. F. Didot et cie, Paris 1898.

DEWEY J., *Logic: The Theory of Inquiry* (1938), Ed. it. Logica, teoria dell'indagine, Einaudi, Torino 1949.

FROMM F., *The anatomy of human destructiveness*, New York, Holt McDougal, 1972. Fd. it. *Anatomia della distruttività umana*, di pubblico dominio in rete.

— “Die Pathologie der Normalität” in *Zur Wissenschaft vom Menschen*, Berlin, Quadriga, 1991. Fd. it. *I cosiddetti sani*, di pubblico dominio in rete.

BETTELHEIM B., *Surviving and Other Essays*, 1979. Ed. it. *Sopravvivere e altri saggi*. Feltrinelli, Milano 1981.

FRANKL V., *Lettere di un sopravvissuto. Ciò che mi ha salvato dal lager*. Rubbettino, Soveria Mannelli (CZ) 2008.

GUILBERT J.J., *Guide pèdagogique pour les personnels de santè* – Educational handbook for health personnel. OMS – WTO, Genève 1976.

IORI V, (a cura di), *Educatori e pedagogisti – Senso dell'agire educativo e riconoscimento professionale*, Edizioni Centro studi Erickson, Trento 2018.

SANTOIANNI F., (a cura di), *Scritti sull'educazione [di Richard Rorty]*, La Nuova Italia, Firenze 1996.

SANTUCCI A., *Storia del pragmatismo*, Laterza, Roma–Bari 1992.

— *Empirismo, pragmatismo, filosofia italiana*, CLUEB, Bologna 1995.



## Medicina Narrativa, Narrazione in Medicina, Medicina centrata sul paziente...

Non è solo una questione terminologica

MICAELA CASTIGLIONI\*

**RIASSUNTO:** Molte sono le questioni ancora aperte attorno alla Medicina Narrativa e non pochi sono i fraintendimenti e gli equivoci semantici e pertanto di significato, che la riguardano, con tutto ciò che questo comporta a livello di orientamento nella cura e di pratiche di cura.

Le distorte rappresentazioni e assunzioni epistemologiche e operativo-procedurali della Medicina Narrativa possono, inoltre, rendere ragione degli atteggiamenti di diffidenza, di difesa, se non perfino, di vero e proprio rifiuto svalutativo, da parte dei curanti. Ai quali, ovviamente, contribuiscono altri fattori, a più livelli.

Se questo, è lo scenario nel contesto italiano — che con questo contributo cerchiamo di restituire, prendendo in considerazione soltanto alcuni punti di attenzione e criticità che lo ineriscono — a rendersi sempre più urgente, a nostro parere, è una progettualità rigorosa di ricerca interdipartimentale, se ci riferiamo all'università, e interistituzionale, se mettiamo in gioco i vari servizi del territorio, tra cui le aziende ospedaliere, volta a una prima rilevazione delle rappresentazioni e dei punti di vista propri degli attori coinvolti, e ad una iniziale mappatura delle esperienze e delle pratiche già realizzate ed esistenti con la finalità di operare un distinguo tra ciò che rientra nell'alveo della medicina narrativa e ciò che non può essere considerato come medicina narrativa, con la rischiosa deriva che tutto "il narrativo" diventi medicina narrativa. Per esempio, anche se nel nostro contributo, non prendiamo in considerazione questa dimensione, non possiamo

\* Università degli Studi di Milano Bicocca, Dipartimento di Scienze Umane per la Formazione "Riccardo Massa".

non accennare a una sorta di “moda” che consiste nella raccolta, quasi fine a se stessa, di storie di malattia dei pazienti. A chi giova, ci chiediamo? Laddove, della storia possiamo quasi farne a meno, se non inseriamo il livello della generatività della storia stessa, ossia, il che cosa essa, una volta raccontata e ascoltata, ha permesso di apprendere al professionista della cura, al paziente, per la relazione che tra loro si sviluppa, e all’organizzazione.

PAROLE CHIAVE: Medicina narrativa; distorsioni epistemologico-operative/; empatia; Consensus Conference.

ABSTRACT: Many questions remain open around narrative medicine, while at the semantic level this paradigm is exposed to numerous misconceptions and ambiguities of meaning, with inevitable repercussions for care and care practices.

When distortions arise in the representation of narrative medicine and its epistemological and operational–procedural assumptions, this can foster distrust, defensiveness, and even outright rejection, on the part of healthcare practitioners. Albeit that multiple other factors can also contribute to such reactions.

In light of this state of affairs, which I selectively explore here in relation to the Italian healthcare context in particular, I suggest that there is an increasingly urgent need for rigorously designed research programs — which should be interdepartmental at the university level and involve both hospitals and their partner institutions in local healthcare settings — aimed at mapping the existing range of narrative projects and practices and investigating the representations and perspectives of all the actors involved in them. This would enable us to better define which practices properly belong to the narrative medicine paradigm and which do not, in turn reducing the risk of everything “narrative” being viewed as narrative medicine. For example, although the phenomenon falls outside the scope of this paper, it has recently become “fashionable” to collect patients’ stories, almost as an end in itself. But whom does this benefit? A story per se is of limited value if we fail to engage with its dimension of generativity: in other words, unless we are able to recognize what this story, once it has been told and listened to, has allowed to be learnt, from the respective

perspectives of the healthcare practitioner, the patient, the practitioner–patient relationship, and the healthcare institution.

KEY–WORDS: narrative medicine; epistemological/operational misconceptions; empathy; Consensus Conference.

## **1. Non solo una premessa...**

L'intento di questo contributo non è quello di ripercorrere le origini e la storia della Medicina Narrativa (MN) quanto quello di sollevare alcuni aspetti cruciali e punti critici che la riguardano — con uno sguardo rivolto al contesto italiano — che mettono in gioco, come vedremo, più dimensioni organizzative, professionali e personali del curante. Si tratta di aspetti che non possono essere trascurati ancora a lungo, se a livello di decisioni e di scelte strategico–istituzionali, di politica sanitaria e di cultura accademica, si è realisticamente orientati a una vera e autentica messa in discussione del paradigma epistemologico del sapere e dell'agire medico e di cura, che risulta sempre più necessaria. Basti pensare all'ultimo evento drammatico della pandemia da Covid 19, tuttora in corso, che ha reso sempre più evidenti antiche lacune e vulnerabilità del nostro sistema sanitario.

Dentro questa cornice di riferimento e sviluppando una prima considerazione possiamo affermare come all'inizio, tra medico e paziente, non si possa parlare di relazione quanto di incontro e di rapporto. Sol tanto successivamente e in modo processuale i due partner costruiscono una relazione.

A questo punto, vi invitiamo a compiere un breve esercizio che consiste nel rappresentare mentalmente la relazione tra medico e paziente. Come la definireste? Vi sembra assimilabile ad altri tipi di relazione? Oppure, pensate che sia del tutto specifica e singolare? Quali sono, secondo voi, gli elementi che la costituiscono e la connotano?

## 2. Qual è la nostra rappresentazione della relazione medico-paziente

A nostro parere, si tratta di una relazione singolare con precise peculiarità (Bongiorno & Malizia, 2002) che la rendono differente da ogni altra forma di inter-azione, se non altro perché il medico è, o potrebbe apparire, in una posizione di superiorità rispetto al paziente che si rivolge a lui, chiedendo aiuto e aspettandosi risposte su questioni che riguardano la sua vita:

Il mondo del medico e quello del paziente sono separati da un fossato che può essere molto profondo. Costruire una relazione terapeutica significa gettare un ponte sul quel fossato: ponte che deve essere un luogo condiviso ed essere quindi costituito da elementi provenienti da ambedue i mondi. La costruzione del ponte coinvolge quindi tutti e due gli attori: il medico porta le proprie competenze scientifiche e tecniche, il paziente porta le proprie competenze su di sé, sulla sua storia, sulla sua cultura, sulla sua esperienza della malattia. [...] La relazione è una danza e per danzare bisogna essere in due, anche se è uno che guida. (Bert, 2007, pp. 12–13)

Per quanto riguarda le principali caratteristiche che connotano questa relazione e che, in quanto tali, le conferiscono una natura e un andamento complesso, ambivalente, se non perfino paradossale — di certo, di non facile costruzione e gestione — ci atteniamo a Bongiorno, Malizia (2002, pp. 35–36), che le sintetizzano come segue, per cui abbiamo a che fare con una relazione:

- asimmetrica: caratterizzata da una diversità dei ruoli ricoperti dai contraenti ma che, al contempo, risultano complementari;
- stabilmente complementare: perché il medico ha un ruolo ben preciso non soggetto a cambiamenti, mentre il paziente entra ed esce dallo status di malato, acquisendo il diritto all'aiuto in funzione della sua malattia e – aggiungiamo noi – della fase della sua terapia e storia di cura. Ne consegue una impossibilità di inversione di ruoli;
- contrattualmente implicita: in quanto ambedue i membri hanno aspettative reciproche che li legano in sorta di contratto, a garanzia della buona relazione stessa;
- centrata sull'obiettivo: che deve essere sempre e comunque tenuto ben presente e garantito, per cui deve essere mantenuto il focus sul problema oggetto della relazione;

- fondata sulla fiducia: che rappresenta la premessa e, al contempo, la conseguenza della relazione. Questo fattore risulta fondamentale ai fini terapeutici perché è necessario che il paziente “si affidi” al medico con tutto il suo bagaglio di paure, timori, incertezze, dubbi, aspettative, motivazioni, domande, ecc.;
- limitata: rispetto a tempo, spazio e contenuti;
- neutrale: in quanto richiede al medico di riconoscere e rispettare i bisogni dell’altro e il loro modularsi adeguando ad essi una strategia di intervento senza però imporre le proprie scelte, le proprie convinzioni e i personali valori;
- intima: perché entra in contatto con i vissuti profondi del paziente e con il corpo dello stesso, da sempre riconosciuto come lo spazio più intimo ed inviolabile al quale non è possibile accedere senza un’adeguata relazione emotivamente sensibile e attenta;
- ritualizzata: ovvero caratterizzata da tutti i gesti, le sequenze, il luogo e il camice che rendono unica la relazione medico–paziente;
- empatica: ma senza collusioni con i problemi del paziente.

L’empatia, termine che, semanticamente è piuttosto abusato in psicologia e in pedagogia — così da essere frequentemente e facilmente banalizzato o, comunque, non compreso nell’autenticità e profondità del significato che gli è proprio — è di fondamentale importanza, poiché è tramite essa, come ci insegna molto bene la lezione fenomenologica curvata pedagogicamente (Bertolini, 1988) che si può co-costruire una relazione medico–paziente (nel nostro caso) all’insegna del “sufficiente distanziamento” (Bongiorno, Malizia, 2002; Pagliaro, 2006) della costante flessibilità e negoziazione, della reciprocità del confronto, ma anche della necessità ineludibile della “parola franca”, come la definisce Mortari (2006) capace di generare e di aprire, se necessario, uno scarto o una dissonanza cognitiva ed emotiva tra il medico e il paziente tollerabile da quest’ultimo e, proprio per questo, dalle valenze terapeutiche.

### **3. L'empatia e la Medicina Narrativa: risorsa o ostacolo per il curante?**

Innumerevoli, come ben sappiamo, sono le concettualizzazioni dell'empatia anche per definire la relazione medico-paziente, ne richiamiamo pertanto soltanto alcune. Ad esempio, Pagliaro (2006, p. 15) la intende come un atteggiamento psicologico che spinge il medico a cercare di capire ed eventualmente condividere le reazioni psicologiche ed emotive del paziente alla malattia; per Bert (2007, p. 13) l'atteggiamento empatico o la capacità di provare empatia implica: "la capacità di ricostruire nell'immaginazione l'irripetibile esperienza dell'altro: nessuno può infatti provare ciò che l'altro prova (niente identificazione quindi); è però possibile entrare, per così dire, in risonanza con le emozioni dell'altro e di conseguenza migliorare la comunicazione". In continuità, lo sguardo di Mortari (2006, p. 11) che definisce l'empatia nella relazione di cura come: "la capacità di cogliere l'esperienza vissuta dagli estranei o un cogliere l'esperienza estranea che resta distinta dalla propria soggettività ma con la quale esiste un co-sentire in prossimità dell'altro".

Perché stiamo rivolgendo l'attenzione all'empatia? Perché la Medicina Narrativa, o centrata sul paziente, o meglio ancora, sulla relazione medico-paziente, o anche sull'illness, ecc., ha molti elementi in comune, per l'appunto, con la capacità di provare atteggiamenti empatici, tanto che, potremmo chiamare — tra le sue tante definizioni — la Medicina Narrativa (MN) come Medicina Empatica (MEM).

### **4. Che cos'è, o che cosa non è, la Medicina Narrativa: alla ricerca di uno statuto epistemologico/operativo**

È qui che solleviamo il nostro secondo punto di attenzione che ha a che vedere con la ricca varietà terminologica con cui ci si riferisce alla Medicina Narrativa per cui, di volta in volta — come si è già accennato — essa viene chiamata anche Narrazione in Medicina, Medicina centrata sul paziente, Medicina centrata sulla relazione medico-paziente, Medicina attenta all'illness, ecc., dimensione che sembra corrispondere alla difficoltà, o incertezza, di una sua precisa concettualizzazione, definizione e comprensione. Questione non di secondaria importanza se si vuole ridurre il rischio di possibili fraintendimen-

ti, misconoscimenti, o di vere e proprie distorsioni di significato, nonché di retoriche interpretative, ovviamente, non prive di implicazioni e ripercussioni sulla possibile maggiore apertura del sapere medico e del suo agire verso lo sguardo narrativo alla cura.

Lungo questa direzione, è quasi più facile circoscrivere che cosa non sia la Medicina Narrativa.

Ci avviciniamo, tuttavia, a che cosa essa sia, nel senso di scelte che essa implica per il curante, e lo facciamo tramite l'analisi di Masini (2007)

Senza dubbio:

a) riformula l'idea e il modello di cura, e di conseguenza, la pratica di cura medica, così come sono stati appresi nella formazione di base in università e continuano a sussistere e ad essere alimentati anche all'interno della formazione permanente, o in servizio, per i professionisti della cura;

b) richiede di rivedere la rappresentazione che il curante ha di sé e della propria identità professionale allenandosi e permettendosi di riconoscerne le componenti e le competenze emotive, relazionali e comunicative, così come l'intreccio di aspetti personali e professionali che contribuiscono alla sua costruzione;

c) stimola la problematizzazione della relazione di cura tra il medico e il paziente che non può essere affidata soltanto a gesti e parole tecniche;

d) comporta un affinamento della modalità comunicativa tra medico e paziente, compresi i familiari di quest'ultimo;

e) riconfigura l'anamnesi medica nella direzione della raccolta della storia di malattia, ma anche, di vita del paziente inserito nel suo contesto familiare, relazionale, in più casi, anche professionale, con il suo portato di ansie, di timori, di vere e proprie paure verso ciò che gli sta succedendo. Ne risulta un'anamnesi rigorosa, attenta al dato biologico, e al tempo stesso, meno tecnica e fredda, più profonda, sensibile a cogliere i vissuti del paziente verso la sua malattia e la terapia proposta. Un'anamnesi che cerca di configurarsi come un ponte tra il mondo del medico e quello del paziente, con la finalità di contribuire a una maggiore collaborazione tra i due, che possiamo anche intendere come alleanza terapeutica che passa attraverso la possibilità di accettare di più la diagnosi della propria malattia e dunque la malattia stessa.

Ci ricorda Bert (2007) come la diagnosi possa rappresentare “il problema”, ma possa anche essere “terapeutica”, se gestita in modalità “narrative”, che appartengono al paradigma della medicina narrativa.

## **5. Saper modulare l’empatia ha a che fare con la Medicina Narrativa**

A questo punto, facciamo un passo indietro, e riposizioniamo il nostro sguardo sulla dimensione dell’empatia che può porsi anche come questione di non facile gestione per il curante, sia all’inizio della professione sia nel lungo tempo. Pertanto, se consideriamo lo stretto legame tra l’assunzione dell’atteggiamento empatico e lo sguardo narrativo alla cura, o medicina narrativa, potremmo fare l’ipotesi che all’origine di comportamenti di diffidenza, resistenza o vero e proprio rifiuto dell’approccio narrativo in medicina, ci sia — tra le tante variabili professionali e organizzative — anche quella personale del timore di non saper modulare la relazione di cura all’insegna dell’empatia, per cui, il professionista potrebbe slittare facilmente dall’empatia sana, che fa bene (del resto, ad entrambi i partner, medico-paziente) all’empatia non sana, o che non fa bene.

Di conseguenza, la Medicina Narrativa basata sull’empatia — come, ovviamente, su altri fattori, che non richiamiamo per ragioni di spazio espositivo — da Medicina “buona” (non buonista), o anche, da buona pratica di cura, potrebbe diventare Medicina “non buona”, o non buona pratica di cura.

L’empatia, infatti, ha gradi variabili a seconda dell’atteggiamento dei medici verso i pazienti, per cui, possiamo avere (Pagliaro, 2006, pp. 21–22):

- medici con un basso livello di empatia, i quali agiscono secondo schemi puramente biomedici, esercitando con piena competenza il proprio ruolo, pur considerando il paziente un estraneo. Come chiamarli: tecnici della medicina e della cura; medici asettici?;
- medici che considerano il paziente come una persona e non solo come un problema clinico, informandosi sulla sua famiglia, sulle conseguenze che la malattia comporterà sul malato e sull’intero sistema familiare, pur senza lasciarsi totalmente travolgere dal confronto.

Questa interpretazione della malattia offre vantaggi in termini di compliance del paziente, miglior comprensione del linguaggio verbale e non verbale dello stesso, e benessere psicologico del medico, che in particolare nel lungo tempo, e per una molteplicità di fattori interni ed esterni a sé, corre meno il rischio di smarrire il senso più profondo della propria professione e del proprio lavoro di cura. Come chiamarli: medici che curano gli altri e sé, e viceversa? Consapevoli dell'importanza di tale circolarità, o andirivieni?;

- medici totalmente coinvolti dalla malattia e dalla sofferenza del paziente (e dei suoi famigliari) , dalla morte o dalla inevitabilità della morte di un paziente, con conseguenze sul piano personale e professionale, depressione, difficoltà nel colloquiare con i malati, soprattutto , in fase terminale, crollo della motivazione e senso di inadeguatezza propria e della medicina. Come li chiamiamo: medici troppo empatici, quasi, onnipotenti? Che facilmente slittano nella percezione di sé come medici impotenti?

Quest'ultimo atteggiamento rappresenta una possibile deriva dell'empatia che comprensibilmente preoccupa i curanti (*Ibidem*), per cui, se per la Medicina Narrativa il potenziamento della capacità e della competenza empatica è di centrale importanza — per la proprietà transitiva, potremmo dire — la Medicina Narrativa genera allarme, o comunque, una certa difensiva, nei professionisti della cura.

## 6. Che cosa ostacola la Medicina Narrativa

Ovviamente molte altre sono le variabili che entrano in gioco e che rendono ragione della difficoltà che incontra, nel nostro paese, la medicina narrativa a configurarsi, in fondo, come normalità della medicina e della pratica di cura, come ci piace chiamarla.

Oltre alle variabili riferibili alla storia personale e al sé personale del curante, ci sono variabili di tipo più professionale strettamente legate a quelle che riguardano le organizzazioni che erogano cura nella nostra contemporaneità sulle quali ci siamo soffermati in altri contributi (Castiglioni, 2019a; Castiglioni, 2019b; Castiglioni, 2019c).

Non possiamo non fare riferimento, a questo punto, allo stato dell'arte della formazione di base e in servizio dei futuri medici anco-

ra strettamente ed eccessivamente ancorate al paradigma della medicina delle evidenze e al modello tecnicistico della formazione.

Non si tratta, ovviamente, di contrapporre la medicina delle evidenze biologiche alla medicina narrativa, e viceversa, ma di pensarle e progettarle secondo una realistica e possibile complementarità di sguardi, che come tale, va sempre criticamente e localmente contestualizzata, proprio in modo coerente alle caratteristiche del pensiero e dell'agire orientati narrativamente che non sono mai avulsi dalla situazione complessiva, complessa e puntuale in cui si muovono.

Un ulteriore rapporto di complementarità che si ripropone con urgenza – se si fa proprio l'approccio narrativo in medicina e alla cura – è quello che già negli anni Novanta veniva sollecitato da Piero Bertolini (1995, p.22), e che riguarda il sapere medico e il sapere pedagogico, soltanto a prima vista distanti, ma di fatto caratterizzati da fondamentali trasversalità che avvicinano la scienza medica e la scienza pedagogica. Nesso, quest'ultimo, che molto spesso, nei dispositivi formativi rivolti ai medici, fa loro letteralmente “sgranare” gli occhi come se il loro lavoro non avesse alcun significato educativo. Situazione, a dir poco, strana se solo pensiamo alla centralità dell'educazione terapeutica, della compliance del paziente alla terapia, all'importanza terapeutica, laddove sia possibile, di far riferimento a pazienti esperti che, in ultima analisi, sono pazienti, formati, educati, ecc.,...

Quali sono le dimensioni che accomunano medicina e pedagogia?

## **7. Alla ricerca del necessario rapporto tra medicina e pedagogia**

Medicina e Pedagogia, ci ricorda Piero Bertolini (1995), sono entrambe due scienze che si collocano nell'orizzonte delle scienze eidetiche ed empirico-pratiche.

- Perché empiriche? Perché medicina e pedagogia devono partire dalla e riferirsi sempre alla concretezza dell'esperienza di pertinenza;
- Perché pratiche? Perché la loro giustificazione epistemologica fa riferimento ad una costitutiva apertura al futuro, ovvero a una funzione trasformativa della realtà, dell'esperienza;

- Perché eidetiche? Perché esse non possono accontentarsi di registrare o descrivere le esperienze avvicinate, e neppure di intervenire estemporaneamente o, se si preferisce, caso per caso. Esse debbono saper cogliere ed evidenziare quelle costanti che le percorrono secondo la forma di direzioni generali, capaci di dare un senso più ampio e più rispettoso della complessità della realtà chiamata in causa.

La dimensione del senso ci porta inevitabilmente in prossimità della medicina narrativa preoccupata di comprendere quello che sta succedendo tra il medico e il paziente nel mentre si incontrano, tra una visita e l'altra, durante la terapia, l'auspicata guarigione o l'infausto esito finale.

## **8. La parola alla Consensus Conference**

Di questo più che mai necessario nesso tra medicina, narrazione e pedagogia ha ampiamente discusso, nel 2014, la Consensus Conference promossa e presieduta dall'Istituto Superiore di Sanità, che ha avuto come esito la messa a punto delle "Linee di indirizzo per l'utilizzo della Medicina Narrativa in ambito clinico-assistenziale, per le malattie rare e cronico-degenerative". Senza dubbio la Conferenza di Consenso ha rappresentato una svolta in "materia" di medicina narrativa e del suo riconoscimento anche a livello strategico-istituzionale, oltre che scientifico.

Essa riconosce la Medicina basata sulla Narrazione (Narrative based Medicine-MBN), più conosciuta come Medicina Narrativa, come una: "metodologia dal grande valore pedagogico per medici e sanitari, pazienti e caregiver, per cui la promozione della MBN implica costruire percorsi educativi e progetti che prevedano la partecipazione attiva di pazienti, famigliari, associazioni che abbiano rilevanza in termini di salute pubblica" (p. 15).

A derivarne è il significato intrinsecamente etico-politico della cura (Mortari, 2015; Castiglioni, 2019) come attenzione responsabile e critica alla res-pubblica, formulata dalla Consensus Conference come: "atto politico di presa di coscienza e conquista-restituzione di diritti, che può favorire situazioni di empowerment e promuovere una cultura di partecipazione e di diritto" (2014, p. 21), sempre più necessaria in

presenza di molteplici forme di differenze nello scenario attuale, da quelle di genere a quelle di transizione di genere, di appartenenza culturale e anagrafica, se teniamo conto, per quanto riguarda questo ultimo aspetto, il prolungamento dell'età della vita e le molte sfaccettature dell'età adulta e della vecchiaia di oggi.

La medicina basata sulla narrazione — come anche noi preferiamo chiamarla, per ridimensionare il rischio da parte dei professionisti della cura di una sua possibile identificazione con una sorta di disciplina o materia, quasi da studiare; equazione questa, che più che avvicinare i curanti, li allontana per scetticismo e/o difesa generando, inoltre, fuorvianti e sterili fraintendimenti di senso — rappresenta, pertanto, una sfida importante e cruciale per i professionisti della cura e per l'organizzazione che cura. Poiché, adottare questo sguardo implica per il professionista prendersi cura di se stesso e contemporaneamente dell'istituzione che, a sua volta, si prende cura di sé (Varchetta, 2012).

Il soggetto organizzativo se, riconosciuto e valorizzato, sperimenta un'appartenenza autentica all'organizzazione: i significati del lavoro di cura possono essere più facilmente ri-conquistati, ri-condivisi e co-costruiti, nella direzione della messa a punto, dentro i luoghi di cura, di comunità di pratiche narrative centrate sull'utilizzo della narrazione e delle storie professionali e di cura e, quindi, sull'auto-riflessività professionale: antidoto al non senso professionale individuale e organizzativo.

La narrazione in medicina, o medicina narrativa, in complementarietà, del tutto ovvia, con la medicina delle evidenze biologiche, non solo migliora la relazione medico-paziente e la relazione con i familiari dei pazienti, ma ha delle significative ricadute positive sul sé professionale degli operatori e sulle relazioni che si sviluppano tra esso stessi. E se i curanti stanno bene anche l'organizzazione funziona meglio e viceversa, secondo un andamento spiraliforme.

### Riferimenti bibliografici

BERT G., *Medicina narrativa. Storie e parole nella relazione di cura*, Il Pensiero Scientifico, Roma 2007.

BERTOLINI P., *L'esistere pedagogico: ragioni e limiti di una pedagogia come scienza fenomenologicamente fondata*, La Nuova Italia Scientifica, Firenze 1988.

BERTOLINI G., *Diventare medici. Il problema della conoscenza in medicina e nella formazione del medico*, Guerini Studio, Milano 1995.

BONGIORNO A., Malizia, S., *Comunicare la diagnosi grave. Il medico, il paziente e la sua famiglia*, Carocci, Roma 2002.

CASTIGLIONI M., *La parola che cura*, Edizioni Librerie Cortina, Milano, 2017.

— “Mettiti nei tuoi panni”. Per una cura etico-politica, in Mortari L., (a cura di), «Civitas Educationis. Education, Politics and Culture», Mimesis, Milano 2018.

— in V. Alastra (a cura di), *Narrazioni che disegnano mondi. Vivere la complessità fare la differenza*, PensaMultimedia, Lecce 2019.

CHARON R., *Medicina Narrativa. Onorare le storie di malattia*, Raffaello Cortina, Milano 2019.

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ, Consensus Conference “Linee di indirizzo per l’utilizzo della medicina narrativa in ambito clinico-assistenziale per le malattie rare e cronico-degenerative”, 11–13 giugno 2014.

IORI V., “Scrittura e sentimenti nelle professioni di cura”, in Demetrio D., (a cura di), *Per una pedagogia e una didattica della scrittura*, Edizioni Unicopli, Milano 2007.

MASINI V., *Medicina narrativa. Comunicazione empatica ed interazione dinamica nella relazione medico-paziente*, FrancoAngeli, Milano 2005.

MORTARI L., *La pratica dell’aver cura*, Bruno Mondadori, Milano 2006.

— *Filosofia della cura*, Raffaello Cortina, Milano 2015.

PAGLIARO L., *Medicina basata sulle evidenze e centrata sul paziente. Un dizionario di termini clinici*, Il Pensiero Scientifico, Roma 2006.

VARCHETTA G., *Un andare pensando. Primo Levi e la “zona grigia”*, Mimesis, Milano 2019.



*Health humanities*  
Generare salute attraverso le narrazioni  
in una prospettiva di *life-long learning*

PATRIZIA GARISTA\*

L'uomo ha bisogno di mettere insieme  
il visibile e l'invisibile perciò elabora fiabe,  
miti, leggende, feste, canti, arte

Maria Lai, 1999

RIASSUNTO: La salute è un processo complesso, multidimensionale, polifonico. Essa non può essere pensata solo quando sopraggiunge una malattia bensì nella ricerca continua di equilibrio, da de-costruire e ricostruire nel corso della vita. La salute tuttavia, pur permeando ogni esperienza umana, nel suo rapporto con la propria cultura e con le geografie che la configurano, rimane spesso celata nelle storie delle persone e delle loro comunità. Promuovere salute significa dunque interrogarsi su queste storie, trasformandole in narrazioni condivise e partecipate. La prospettiva salutogenica infine orienta la tematizzazione di una *narrative based health promotion* e delle *Health humanities* presentate in questo contributo.

PAROLE CHIAVE: salute, salutogenesi, narrazioni, humanities.

ABSTRACT: Health is a complex, multidimensional, polyphonic process. Health cannot be thought of only when a disease occurs. It

\* Istituto Nazionale Documentazione, Innovazione e Ricerca Educativa – INDIRE e Università degli Studi di Perugia.

should be thematized during the continuous search for balance, built over the life-course. Health, however, even though every human experience, in its relationship with culture and with the geographies that shape it, often remains hidden within people and communities' stories. Therefore, health promotion means questioning these stories in a participatory way, transforming stories into shared narratives. In the present paper the salutogenic perspective guides practitioners on how to thematize a narrative-based health promotion, and Health Humanities.

KEY-WORDS: health, salutogenesis, narratives, humanities.

## 1. La salute si nasconde nelle storie

Nel volume intitolato “Dove si nasconde la salute” Gadamer riflette sulla salute mettendo a fuoco un’esperienza di vita comune a molti di noi: prendere atto dell’importanza della salute a partire dal suo opposto, la malattia, invitando ognuno a interrogarsi sul sentirsi bene, come compito universale della cura di sé, e non esclusivamente del malato. Tale consapevolezza è determinante per agire e fare scelte di salute: “è solo a partire dall’alterazione della situazione complessiva che noi diveniamo realmente consapevoli della salute, su cui poi il nostro pensiero si sofferma [...] Ma in cosa consiste il benessere se non proprio nel fatto di non costituire il centro dell’attenzione, permettendoci di essere liberamente aperti e pronti a tutto?” (Gadamer, 1994, pp. 82-83). La salute agisce pertanto come dimensione latente, non si manifesta allo stesso modo della malattia, un oggetto misurabile, diagnosticabile. Al contrario essa si cela quasi sempre alla nostra coscienza e quindi non diviene mai causa di preoccupazione. La salute si nasconde, non irrompe nella nostra quotidianità ma la permea, costantemente. Introducendo la differenza tra medicina scientifica e arte medica Gadamer afferma un bisogno primario nella costruzione della salute ovvero come l’arte medica debba ristabilire un’armonia, creando significati dello star bene. L’idea di salute come costruzione continua di equilibrio, come processo in cui la salute si mostra e si nasconde, è molto vicina alla definizione di salute di Antonovsky, un sociologo che ha esplorato i vissuti di salute e qualità di vita, proponendo una via nuova allo studio e alla promozione della salute (1987). Una pista

capace di partire da fattori generatori di controllo e di benessere. Ma come possiamo riportare alla luce e alla coscienza un tale processo generativo e in continuo bilanciamento? Gadamer comprende alcune caratteristiche che costituiscono la salute: la complessità e il rapporto con il contesto, l'importanza dell'analisi della qualità della vita, la relatività di questo concetto e la multidimensionalità a partire dai significati che la salute evoca e a cui si può accedere attraverso un lavoro di interpretazione, un lavoro necessario per cogliere le sue dimensioni celate e far emergere la salute (Zannini, 2001).

Il pensiero di Gadamer offre una cornice teoretica per introdurre il tema della salute a partire dalle esperienze vitali che ci attraversano e che devono essere interpretate per riconoscere le opportunità e le risorse nell'ambiente e in noi stessi, le quali ci permetteranno di "pensare la salute", di renderla visibile ai nostri sensi. Leggere e interpretare una storia di vita significa avviare un progetto formativo che necessita di essere continuamente interrogato per essere rimodulato in funzione di nuovi equilibri. Per Gadamer la *Bildung* "non può delinearci come esito compiuto e pieno, suscettibile di spiegazioni secondo nessi perfettamente evidenti, come una sorta di oggetto, prodotto", "[...] ma è un'appartenenza, [...] abitare un orizzonte" (ivi, pag. 83). La comprensione della salute nasce allora "dall'atteggiamento interrogante", che significa "porre e mantenere aperte delle possibilità [...] ricostruire la domanda originaria del testo. [...] Ma significa anche continuamente interrogarsi su quella che è la propria domanda, cioè la propria pre-comprensione" (Zannini, 2001, pag. 47), al fine di riformulare il progetto iniziale.

Finalità di un lavoro pedagogico nell'ambito della cura, intesa nella sua accezione più ampia che ingloba e sostiene la promozione della salute, sarà quello di reinterpretare il lavoro per la salute come lavoro ermeneutico sulle storie di persone, che si incrociano con quelle della propria famiglia, della propria comunità, in grado di sottolineare come la comprensione della salute sia necessaria non tanto e non solo per affrontare la malattia, quanto per costruire un progetto su di sé e insieme agli altri.

La salute è il delicato equilibrio che ciascuno di noi instaura con il proprio contesto vitale. Parlare di salute vuol quindi dire, in ultima istanza, comprendere il significato di particolari o quotidiani eventi, dei conseguenti adattamenti – o disadattamenti – attivati e dei desideri e delle aspettative di un

soggetto che si trova inserito in un determinato ambiente. (Zannini, 2001, p. 44)

La recente emergenza sanitaria ha evidenziato quanto sia importante fare prevenzione nel territorio, entrare in contatto con le persone, ricostruire la storia del contagio e la sua geografia. Tale constatazione può essere collocata in una visione che rilegge la salute nella prospettiva salutogenica, soppesando le evidenze epidemiologiche con le storie personali e locali, il bilanciamento dei diritti, la partecipazione alle decisioni di politiche pubbliche, la cura. Con l'espressione "promozione della salute", infatti, si rimanda a quell'approccio che si propone di "mettere le persone in grado di controllare ciò che determina la propria salute" e di farlo attraverso più campi d'azione, tra cui quello di matrice squisitamente educativa, definito anche il volano principale in grado di far girare la ruota rappresentativa di tutti gli altri ambiti. Negli ultimi decenni si è prefigurato un vero e proprio cambio di paradigma nello studio della salute, traghettando da un modello di tipo patogenico a uno di tipo salutogenico (Antonovsky, 1987). Si è cominciato a studiare non solo ciò che causa una patologia (modello patogenico), evidenziando come prevenire queste cause (fattori di rischio e comportamenti a rischio), ma soprattutto ciò che può produrre "salute" in termini di risorse interne al soggetto e opportunità fruibili nel contesto circostante. Da allora, quindi, molto è stato detto e discusso sui concetti di salute e malattia, mettendo in luce gli aspetti multidisciplinari, complessi e soprattutto processuali dello "star bene" delle persone (Bleza, 2009; Iavarone *et al.*, 2017; Ingrosso, 2011).

Ciò su cui focalizzeremo l'attenzione in questo testo riguarda la necessità di pensare la salute, di comprenderne le istanze generatrici, di catturare elementi esperienziali che siano in grado di raccontare e rappresentarla. Circa quaranta anni fa Antonovsky elaborò il modello della salutogenesi a partire dalle storie raccolte sull'esperienza di salute/malattia tra persone che avevano vissuto traumi importanti ed esperienze negative. Precisamente, Antonovsky scoprì che molte persone erano riuscite a ritrovare il proprio equilibrio e a costruire "salute" nella loro vita quotidiana nonostante un trauma, una disabilità, una malattia. Da questa sorgente narrativa si generò la domanda salutogenica: cosa permette alle persone di apprendere come costruire e ricostruire il proprio equilibrio di salute e la propria qualità di vita?

Tra le prime risposte salutogeniche, Antonovsky ci presenta quelle che lui ha denominato “Risorse generali di resistenza”. Le risorse di una persona possono essere di diverso tipo: interne (fattori biologici, caratteristiche di personalità, esperienze personali ecc.) ed esterne (beni a disposizione nel proprio contesto, relazioni, ecc.). Averle a disposizione, o poterle facilmente reperire, significa avere maggiori possibilità di affrontare le situazioni più o meno difficili della vita. Tuttavia, più importante delle risorse è l’abilità di utilizzarle. Per fare questo, e quindi per creare il proprio equilibrio di salute, le persone hanno bisogno di comprendere la situazione in cui si trovano. Hanno bisogno di dare senso alle esperienze, di effettuare quel movimento interpretativo suggerito da Gadamer, leggere e interpretare la propria storia, comprenderla nel profondo, interrogando le convinzioni e gli schemi comportamentali acquisiti con altre storie, quelle insegnate, quelle lette, quelle raccontate nel proprio contesto. Il muoversi in direzione della qualità di vita e della salute è favorito dunque da quello che Antonovsky definisce “senso di coerenza”: “un globale, sebbene penetrante, sentimento che qualsiasi cosa accada nella vita essa può divenire comprensibile e può essere gestita a partire dal significato legato ad ogni cosa” (Lindström, 1992). Nella prospettiva di Lindström, la salutogenesi è un apprendimento dalla vita e per tutta la vita, in cui l’elemento fondatore è l’equilibrio soggettivo che ognuno riesce a de-costruire e ricostruire nella sua life history. Solo così le persone possono creare coerenze tra la loro quotidianità e la complessità di nuove conoscenze ed essere al centro del processo, attive, partecipi e soddisfatte (Lindström, Eriksson 2011). La salute diviene un’esperienza di apprendimento permanente che porta a confrontare se stessi e la propria storia con gli eventi della vita. Proprio come nel *life-long* e *life-wide learning*, non si apprende un comportamento di salute una volta per tutte, mettendo in pratica una condotta salutare predefinita o, come si afferma altrove “corretto” (ad esempio fare almeno 30 minuti al giorno di attività motoria). Piuttosto il senso della promozione della salute e della sua genesi rimanda alla “possibilità di diventare consapevoli delle proprie esperienze e della propria storia, come la ragion d’essere per mettere in pratica un comportamento relativo ad esempio al fare sport, all’alimentazione o al rapporto con l’ambiente, e di viverlo in quanto stile di vita: un modo di essere e sentirsi vitali nel mondo (Garista, 2009, p. 103).

Ci potremmo chiedere allora per quale motivo risulta necessario sco-prire la salute, domandarsi perché ci sentiamo bene, farlo domandare agli altri. Come già sottolineato da Zannini (2001) il lavoro educativo e formativo con i professionisti della salute ci impone di affrontare la complessità e multidimensionalità di questo costrutto. Diventare con-sapevoli dei significati della salute e delle forme con cui si manifesta, significa muoversi verso quel processo di empowerment e di costru-zione di competenze riflessive per creare campi d'esperienza in cui sia possibile promuovere salute. In questa prospettiva diventa dunque importante recuperare il guadagno formativo delle narrazioni in grado di "svelare la salute globale e unica" delle persone, delle comunità, degli animali, dell'ambiente che ci circonda.

## **2. Narrative based health promotion. Le storie come temi generato-ri di una pedagogia della salute**

Promuovere salute significa attivare diversi processi di cambiamento con le persone, le comunità, l'ambiente, evoluzioni che coinvolgono molti fattori, da coordinare in modo sistemico, tenendo conto del carattere complesso ed ecologico che caratterizza la saluto-genesì. Per comprendere e attivare tali andamenti non basta tenere conto delle evidenze scientifiche, ma è necessario confrontarsi con le storie dell'umanità. In questo senso affermiamo che la salute non si nasconde solo nelle biografie delle persone ma si intreccia con la storia della cittadinanza, della sua cultura, e ancora con le modalità dei professionisti della salute di riflettere sulle pratiche e sui casi storia che hanno saputo trasformare un'intera comunità in un laboratorio di salute. Adottando un modello di analisi salutogenico, e facendo propri alcuni principi della promozione della salute che incrociano molti assunti del lavoro educativo con le comunità, si afferma qui l'idea che la promozione della salute non possa essere solo *evidence based*, ma che debba incorporare le narrazioni di mediazione e progettazione, diventando quindi una *narrative based health promotion*.

L'analisi dei casi, come il racconto di storie, è un approccio alla va-lutazione che si concentra sul processo e sugli indicatori intermedi. Le descrizioni dei casi, analizzate e sistematizzate, forniscono molti più dati che altre forme di ricerca qualitativa, in quanto riportano informazioni sugli eventi passati, sui

soggetti coinvolti nella comunità, sui setting di promozione della salute e ci aiutano a capire il perché sono successe alcune cose più che il come e il quando. In questo modo l'apprendimento che deriva dallo scambio di esperienze può essere generalizzato e riportato nella pratica di promozione della salute. (Davies & Macdonald, 1998)

L'affermazione di Davies e Macdonald è più che condivisibile se si parte dal presupposto che la pratica in promozione ed educazione alla salute, come ogni prassi si propone di innescare processi di cambiamento, dunque di costruzione di nuove conoscenze, per mostrarsi efficace deve essere illuminata da una teoria elaborata a partire dalla pratica stessa. Una "buona pratica" secondo Mortari (2003), infatti, non coincide con l'applicazione di costrutti teorici ma implica ideazione e progettazione a partire dall'esperienza. Acquisire delle competenze nella pratica in promozione della salute richiede pertanto la valorizzazione delle risorse esistenti e la creazione di una coerenza in grado di negoziare tra i vincoli presenti e le possibilità di miglioramento. Assumere tale prospettiva implica creare il presupposto per un lavoro di rielaborazione dell'esperienza sul campo. In questo senso gli approcci narrativi si propongono all'attenzione dei professionisti della promozione della salute come il supporto a un percorso di formazione, supervisione e valutazione per lavorare su tematiche specifiche e, allo stesso tempo, su questioni metodologiche per implementare la valorizzazione dell'esperienza professionale ad esempio attraverso la rielaborazione di casi concreti. Tuttavia, la rielaborazione e la valutazione di un'esperienza in forma narrativa non possono essere lasciate al caso, o alla capacità dialogica e creativa di un facilitatore, ma richiedono metodi rigorosi. Labonte e colleghi (1999), ad esempio hanno sperimentato il metodo del "dialogo sulle storie" di matrice freiriana. Strutturare le condizioni affinché si possa narrare e ascoltare sviluppa già in itinere un processo che potenzia il controllo che i professionisti hanno sulla pratica, perché nel momento in cui queste storie vengono condivise, diventano generative di temi per la riflessione in gruppo, l'analisi, la pianificazione dell'azione futura, permettendo così, come suggerisce Mortari, di effettuare un doppio movimento, verso la propria storia e verso l'ascolto delle interpretazioni altrui, che assicura di "guadagnare un sapere dall'esperienza" (2003), di acquistare un potere, un controllo sulla propria attività. Nel metodo del "dialogo sulle storie" tali narrazioni però, non vengono accettate solo in quanto pre-

sentate e raccontate dal loro autore, quindi come nell'approccio casuale, ma sono usate come base per produrre interrogativi rispetto a ciò che è stato fatto, il perché e il risultato ottenuto (Freire, 1998) a partire da un tema generativo comune. Quindi le storie non sono semplicemente narrate al fine di indurre una riflessione personale, ma il gruppo di questo workshop si impegna in un dialogo su di esse (Labonte *et al.*, 1999). Anche se non si è mai occupato esplicitamente di promozione della salute, Paulo Freire e la sua pedagogia, hanno gettato le fondamenta per poter costruire un approccio critico alla promozione della salute basato sulle storie. La sua teoria è stata ampiamente discussa (Wallerstein e Bernstein, 1988) e contribuisce a coltivare un approccio narrativo nella promozione e nell'educazione alla salute. Nel riesaminare gli usi e la funzione delle storie nella promozione della salute, in primo luogo sottolineiamo come esse abbiano il potenziale di chiarire il livello soggettivo del rapporto tra azione individuale e dei contesti sociali e culturali in senso lato. In secondo luogo, restituiscono alle persone la possibilità di parlare al mondo, di nominare la propria esperienza (McCormack e Milne, 2003), e così facendo, le storie si offrono come mediatori di significato per il raggiungimento di un equilibrio di qualità della vita, come un atto per responsabilizzare le persone nella gestione della loro vita.

### 3. Dalle Medical humanities alle Health arts and humanities

Riprendendo Gadamer e il suo richiamo a "scoprire" la salute, possiamo affermare che non è facile raccogliere e intercettare racconti positivi capaci di comunicare salute. Chi riesce a farcela, chi trova le risorse per ristabilire il proprio equilibrio di salute spesso esce dai circuiti di cura e non cerca contesti in cui raccontare la sua storia. In questa prospettiva si è creato un movimento che sta cercando non solo di promuovere l'uso delle narrazioni in promozione della salute, bensì di studiare e portare a una riflessione critica le *humanities* che possono raccontare la salute: le *Health Humanities*. La prospettiva salutogenica che qui abbiamo fatto nostra ci spinge a cercare nelle *Medical humanities* una cornice specificamente ancorata ai fattori che generano salute.

In promozione della salute si preferisce l'espressione *Health Humanities* per la sua maggiore centratura sugli aspetti della salute e del-

la sua genesi, per l'attenzione a rintracciare elementi caratteristici del lavoro di comunità che richiede la partecipazione attiva delle persone e l'empowerment. Le Health Humanities costituiscono un'area d'incontro tra le arti — e la cultura umanistica in generale — e le scienze della salute e sociali, al fine di promuovere la salute e al fine di pensare alla formazione dei professionisti in questo settore.

Secondo quanto affermato da Zannini le Medical Humanities non vanno confuse con il tema dell'umanizzazione della medicina o con le arti liberali. Esse possono essere definite come ciò che riguarda la comprensione dell'uomo attraverso le scienze umane (Zannini, 2009, p. 144). Tale definizione e precisazione, che qui abbiamo rielaborato con l'espressione *Health humanities*, ci riporta ancora al richiamo di Gadamer sulla necessità di comprendere la salute, considerando il suo essere intrinsecamente incorporata nelle esperienze umane che ogni cultura cerca di elaborare e comunicare attraverso l'arte, la letteratura, il cinema, il teatro, la musica e tutti i linguaggi che possano avere una funzione epistemica nella costruzione dell'equilibrio di salute.

Nella ricerca sull'alta formazione e lo sviluppo professionale in pro-mozione della salute si riscontra un interesse sempre più evidente nelle narrazioni, da cui emerge un altro modo di approcciare le *Humanities*, quello della prospettiva salutogenica (Rubes, Steger, 2019). Una pedagogia narrativa si connette all'esperienza professionale e umana come un processo di attribuzione dei significati. La letteratura, l'educazione all'eredità culturale e i suoi prodotti come l'arte, i film, la poesia, la fotografia, aprono a prospettive multiple nella costruzione di un equilibrio di salute e alla costruzione della qualità di vita per la densità di significati che suggeriscono. De Leew e colleghi (2018) inoltre sostengono che affinché il ritorno della medicina e della sanità pubblica alle *humanities* non rimanga ancorato a paradigmi ancora focalizzati sulle dimensioni più biologiche e cliniche della salute, è necessario aggiungere una riflessione sulle geografie che contraddistinguono le esperienze di salute e malattia, invitando a una riflessione sulle *GeoHumanities*, ovvero l'interspazio tra geografia medica, geografia della salute e le *humanities*. Le *Geohumanities* si propongono di studiare il nesso tra gli ambienti che ospitano le esperienze dell'uomo e la costruzione di equilibri. In questo interspazio le *Geohumanities* problematizzano gli elementi spaziali e il loro impatto sul benessere e la qualità di vita, introducendo nuovi sguardi all'umano, nei contesti di cura e promozione della salute.

Presentiamo di seguito due esperienze sulle *Health Humanities* nell'alta formazione. La prima riguarda un lavoro di archivio sui film che parlano di salute. La seconda una riflessione sulla pedagogia di Maria Lai e la sua arte performativa.

All'interno del Laboratorio di Pedagogia narrativa e salutogenesi, si è organizzato un archivio dei dossier pedagogici relativi ai film che parlano di promozione della salute (Garista *et al.*, 2005) oltre al fare ricerca intorno a strumenti art-based (Garista *et al.*, 2019). Il primo progetto si riferisce all'archivio della rubrica "cinema e salute" della rivista «La Salute umana» gemellata con la rivista francese «La Santé de l'homme». Tale rubrica attiva dagli anni Novanta, seleziona film documentati e riadattati in chiave didattica dal Centro culturale francese "Les Grigneaux", un enorme archivio di dossier pedagogici su film a partire dai quali riflettere sulle esperienze dell'umano che a vario titolo possono influenzare i comportamenti di salute, con un approccio molto vicino alla *positive education* (Niemic, Wedding, 2014) e alla *critical health education* (Fitzpatrick, Tinning, 2014). Un lavoro che si è confrontato con l'esperienza italiana sull'uso del cinema nelle pratiche riflessive presso l'Università di Firenze (de Mennato, 2005; Ferro Allodola, Depalmas, 2015; de Mennato *et al.*, 2013;).

L'arte di Maria Lai può essere considerata un ulteriore esempio per rendere visibile un laboratorio culturale ed artistico di costruzione della salute nelle comunità. "Legarsi alla montagna" è il nome della performance preparata nella nativa Ulassai dall'artista Maria Lai. Il nastro azzurro con cui ogni abitante si annoda al vicino, alle case e alla montagna simboleggia la forza e insieme la fragilità dei vincoli esistenti tra umanità, paesaggio, ambiente, vita e materia, ma anche la forza di legami e riletture generative delle risorse e delle opportunità di un contesto. La storia della performance si origina dalle leggende del territorio, raccontando di una montagna che definisce un clima e una qualità di vita molto ostili per lo sviluppo umano, economico, culturale. Circa 35 anni dopo la sua installazione l'impatto della performance artistica sulla comunità di Ulassai è stato valutato in termini di sviluppo professionale, economico, sociale, qualità di vita, stato di salute e sostenibilità ambientale. La montagna che rende fragili può trasformarsi anche in una opportunità per la giustizia sociale, la solidarietà, lo sviluppo di conoscenze ed economie. Maria Lai interpreta narrazioni e rituali, lavorando sulle possibilità di ri-orientamento e di rientro in formazione, creando esperienze (*life-long, life-wide, life-*

*deep*) capaci di sostenere un rapporto diverso con l'ambiente fisico e relazionale, al punto da produrre nuove narrazioni e nuovo senso in una piccola comunità.

Nei laboratori a cielo aperto o in quelli scolastici, i nastri di Maria Lai hanno creato dei campi d'esperienza educativa, in quanto trasformativa del già dato, simbolica rispetto a un non ancora, intrecciando pensiero e azione, forme e colori, storie e culture ma soprattutto il bello e il brutto delle relazioni umane (amicizie e litigi), come un disegno capace di tenere tutto insieme e restituire un nuovo significato all'esperienza e a quello che ci può insegnare. Ma può una leggenda, e la sua interpretazione performativa, diventare generatore di risorse e opportunità trasformative e di empowerment di una comunità? E in che modo la trasfigurazione della leggenda in performance comunitaria può essere riletta, dopo più di trent'anni, in una prospettiva pedagogica di cambiamento e progresso umano per tutti i cittadini?

Gli studi di Colazzo e Manfreda, hanno già messo in luce molte dimensioni dell'agire educativo a supporto dell'empowerment di comunità, mettendo a fuoco il possibile contributo pedagogico delle arti performative, anche in riferimento alla promozione della salute in ambito comunitario (Colazzo, 2012; Manfreda, 2014). In Ulassai Maria Lai ha costruito, rendendolo visibile, quello spazio simbolico e materiale delle relazioni tra generazioni, generi, famiglie e vicini, insieme a quello delle connessioni tra laico e profano, tra ambiente fisico e ambiente costruito, tra uomo e oggetti/beni che abitano il suo mondo. Ed è in questo spazio di *Geohumanities* che si è potuto valorizzare l'esistente, trasformandolo in un apprendimento per generare cura di sé e sviluppo sociale.

Una delle difficoltà che si incontrano nella formazione in promozione della salute risiede nella possibilità di visualizzare e immaginare un processo di cambiamento complesso, che spesso si scontra con barriere culturali, burocratiche, economiche, per poi ipotizzarlo come realizzabile e realmente capace di impattare positivamente la salute. Le *Health Humanities* diventano dunque strumenti fondamentali per la *capacity building*, prefigurando scenari possibili in cui comprendere la salute e soprattutto connetterla (*reliant* come direbbe Morin) all'elemento dell'umano (Garista, Zannini, 2020).

#### 4. Mito e immaginazione: favole e progettazione educativa per promuovere empowerment, salute, resilienza

Nell'introdurre il suo lavoro su come re-incantare l'educazione attraverso la letteratura, Kujber (2017) ha accostato i temi dell'incanto, dell'immaginazione, del magico e del mito utilizzati da Yeats, Milton e Tolkien alla possibilità di attivare apprendimenti trasformativi, significativi per il potenziamento e la cura di sé, ma anche più specificamente per "educare alla salute". Sarebbero proprio le esperienze immaginali a generare un processo di apprendimento trasformativo, in quanto il lavoro narrativo chiede di costruire coerenze tra eventi caotici, affrontando i pericoli della vita, trovando i significati, gli aspetti di armonia tra uomo e ambiente (Wooden, 2011). Secondo la Klujber l'immaginazione ha un potenziale salutogenico in quanto rinforza il senso di coerenza (SOC), la funzione mentale responsabile nel promuovere benessere e salute. Nel citare Antonovsky e la sua idea di adattamento dell'organismo a ciò che gli succede, con un movimento verso l'immaginazione, l'amore, il gioco, il significato, la volontà in quanto strutture sociali atte a produrre un adattamento positivo, la studiosa si chiede in che modo si possa sviluppare l'immaginazione e rafforzare il SOC. Può la lettura raggiungere questo obiettivo? Sebbene non ci siano studi sperimentali in questo senso, le suggestioni della Klujber sembrano molto interessanti e pongono una sfida alla ricerca in questo settore. Klujber cerca una risposta nella prosa e nella poesia di autori come Blake, Dickinson, Coleridge, Shelley, Yeats, Milton, Keats e ancora altri, ma propone anche di portare la salutogenesi in aula attraverso un training sull'immaginazione e il pensiero immaginativo, con l'aiuto della letteratura e del mito, per rinforzare il senso di coerenza, l'autoefficacia, l'*hardiness*, la *mindfulness*, la resilienza psico-sociale, l'interpretazione positiva del bias, l'empatia, la compassione, la tolleranza, l'attitudine a non giudicare, l'abilità del cercare una mediazione, l'abilità di creare un equilibrio in situazioni caotiche e traumatiche, l'abilità di attraversare una dissonanza cognitiva in modo salutare (Klujber, 2017).

Tra i generi letterari prossimi alle *Health Humanities* le favole, in particolare, offrono un modello per far fronte alle relazioni più comuni, dando un significato generale alla realtà che potrebbe poi essere utilizzato per comprendere altre situazioni.

Ci sono delle storie dunque che si prestano maggiormente al racconto delle progettazioni educative in promozione della salute. Se lette e offerte alle possibili interpretazioni durante sessioni di *capacity building*, all'interno di contesti formativi sulla promozione della salute, possano consentire un passaggio da un approccio comunicativo centrato su una storia (una storia raccontata in una classe prima e dopo un contributo teorico) verso un approccio comunicativo centrato sulle narrazioni (diverse interpretazioni della storia che sono stati costruite in un dialogo aperto, partecipativo tra docente/tutor, operatori, stakeholder, artista) (Arnett, 2002).

In un discorso sulle *Health humanities* presentiamo qui una delle favole di Gramsci 'il topo e la montagna' è qui presentata come metafora della promozione della salute e della teoria salutogenica. In sintesi, la sua storia pone un problema (in questo caso, la mancanza e l'uso sbagliato delle risorse) e narra il processo che il topo attraversa per trovare una soluzione. Un elemento specifico del genere letterario sulla fiaba è che questa ha una struttura simile a quella di un progetto (Propp, 2000). La fiaba ha una tipica struttura suddivisa in tre parti: 1. –Introduzione, 2. – Una situazione di conflitto, divisa in azione e dialogo, e reazione e risposta, e 3. –Una conclusione. Nel racconto 'il topo e la montagna' l'introduzione presenta un bambino affamato, la situazione di conflitto consiste nel fatto che il suo latte viene rubato dal topo e né la madre né la capra sono in grado di alimentarlo. L'azione e il dialogo sono attivati da un topo che escogita un piano che mira non solo a soddisfare il bisogno del bambino, ma anche sviluppare una azione comunitaria orientata al cambiamento globale. Esempi di reazione e risposta sono rappresentati da scene con gli altri attori e dal processo decisionale. La conclusione è rappresentata dalla scena finale che mostra anche l'efficacia del piano del protagonista (Garista *et al.*, 2015).

Una storia comprende una trama, personaggi principali e un narratore. Gramsci scrisse una favola con personaggi e una trama per comunicare il suo pensiero politico e la sua teoria per il benessere in una comunità, anticipando i principi fondamentali che sono alla base della promozione della salute e la teoria salutogenica. Nel suo racconto, anticipando quanto affermato con altri termini nella Carta di Ottawa, Gramsci propone un approccio in cui " la salute viene creata e vissuta dalle persone all'interno delle abitudini della loro vita quotidiana, dove imparano, lavorano, giocano e amano (WHO, 1986). Una narrazio-

ne ha tutti gli ingredienti di una storia, ma, in prospettiva freiriana, una narrazione aggiunge l'elemento di condivisione e partecipazione alla costruzione delle conoscenze: "quando una storia ha il sostegno della comunità, consenso e la partecipazione diventa una narrazione" (Arnett, 2002).

La favola di Gramsci non solo può diventare uno strumento strategico per spiegare la teoria di promozione della salute, ma può anche essere il processo attraverso il quale la teoria di promozione della salute si sposta nella pratica. L'efficacia metaforica e comunicativa del "topo e della montagna" ci hanno spinto a sperimentare altre favole in grado di raccontare i nuclei salutogenici di una progettazione educativa, orientata all'empowerment, capace di inserirsi anche in contesti altamente emergenziali di salute pubblica come quello della recente pandemia. Ad esempio Sepulveda nei suoi racconti affronta molte questioni cruciali della promozione della salute, mettendo in scena azioni positive dei protagonisti rispetto allo sviluppo del proprio potenziale, all'incontro con l'altro, con il diverso, con la malattia e la morte, con le questioni legate all'inquinamento, allo sviluppo e alla decrescita. Nel quadro narrativo, le storie sono accettate dalla gente se la storia non è solo una semplice favola raccontata da un narratore, ma dovrebbe diventare una sorta di narrazione partecipativa.

Tuttavia possiamo affermare che, rispetto a tutti gli esempi che abbiamo qui citato, dalla letteratura inglese all'arte di Maria Lai, dai casi-storia dei professionisti ai film di promozione della salute, alle favole, l'elemento epistemico che caratterizza la narrative *based health promotion* e le *health humanities* consiste in questo carattere fortemente partecipativo, nella co-costruzione di narrazioni comuni e meta-narrazioni capaci di far emergere elementi biografici delle persone e dei loro contesti, e di rigenerarli e trasformarli attraverso l'incontro, il dialogo, utilizzando un'ermeneutica capace di leggerle come ipertesti e di trasformarle in risorse e opportunità formative, connettendo le esigenze di salute pubblica con l'esperienza umana, nella continua ricerca e scoperta della salute.

## Riferimenti bibliografici

ANTONOVSKY A., *Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well*, Jossey Bass Publishers, San Francisco 1987.

ARNETT, R.C., Paulo FreirÈs revolutionary pedagogy: from a story-centered to a narrative-centered communication ethic. «Qualitative Inquiry», 4, (2002) pp. 489–510.

BLEZZA F., *Pedagogia della prevenzione*, Centro Scientifico Editore, Firenze 2009.

COLAZZO, S., Il valore sociale delle arti performative. «Amaltea. Trimestrale di cultura», VI, 3, settembre, 2012, pp. 46–48.

DAVIES J.K., MACDONALD G., *Quality, Evidence, and effectiveness in health promotion*, Routledge, London 1998.

DE LEEUW S., COURTNEY DONOVAN C., SCHAFENACKER N., KEARNS R., NEUWELT P., MERILL SQUIER S., MCGEACHAN C., PARR H., FRANK A. W., COYLE L.A., ATKINSON S., EL-HADI N., SHKLANKA K., SHOONER C., BELJAARS D. & ANDERSON J., *Geographies of Medical and Health Humanities: A Cross-Disciplinary Conversation*, «GeoHumanities», 4:2, 285–334, 2018.

DE MENNATO P. *Il sapere Personale. Un'epistemologia della professione docente*, Guerini, Milano 2005.

DE MENNATO P., FORMICONI A.R., OREFICE C., FERRO ALLODOLA V., *Formare alla pratica riflessiva nella professione medica attraverso l'uso dei film: l'esperienza di Cin@med e dell'Archivio filmico della Facoltà di Medicina di Firenze*. «Tutor», Firenze University Press, Florence, 13, 2/2013, pp. 32–33.

FERRO ALLODOLA V., DEPALMAS C., *La pratica riflessiva nella formazione alle Medical Humanities. Teorie, metodi, strumenti e valutazione*, Aracne, Rome 2015.

FITZPATRICK K., TINNING R., EDS, *Health Education. Critical Perspectives*, Routledge 2014.

FREIRE P., Ripartire dai temi generatori. testi di Paulo Freire tratti dalla pedagogia degli oppressi, «Animazione Sociale», 1, 1998, pp. 27–51.

— *Pedagogia dell'autonomia*, Edizioni Gruppo Abele, Torino 2005.

GADAMER, H., *Dove si nasconde la salute*, Raffaello Cortina, Milano 1994.

GARISTA P., SARDU C., MEREU A., CAMPAGNA M., CONTU P., The mouse gave life to the mountain. Gramsci and health promotion. «Health Promotion International» 30 (3), 2015, pp. 746–755.

GARISTA P., POCETTA G., LINDSTROM B., Picturing academic learning. Salutogenic Insights on Drawings, «Health Promotion International» 30 (3), 2019, PP. 746–755.

GARISTA P., ZANNINI L., L'approccio socio-fenomenologico per con-nettere benessere individuale e bene comune, «Encyclopaideia», 2020.

GRAMSCI A. *L'albero del riccio*. Editori Riuniti, Roma, 2007.

IAVARONE M., MALAVASI L., OREFICE P., PINTO MINERVA F., (a cura di), *Pedagogia dell'ambiente 2017. Tra Sviluppo Umano E Responsabilità Sociale*, PensaMultimedia, Lecce 2017.

INGROSSO M., La salute come processo e cura di sé, «Riflessioni Si-stemiche», n. 5, 2011.

KLUJBER, A., The Salutogenic Imagination, in A. Voss & W. Simon, eds. *Re-enchanting the Academy*, Auckland, Seattle: Rubedo Press, 2017, 197–222.

LABONTE R., FEATHER J., HILLS M., A story/dialogue method for health promotion knowledge development and evaluation, «Health Education Research», 14, 3, 1999, PP. 39–50.

LINDSTRÖM B., ERIKSSON M., From health education to healthy learning: implementing salutogenesis in educational science, «Scand J Public Health». 39(6 SUPPL), 2011, pp. 85–92.

LINDSTRÖM B., Quality of life: a model for evaluating health for all. Conceptual considerations and policy implications, «Soz Prevntivmed», Vol. 37, 1992, pp. 301–306.

MANFREDA A., La dimensione metodologica: mappatura dei bisogni per un intervento sociale capacitante, in L. Binanti (a cura di), *La capacitazione in prospettiva pedagogica*, 230; PensaMultimedia, Lecce 2014, pp. 137–156.

MCCORMACK C. & MILNE P., Stories create space for understanding organizational change. «Qualitative Research Journal», 3, 2003, pp. 46 – 59.

MORTARI L., *Apprendere dall'esperienza. Il pensiero riflessivo nella formazione*, Carocci, Roma 2003.

NIEMIEC R.M., WEDDING D., Positive Psychology at the movies 2, Using films to build character strenghts and wellbeing, HOGREFE, Firenze 2014.

PROPP V., *Morfologia della fiaba*, Einaudi, Torino 2000.

RUBEIS, G., STEGER, F., Salutogenesis as empowerment. Health pro-motion and the role of the medical humanities, «Droit, Santé et Société», 2019/2, pp.75–83.

WALLERSTEIN, N., BERNSTEIN, E., Empowerment education: Freire ideas adapted to health education. «Health Education Quarterly», 15, 1988, pp. 379–394.

WOODEN, S.R., Narrative Medicine in Literature Classroom: Ethical Pedagogy and Mark Haddon's *The Curious Incident of the Dog in the Night-time*, «Literature and Medicine», 29, 2, 2011, pp. 274–296.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *The Ottawa Charter for Health Promotion*. Canadian Public Health Association, Health and Welfare Canada, and the World Health Organization, Ontario, Canada 1986.

ZANNINI, L., *Salute, malattia e cura*, FrancoAngeli, Milano. 2001.

— *Medical Humanities e medicina narrativa. Nuove prospettive nella formazione dei professionisti della cura*. Raffaello Cortina, Milano 2008.



## Relazioni che curano e umanizzazione delle pratiche medico–assistenziali

FRANCESCA MARONE\*

**RIASSUNTO:** Il contributo intende interpellare criticamente il pensare e l’agire in ambito medico–sanitario in prospettiva pedagogica, proponendo un o–rientamento umanistico alla cura, restituita nella sua complessità e profondità esistenziale dentro la più ampia cornice delle *Medical Humanities* che, nel panorama internazionale, rappresentano il tentativo interdisciplinare più efficace ai fini di un’educazione medico–sanitaria, che metta al centro le nozioni di formazione, narrazione e riflessività. Attraverso l’utilizzo di differenti dispositivi – l’arte, il cinema, il teatro, la letteratura e i *new media* – il testo evidenzia l’importanza di una formazione degli operatori sanitari dal punto di vista relazionale mediante la potenza tras–formativa del raccontarsi e del raccontare.

**PAROLE CHIAVE:** formazione, cura, medicina narrativa, riflessività.

**ABSTRACT:** The paper intends to critically question thinking and acting in the medical–health field from a pedagogical perspective, proposing a humanistic orientation to care, returned in its complexity and existential depth within the broader framework of *Medical Humanities* which on the international scene they represent the most effective interdisciplinary attempt for the purposes of medical–health education, placing at the center the notions of training, narration and reflexivity. Through the use of different devices – art, cinema, theater, literature and *new media* – the text highlights the importance of training

\* Università degli Studi di Napoli “Federico II”, Dipartimento di Studi Umanistici.

healthcare professionals from the relational point of view through the transformative power of tell about yourself and tell.

KEY-WORDS: training, care, narrative medicine, reflexivity.

## 1. Cura e narrazione

Il dolore e la malattia sono esperienze complesse e sostanziali, che attraversano la vita umana e, spesso, la pervadono di un'ingiusta insensatezza. Da qui la necessità di cogliere nella dinamica salute/malattia le implicazioni non solo dal punto di vista organico, ma anche psico-sociale, pedagogico e culturale, affinché sia possibile guardare all'*illness*, cioè alla componente soggettiva della malattia, e non solo al *disease*, ossia alla parte bio-medica (Marone, 2020).

Storicamente le professioni sanitarie si basano su un sapere bio-medico legittimante, che risulta essere estremamente dinamico e prevalente; nelle forme operative della diagnosi e della cura, tramite azioni medico-tecniche e prescrizioni farmacologiche, esso esercita forti pressioni sulla professione. Infatti, l'approccio teorico epistemologico, che informa i percorsi curriculari in ambito medico-sanitario, segue gli indirizzi di pensiero della *Evidence Based Medicine*, un'impostazione teorica che riconosce fondamento alla significatività statistica dei dati da cui dipendono precise scelte decisionali e operative (Marone, 2014). Esiste, tuttavia, una consapevolezza diffusa della complementarità tra i diversi tipi di competenze ed esperienze implicate nelle pratiche di cura da cui è scaturito in anni recenti un modello teorico nuovo: la *Narrative Based Medicine*, un metodo basato sull'esperienza derivata dal racconto dei curati, a partire dalla constatazione che il rapporto medico-paziente può essere centrale per la ricostruzione della storia della malattia e per mettere a punto il trattamento diagnostico e terapeutico.

Particolare attenzione, negli ultimi anni, è dedicata all'approccio biografico-narrativo presentato come strumento d'indagine e di ricerca, ma anche quale metodologia elettiva nei percorsi di formazione per operatori sanitari, nell'ambito di un approccio educativo che conferisce particolare rilievo alle dimensioni autoriflessive ed autobiografiche, centrali per un percorso di crescita professionale e personale,

che si ponga come autenticamente trasformativo ed emancipativo (Charon, 2001).

In tal senso, la narrazione è la modalità che consente di connettere sinergicamente la logica della spiegazione (propria della *EBM*) con la logica della comprensione (propria della *NBM*) (Zannini, 2008). Essa si rivolge sia al paziente sia al personale sanitario, ovvero alle figure coinvolte nel processo terapeutico in relazione tra loro.

Da qui la sempre più diffusa sperimentazione di diversi dispositivi, quali il cinema, l'arte, la musica e i new media, che si configurano come strumenti di riflessione ed espressione personale, spazio di mentalizzazione e elaborazione dei vissuti, nei diversi contesti della formazione e della cura.

## 2. Formarsi all'empatia con le *Medical Humanities*

La valorizzazione dell'esperienza individuale, quale elemento cardine nella strutturazione della cura, pone in primo piano quanto le conoscenze bio-mediche siano cruciali per il processo di cura, sebbene i compiti professionali fondamentali dipendano in egual misura dalle capacità di comunicare, di porsi in atteggiamento empatico con l'altro (Cunti, 2014). Siccome l'empatia costituisce un ambito peculiare in cui si concretizza la cura, l'essere e l'agire empatici richiedono un certo modo di stare nella relazione. Si tratta di sviluppare, sul versante degli operatori, quelle che vengono definite capacità relazionali: non solo l'empatia, ma pure l'ascolto attivo e la funzione riflessiva.

In tale direzione, diverse sono le esperienze maturate in ambito formativo nella realizzazione, nell'impiego e nella fruizione dell'arte, di film, di *digital storytelling*, di documentari e di progetti fotografici riconosciuti, per la loro capacità di coinvolgimento sul piano motivazionale ed affettivo, come strumenti pedagogici di lavoro efficaci con i pazienti nella pratica sanitaria e socio-educativa, ma anche nel settore della prevenzione, dell'educazione sanitaria, della formazione di base e dell'aggiornamento continuo degli operatori (Marone, 2016). Questi ultimi, mediante l'utilizzo della narrazione a fini formativi possono incrementare le abilità necessarie per interpretare le storie dei malati e dei loro familiari, cogliendone le diverse criticità.

Tali percorsi, se opportunamente facilitati e mediati attraverso processi di *scaffolding*, attivano l'esercizio della riflessività sull'agire

professionale e contribuiscono allo sviluppo della consapevolezza del curante nei confronti del processo di cura e di sé stesso. In questo senso, l'analisi della pratica lavorativa è riportata in prospettiva clinica, vale a dire in un'accezione che si concentra sulla soggettività e l'intersoggettività, sui rapporti interindividuali, sui dettagli dell'operare quotidiano, sulle esperienze e sui momenti specifici dell'azione.

In tale cornice epistemologica, raccontare, capire, interpretare, discutere, argomentare aiutano ad assumere un punto di vista differente, a trasformare sé stessi e la situazione in cui si è coinvolti e a dirimere i momenti d'impasse (Cifali, 2004). Il processo riflessivo, innescato dalle metodologie narrative, facilita l'esercizio (auto) critico nonché lo sviluppo professionale anche sul versante dell'accrescimento della sensibilità e della predisposizione verso l'alterità. Tale bagaglio conoscitivo ed emozionale costituisce un vantaggio non solo dal punto di vista dei pazienti, ma anche dell'operatore stesso poiché lo aiuta a evitare il rischio che sentimenti e disagi coartati possano trasformarsi in cinico distacco o ripresentarsi sotto forma di stress, frustrazione e *burn out*.

Nella prospettiva di una "relazione competente" che può essere favorita o innescata da un lavoro propriamente psico-clinico, paziente e medico collaborano per costruire un terreno comune, all'interno del quale definiscono il problema e orientano le strategie di trattamento. È lo sviluppo stesso della pratica medico-sanitaria a porre sempre più in primo piano la questione della relazione medico-paziente, dal momento che è entrato in crisi quel "paradigma relazionale paternalistico" fondato sull'asimmetria del rapporto fra il "medico che possiede un sapere" ed il "paziente/dipendente che gli affida la propria salute". Il pensiero narrativo quando si mette in azione nell'ambito di esistenze malate o di relazioni di cura, in situazioni di vita più di altre attraversate da condizioni di precarietà e incertezza, apre alla "possibilità", attraverso i racconti di tutto ciò che "potrebbe essere". Da qui l'importanza di un assetto di ricerca "cooperativo" capace di raccogliere, analizzare e interpretare le narrative di pazienti e/o professionisti, "producendo" un "pensare per storie", volto a fare emergere e rendere visibili non solo le trame, ma anche le mappe, le cornici e le prospettive di significato attraverso cui vengono interpretati la salute e la malattia, l'identità, la storia e la cura, veri e propri "sistemi" comples-

si, che si configurano come dimensioni significanti dotate di coerenza normativa per i soggetti che le abitano.

Un pensare insieme, dunque, reso possibile da una sintonizzazione tra le menti: quell'empatia che, nella relazione di cura medico-sanitaria, incide sulla qualità dell'incontro interpersonale, finendo per costituire una dimensione del benessere e del modo in cui la condizione di malattia viene affrontata (Siegel, 2001).

Al centro dell'attenzione pedagogica c'è la relazione educativa che viene stabilendosi tra il professionista di cura e il paziente che si trova in una condizione di disagio. Tale forma di adattamento tra il soggetto e l'ambiente è legata alla qualità degli eventi di vita esperiti dal soggetto e alle mediazioni educative che vengono implicate, le quali si presentano come molto significative nell'influenzare i comportamenti futuri. Dal punto di vista soggettivo ciò si realizza in relazione sia all'accrescimento della conoscenza mediante i processi di costruzione di significato della malattia, sia alla valutazione degli esiti che l'utilizzo del dispositivo narrativo produce in termini di miglioramento della salute nell'esperienza quotidiana.

La malattia si configura come un'esperienza traumatica che produce una rottura della continuità del vissuto cognitivo, affettivo e relazionale della persona, attivando una richiesta di senso che appare imprescindibile. In tal modo, la narrazione, sia essa scritta o orale, tende discorsivamente alla ricerca di una costruzione del significato in grado di promuovere l'integrazione dell'esperienza e costituire l'occasione di un rinnovato benessere. Inoltre, tale dispositivo di cura, mediante la trasposizione di sensazioni, paure e speranze in racconti e storie di fantasia, si rivela particolarmente efficace per talune categorie di pazienti che hanno difficoltà ad esprimere o ad elaborare i loro vissuti.

La medicina narrativa insegna ai medici e ai professionisti della cura come ascoltare le voci e le storie dei loro pazienti, aiutandoli a esprimere il bisogno di raccontarsi. Proprio la potenza del racconto di ciò che a prima vista sembra indicibile, perturbante, innesca processi di trasformazione nel malato come pure in chi ascolta queste storie, permettendo di calibrare gli interventi e costruire percorsi più adeguati alle reali esigenze dei curati.

La riscoperta della dimensione antropologica nelle relazioni di aiuto e nelle cure mediche ed assistenziali, ha favorito lo studio delle diverse modalità narrative con cui persone colpite da malattie, a volte fortemente invalidanti, raccontano sé stesse. La scrittura, facilitata

l'esperienza del decentramento, della presa di distanza da sé, alimentando la possibilità di elaborare il vissuto di sofferenza (Formenti, 2003). Così, essa ha il potere di lenire, di riparare le ferite della psiche e del corpo e, al tempo stesso, permette la coesione interna, il tenersi dal punto di vista del mentale, di particolare importanza in qualunque situazione critica.

D'altro canto la letteratura, l'arte, la scrittura creativa, il teatro, il cinema, la musica, la filosofia, l'antropologia, generano l'acquisizione di nuove consapevolezze circa il rapporto tra saperi personali e biografia professionale, relativamente ai valori e ai significati costruiti nel corso della propria esperienza, sugli atteggiamenti disposizionali, quale momento preliminare alla realizzazione di un apprendimento emancipativo e autoriflessivo (Mezirow, 1991).

La modellizzazione di attività formative rivolte agli operatori sanitari, dunque, finalizzate a imparare ad ascoltare e prestare attenzione alle storie dei pazienti, offre l'opportunità di sviluppare le competenze necessarie a interpretare in modo ricco e accurato i racconti e di coglierne gli aspetti di complessità: un esercizio di riflessione e, contemporaneamente, di umanizzazione della cura, che consente di colmare il vuoto di senso a cui talvolta la relazione con gli utenti espone, recuperando altresì una maggiore definizione e riconfigurazione dell'identità professionale e degli assetti organizzativi in cui si esercitano le pratiche.

### **3. Apprendimento riflessivo e uso delle immagini**

Per un adulto che si forma al lavoro in contesti socio-educativi e sanitari è importante percepirsi al contempo soggetto e oggetto della riflessione e dell'introspezione (Morin, 2015). Ciò facilita l'autonomia di pensiero e la comprensione di aspetti complessi del percorso professionale – cognitivi, affettivo-emozionali, relazionali – che scaturiscono dal confronto con l'Altro/a.

È necessario, allora, individuare strategie d'insegnamento che coinvolgano il discente e il suo pensiero critico, consentendogli di sviluppare competenze disciplinari, riflessive e di gestione delle emozioni che il lavoro con la mente dell'altro/a determinano, tramite dispositivi capaci di motivare e di ampliarne la prospettiva, al di là dell'aula universitaria.

Secondo una diffusa credenza difficile da smantellare, in passato sostenuta da certe pratiche educative, l'imparare sarebbe strettamente connesso con la fatica, il dolore, e quindi esisterebbe una separazione netta fra il piacere e l'impegno. Da ciò l'idea che l'apprendimento coincida con la sofferenza, tralasciando l'importanza di aspetti fondamentali nei processi di acquisizione del sapere, come il coinvolgimento, la passione, il divertimento, invece sempre più considerati dalla letteratura di settore.

In realtà, la motivazione alla conoscenza è “un insieme di esperienze soggettive, di origine intrinseca o estrinseca, quali gli obiettivi, le aspettative, i processi emotivi, i valori, gli interessi personali” (De Beni, Moè, 2000), per cui l'apprendimento autentico transita per il ritrovamento del proprio soddisfacimento, sia pure accompagnato da impegno e studio, il che significa la possibilità di scoprirsi presenti in prima persona nelle cose che si fanno (Terminio, 2011): si tratta, insomma, di un processo complesso, che coinvolge tutte le dimensioni della soggettività.

Pertanto, la Scuola e l'Università, dovrebbero consentire agli studenti la possibilità di elaborare il proprio particolare modo di mettere in relazione desiderio e dovere, creatività e impegno.

A tal fine, il processo di apprendimento va articolato non solo come modalità astratta, ma anche attraverso esperienze concrete, osservazione riflessiva e sperimentazione attiva. Inoltre, affinché si sviluppi la motivazione, l'attività didattica deve tenere conto dei vissuti, interessare direttamente i discenti, connetterli alla cultura del loro tempo.

Da qui l'importanza di prevedere sessioni che consentano all'allieva/o di sviluppare il principio di consapevolezza, cioè di responsabilizzarsi rispetto al proprio apprendimento, applicando quanto imparato, così da lasciar emergere un possibile modello di riflessione nel corso dell'azione. In tal senso, la riflessività costituisce un dispositivo in grado di cogliere lo scarto tra i modelli teorici canonici e le teorie implicite espresse nell'agire (Striano, 2001).

Ma il viaggio nella formazione e nel sapere è anche l'occasione per darsi un fondamento nel proprio desiderio. Riconoscere quest'ultimo come dimensione fondante l'atto conoscitivo, legata direttamente o indirettamente ai processi d'identificazione e a sentimenti di partecipazione, offre uno sguardo diverso sulla conoscenza, i suoi contenuti e le pratiche educative.

A tale proposito i linguaggi dell'arte costituiscono sul piano pedagogico un'area tematica e strumentale importante che arricchisce l'universo narrativo umano, permettendo di veicolare espressioni, sensazioni, significati e vissuti emotivi.

In particolare le immagini sono pretesti per attivare processi mentali.

Diversi elementi concorrono a formare l'immaginazione, processi d'astrazione, condensazione, spostamento e interiorizzazione dell'esperienza sensibile sono d'importanza decisiva tanto nella visualizzazione quanto nella verbalizzazione del pensiero (Angrisani, Marone, Tuozzi, 2001).

Le forme della narrazione possono essere le più diverse: non solo parole, ma anche gesti e simboli, arte e poesia, le cui origini magiche e rituali hanno lasciato un'impronta anche sulla narrativa.

Per esempio l'arte visiva si declina in scritte che sono diventate rappresentazione visuale di espressioni non linguistiche tramite i segni grafici non convenzionali; eppure si tratta di manifestazioni così personali ed autobiografiche ma al tempo stesso potenzialmente universali perché attingono all'immaginario, al taglio che ciascuno opera sulle sollecitazioni rappresentazionali a cui è sottoposto.

Ne consegue che i linguaggi dell'arte costituiscono da un punto di vista pedagogico un'area tematica importante che arricchisce ed amplia l'universo narrativo umano, in quanto permette di veicolare espressioni, sensazioni significati e vissuti emotivi e, quindi, consente di imparare a "pensare coi propri sensi".

I dispositivi artistici favoriscono la comunicazione non verbale e la motivazione all'apprendimento perché rappresentano espedienti privilegiati per l'espressione di emozioni, sentimenti, pensieri, ricordi e sensazioni difficilmente riconducibili al linguaggio.

In realtà, sia la narrazione sia l'esperienza dell'arte sono palestre di addestramento alla vita: attraverso di esse "ci familiarizziamo con il mondo ed esploriamo le nostre possibilità" (Jedlowski, 2000, p. 49) poiché per un verso si tratta di azioni che si aprono alle possibili configurazioni dell'immaginario, per un altro di relazioni e di creazioni di contesti.

Dal punto di vista formativo, il ricorso a mediazioni immaginarie e linguistiche, introduce una distanza critica rispetto alla società per il tramite della cultura e dell'educazione, costituendo una sorta di zona franca nelle situazioni difficili, e garantisce la possibilità di esprimersi

e crescere in consapevolezza in quanto mediatori rappresentazionali che facilitano la mentalizzazione dell'esperienza, aiutandola a digerire. Inoltre, grazie alla focalizzazione delle relazioni, dei legami e delle interconnessioni che caratterizzano le storie, è possibile ricostruire le risorse esistenziali presenti, scambiando una memoria che diventi patrimonio comune con l'atto narrativo. Da qui il valore sociale dell'arte che risponde al bisogno dei gruppi di preservare la propria coerenza e identità tra tradizione e mutamento. La prima deve saper fornire un sapere consolidato, il secondo seppure si può tradurre in una potenziale minaccia, è anche l'aspetto vitale necessario affinché nuove idee, nuove prassi trasformino l'esistente. Così, l'arte è una metafora delle emozioni dei gruppi sociali che, comunicando, producono immagini e narrazioni che, come filtri creativi, non solo permettono di vedere e definire il mondo, ma pure esprimono le relazioni vissute all'interno della comunità (Casadio, 2015).

La professionalità nei contesti di cura, oltre a richiedere la padronanza delle conoscenze e competenze tecnico-specialistiche, si avvantaggia anche di attitudini relazionali che permettono l'instaurarsi di relazioni emotivamente significative.

L'obiettivo pedagogico che muove l'utilizzo di parole e immagini — il disegno, la pittura, l'arte e la parola poetica — è quello di produrre un apprendimento trasformativo volto a rivedere le identità professionali, mettendo in discussione repertori fin troppo noti e sedimentati, così da sperimentare una diversa rappresentazione di se stessi e mobilitare risorse e capacità impensate.

In tal senso gli operatori in formazione, esplorando gli eventi e le dinamiche che caratterizzano il complesso rapporto tra immagine, arte e accrescimento professionale, hanno l'opportunità di rendere significativa la loro esperienza attraverso tracce che funzionano da strumento proiettivo, non saturando il campo della loro immaginazione, ma anzi avviando la formulazione di pensieri e significati differenti per ciascuno.

Implementare le capacità di analisi, in riferimento ai processi iconici di lettura e allo sviluppo di nuovi paradigmi dell'immaginario permette di acquisire competenze avanzate da applicare creativamente a diversi contesti e favorire così la conoscenza di sé e dell'altro/a, attraverso la comunicazione in un dispositivo gruppale.

L'arte, in quanto attività conoscitiva insegna a mettersi continuamente in gioco e porre in discussione l'usuale, i pregiudizi, quello cui

siamo ormai assuefatti e non ci scandalizza più (Marone, 2014, p. 145). La memoria immaginativa, che si realizza nell'atto creativo si accompagna al sapere scientifico quale senso di possibilità (Gargani, 1999), aprendosi ad accogliere l'Altro attraverso il gesto, che si fa testimonianza empatica perché "è negli occhi che abbiamo trovato l'altro ed è lì che ancora lo troviamo" (Barnes, 2011).

#### **4. Pedagogia visuale e digital storytelling**

La "visione", d'altro canto, assume nella società attuale una dimensione ipertrofica che richiede, dato il rischio persistente di saturazione visiva, un approccio critico e integrato al fine di comprendere il rapporto soggettività – mondo delle immagini – mondo della vita (Arnheim, 1974). In tal senso, le analisi sul significato sociale delle immagini e sul ruolo delle rappresentazioni, rivestono un ruolo chiave anche nel lavoro medico-sanitario dove l'aspetto simbolico inerente la salute e la malattia e, in particolare, il proliferare iconografico sui corpi, comporta fraintendimenti e stereotipi difficili da fronteggiare perché ormai ampiamente interiorizzati. In realtà, le pratiche mediche hanno a che fare con le rappresentazioni visive, figure anatomiche, referti medici intrisi di una dimensione simbolica enorme, percettivamente molto forte; non a caso, molto spesso gli artisti ritraggono nel loro lavoro il corpo nelle sue declinazioni mediche. Pertanto, lo studente va incoraggiato a sviluppare competenze nel campo della ricerca culturale all'interno del complesso dibattito che coinvolge lo spazio sociale dei media, l'arte e la costruzione immaginaria e, più in generale, a essere in grado di distribuire queste competenze nel proprio campo professionale.

Le metodologie didattiche che si servono di supporti audio e video appaiono essere quelle che maggiormente stimolano le riflessioni in tal senso.

Particolarmente efficace, si rivela lo spazio cinematografico perché in esso le emozioni, pure quelle più travolgenti, diventano digeribili ed anche i conflitti, generati dalla pluralità di voci e accadimenti della vita attuale, possono trovare un luogo in cui essere dichiarati esplicitamente e, quindi, affrontati attraverso momenti di restituzione grup-pale, garantendo sia la possibilità di mettersi in discussione sia di dialogare. L'impatto affettivo del film nel mobilitare stati d'animo asso-

lutamente specifici per ciascun individuo conferma l'importanza degli elementi fantasmatici, simbolici, affettivo-relazionali alla base dei processi cognitivi e l'opportunità di indagare quel groviglio emozionale che può rendere possibile o impossibile apprendimenti e relazioni.

Infine, particolarmente efficace è l'approccio narrativo digitale che consiste nel raccontare storie, servendosi di strumenti multimediali. Un *digital tale* è una breve narrazione di un evento (della durata all'incirca di 5 minuti) che integra diversi linguaggi: immagini, fotografie, disegni (o altro materiale scannerizzabile), video, musica, voce o effetti sonori. In tal senso il *digital storytelling* può rivelarsi un dispositivo formativo funzionale alla produzione di una serie di processi narrativi per l'auto-riflessione professionale (Schön, 1987), finalizzata all'individuazione di quegli elementi centrali (rappresentazioni, immagini, stereotipi, *script*) dell'agire professionale nei servizi di cura.

Le proposte formative che si avvalgono di tale dispositivo hanno come obiettivi: la possibilità di riflettere sulle matrici personali di tipo motivazionale e sulle rappresentazioni del proprio ruolo professionale; la promozione delle competenze trasversali (lavoro di gruppo, gestione dello stress, comunicazione dialogica, *problem solving*, ecc.) e multimediali degli operatori. Le storie raccontate devono essere verosimili ma l'efficacia del dispositivo in termini di apprendimento è legata all'espressione personale, alla capacità di coinvolgimento emotivo, alla forza dell'immaginazione e dei valori condivisi (Petrucco, De Rossi, 2009). Il nocciolo dello *storytelling* è l'intersezione che s'instaura tra la rappresentazione narrativa della realtà e i processi di interpretazione, di proiezione e di riflessione, soprattutto quando ci si propone di raggiungere un pubblico eterogeneo.

Il Digital Storytelling rappresenta un dispositivo motivazionale portatore di contenuti esperienziali che aiutano a situare ciò che si apprende in un contesto specifico e a riflettere su di esso. Secondo Petrucco (2012) l'apprendimento viene ulteriormente stimolato e sostenuto dalla componente narrativa che favorisce "l'utilizzo integrato delle varie dimensioni dell'intelligenza, soprattutto linguistica, interpersonale e intrapersonale". Si tratta, dunque, di un apprendere emotivamente coinvolgente, difatti diversi studi (Petrucco, De Rossi, 2009, 2013; Lambert, 2013; Mc Drury, Alterio, 2003) insistono sull'importanza dell'emozionalità nei processi di acquisizione della

conoscenza e sull'esistenza di un forte collegamento tra narrazione e apprendimento riflessivo e trasformativo. Quindi, tale dispositivo coinvolge sia la sfera emotiva che cognitiva e favorisce: apprendistato cognitivo, pensiero inventivo, meta-cognizione e riflessione, efficacia comunicativa. Inoltre, promuove competenza perché porta a sviluppare insieme abilità linguistiche e tecnologiche in modo costruttivistico (*learning by doing*) (Robin, 2008).

## 5. Il bisogno di creatività degli operatori sanitari

L'esperienza del soggetto, quindi, è esperienza di desideri, impulsi, ricordi, fantasie, sensazioni, percezioni, sentimenti. Essa costituisce il motore della conoscenza e il fondamento del processo ideativo in quanto partecipa alla risoluzione di problemi che implicano creatività, giudizio e processi decisionali, e che richiedono l'esibizione e la manipolazione di grandi quantità di informazioni o la possibilità di accoppiare vecchi concetti in nuove alleanze generative (Damasio, 1995).

Al desiderio è intimamente connessa la creatività — intesa come capacità individuale, potenzialmente presente nei campi più diversi (dalla produzione artistica o scientifica alla vita quotidiana) — che consiste nel cogliere i rapporti tra le cose o le idee in modo nuovo e nel formulare intuizioni non previste dagli schemi di pensiero abituali.

È proprio la creatività a costituire un aspetto indispensabile e complementare alla razionalità. Il pensiero creativo si apre a connessioni sempre nuove e consente di non cadere nella ripetitività, nell'inerzia della coazione a ripetere (condizioni mortifere); al contrario, mantiene in vita la mente in quanto principio costante di ricreazione ed esplorazione e, come tale qualifica l'intelligenza: un'intelligenza pragmatica, intrinsecamente volta in avanti, aperta verso valori, stili e culture e, dunque, con una funzione sociale (Dewey, 1970, p. 103).

La creatività è il segno di un mutamento del destino personale che passa attraverso una pratica dell'interiorità, tesa ad ascoltare la potenza del suo sentire e le potenzialità del suo conoscere, creando una fortunata coincidenza fra azione ed emozione, e permette la trasformazione dell'orizzonte conoscitivo, affettivo e relazionale del singolo e della collettività.

Pertanto, essa è il cuore dell'agire formativo che, d'altro canto, garantendo la costruzione di nuovi significati, è esso stesso al contempo atto e processo intrinsecamente generativo (Margiotta, 2011).

Partendo dal presupposto ampiamente condiviso che la formazione dei professionisti in ambito socio-sanitario richiede la necessità di coniugare la dimensione cognitiva con quella relazionale, anche la formazione dei formatori deve tenere conto di questi aspetti.

Il bisogno di creatività, come emerge da alcune indagini (Marone, Capo, Navarra, 2017), è espressamente sentito sia come esigenza di trovare risposte nel lavoro con i pazienti sia come nutrimento personale poiché il linguaggio simbolico permette l'elaborazione di vissuti complessi e difficili da sostenere. Questi dati offrono l'opportunità di analizzare tali dimensioni per definire degli indicatori dal punto di vista metodologico-didattico: un primo passo per procedere alla costruzione di percorsi curriculari in cui siano destinati spazi più ampi ad attività formative basate sulla creatività.

Apprendere è donare di senso. Eleggere la creatività all'apice del finalismo formativo e, dunque, fornire gli adulti di linguaggi divergenti (arte, narrazione, giochi, social media) facilita l'apprendimento per il tramite di esperienze che incidono profondamente sulla motivazione alla conoscenza, sulla fiducia nelle proprie capacità, sulla possibilità di costruire la propria autonomia intellettuale. Non solo, l'aspetto fondamentale della creatività, cioè quello di far capo a un più globale intreccio tra motivazioni interne e sollecitazioni sociali, bisogni e rinforzi, scaturisce dall'aver scoperto o realizzato qualcosa di nuovo. È in questi istanti che si riscoprono cose e persone, che si sperimenta la possibilità di dare nome all'ignoto e sembianze all'informe e quindi, di riorganizzare il caos e governare l'ignoto. Un'esigenza particolarmente sentita da chi lavora a contatto con la sofferenza, l'imprevedibilità, il dolore, e si trova a dover gestire relazioni interpersonali che a causa dei contesti in cui si determinano (ospedale, clinica, ambulatorio) possono risultare faticose, a volte cariche di interrogativi, tensioni, richieste, conflitti. Pertanto, un approccio riflessivo, basato su linguaggi creativi e informali può aiutare l'operatore a meglio orientarsi nel complesso gioco tra dimensione organica, vissuti personali, visioni del mondo, emozioni, desideri.

Il ricorso costante a mediazioni immaginarie e linguistiche, introduce nel professionista sanitario in formazione una postura critica e riflessiva, per mezzo della cultura e dell'educazione, e garantisce la

possibilità di esprimersi e crescere in consapevolezza: un passaggio dall'investimento su di sé e sulle proprie competenze professionali all'opportunità di rintracciare lo spazio dell'altro in termini di attenzione e riconoscimento, cura, ascolto e rispecchiamento. Inoltre, l'utilizzo di metodologie informali apre alle sollecitazioni della cultura e dell'esperienza, configurandosi come esercizio di padroneggiamento per distanziare l'agire dalle reazioni immediate, con il risultato di implementare la capacità di gestire gli stati emozionali e di progettare e organizzare piani d'azione. Da qui il potenziale trasformativo di tali metodologie, in termini formativi, professionali e sociali, con una valenza chiaramente emancipativa e etica, al tempo stesso.

### Riferimenti bibliografici

ANGRISANI S., MARONE F., TUOZZI C., *Cinema e cultura delle differenze*, ETS, Pisa 2001.

ARNHEIM R., *Il pensiero visivo. La percezione visiva come attività conoscitiva*, Einaudi, Torino, 1974.

BARNES J., *Il senso di una fine*, Einaudi, Torino 2011.

CASADIO L., *L'arte della psicoterapia e la psicologia dell'arte*, Meltemi, Milano 2015.

CHARON R., *Narrative Medicine. A model for Empathy, Reflection, Profession and trust*, «The Journal of the American Medical Association», 286, 2001, pp. 1897–1902.

CIFALI M., *Démarche clinique, formation et écriture*, 2004, «Articles choisis», available on the web: <http://www.unige.ch/fapse/SSE/teachers/cifali/articles/clinique.html>.

FORMENTI L., *La storia che educa: contesti, metodi, procedure dell'autobiografia educativa*, «Adulthood», 4, 2003.

CUNTI A., *Formarsi alla cura riflessiva. Tra esistenza e professione*, FrancoAngeli, Milano 2014.

DAMASIO A.R. (1994), *L'errore di Cartesio. Emozione, ragione e cervello umano*, Adelphi, Milano 1995.

DE BENI R., Moè A., *Motivazione e apprendimento*, il Mulino, Bologna 2000.

DEWEY J. (1916), *Intelligenza creativa*, La Nuova Italia, Firenze 1970.

GARGANI A.G., *Il filtro creativo*, Laterza, Roma–Bari 1999.

JEDLOWSKI P., *Storie comuni*, Mondadori, Milano 2000.

LAMBERT J., *Digital Storytelling: capturing lives, creating community*, Routledge, New York 2013.

MARGIOTTA U., “La pedagogia e la questione trascendentale della formazione”, in R. Minello, U. Margiotta, *Poiein. La Pedagogia e le Scienze della Formazione*, Pensa MultiMedia, Lecce 2011.

MARONE F., *La Medicina narrativa tra formazione e pratica clinica*, in F. M. Dovetto (a cura di) *Lingua e patologia. I sistemi instabili*, Aracne, Roma 2020, pp. 481–486.

— (a cura di), *La medicina narrativa e le buone pratiche nei contesti della cura. Metodologie, strumenti, linguaggi*, Pensa MultiMedia, Lecce 2016.

— *Le relazioni che curano. Percorsi pedagogici per le professioni sanitarie*, Pensa MultiMedia, Lecce 2014.

MARONE F., CAPO M., NAVARRA M., *La creatività: un bisogno formativo degli operatori sanitari*, «ERP», vol. 1., pp. 136–150.

MARONE F., NAVARRA M., *Il sentimento del tempo. Un dispositivo di senso nella formazione degli operatori sanitari*, «MeTis. Mondi educativi. Temi, indagini, suggestioni», 9 (2) 2019, pp. 187–204.

MCDRURY J., ALTERIO M., *Learning Through Storytelling in Higher Education*, Kogan Page, London 2003.

MEZIRROW J. (1991), *Apprendimento e trasformazione*, Cortina, Milano 2003.

MORIN E., *Insegnare a vivere. Manifesto per cambiare l'educazione*, Raffaello Cortina, Milano 2015.

PETRUCCO C., DE ROSSI M., *Narrare con il Digital Storytelling a scuola e nelle organizzazioni*, Carocci, Roma 2009.

— *Le narrazioni digitali per l'educazione e la formazione*, Carocci, Roma 2013.

SIEGEL D.J. (1999), *La mente relazionale. Neurobiologia dell'esperienza interpersonale*, Cortina, Milano, 2001.

ROBIN B.R., *Digital Storytelling: A Powerful Technology Tool for the 21st Century Classroom*, «Theory Into Practice», 47:220–228, The College of Education and Human Ecology, The Ohio State University, 2008.

SCHÖN D.A., *Teaching artistry through reflection-in-action*, «Educating the reflective practitioner», pp. 22–40, Jossey-Bass Publishers, San Francisco, CA 1987.

STRIANO M., *La razionalità riflessiva nell'agire educativo*, Liguori, Napoli 2001.

TERMINIO N., *La generatività del desiderio. Legami familiari e metodo clinico*, FrancoAngeli, Milano 2011.

ZANNINI L., *Medical humanities e medicina narrativa. Nuove prospettive nella formazione dei professionisti della cura*, Cortina, Milano 2008.

## L'educatore emozionale e la promozione del ben-essere nei contesti di cura

MARIA BUCCOLO\*

**RIASSUNTO:** L'intento di questo contributo è quello di evidenziare il ruolo dell'educatore emozionale nei contesti di cura legato ai tempi che stiamo vivendo in cui la Pandemia da Covid-19 traccia, inevitabilmente, la via per un totale cambiamento sociale, culturale, economico e politico cui corrisponde un nuovo progetto di vita (Buccolo, FerroAllodola, Mongili, 2020). Accettando la sfida dei nostri tempi, dunque, l'educatore emozionale, vuole leggere l'attuale crisi come un richiamo all'impegno e alla responsabilità degli individui per costruire insieme risposte per il futuro a partire dalla riflessione sulle azioni da compiere per ri-progettare le esistenze in un'ottica trasformativa.

**PAROLE CHIAVE:** educatore, emozioni, ben-essere, cura.

**ABSTRACT:** The aim of this article is to highlight the role of the emotional educator in the contexts of care, linked to the times we are living in. Times, in which the Covid-19 Pandemic inevitably traces the way for a total social, cultural, economic and political change, which corresponds to a new life project (Buccolo, FerroAllodola, Mongili, 2020). Accepting the challenge of our times, therefore, the emotional educator wants to read the current crisis as a call to the commitment and responsibility of individuals to build – together – the answers for the future. This is possible, starting from the reflection on the actions to be taken to redesign the existences in a transformative perspective.

**KEY-WORDS:** educator, emotions, well-being, care.

\* Sapienza Università di Roma.

## 1. L'educazione emotiva e lo sviluppo del ben-essere

Il dibattito scientifico sul tema delle emozioni negli ultimi anni diventa centrale in campo educativo e parte dallo studio delle caratteristiche dell'attuale sistema sociale, per arrivare a definire le esigenze di rinnovamento che interessano l'educazione formale, non formale e informale.

In questo quadro, l'azione educativa rappresenta uno strumento fondamentale per promuovere la costruzione di percorsi inclusivi nei contesti di cura. A tal proposito, risulta fondamentale il ruolo dei professionisti dell'educazione in particolare dell'educatore emozionale (Buccolo, 2019) per progettare percorsi attraverso i quali le persone possano prepararsi per poter navigare in un mare così vasto e burrascoso, non solo acquisendo conoscenze disciplinari, ma facendo propri degli strumenti interpretativi e delle abilità trasversali che possano consentire loro di valorizzare le proprie potenzialità e trovare il proprio posto nel mondo. Emerge, dunque, la necessità di promuovere un'azione educativa rivolta al soggetto nella sua interezza e di dare spazio a tutti i suoi bisogni, abbracciandone tutte le dimensioni costitutive e non limitandosi al solo piano cognitivo-razionale.

Fatte queste premesse di natura teorica sull'educazione emotiva, l'obiettivo è proprio quello di proporre alcune letture, tenendo conto di dominanti significative della ricerca pedagogica e didattica in relazione al lavoro con i bambini e le famiglie e al loro contesto di esperienza e di vita emotiva.

L'attenzione alla sfera emozionale pone le basi per comprendere meglio ogni persona, in modo empatico per attivare interventi adeguati e rispondenti alle diverse esigenze e ai vari bisogni, motivando l'apprendimento e rendendolo così utile per la vita (Goleman, 2005). Per sviluppare le competenze emotive nei contesti di cura l'educatore emozionale può progettare delle attività di formazione esperienziale al fine di favorire l'alfabetizzazione emotiva.

È necessario però, educare tenendo presente che l'aspetto emozionale è fondamentale per lo sviluppo della conoscenza e dovrebbe, per questo, essere un presupposto imprescindibile dell'azione educativa. Nello stesso modo, anche insegnare il riconoscimento, l'accettazione e la gestione delle emozioni, sarebbe altamente qualificante per l'offerta di un servizio educativo e – soprattutto – assumerebbe una valenza inestimabile per la formazione alla vita di ognuno. Educare alle emo-

zioni vuol dire, dunque, superare una visione statica dell'educazione, in cui si fanno prevalere solo gli aspetti cognitivi a discapito di quelli emozionali, a favore di un'idea di educazione globale, fondata sulla convinzione che la pratica educativa debba considerare nel suo insieme intelletto ed emozioni, corpo e anima (Buccolo, 2019). L'educazione globale non si accontenta di alfabetizzare e di educare secondo le discipline, ma mira a comprendere e accettare gli altri, a valorizzare la comunione con la natura, a orientarsi in mezzo alle complessità e a ridurle a espressioni semplici, ad adattarsi alle sovra-dimensioni e ai cambiamenti rapidi, a cercare mezzi per preparare progressivamente un futuro per noi stessi e per coloro che verranno dopo di noi. Si tratta di pedagogia attiva o di educazione espressiva, un metodo educativo che nasce da riflessioni e da esperienze educative diverse per riferimenti teorici e intenzioni, ma accomunate dal concetto del soggetto come parte "attiva" del processo educativo, come il protagonista del suo sviluppo e del suo apprendimento.

L'educazione emozionale riveste, dunque, un ruolo fondamentale nello sviluppo individuale e relazionale della persona. La famiglia, la scuola e le altre organizzazioni sono chiamate insieme a collaborare per favorire nell'individuo lo sviluppo dell'intelligenza emotiva che consiste nella capacità di monitorare le proprie e le altrui sensazioni, distinguendo tra diversi tipi di emozioni e usando queste informazioni per canalizzare pensieri ed azioni.

Questo concetto sintetizzato in esempio pratico si rifà alla teoria sull'intelligenza emotiva che Goleman postulò nel 1995 e che ancora oggi ha una sua validità scientifica ed una ampia applicabilità in campo educativo. L'intelligenza emotiva in sostanza rappresenta quell'insieme di competenze o caratteristiche fondamentali per affrontare la vita in modo positivo. Le emozioni, tuttavia, spesso non trovano espressione nella nostra vita quotidiana familiare e sociale; vengono "represe" oppure "ingrandite", così si riduce di molto la possibilità di una di una vita intensa, di un profondo rapporto umano in famiglia e nella società. Questo spesso rappresenta un fattore facilitante o causa esso stesso di disagio e malessere.

Benessere relazionale non significa, in questo senso, assenza di emozioni forti o dolorose, ma poter vivere pienamente le emozioni in tutte le situazioni di vita, siano esse felicità, rabbia, tristezza, paura, ecc. Capire il ruolo che le emozioni svolgono nei rapporti interpersonali è di fondamentale importanza, infatti, è proprio attraverso la con-

divisione di esperienze emotive che si entra in sintonia con gli altri. Sono le forme di comunicazione che coinvolgono la conoscenza delle nostre emozioni, la capacità di dividerle e la capacità di percepire empaticamente quelle dei bambini che costituiscono le fondamenta su cui costruire con loro una relazione che continui per tutta la vita (Siegel, Hartzell, 2005).

## **2. L'educatore emozionale: un profilo dinamico e pieno di sfumature**

La figura dell'educatore si è sviluppata seguendo trasformazioni storiche, sociali, economiche e culturali, e oggi sta attraversando una stagione di ripensamento, di ridefinizione e di riqualificazione relativa alle proprie strutture, ai compiti e alle competenze (Iori, 2018), che trovano origine, nei profondi mutamenti che hanno caratterizzato la società contemporanea a partire dagli anni sessanta del secolo scorso. Flessibilità, mobilità, incertezza, riflessività, infatti sono alcuni degli elementi ritenuti centrali del cambiamento dello scenario lavorativo attuale. In questa prospettiva, risulta opportuno e necessario mettere a fuoco significati, implicazioni e possibilità connessi alle nuove frontiere che si aprono verso questa professione.

Si tratta, infatti, di un lavoro intenzionale ed interpretativo, fatto di competenze e di riflessività, di saperi connessi ad una prassi legata alla molteplicità e alla dinamicità ossia alla necessità di collegare il presente con eventi passati e con prospettive future (Buccolo, 2015).

Per queste ragioni non è semplice riuscire a delineare un quadro esaustivo e definitivo della figura dell'educatore, alle funzioni, agli ambiti di intervento ma bisogna tracciare un percorso alimentato da diversi contributi al fine di costruirne una immagine poliedrica e flessibile che si adatti ai diversi contesti presenti nella società della complessità (Orefice, Carullo, Calaprice, 2011).

Da queste premesse si evince che questa professione ha diverse sfumature, nello specifico "l'educatore emozionale" può essere definito come il professionista della crescita educativa che ha a che fare con "l'altro in formazione" e deve tenere in seria considerazione il peso e l'incidenza degli aspetti relazionali nei processi formativi, così come deve essere sostenuto nell'elaborazione dei vissuti emotivi come paura, angoscia, bisogno di dipendenza, incertezza, costitutive della natu-

ra umana (Buccolo, 2019 p. 47). La lettura delle dinamiche relazionali è ormai diventata una competenza considerata parte costitutiva della sua professionalità (Riva, 2004, p. 160). In particolare, l'educatore emozionale si può configurare oggi, in una società dalle caratteristiche mutevoli, come ruolo culturale ed educativo dinamico e complesso, che si propone come interlocutore privilegiato della famiglia e di altre agenzie educative del territorio in cui opera.

Una professionalità educativa così teoricamente definita, con ruoli e funzioni socioculturali, si traduce nella persona che interpreta l'atto educativo in capacità di fare, in competenze e modalità di intervento, i cui contenuti si presentano diversificati e molteplici e in costante evoluzione.

In altre parole, ci riferiamo al "sapere" dell'educatore nella concezione integrata che vede insieme il "sapere, saper essere, saper fare" come un complesso di conoscenze e competenze (Buccolo, 2008, p. 77). Per "sapere" si intendono quelle competenze teoriche che comprendono la formazione di base, l'aggiornamento professionale e la formazione permanente; i contenuti che caratterizzano questi strumenti formativi approfondiscono i vari ambiti disciplinari del discorso educativo che nella realtà si intrecciano e si coadiuvano nello studio della pedagogia, didattica, psicologia, sociologia, antropologia, filosofia ecc.

Il "saper essere" si riferisce paradossalmente e per certi aspetti a un ruolo costituito da comportamenti quali il buon senso, la comprensione, la pazienza e l'affettuosità. L'educatore emozionale sa che deve svolgere una funzione di riferimento per il soggetto; deve "saper essere" un riferimento affettivo certo perché possa stabilire interamente un rapporto di fiducia, di affidabilità, di sicurezza e di protezione, una base sicura alla quale poter ricorrere in qualsiasi momento (Bosi, 2002, p. 130).

Il "saper fare" si concretizza nel lavoro quotidiano dell'educatore come messa in campo di conoscenze, metodologie e tecniche relative alle scienze dell'educazione, nella riflessione e costruzione di un progetto educativo per tutta la vita.

### 3. Le competenze dell'educatore nella gestione delle emozioni

Riflettere sull'educazione emotiva ci porta a ri-pensare oggi alla figura dell'educatore e alla storia del suo riconoscimento professionale (Buccolo, 2015). Questo testimonia quanto sia forte e non scindibile il nesso tra le vicende che riguardano le forme di cura e di attenzione per la crescita e lo sviluppo che una società assume per i suoi cittadini. In un processo di cambiamento come questo, appare fondamentale la figura e il ruolo che l'educatore assume. Infatti, tale ruolo non può più basarsi solo su un senso di "accudimento" e "cura", ma deve avvalersi anche di una buona preparazione in ambito teorico e metodologico, al fine di soddisfare le richieste di stimoli e di attenzioni di cui tutti i soggetti necessitano.

L'avanzamento della ricerca scientifica e dell'esperienza nei servizi educativi ha portato, negli ultimi anni, da un'immagine dell'infanzia che vedeva il bambino meritevole di cure e affetto, a un'immagine di bambino competente, attivo, orientato verso un protagonismo delle proprie esperienze, come attore dei propri apprendimenti sin dalla piccola età. Quanto detto si riflette in alcuni ambiti all'interno dei quali si sviluppa il processo educativo, nella relazione tra adulto e bambino e nella funzione del contesto e della memoria organizzativa dei servizi.

Fatte queste premesse il compito dell'educatore nel processo educativo oggi deve essere quello di:

- favorire la crescita e lo sviluppo del bambino, attraverso il processo di osservazione come metodologia indagativa che aiuta a leggere la realtà e a riprogettare al meglio gli interventi educativi sempre più a misura di bambino;
- favorire lo sviluppo di una progressiva autonomia, attraverso la creazione di uno spazio di transizione tra casa e scuola;
- progettare degli ambienti e delle attività, perseguendo lo sviluppo cognitivo e sociale per favorire il benessere psico-fisico del bambino;
- comprendere la storia personale del bambino, il vissuto della famiglia e le loro aspettative in merito al servizio educativo offerto;

- consolidare nel bambino il senso di identità ed espressione di sé, attraverso l'uso adeguato di metodologie ludiche (gioco libero e strutturato, drammatizzazione, lettura di fiabe ecc.);
- fare attenzione ai tre ambiti centrali per lo sviluppo del bambino, cognitivo, affettivo-motivazionale e socio-relazionale.

Per far fronte a questi aspetti del processo educativo e avere un suo riconoscimento l'educatore dovrà possedere nel suo bagaglio di esperienza professionale le seguenti competenze:

- competenze culturali e psico-pedagogiche;
- competenze tecnico-professionali;
- competenze metodologiche e didattiche;
- competenze relazionali;
- competenze "Riflessive" (Catarsi, Fortunati, 2009, p. 75).

Non si tratta di singole competenze che devono essere sviluppate in maniera separata, ma che devono essere intese in modo integrato con il proprio valore e la propria utilità nel lavoro sul campo. In questo ambito, la professionalità educativa, pur alimentata da competenze di tipo tecnico, deve fondarsi anche su una personale sensibilità educativa, che non è innata, ma è certamente il frutto della storia personale dell'individuo e della sua formazione professionale.

Nello sviluppo del bambino risulta indispensabile attivare relazioni positive e gratificanti, tali da contribuire allo sviluppo di una personalità equilibrata, mirate anche a favorire il futuro successo scolastico e negli apprendimenti in generale.

Gli studi di natura pedagogica all'interno di questo ambito tendono, infatti, a valorizzare la dimensione relazionale ed emotiva come fattori importanti per favorire lo sviluppo integrale del bambino. Affinché queste due dimensioni vengano rafforzate, l'educatore emozionale deve puntare a incrementare la fiducia, l'autostima, la sicurezza, la capacità di sviluppare attività e l'interesse sociale.

Da quanto detto precedentemente, si evince che la professionalità dell'educatore è ormai unitariamente ritenuta centrale nel processo di rinnovamento delle istituzioni formative del nostro Paese. Ha un suo carattere complesso e un'identità che deve essere ancora compiutamente definita e socialmente accettata anche se negli ultimi anni la

legge Iori n. 205/2017 sulle professioni educative (Iori, 2018) ha delineato la figura e le competenze, riordinando l'accesso alla professione, dal titolo di studio all'accesso del mercato del lavoro all'adeguamento ad un modello Europeo per garantire la circolarità del profilo anche in altri paesi.

## Conclusioni

Dalle riflessioni fatte sin qui emerge che la vita emotiva rappresenta sia una risorsa che uno “strumento di lavoro” su di sé che diventa specifico per promuovere una migliore qualità nelle organizzazioni e un agire professionale che non voglia consegnarsi all'impersonalità. Cercare il senso delle ferite dell'anima o della gioia significa entrare nella complessità della sfera emotiva e cercare parole per dire il taciuto e ridonare umanità al lavoro.

Questo è il compito dell'educatore emozionale: sovvertire il paradigma anaffettivo e le regole imposte dall'oggettività che rendono operatori ed educatori prigionieri delle tecniche (Iori in Buccolo, 2019, pag. 15). Inoltre, ha l'abilità di stimolare un confronto semplice e leale con le proprie emozioni, che spesso vengono viste “in controtuce” nelle emozioni altrui, richiede il coraggio del rispecchiamento delle proprie fragilità, e produce una nuova conoscenza di sé, senza le maschere che celano la persona dietro l'impersonalità del ruolo.

## Riferimenti bibliografici

BOSI R., *Pedagogia al nido. Sentimenti e relazioni*, Carocci, Roma 2002.

BUCCOLO M., *L'educatore emozionale. Percorsi di alfabetizzazione emotiva per tutta la vita*, FrancoAngeli, Milano 2019.

— *Formar-si alle professioni educative e formative. Università, Lavoro e sviluppo dei talenti*, FrancoAngeli, Milano 2015.

— *La formazione va in scena. La progettazione dei processi formativi attraverso la metodologia del teatro d'impresa*, Laterza, Roma-Bari 2008.

BUCCOLO M., FERRO ALLODOLA V., MONGILI S., *Percezioni e vissuti emozionali ai tempi del Covid-19: una ricerca esplorativa per ri-*

flettere sulle proprie esistenze, «Lifelong Lifewide Learning», Vol. 16, n. 35, pp. 372–398.

CAMBI F., *La forza delle emozioni. Per la cura di sé*. Pacini, Pisa 2015.

CATARSI E., FORTUNATI A., *Educare al nido. Metodi di lavoro nei servizi per l'infanzia*, Carocci, Roma 2009.

CONTINI M. G., *Per una Pedagogia delle emozioni*, La Nuova Italia, Firenze 1992.

D'URSO V., TRENTIN R., *Introduzione alla psicologia delle emozioni*, Laterza, Roma–Bari 2006.

GOLEMAN G., *Intelligenza emotiva*, Rizzoli, Milano 2005.

IAVARONE M.L., *Educare al benessere*, Mondadori, Milano, 2008.

IORI V. (a cura di), *Educatori e Pedagogisti. Senso dell'agire educativo e riconoscimento professionale*, Erickson, Trento, 2018.

— (a cura di), *Quaderno della vita emotiva. Strumenti per il lavoro di cura*, FrancoAngeli, Milano 2009.

MARIANI A. (a cura di), *Educazione affettiva. L'impegno della scuola attuale*, Anicia, Roma 2018.

OREFICE P., CARULLO A., CALAPRICE S. (a cura di), *Le professioni educative e formative: dalla domanda sociale alla risposta legislativa*, Cedam, Padova 2011.

RIVA M.G., *Il lavoro pedagogico. Ricerca di significati e ascolto delle emozioni*, Guerini, Milano 2004.

ROSSI B., *L'educazione dei sentimenti. Prendersi cura degli altri*, Edizioni Unicopli, MILANO 2004.

SIEGEL D.J., HARTZELL M., *Errori da non ripetere. Come la conoscenza della propria storia aiuta ad essere genitori*, Raffaello Cortina, Milano 2005.

TRAMMA S., *L'educatore imperfetto. Senso e complessità nel lavoro educativo*, Carocci, Roma 2008.

ULIVIERI S. (a cura di), *Corpi violati. Condizionamenti educativi e violenze di genere*, FrancoAngeli, Milano 2015.



## Il lavoro educativo in Psichiatria

CRISTIANO DEPALMAS\*

Il corpo perché sia vissuto è dunque nella relazione  
di una particolare distanza dagli altri,  
distanza che può essere annullata o aumentata  
a seconda della nostra capacità di opporsi.  
Noi desideriamo che il nostro corpo sia rispettato;  
tracciamo dei limiti che corrispondono alle nostre esigenze,  
costruiamo un'abitazione al nostro corpo

Basaglia, 2005.

**RIASSUNTO:** Da sempre la psichiatria si impegna nel sviluppare all'interno del suo movimento scientifico, un approccio che la accosti sempre più ai principi umanistici e contestualmente la discosti dai rigidi pregiudizi sociali, che le riconoscono un'apodittica ed austera verità scientifica. La psichiatria, che in Franco Basaglia ha trovato il fondatore del concetto moderno di salute mentale, negli anni ha provato a sviluppare anche una funzione educativa pedagogica, dando maggiore importanza, nell'agire quotidiano, non solamente agli atti terapeutici, ma anche a quelli educativi e rieducativi, e contestualmente a tutto ciò che concernesse, come basilare, il principio di accoglienza, ascolto e relazione con la il paziente affetto da malattia mentale.

**PAROLE CHIAVE:** educazione, psichiatria, relazione, multidisciplinarietà, pedagogia, scienze mediche.

\* Università degli Studi di Sassari, Centro di Vittimologia, Clinica Psichiatrica Universitaria – AOU.

**ABSTRACT:** Psychiatry has always been committed to developing within its scientific movement an approach that increasingly approaches it to humanistic principles and at the same time divides it from rigid social prejudices, which recognize it as an apodictic and austere scientific truth. Psychiatry, which in Franco Basaglia found the founder of the modern concept of mental health, over the years has also tried to develop a pedagogical educational function, giving greater importance, in daily action, not only to therapeutic acts, but also to educational ones and re-education, and at the same time as all that concerned, as a basic, the principle of reception, listening and relationship with the patient with mental illness.

**KEY-WORDS:** education, psychiatry, relationships, multidisciplinary, pedagogy, medical sciences.

## 1. L'aspetto educativo in Psichiatria

L'aspetto educativo della psichiatria è più facilmente comprensibile se interpretato alla luce del principio generale che tutte le esperienze umane quotidiane sono, per il solo fatto di esistere e di richiedere comportamenti adeguati, educative ai fini di apprendere la difficile arte di saper vivere (Morelli, 1942). In questo senso dunque la vita stessa e lo stesso corpo sono educativi. In particolare la psichiatria raccoglie, attraverso il principio della relazione terapeutica ed attraverso i racconti dei pazienti, le esperienze umane quotidiane che arrecano più disagio, sofferenza, dubbi e paure (Grotta & Morra, 2017).

La psichiatria diventa quindi un sorta di “pinacoteca etnografica del vissuto umano”, con i suoi racconti originali e sempre diversi da persona a persona, con le intricate e spesso impenetrabili narrazioni di problemi di vita reale che si snodano attraverso il tempo e gli anni<sup>1</sup>. Ed in questi racconti e narrazioni che sono contenuti e descritti i disagi psichici ed i conflitti emotivi degli essere umani.

<sup>1</sup> <https://www.stateofmind.it/2019/01/franco-basaglia>.

Per il solo fatto di poter liberamente circolare nel vissuto del paziente, dopo che quest'ultimo si è solidamente alleato, terapeuticamente ed empaticamente, che lo psichiatra struttura quel processo educativo che è anche la scuola della vita (Quaglino, 2011). Attraverso poi una popperiana osservazione (Popper, 1980), che la psichiatria prova a leggere e capire tutte le richieste di aiuto e contestualmente indica i diversi percorsi terapeutici da seguire. Ma, come un "sapiente maestro di vita", non offrirà al paziente una specifica strada da percorrere, in quanto la responsabilità della scelta è sempre di chi sceglie:

Non sarà il demone a scegliervi, sarete voi a scegliere il vostro demone. La virtù non ha padrone. E ognuno ne avrà in misura maggiore o minore a seconda che la onori o la disprezzi. La responsabilità è di chi sceglie. Il demone è senza colpa. (Dropz, 1994)

Quando parliamo di psichiatria però, non possiamo evitare di precisare di quale tipo di psichiatria stiamo trattando. Esistono infatti diverse specializzazioni della psichiatria e se dobbiamo riflettere in chiave pedagogica, ognuna di queste può presentare interessanti aspetti educativi sui protagonisti che a vario titolo le utilizzano (Moro e coll., 2004), ad esempio:

- La "psichiatria biomedica", che ha per oggetto lo studio clinico e la terapia dei disturbi mentali e dei comportamenti patologici, distinti per origine, qualità, entità e durata delle manifestazioni (Ballestrini e coll., 1994). Dal punto di vista educativo, l'apporto della psichiatria biomedica, si potrebbe evidenziare nella psico-educazione alle malattie mentali, intese come alterazioni neuro-fisiologiche alla stregua delle malattie organiche. L'individuo imparerebbe a comprendere quali sono i sintomi psichiatrici legati con le alterazioni biologiche e si attenuerebbe così, l'eccessiva colpevolizzazione e moralizzazione che lo stesso si attribuisce (es: sono depresso perché sono una persona debole) (Nivoli, 2001);

- La "psichiatria evolucionistica", che distingue le condizioni psichiatriche come generate da vere e proprie rotture o danni di meccanismi neurali specifici e da condizioni che possono essere effetto dell'evoluzione biologica. Ad esempio generate dalla dissonanza tra l'ambiente contemporaneo e l'ambiente in cui il meccanismo è stato selezionato, o ancora, dalla persistenza adattiva di meccanismi

nell'ambiente contemporaneo (Ballestrini e coll. 1994). Educativamente un approccio evoluzionistico insegnerebbe all'individuo l'importanza dell'interazione con l'ambiente e la possibilità che un ambiente sano si rifletta anche in un benessere psico-fisico, o il contrario.

- La “psichiatria psicoanalitica”, dove l'indagine dello psichiatra nell'attività umana, si rivolge soprattutto a quei fenomeni psichici che risiedono al di fuori della sfera della coscienza. Lo psichiatra tende perciò ad attivare ed indagare nella sfera dell'inconscio umano (Zani, 2019). Educando l'individuo attraverso la comprensione delle dinamiche alla base delle relazioni personali del proprio sé.

- La “psichiatria fenomenologica”, è quella corrente psichiatrica che, più di altre, nel corso del Novecento, ha cercato di intessere uno stretto e vitale rapporto con la filosofia, in particolare quella di Husserl e di Heidegger (Amezzani, 1996). Attraverso un'indagine che ha come oggetto non il cervello nella sua concezione biomedica, ma un soggetto, una persona, che dalla concezione fenomenologica, viene analizzata e descritta nelle sue emozioni, nei suoi pensieri, e in tutti i suoi modi di essere. Atteggiamenti questi, che non si identificano nel comportamento del soggetto ma nei significati che si esprimono in ogni suo singolo gesto.

- La “psichiatria narrativa”, dove la narrazione del vissuto diviene per lo psichiatra la rappresentazione che organizza l'esperienza secondo un significato proprio, ordinando gli eventi in una gerarchia coerente. La narrazione è dunque connettiva. Connette il sé con il mondo, il passato e il futuro con il qui e ora, il pensiero con l'emozione, la memoria con l'invenzione.

- La “psichiatria forense”, è quel settore disciplinare delle scienze psichiatriche che studia i risvolti medico-legali della psichiatria e delle problematiche forensi che spesso si affrontano in campo penale e civile con soggetti affetti da patologia psichica (Nivoli e coll., 2020). La psichiatria forense educa ad evitare che si creino nell'immaginario comune pensieri come la psichiatrizzazione del comportamento (es. uccido e quindi sono pazzo) e attraverso campagne di sensibilizzazione e supporto alle vittime in campo vittimologico educa alla deresponsabilizzazione del malato psichiatrico (Nivoli e coll., 2010).

## 2. Educazione e Psichiatria: questioni aperte

Procedendo la nostra analisi attraverso la ricerca di una chiave educativa del processo psichiatrico, scopriamo che verso gli anni '70 in Italia, si stava avanzando l'ipotesi di inserire la psichiatria all'interno dei contesti educativo-didattici, attraverso l'attivazione di una équipe multidisciplinare di carattere medico-psico-pedagogica. La quale, a dire di molti esperti, rischiava non solo di svalorizzare la funzione antropologica del maestro, sottolineandone e rimarcandone le carenze educative, ma di venir fortemente condizionata dal "potere" che la società riconosceva alla medicina (Bernardoni, 1975). Medicina, rappresentata a quel tempo da una concezione psichiatrica estremamente rigida, la quale prediligeva un approccio alla persona intesa come "schedario diagnostico da compilare", con apodittiche pretese di verità scientifica ed una esclusiva somministrazione di farmaci. Siamo ancora in quella fase storica dove il ruolo dello psichiatra era rilegato alla logica manicomiale.

Ed è qui nella presunzione di un'ipotetica esistenza delle équipe medico-psico-pedagogica, che il corpo docente sottolineava la paura che il termine pedagogico risultasse non solamente ed impropriamente utilizzato, ma che gli stessi professionisti facenti parte dell'équipe operassero in chiave educativa solo allo scopo di giustificare una diagnosi medico-psichiatrica, la quale, ribattezzava la qualifica stessa dell'équipe in chiave psichiatrizzante-pedagogica, con la reale funzione di rivelare problemi inizialmente educativo pedagogici, ma di fatto realmente di pertinenza medico-psichiatrica. La pedagogia non avendo un'evidente forza scientifica sarebbe crollata di fronte alla dimostrabile e confutabile scienza medica (*ibidem*).

Oggi, benché l'équipe medico-psico-pedagogica non ha avuto seguito nel contesto educativo/formativo, abbiamo di riflesso quella medicalizzante e psichiatrizzante che attualmente opera nelle scuole italiane. Lo stesso Istat segnala che negli ultimi anni sono raddoppiate le certificazioni di disabilità (legge 104), quadruplicati i Dsa (Disturbi specifici di apprendimento – legge 170/2010) e da ultimi sono dilagati i cosiddetti Bes (Bisogni educativi speciali)<sup>2</sup>.

L'effetto di questo approccio è che ogni alunno è soggetto pertanto a una diagnosi neuropsichiatrica e quindi ha diritto a un insegnante di

<sup>2</sup> <https://www.avvenire.it/opinioni/pagine/ora-di-curare-con-leducazione>.

sostegno o ad un programma specifico con facilitazioni attinenti anche alle prove di verifica.

Sicuramente potremmo in questa fase riflettere su alcune critiche che si possono sollevare rispetto a questo inquietante trend di certificazioni che accompagnano gli alunni durante tutto il percorso scolastico o sulla gestione delle problematiche delle patologie psichiatriche in seno al mondo della scuola. Ma il nostro intento è quello di capire se veramente la psichiatria ha una funzione educativa e come questa viene attuata e può essere gestita nei diversi ambiti della società.

Di fatto, nel contesto scuola succede che se un alunno mostra un disturbo comportamentale quale iperattività, scarsa concentrazione, aggressività, apatia ecc., invece di attivare i necessari dispositivi pedagogici si chiede nell'immediato alla famiglia di inviarlo al servizio di neuropsichiatria o psichiatria per un controllo. In questo modo la scuola si sottrae in prima battuta alla propria vocazione educativa, rendendosi completamente e consapevolmente subalterna al sistema medico sanitario (Novara & Regoliosi, 2007). Contestualmente la scuola legittima la psichiatria, alla quale chiede aiuto e di conseguenza le attribuisce anche un valore e forza educativa. Pensiamo ad esempio quello che avviene per il bullismo, un ragazzo definito "bullo" o secondo il DSM-5<sup>3</sup>, soggetto con un disturbo oppositivo provocatorio, ebbene, il ragazzo in presenza di certificazione medica che attesta una possibile patologia, non è più di esclusiva pertinenza scolastica/educativa, ma diviene un affare di cui devono occuparsi necessariamente altre istituzioni (es. Servizi sociali, Forze dell'Ordine, Sanità ecc.).

In realtà i dispositivi pedagogici non mancano: il lavoro di gruppo, il mutuo insegnamento, i laboratori maieutici, la disposizione condivisa dell'aula, la peer education e tante altre metodologie. Ma la diagnosi neuropsichiatrica appare oggi la scelta più "rapida e comoda", non solo ai fini della stigmatizzazione del paziente "bullo", in quanto, benché da tanti criticata, deresponsabilizza la scuola e tutti i soggetti coinvolti nel processo educativo, affidando alla medicina, in questo

<sup>3</sup> Il termine DSM è l'acronimo di *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders* (Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali) ed è uno degli strumenti diagnostici per disturbi mentali più utilizzati da medici, psichiatri e psicologi di tutto il mondo.

caso alla psichiatria l'onere della "cura" e del prendersi educativamente "cura" del paziente.

Sarebbe opportuno e di buon senso, prima di psichiatrizzare una generazione di figli, aspetto oramai dilagante nella nostra società, verificare i basilari educativi che sono presenti nelle famiglie e nella società, o se la confusione pedagogica degli adulti crei disturbi e scompensi nei più piccoli. Il vero problema in molti casi non va ricercato nel valore più o meno educativo della psichiatria, ma sta nella vera emergenza e disattenzione sociale nei confronti dell'educazione, che ricade nell'incapacità sociale di gestire adeguatamente situazioni ambientali dove l'innaturalità della vita impedisce anche il recupero di eventuali ritardi. In alcuni casi sarebbe opportuno aiutare gli adulti a rimuovere le proprie carenze educative, ripristinando i basilari minimi e consentendo di uscire dal tunnel della patologizzazione, che molto spesso vede nella psichiatria il capro espiatorio di un sistema deficitario e patologico di suo.

Appaiono invece molto favoriti nel compito educativo quelle psichiatrie che hanno un approccio alla persona o al genitore come "essere umano in difficoltà", che sentono e vedono nel paziente una forte richiesta di aiuto. Ed è in questo caso che l'approccio psichiatrico si prostra verso quelle comuni esperienze di vita, in una benevole ed efficace "relazione di aiuto e reciproca fiducia". In questo secondo caso per ambedue i protagonisti, psichiatra e paziente, l'incontro diventa educativo non solo a livello cognitivo, ma anche a livello emotivo in una nuova e creativa visione di se stessi, degli altri e del mondo intero. "Educare vuol anche dire venire educati. Quelle educativa è una relazione a due dove chi educa e chi è educato non sono distinguibili" (Andreoli, 2004).

Molto spesso nei contesti clinici, lo psichiatra che opera all'interno dei servizi fatica però ad inserire nel suo "mansionario" anche il termine "educazione". Questo non per chissà quale particolare intrinseca difficoltà, ma piuttosto, per come il linguaggio si è venuto a delineare e a costruire sul terreno della psichiatria, della riabilitazione e della terapia.

Non si vuole fare in questa fase fare assolutamente un excursus etimologico dei tre termini, ma vorrei invece concentrare l'attenzione sulla "prassi" di come questi termini vengono utilizzati. Prassi, che nell'agire quotidiano, possono portare lo psichiatra ad atti terapeutici, educativi e contestualmente rieducativi.

Alla base di queste riflessioni vi sono sicuramente gli studi recenti sul cervello (la sua plasticità) e sull'ottica costruttivista, le quali hanno già da diverso tempo delineato diverse prospettive in merito alla relazione che ogni soggetto ha con sé, con il suo terapeuta e col proprio mondo, attraverso “una logica della scultura del cervello, affiancata alla logica della costruzione di significati (e del mondo) che vanno di pari passo con l'agire quotidiano di chi educa e di chi cura<sup>4</sup>”. Per tal ragione, credo che non sia più possibile tenere drasticamente distaccate discipline quali la psichiatria dalla pedagogia e tantomeno la loro prassi nel processo di cura<sup>5</sup>. A parte ciò, il “curare” sia esso psichiatrico o educativo, attraversa trasversalmente tutte le discipline, ricomparando attraverso un approccio sempre più attuale, come quello bio-psico-sociale (Medeghini, 2006), che nel costruire un percorso di cura, educa colui che non vuole capire o non riesce a percepire l'importanza di una terapia sia questa farmacologica o di relazione.

Allora lo psichiatra, attraverso un percorso di cura, di conduzione, di dialogo con il paziente induce al cambiamento, al riutilizzo di abilità, al rafforzamento di altre, all'incremento e al rafforzamento di tutte quelle “potenzialità residue” che sono parte integrante del percorso di educativo e di cura.

Nello spazio intersoggettivo che si realizza tra paziente e psichiatra, viene a crearsi una relazione all'interno della quale ognuno degli agenti inventa e re-inventa parte del suo essere-con, del suo essere-in, del suo essere-nel.

Lo psichiatra si trova allora a educare, riabilitare, terapeutizzare, a co-costruire col soggetto altro da ciò che in quel momento sta sperimentando.

Questo non vuole essere una specificità dello specialista chiamato in causa nel prendersi cura del “soggetto”, ma una componente valorizzante gli strumenti funzionali in tutto il percorso di cura.

Per lo psichiatra, il suo primo compito è curare le malattie mentali. Ma se il suo agire è anche educativo, allora la sua funzione passa attraverso una ridefinizione dello specialista verso di sé e verso il mondo. Se il suo arrivare al paziente, se il suo interagire con l'altro significa interagire con la sua famiglia, con il suo contesto sociale, la sua

<sup>4</sup> <https://www.pedagogia.it/blog/2016/07/13/educare-in-psichiatria/>.

<sup>5</sup> *Ibidem*.

rete (formale e informale), ebbene allora la sua funzione è anche educativa.

Nell'esercizio della sua professione lo psichiatra, si avvale di tutti gli strumenti che appartengono al suo "bagaglio" (al suo background), che porta delicatamente e/o forzatamente con sé (Tatarelli & Pompili, 2009). Nella relazione con gli altri, egli tende a modificare i comportamenti, le visioni della vita, le relazioni che altrimenti un soggetto "malato" non vivrebbe, se chiuso in una visione di sé e del mondo rigidamente costruita.

## **Conclusioni**

Figure come gli psichiatri" o "neuropsichiatri infantili" sono oggi soggetti insostituibili in tutte quelle attività sociali che necessariamente richiedono anche un supporto educativo.

Però sta anche alla psichiatria, applicando un principio pedagogico gentiliano, il bisogno di essere soggetto educante e "auto-educante" allo stesso tempo (Colombo, 2004). La psichiatria ora più che mai, lo sta facendo, soprattutto quando si rende conto che le sue imperfezioni possono diventare le sue possibilità di miglioramento. In questo senso la psichiatria si auto-educa, cercando di evitare la psichiatrizzazione di tutti i comportamenti umani (ogni sintomo è un disturbo psichico), dicotomizzando le persone, in sane o malate di mente (Pizza, 2005). Ancora, falsificando la percezione comune che secondo questi "specialisti" saremmo tutti malati mentali e che ogni comportamento umano, ogni emozione umana può essere una malattia mentale. Quando si criminalizza i malati di mente in pericolosi e delinquenti, o deresponsabilizza chi soffre di un disturbo psichico, giustificandolo come colui o colei che non si rende mai conto di quello che sta facendo, ebbene, in questo caso, ci si allontana volontariamente da una prospettiva pedagogica ed educativa, e si rientra in quei canoni obsoleti della vecchia psichiatria.

Ma il vero compito educativo della psichiatria non si deve fermare in una concezione pregiudizievole del comportamento umano o stigmatizzando l'individuo all'interno di un manuale diagnostico (concezione in molte società ancora attuale), ma deve andare oltre, soprattutto, deve avere il coraggio di superare quei confini che la clinica medica persegue ed impone.

È qui che la psichiatria riflette, ricorda ed insegna a tutte le persone che la “salute mentale” è un bene prezioso e complesso che non contempla solo la “salute fisica” o “l’assenza di un disturbo psichico”<sup>6</sup>. Come definito dall’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), la salute mentale è anche la capacità di poter scegliere e manifestare le proprie idee sociali, politiche e religiose, di non essere oggetto di violenze psicologiche e sociali che offendono la dignità umana ledendo i principi alla base dei diritti di tutte le persone<sup>7</sup>.

Quando la psichiatria si ricorda, come scrisse Basaglia nel 1961, che “noi siamo qui per dimenticare di essere psichiatri e per ricordare di essere persone” (Lux e coll., 2002), ed ancora quando lo psichiatra ricorda a tutti che la salute psichica bisogna difenderla e proteggerla<sup>8</sup>, è solo allora che tutte le scienze psichiatriche compiono il massimo sforzo educativo: rendere tutti responsabili della salute mentale di tutti.

## Riferimenti bibliografici

- ANDREOLI V., *Lettera a un adolescente*, RCS Libri, Milano 2004.
- ARMENAZZI B., *Il contributo di Husserl alla psicopatologia. Che cosa vuol dire essere fenomenologi*, La Garangola, Padova 1996.
- BASAGLIA F., *L’utopia della realtà*, Einaudi, Torino 2005.
- *Cos’è la psichiatria*, Einaudi, Torino 1973.
- BALLESTRINI M., Siracusano A., Niolu C., Rubino A., Troisi A., *Manuale di Psichiatria*, Il Pensiero Scientifico, Torino 1994.
- BERNARDONI A., *La psichiatria contro la scuola. L’attività svalORIZZANTE delle équipes medico-psico-pedagogiche nel periodo storico che segna la crisi irreversibile della psichiatria*, M.C.E. 1975.
- COLOMBO K., *La pedagogia di filosofica di Giovanni Gentile*, FrancoAngeli Editore, Milano 2004.
- DROPZ G. (1994), *I miti platonici*, Dedalo, Bari 1994.
- GROTTA A., MORRA P., *L’utopia del possibile. Anna Freud tra pedagogia e psicoanalisi*, Edizioni Pendragon, Bologna 2017.

<sup>6</sup>[http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2\\_4.jsp?lingua=italiano&area=salute%20mentale](http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_4.jsp?lingua=italiano&area=salute%20mentale).

<sup>7</sup>[https://www.who.int/mental\\_health/who\\_urges\\_investment/en/#:~:text=Mental%20health%20is%20defined%20as,to%20her%20or%20his%20community](https://www.who.int/mental_health/who_urges_investment/en/#:~:text=Mental%20health%20is%20defined%20as,to%20her%20or%20his%20community).

<sup>8</sup> <https://www.kinderschutz.ch/it/salute-psichica.html>.

- LUX S., ANTEZZA A., CANNELLI C., ZUCCARI A., *Con l'arte, da disabile a persona: Mostrare, svelare, costruire, liberare pensiero, intelligenza, sentimento*, Gangemi Editore, Roma 2002.
- MEDEGHINI R., *Disabilità e corso di vita: traiettorie, appartenenze e processi di inclusione delle differenze*, FrancoAngeli, Milano 2006.
- MORELLI L., *L'arte di saper vivere con il prossimo*, Garzanti, Milano 1942.
- MORO R.M., DE LA NOE Q., MOUCHENIK Y., BAUBET T., *Manuale di psichiatria transculturale. Dalla clinica alla società*, FrancoAngeli, Milano 2004.
- NOVARA D., REGOLIOSI L., *I bulli non sanno litigare! L'intervento sui conflitti e lo sviluppo di comunità*, Carocci Faber, Roma 2007.
- NIVOLI G.C., *La patologia mentale del terapeuta e la patologia mentale del paziente: incontri e scontri*, Edizioni Medico Scientifiche, Milano 2001.
- NIVOLI G.C., LORETTU L., MILIA P., NIVOLI A.M.A., *Psichiatria Forense. Buone pratiche cliniche assistenziali, in tema di suicidio, comportamento violento sulla persona, rivendicazioni di interesse psichiatrico, perizia psichiatrica*, Piccin, Padova 2020.
- NIVOLI G.C., LORETTU L., MILIA P., NIVOLI A.M.A., NIVOLI L.F., *Vittimologia e psichiatria.*, Edizione Hermes, Milano 2010.
- PIZZA G., *Antropologia Medica. Saperi, Pratiche e Politiche del corpo*. Carocci Editore, Roma 2005.
- POPPER K., *Logica della conoscenza scientifica. Secondo la teoria di K. Popper*, Liguori, Napoli 1980.
- QUAGLINO G.P., *La scuola della vita. Manifesto della terza formazione*. Raffaello Cortina, Milano 2011.
- TATARELLI R, POMPILI M., *La prevenzione del suicidio in adolescenza*, ALPES, Roma 2009.
- ZANI L., *Una scrittura nel transfert. Medicina Psichiatria Psicoanalisi*. Bookstone, Collana Prospettive, Rimini 2019.



## Verso un approccio Embodied Evidence-Based: il Biofeedback come strumento di educazione al benessere

FERDINANDO IVANO AMBRA, MARIA LUISA IAVARONE\*

**RIASSUNTO:** Questo articolo presenta i risultati di una ricerca condotta su 18 pazienti affetti da Sindrome Coronarica Acuta (SCA). I soggetti, suddivisi in due gruppi, hanno ricevuto, oltre il trattamento clinico, un intervento educativo-riabilitativo mediante impiego del Biofeedback. In particolare, il gruppo controllo ha ricevuto un “trattamento bio-feedback tradizionale”, mentre il gruppo sperimentale è stato ugualmente sottoposto alla tecnica del biofeedback, ma con un “protocollo educativo finalizzato all’educazione al benessere”.

La tecnica del biofeedback, finalizzata a controllare l’attivazione del Sistema Nervoso Autonomo in condizioni di stress, si è rivelata particolarmente utile nel trattamento dei pazienti. In coerenza al modello della Pedagogia del Benessere (Iavarone 2007) soggetti educati a promuovere il proprio personale benessere migliorano la *compliance* alle terapie, strutturano più adeguate strategie di *coping*, manifestano maggiore resilienza.

I risultati mostrano che, nonostante entrambi i gruppi abbiano ottenuto un uguale beneficio dal punto di vista fisiologico, il gruppo sperimentale ha, non solo potenziato le competenze descritte, ma complessivamente aumentato la propria consapevolezza corporea, ribadendo la validità di un approccio educativo-terapeutico *embodied-centred* volto al benessere del paziente.

**PAROLE CHIAVE:** Biofeedback, Coscienza Incarnata, Benessere, Educazione Terapeutica.

\* Università degli Studi di Napoli “Parthenope”, Dipartimento di Scienze Motorie e del Benessere.

**ABSTRACT:** This article presents the results of a research conducted on 18 patients with Acute Coronary Syndrome (SCA). These subjects, divided into two groups, received, besides clinical treatment, an educational–rehabilitative intervention through the use of Biofeedback. In particular, the control group received a "traditional bio–feedback treatment", while the experimental group was equally subjected to the biofeedback technique, but with an "educational protocols aimed at wellness education".

The biofeedback technique, aimed to controlling the activation of the Autonomic Nervous System in stressful conditions, has proved to be partly useful in the treatment of patients. In line with pedagogy of Wellness (Iavarone 2007), subjects educated to promote their own personal wellness improve compliance with therapies, structure more adequate coping strategies, manifest greater resilience.

Results show that both groups had an equal benefit from the physiological point of view, moreover, subjects of the experimental group has modified their own body awareness, confirming the validity of an educational approach "body–centered" aimed at the patient's well–being.

**KEY–WORDS:** Biofeedback, Embodied Cognition, Wellness, Therapeutic Education.

## **1. La Pedagogia del Benessere: educare alla salute attraverso il corpo**

Con la modifica della definizione del concetto di Salute ad opera dell'OMS (1948) da mera assenza di malattia ad "uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale", si è via via mutato l'approccio al malato ed alla malattia. Infatti, in questa definizione, troviamo il seme di un approccio olistico che considera la "persona" come un'unità, un tutto inscindibile. Nei contesti sanitari, dunque, diviene fondamentale attivare una presa in carico globale, in cui il paziente venga considerato non più un fruitore o un mero esecutore delle prescrizioni mediche, ma un agente, attivo nelle azioni di cura e nella prosecuzione delle azioni che costruiscono al benessere.

La definizione di Pedagogia del Benessere parte proprio dall'assunto che sia possibile "imparare a stare bene", dunque si possa e, in ambito sanitario si debba, aiutare il paziente a sviluppare la propria *self-help*, attraverso azioni educative di *empowerment* (Iavarone, 2007).

Nei percorsi di educazione al benessere, il corpo assume un ruolo centrale. In primo luogo, la presa in carico di tipo sanitario deve prevedere delle azioni che mirino a sviluppare una maggiore consapevolezza corporea, intesa come capacità di riconoscere i mutamenti che dal corpo ricadono sulla mente e viceversa. Inoltre, secondo l'*Embodied Cognition Theory*, i processi di apprendimento più duraturi passano attraverso il corpo, che nel caso della pedagogia del benessere diviene, quindi, sia mezzo che obiettivo educativo (Iavarone, 2013).

Il paradigma teorico dell'*Embodied Cognition* postula la mente come un sistema complesso che emerge a partire dall'interazione tra il cervello, il corpo e l'ambiente (Wilson, 2002). Iachini e altri (2013) identificano due filoni all'interno di questa teoria: il primo sottolinea l'importanza dell'azione nella cognizione "*Action for Cognition*" e, dunque, si sofferma sulle caratteristiche del corpo, mentre un secondo approccio "*Grounding Cognition*" sottolinea l'importanza dell'interazione con il sistema senso-motorio con l'ambiente.

Il presente contributo presenta la metodologia ed i primi risultati di una ricerca sul miglioramento della consapevolezza corporea con pazienti affetti da Sindrome Coronarica Acuta.

## 2. Il metodo del Biofeedback

Con il termine Biofeedback ci si riferisce sia ad una tecnica adoperata in campo riabilitativo e psicoterapeutico, sia alla strumentazione adoperata per somministrare questa tecnica.

L'apparecchiatura del Biofeedback rileva e registra alcuni parametri fisiologici connessi all'attività del sistema nervoso autonomo (ad esempio battito cardiaco, respirazione, conduttanza cutanea ecc.) attraverso una sensoristica non invasiva. Tali parametri sono elaborati da un programma per PC (nel nostro caso *BioGraph Infiniti* della *Thought Technology Ltd.*) che consente di visionare i dati biometrici, sia come diagrammi adatti agli specialisti, sia come immagini in mo-

vimento, più facilmente comprensibili a chi vi si sottopone (appunto il feedback).

Il Biofeedback, infatti, è solitamente utilizzato come trattamento e si basa su un apprendimento di tipo stimolo–risposta: quando un parametro fisiologico raggiunge un livello ottimale, al soggetto viene fornito uno stimolo condizionante (ad esempio un suono o un’immagine) che dovrebbe facilitare la ricomparsa di tale livello di attivazione.

L’applicazione pratica di questa apparecchiatura consiste nella possibilità di:

- monitorare e registrare l’attività del sistema nervoso centrale e periferico, sia a riposo che durante lo svolgimento di attività cognitive;
- essere utilizzato nel trattamento di alcune problematiche psichiche che investono secondariamente il sistema periferico, ad esempio la tachicardia nei disturbi d’ansia (Lee *et al.* 2015)], nei disturbi che investono primariamente l’attività cerebrale, ad esempio ADHD (Rief. 2017), e nei disturbi correlati allo stress psicofisico;
- migliorare le performance degli atleti come parte integrante della preparazione alla gara (Jiménez Morgan & Molina Mora 2017), ma anche di soggetti sottoposti a grandi responsabilità e dunque stress lavorativo, come ad esempio manager d’azienda.
- riabilitare pazienti affetti da sindromi neurodegenerative e/o presentanti esiti di eventi neurologici acuti, che investono le funzioni cognitive e le capacità motorie (Šumec *et al.* 2015).

La ricerca di seguito presentata propone un utilizzo del biofeedback come strumento innovativo al servizio di una educazione–terapeutica al benessere.

### 3. Il piano della ricerca

Il Biofeedback è stato adoperato in generale nella riabilitazione cardiologica (Climov *et al.* 2017) nonché per la riduzione della pressione arteriosa in pazienti affetti da Ipertensione (Lin *et al.* 2012). In questi casi lo strumento è stato adoperato per modulare il battito car-

diaco, lavorando direttamente sul sistema nervoso autonomo ed in particolare sulla variabilità del battito cardiaco (HRV–Biofeedback) secondo il metodo classico.

Sempre in ambito cardiologico, Moravec & McKee (2011), suggeriscono un uso del Biofeedback come strumento di monitoraggio delle funzioni fisiologiche di soggetti sottoposti ad esempio a training di rilassamento, *mindfulness* e respirazione profonda.

Attraverso questi utilizzi del Biofeedback, il soggetto modifica il proprio stato di attivazione interna in maniera del tutto inconsapevole.

Il presente contributo confronta gli effetti del trattamento tradizionale con quelli di un trattamento sperimentale che ha una finalità maggiormente educativa in quanto volta alla *self-consciousness* del paziente.

### 3.1. Soggetti

Sono stati reclutati 18 soggetti affetti da Sindrome Coronarica Acuta a cinque giorni dal ricovero presso il Dipartimento di Scienze Biomediche Avanzate dell’Università degli Studi di Napoli “Federico II” secondo i criteri di Inclusione/Esclusione presentati in tabella 1.

**Tabella 1.** Criteri di Inclusione e di Esclusione dei soggetti dalla ricerca.

Criteri di Inclusione	Criteri di Esclusione
Sesso maschile	Diagnosi Ictus
Età compresa tra i 50 ed i 65 anni	Diagnosi di Deterioramento Cognitivo
Diagnosi di SCA	Dipendenza da Alcool e/o Stupefacenti
Scolarità di 8 anni	Disturbi comportamentali gravi

I soggetti reclutati sono stati divisi in maniera randomizzata in un gruppo di controllo (GC) ed in gruppo sperimentale.

### 3.2. Il metodo del Biofeedback

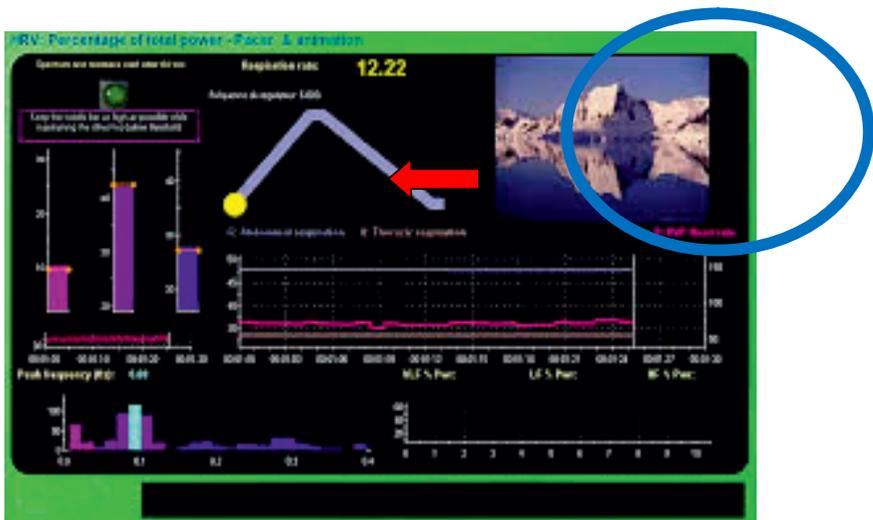
Prima dell’utilizzo del Biofeedback, i soggetti hanno ricevuto informazioni circa l’utilizzo dello strumento, su quali parametri erano misurati e sul funzionamento dei sensori.

Sono stati utilizzati quali parametri per il Biofeedback le *Low Frequency* e le *High Frequency* del battito cardiaco, due parametri associati all'attività vaso-vagale.

Attraverso 5 minuti di registrazione libera, ovvero senza fare esercizi specifici, sono stati valutati gli stati di attivazione dei soggetti prima (T0) e dopo (T1) il trattamento, tradizionale per il GC ed educativo/sperimentale per il GS.

I soggetti di entrambi i gruppi sono stati sottoposti ad un trattamento che utilizzava la respirazione per modificare i due parametri. L'apparecchiatura per il Biofeedback era settata in modo che, quando le *Low Frequency* raggiungevano uno stato ottimale, veniva offerto ai soggetti un *feedback* visivo e sonoro.

La Figura 1 mostra la schermata del Biofeedback così come era mostrata ai pazienti.



**Figura 1.** La schermata del Biofeedback così come mostrata ai pazienti. Ai soggetti era richiesto di respirare seguendo il pallino giallo (freccia rossa), ispirando quando il pallino saliva lungo la traiettoria azzurra ed espirando quando il pallino scendeva. Il feedback era rappresentato da una modificazione dell'immagine nel cerchio azzurro e da un suono piacevole.

FONTE: <https://neuromtl.com/technology/biofeedback/>.

### 3.3. Lo strumento di rilevazione: il questionario PEC

Prima (T0) e dopo (T1) il trattamento con Biofeedback, i soggetti reclutati sono stati sottoposti al questionario “Pensare le Emozioni attraverso il Corpo” (PEC; Tabella 2), strutturato in modo da valutare la consapevolezza dei soggetti sulla relazione tra stati mentali (emotivi) e attività corporea (nel caso specifico battito cardiaco e respirazione).

Il questionario PEC, non ancora sottoposto a taratura, è stato adoperato nel presente lavoro come strumento per effettuare un confronto tra i gruppi.

**Tabella 2.** Questionario Pensare le Emozioni attraverso il Corpo (PEC).

Domanda					
Quanto è in grado di rilevare il suo battito cardiaco?					
Quanto è in grado di controllarlo?					
Quanto ritiene che il suo stato d’animo incida sul battito cardiaco?					
Quanto ritiene che il battito cardiaco incida sul suo stato d’animo?					
Quanto è in grado di rilevare la sua respirazione?					
Quanto è in grado di controllarla?					
Quanto ritiene che la respirazione incida sul suo stato d’animo?					
Quanto ritiene che il suo stato d’animo incida sulla respirazione?					

1 Per Nulla, 2 Lievemente, 3 Abbastanza, 4 Molto, 5 Moltissimo

### 3.4. Il Protocollo Sperimentale: il Biofeedback Educativo

Il protocollo sperimentale, cui è stato sottoposto il GS, aveva come obiettivo aumentare la consapevolezza corporea e dunque stimolare una riflessione sugli effetti che le modificazioni fisiologiche, misurate con il Biofeedback, hanno sullo stato emotivo.

Questa riflessione è stata sollecitata attraverso due azioni: una iniziale, intervista clinica semi-strutturata, ed una serie di domande-stimolo mirate” in corso di sessione.

L’intervista semi-strutturata aveva l’obiettivo di mettere il paziente a suo agio e di valutare lo stato emotivo prevalente durante il ricovero e nello specifico momento.

In corso di sessione di Biofeedback, le domande–stimolo avevano invece lo scopo di stimolare il paziente all’auto percezione rispetto al raggiungimento dello stato di attivazione ottimale, ovvero quando si registrava uno stato di attivazione fisiologica rientrante in parametri ottimali per il raggiungimento di uno stato di complessivo di benessere.

Esempio di domanda–stimolo:

*«Come ha potuto notare in questo momento lei ha ricevuto un feedback, dunque il suo stato di attivazione è cambiato. Lei avverte qualche cambiamento? Rispetto a prima si sente meglio, peggio o come prima?».*

In questo modo ai soggetti del gruppo sperimentale era richiesto di monitorare il proprio stato emotivo, notando al contempo la propria attivazione fisiologica.

#### **4. Risultati e discussione**

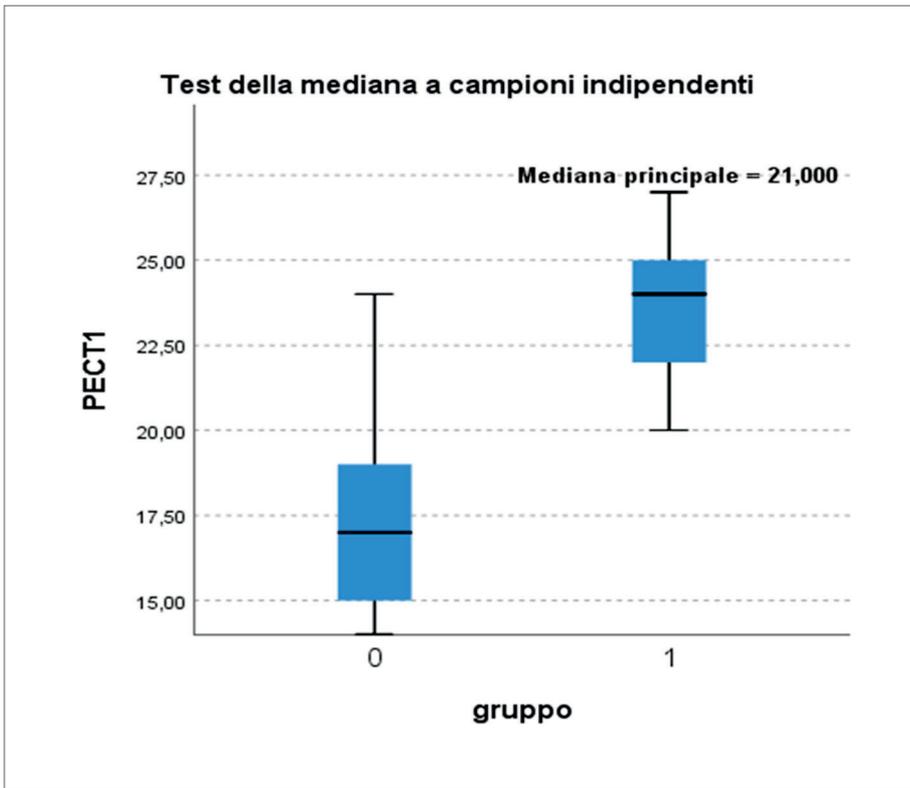
I due gruppi (GC e GS) sono stati confrontati sulla base dei dati raccolti al T0 e T1. A causa della mancanza di valori normativi, sia del questionario PEC che dei parametri LF ed HF, per effettuare tali comparazioni è stato utilizzato un test non parametrico (sulle mediane) con programma statistico SPSS (Tabella 3).

**Tabella 3.** Risultati.

	Ipotesi nulla	Test	Sign.	Decisione
1	Le mediane di HF al T0 sono le stesse sulle categorie di gruppo.	Test della mediana a campioni indipendenti	,347 <sup>a</sup>	Mantenere l'ipotesi nulla
2	Le mediane di LF al T0 sono le stesse sulle categorie di gruppo.	Test della mediana a campioni indipendenti	,347 <sup>a</sup>	Mantenere l'ipotesi nulla
3	Le mediane di LF al T1 sono le stesse sulle categorie di gruppo.	Test della mediana a campioni indipendenti	,057 <sup>a</sup>	Mantenere l'ipotesi nulla
4	Le mediane di HF al T1 sono le stesse sulle categorie di gruppo.	Test della mediana a campioni indipendenti	1,000 <sup>a</sup>	Mantenere l'ipotesi nulla
5	Le mediane di PEC al T0 sono le stesse sulle categorie di gruppo.	Test della mediana a campioni indipendenti	1,000 <sup>a</sup>	Mantenere l'ipotesi nulla
6	Le mediane di PEC al T1 sono le stesse sulle categorie di gruppo.	Test della mediana a campioni indipendenti	,015 <sup>a</sup>	Rifiutare l'ipotesi nulla

Le significatività asintotiche sono visualizzate. Il livello di significatività è ,050.

a. Per questo test viene visualizzata la significatività esatta.



**Figura 2.** Differenza tra le mediane al Questionario PEC (il GC corrisponde nel grafico a 0, mentre il GS a 1).

La Figura 2 mostra le differenze tra le mediane dei due Gruppi al T1.

I risultati mostrano come questo tipo di trattamento sia efficace nel riconoscere il modo in cui l'attivazione fisiologica modifica lo stato mentale. Infatti, i soggetti del GS mostrano un punteggio al questionario PEC più alto rispetto ai soggetti del gruppo GC.

Un risultato incoraggiante riguarda invece la mancanza di differenze significative per quanto concerne i parametri fisiologici al T1. Questo risultato, infatti, lascia ipotizzare che, rispetto al trattamento riabilitativo tradizionale, la cui efficacia è stata già dimostrata in altre ricerche (Climov *et al.* 2017), l'approccio educativo possa ottenere uguali effetti positivi anche sul piano cardiologico.

## Conclusioni

Il presente lavoro mostra un modello educativo che promuove il benessere attraverso azioni che ampliano la consapevolezza dell'unità Mente–Corpo. Al momento i risultati, sebbene significativi, non consentono una generalizzazione perché il numero di soggetti trattati è ancora troppo basso. Allo stesso modo sarebbe interessante osservare gli effetti di un simile trattamento prolungato nel tempo (ad esempio per due mesi, con tre sedute settimanali).

I dati sin qui raccolti, però, appaiono incoraggianti e lasciano supporre che un trattamento educativo *embodied*, basato sul Biofeedback, possa avere degli importanti effetti.

Educare al corpo attraverso il corpo, può costituire un primo passo per il miglioramento della qualità della vita di pazienti affetti, anche da patologie croniche, che pertanto possono imparare a convivere con condizioni prolungate di malattia e per le quali l'approccio educativo può rivelare la sua efficacia.

La consapevolezza della sussistenza dell'unità mente–corpo, attraverso l'esperienza di una corrispondenza tra parametri fisiologici e stati mentali, può effettivamente costituire una determinante per un cambiamento possibile nel modo in cui i soggetti percepiscono il proprio corpo e vi si relazionano, persino in corso di malattia.

## Ringraziamenti

Si ringrazia il Prof. Nicola De Luca dell'Università degli Studi di Napoli "Federico II", per il contributo offerto alla realizzazione del progetto e per il prezioso supporto scientifico e clinico offerto alla ricerca.

## Riferimenti bibliografici

CLIMOV D., LYSY C., BERTEAU S., DUTRANNOIS J., DEREPE H., BROHET C. & MELIN J.; *Biofeedback on heart rate variability in cardiac rehabilitation: practical feasibility and psycho–physiological effects*, «Acta Cardiologica», 69:3, 2018, pp. 299–307.

IACHINI S., IAVARONE M.L., RUOTOLO F., *Toward a teaching embodied centred: perspective of research and intervention*, «Research on Education and Media», 1(June) 2002, pp. 57–68.

IAVARONE M.L., *Educare ed insegnare il e con il corpo*, in IAVARONE M.L., *Abitare la Corporeità*, FrancoAngeli, Milano, 2013, pp. 63–77.

IAVARONE M.L., IAVARONE T., *Pedagogia del benessere. Il lavoro educativo in ambito sociosanitario*, FrancoAngeli ed. Milano 2007.

JIMÉNEZ MORGAN S, MOLINA MORA JA.; *Effect of Heart Rate Variability Biofeedback on Sport Performance, a Systematic Review*, «Appl Psychophysiol Biofeedback», 2017 Jun 1.

LEE J., KIM J.K, WACHHOLTZ A. *The benefit of heart rate variability biofeedback and relaxation training in reducing trait anxiety*. «Hanguk Simni Hakhoe Chi Kongang», 20(2): 391–408. 2015

LIN G., XIANG Q., FU X., WANG S., WANG S., CHEN S., SHAO L., ZHAO Y., AND WANG T.; *Heart Rate Variability Biofeedback Decreases Blood Pressure in Prehypertensive Subjects by Improving Autonomic Function and Baroreflex*, « The journal of alternative and complementary medicine», Volume 18, Number 2, 2012, pp. 143–152.

MORAVEC C.S., MCKEE M.G., *Biofeedback in the treatment of Heart Disease*. «Cleveland Clinic Journal of Medicine», 78(Supp 1), 2011 pp. s20–s23.

ŠUMEC R., FILIP P., SHEARDOVÁ K., BAREŠ M., *Psychological Benefits of Nonpharmacological Methods Aimed for Improving Balance in Parkinson's Disease: A Systematic Review*. «Behavioural Neurology», 2015:620–674;

WILSON M., *Six view of embodied cognition*. «Psychonomic Bulletin & Review», 9(4), 2002 pp. 625–636.

## RECENSIONI



M. Buccolo, *L'educatore emozionale. Percorsi di alfabetizzazione emotiva per tutta la vita*, FrancoAngeli, Milano 2020, p. 153

ELISA CANOCCHI\*

Da tempo, sentiamo parlare sempre più spesso (dai giornali, alla TV, alle radio, ai social) di “educazione emozionale” e di “alfabetizzazione emotiva”. D'altra parte, il ruolo delle emozioni nei processi formativi alimenta costantemente il dibattito all'interno della pedagogia contemporanea, soprattutto in seguito alle ricerche e alle scoperte delle neuroscienze.

Il lavoro di Maria Buccolo si inserisce, a pieno titolo, in quel filone di studi e ricerche che intende indagare, proporre metodologie e strategie didattiche per formare soggetti – in tutto l'arco della vita – che siano in grado di saper individuare, riconoscere e dare un nome ai propri vissuti emotivi, nei contesti di vita sociali e di pratica situata.

È noto quanto ciò che apprendiamo sia influenzato costantemente dalle dinamiche emotive che caratterizzano il nostro vivere sociale, configurando “saperi personali” che delineano soggettività e professionalità irripetibili. Ma è vero anche il contrario: pensiamo a come particolari vissuti emotivi possano determinare la costruzione di un certo tipo di pensiero e quindi di apprendimenti. Quindi, di pratiche.

Buccolo considera le emozioni una componente strutturale e una preziosa risorsa nei diversi contesti umani e professionali, una risorsa che serve per conoscere, agire e progettare.

L'attuale dibattito sul cosiddetto “professionalismo”, ad esempio, si incentra proprio sullo studio e la sperimentazione sul campo di possibili modelli utili a formare i professionisti alle cosiddette “competenze trasversali”, ormai diventate indispensabili in qualsiasi professione che preveda il contatto con i colleghi e con utenti di un servizio.

\* Dottoressa di Ricerca in “Qualità della Formazione: sviluppo della conoscenza e saperi delle differenze”, Università degli Studi di Firenze.

Citando le parole della Senatrice Iori nella Presentazione del volume, “La nostra umanità, infatti, è l’unica chiave di accesso che ci consente di comprendere l’umanità degli altri” (p. 13). Da qui, l’importanza dell’alfabetizzazione emotiva” per tutti e lungo il corso della vita, a partire dalla scuola dell’Infanzia.

Un pensiero “de-emozionalizzato” non riesce ad introdursi e a comprendere a fondo le realtà complesse e le soggettività nelle quali e con le quali agiamo, non è capace di orientare bene la pratica. In questo quadro diventa, dunque, essenziale imparare a dis-apprendere e ri-configurare riflessivamente le proprie emozioni e i propri sentimenti.

Il volume è strutturato in cinque capitoli e una ricca bibliografia.

Nel primo, l’Autrice presenta le teorie, i modelli e come i bambini apprendono le emozioni, compreso il ruolo che queste giocano nella relazione educativa.

Il secondo capitolo è incentrato sulla definizione e sul ruolo dell’educatore emozionale e sulle sue competenze nella gestione delle emozioni (competenze culturali e psico-pedagogiche; tecnico-professionali; metodologiche e didattiche; relazionali; riflessive).

Nel paragrafo che riguarda la “cassetta degli attrezzi dell’educatore emozionale”, si delinea una metodologia formativa per poter lavorare con passione, dedicando un’approfondita riflessione agli elementi della respirazione, della voce, del corpo e della gestione delle emozioni.

Il terzo capitolo contiene gli strumenti pratici per lo sviluppo dell’alfabetizzazione emotiva nell’infanzia, partendo dal gioco come metodologia didattica esperienziale per favorire lo sviluppo delle emozioni nel bambino. Vengono inoltre presentati due progetti: uno concerne l’alfabetizzazione emotiva come linguaggio di comunicazione nella prima infanzia e l’altro l’utilizzo della fiaba come strumento di costruzione ed elaborazione dei saperi emozionali.

Nel quarto capitolo, l’Autrice approfondisce la tematica dell’educazione emozionale nel curriculum scolastico, dalla famiglia alla scuola, attraversando i nuovi media nell’era digitale e arrivando alla progettazione di un interessante modello formativo, sperimentato dalla stessa Autrice: “Pinocchio: emozioni da favola”. Il progetto ha avuto come obiettivo quello di educare al riconoscimento e alla gestione delle emozioni in classe con la lettura espressiva e la scrittura creativa del copione teatrale. Il quinto capitolo è dedicato al ruolo delle emozioni

in età adulta, nella fattispecie alla gestione delle emozioni nei contesti organizzativi e al benessere nei luoghi di lavoro, dove “i fattori emotivi si rivelano indispensabili per le scelte razionali” (infra, p. 115).

Il volume contiene anche l'intervista sul tema della felicità al lavoro a Paolo Boccardelli, Direttore, LUISS Business School di Roma, il quale evidenzia l'importanza di sviluppare “una cultura a favore del bilanciamento vita-lavoro; promuovendo il lavoro flessibile; dando al proprio team adeguate responsabilità per far crescere l'organizzazione e al tempo stesso distribuire in modo equo la mole di lavoro [...]. È leader colui che è emotivamente intelligente, che agisce per favorire il cambiamento” (infra, p. 119).

Infine, vengono presentati due progetti molto stimolanti per la gestione delle emozioni nella vita professionale e personale e per la gestione dello stress-lavoro correlato con il training teatrale.

L'ultima parte del capitolo ha il pregio di affrontare la tematica delle emozioni nella terza età, forse non sempre trattata in letteratura con la dovuta importanza che merita. Anche qui, il capitolo riporta la sintesi del progetto “Pratica-mente”, percorso che ha offerto spazi per attività funzionali alle persone anziane ed ha proposto servizi con l'obiettivo di individuare le condizioni di fragilità di natura psicologica socio-ambientale, economica e supportare gli stessi attraverso interventi educativi volti al miglioramento della qualità della vita nella terza età.

Il volume si rivolge agli studenti dei corsi di laurea delle professioni educative, agli educatori, ai formatori, ai Dirigenti Scolastici, ai Responsabili MIUR, ai ricercatori e agli studiosi interessati ad approfondire il tema delle emozioni – da un punto di vista teorico, metodologico e progettuale – lungo tutto il corso della vita.



Rita Charon, *Medicina narrativa. Onorare storie dei pazienti*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2019, p. 316

SIMONA SERRA\*

Il libro *Medicina narrativa. Onorare le storie dei pazienti* di Rita Charon, il cui titolo originale è *Narrative Medicine. Honoring the Stories of Illness*, (Oxford University Press, 2006) è stato pubblicato nel 2019, a distanza di tredici anni, in italiano da Raffaello Cortina Editore e curato e tradotto egregiamente da Micaela Castiglioni e Cristian Delorenzo, diade perfetta per esaltare e valorizzare i contenuti espressi in questo libro.

L'autrice Rita Charon, medico internista e studiosa di letteratura, dirige il programma di medicina narrativa alla Columbia University, sostenendolo e valorizzandolo, attraverso l'attivazione di percorsi a tema; inoltre da quasi trent'anni promuove le sue ricerche in questo ambito ed è una delle più autorevoli rappresentanti in materia.

L'opera *Medicina narrativa. Onorare le storie dei pazienti* si rivolge a tutti coloro interessati e appassionati di *Medical Humanities*, dedicando molto spazio e importanza alle competenze narrative, che tutti i professionisti della cura devono possedere. A tal proposito Rita Charon nel testo spiega con molta attenzione l'importanza dello studio della Narratologia, un paradigma innovativo tra medico e paziente, poiché dà la possibilità al malato di raccontarsi al professionista della salute, attraverso una narrazione spontanea, non necessariamente lineare, che permette di ricostruire una storia, raffigurando eventi, contesti e personaggi prima e durante la malattia, da cui partire per un percorso di cura. Dunque, nel volume si evidenzia l'importanza e il valore della medicina narrativa, perché fa riflettere, richiede una professionalità elevata e costruisce un "ponte" tra medico e paziente, senza il quale ogni intervento terapeutico può essere vano o inefficace.

\* Dottoressa di Ricerca in "Qualità della Formazione: sviluppo della conoscenza e saperi delle differenze", Università degli Studi di Firenze.

Charon sostiene ciò anche nei suoi corsi, oltre che nei reparti di medicina, con l'obiettivo di rafforzare una *forma mentis*, che consenta un cambio d'atteggiamento sia tra gli operatori sanitari che tra i pazienti; con la medicina narrativa si producono trasformazioni radicali nell'ambito socio-sanitario, offrendo ai medici l'opportunità di avvalersi di un approccio diverso nel curare la malattia e un maggiore spazio e più conforto per i pazienti e le loro storie di vita. I malati hanno bisogno di essere accolti, ascoltati e confortati nelle loro difficoltà. A tal proposito sostiene l'autrice, le cure tradizionali non sono sufficienti per prendere in carico una persona e accompagnarla durante la sua malattia, è necessario che il personale medico assuma un atteggiamento empatico nei confronti del soggetto che incontra, per ascoltare, comprendere e valorizzare significati e credenze personali, per capire e rispondere con altri metodi, non solo proponendo interventi con i farmaci.

La dottoressa Charon, come già detto, sostiene queste sue idee e studi, la centralità della narrazione delle storie di malattia e di cura, nei suoi corsi con i medici e con tutti gli operatori sanitari alla Columbia University negli Stati Uniti, dove non esiste un sistema sanitario pubblico e il divario fra ricchi e poveri aumenta di giorno in giorno. Nonostante tutte queste difficoltà, però, il settore sanitario negli USA è molto attivo e creativo: si lavora per migliorare la qualità delle capacità comunicative, sia per quanto riguarda la comprensione che l'insegnamento, professionali e culturali nel *team building* e nelle cure centrate sul paziente. A tal proposito sostiene che le competenze narrative, di cui devono disporre gli operatori sanitari, sono fondamentali per raccogliere le storie di vita, di malattia e di cura dei pazienti, che incontrano lungo il loro cammino; le storie sono da considerarsi risorse preziose da valorizzare e da cui partire, lasciandosi coinvolgere e imparando a guardare con gli occhi del paziente che si ha di fronte, per intraprendere un percorso clinico nella lotta contro la cronicità o alla fine della vita. Le competenze narrative, dunque, permettono di porsi in ascolto dell'altro e riescono a creare una relazione tra il personale sanitario, i pazienti e i familiari. La narrazione, dunque, costituisce una logica a sé, che ci fornisce delle risorse fondamentali per organizzare e capire l'esperienza; per comprendere tutto ciò è necessario saper leggere un testo di letteratura, un saggio o un'opera classica e da questa lettura saper realizzare una riflessione, un'analisi critica di quanto proposto. Per tale motivo Charon parte da qui nei suoi corsi,

dall'analisi dei testi per insegnare la Narratologia ai suoi studenti: gli strumenti letterari sono preziosi ed indispensabili per la pratica clinica quotidiana. I medici della Columbia University durante i loro studi di medicina si trovano, quindi, a leggere anche testi di Dostoevskij, Shakespeare, Honoré de Balzac, Virginia Wolf, i quali narrano della vita e dei suoi eventi, positivi e non, con una descrizione della storia dei personaggi e del contesto in cui si svolge il racconto. Il romanzo, infatti, permette al lettore di risiedere nell'ambiente e nel mondo dei personaggi raccontati, permettendogli di sviluppare una certa familiarità in un arco di tempo non definito. Anche in medicina le narrazioni non sono che una lotta contro il potere del tempo: in ospedale il ruolo dei medici è definito, ma al contempo sospeso, e i malati sono diversi da come lo sono fuori e si affidano a degli sconosciuti per intraprendere una terapia. Le due categorie, medico e paziente, contemporaneamente presenti in uno stesso ambiente, si devono avvicinare e trovare un punto di contatto, devono imparare ad interagire tra loro, con atteggiamenti proattivi. La lettura e lo studio dei classici, allora, giunge in aiuto dei medici, i quali devono sviluppare una riflessione in questa direzione, acquisendo anche conoscenze e competenze in area socio-pedagogica e mettere in pratica quanto approfondito attraverso questi studi. Dunque, attraverso lo studio dei classici la Dott.ssa insegna ad onorare le storie dei pazienti, andando controcorrente in un mondo basato sull'*Evidence Medicine*, portando nei reparti il *close reading*, ossia l'analisi approfondita del testo, che richiama gli aspetti narrativi della temporalità, singolarità, causalità, intersoggettività ed eticità per la lettura di un documento. Inoltre insegna ai medici l'uso della *cartella parallela*, strumento pedagogico essenziale, nella quale ognuno può annotare emozioni, sentimenti e stati d'animo provati nello stare in relazione con l'altro da sé, il paziente. Quest'ultima diventa uno strumento didattico essenziale per i medici americani.

Infatti, questo tipo formazione nelle università mediche americane viene promossa e valorizzata, in Italia, invece, c'è ancora molto da fare, siamo solo all'inizio. Nonostante l'attivazione di numerosi corsi in medicina narrativa nelle Facoltà mediche, il dialogo interdisciplinare va promosso e valorizzato ulteriormente, poiché i medici possono trarre vantaggio da quello che gli studiosi di letteratura, psicologia, pedagogia fanno già, dal momento che le competenze narrative di questi studi aprono all'ascolto, permettendo di entrare negli universi narrativi delle persone, acquisendo consapevolezza dei ruoli che ognuno assu-

me nel compimento di determinate scelte ed azioni. Abbiamo, quindi, bisogno di imparare dalle esperienze americane, per trasformare la relazione medico/paziente, perché abbiamo capito, come sostiene anche Charon, che la *Evidence Medicine* da sola non basta più, non è sufficiente misurare e protocollare, in breve occuparsi della malattia a livello biologico o tecnico, ma è necessario raccontarsi, ascoltarsi, imparando a porsi in relazione empatica con il paziente, ascoltando la sua storia di malattia, di vita: non servono solo competenze tecniche, ma anche narrative, per improntare un percorso di cura.

Per questo, è importante valorizzare il nesso tra medicina e pedagogia: tutti professionisti della cura devono ricevere una formazione socio-psico-pedagogica, oltre che ovviamente medica, per diventare anche professionisti dell'ascolto e dell'accoglienza, creando così una *trade union* tra il paziente, la famiglia e l'equipe sanitaria.

Molti scrittori, che Rita Charon cita, fra cui Tolstoj, John Donne e numerosi altri, sostengono che i pazienti hanno bisogno, non soltanto di terapie e cure, ma anche di ascolto, comprensione, tempo da dedicare e tutto ciò, secondo la nostra scrittrice, si può ricavare dalla medicina narrativa, che offre un quadro di riferimento per il lavoro clinico, mettendo in relazione e in contatto il medico con il paziente.

Il racconto della malattia da parte di un paziente è importante come lo è la descrizione dei sintomi della malattia; è importante al pari dell'*Evidence Medicine*, perché valorizza le persone con la loro storia, fa raccontare come sente il suo corpo, come si sente in famiglia, sul lavoro e nel suo ambiente e di tutto ciò non è possibile farne a meno per intraprendere un percorso di cura.

In questo bellissimo libro l'autrice Rita Charon sostiene che per aiutare nella guarigione o nella cura di una persona, bisogna partire dal corpo, dai segnali che esso manda, imparando ad ascoltarli e raccontarli insieme, medico e paziente; soltanto ascoltando il corpo e leggendo i segnali che questo ci manda sarà possibile entrare in relazione con l'altro ed intraprendere un percorso clinico.

Rita Charon, promotrice di una trasformazione del paradigma medico, non più e non soltanto basato sull'*Evidence Medicine*, ma anche sulla *Narrative Medicine*, con quest'opera pone il lettore nella condizione di comprendere che la cosa più importante è continuare a promuovere una formazione interdisciplinare in area medica, sensibilizzando il personale socio-sanitario sul tema della Narratologia, dal momento che è a digiuno di queste competenze narrative ed ancora in

molti ospedali si visitano i pazienti leggendo esclusivamente i dati clinici e non chiedendo assolutamente niente al paziente sulla sua storia di vita pregressa ed attuale. A volte succede che i medici, durante un consulto, interrompono un paziente nel suo racconto, andando a perdere informazioni preziose, che potrebbero essere determinanti per l'attivazione di un percorso di cura e facendo sentire il malato poco ascoltato e incompreso.

Da qui nasce l'importanza della medicina narrativa, come spazio per raccontare, ascoltare e accogliere le storie di vita del malato, da cui partire per un percorso di cura. La narrazione indaga le prospettive di vita dei pazienti, le motivazioni di richiesta d'aiuto e gli riconosce un ruolo nell'affrontare momenti difficili, come quelli che possono incontrare con la malattia.

La medicina narrativa deve, quindi, diventare anche in Italia un modello per riflettere sulla professione sanitaria, cercando di promuovere atteggiamenti empatici tra medici e pazienti, e facendo incontrare le discipline scientifiche con quelle umanistiche, oltre che con la cultura, di cui il Paese è ricco, per favorire un'evoluzione della professione, che non sarà più soltanto ricca di statistiche e protocolli, ma anche di storie e racconti di vita, per intraprendere terapie.

La medicina narrativa può diventare un percorso parallelo alle cure tradizionali, avvalendosi dei contributi artistici e culturali della nostra società; inoltre, chiedere ad un paziente di raccontare la sua storia di vita prima della malattia, può aiutarlo a sentirsi ancora una persona, con dei diritti e dei doveri, e non soltanto un malato, che ha bisogno solo di cure e di assistenza.



Marcella Danon, *Clorofillati*, Urra Feltrinelli,  
Milano 2019, p. 127

SILVIA MONGILI\*

Marcella Danon in questo testo va affermando l'importanza della riconnessione dell'uomo con la natura, ovvero con le sue radici ancestrali, per poter procedere con sicurezza verso il futuro. "Noi siamo Natura" (*infra*, p. 9), ci ricorda l'autrice, e solo "con lei" potremmo compiere il prossimo passo evolutivo, riscoprendoci esseri appartenenti a un mondo molto più vasto e interdipendenti.

*Clorofillati*, scritto da una delle prime e più apprezzate ecopsicologhe italiane, ben si inserisce nel filone delle *Medical Humanities* in quanto sviluppa il tema dei benefici dello stare all'aperto, in particolare nei boschi, in presenza di alberi. L'obiettivo di questo libro è quello di invitarci a esplorare la relazione dell'essere umano con l'ambiente naturale e l'effetto benefico di tale relazione sul piano fisico, emotivo, mentale e anche spirituale, inteso come maggiore presenza a se stessi.

L'Autrice da parecchi anni porta avanti la ricerca sull'ecopsicologia applicata ai vari ambiti — dalla crescita personale e professionale, alla formazione, all'educazione ambientale, alle organizzazioni — e partecipa attivamente al dibattito internazionale sul tema, sviluppato all'interno della IES<sup>1</sup>, aprendo anche alla creazione di nuove figure professionali, come quelle dell'*ecotuner*, ovvero del facilitatore di percorsi di riconnessione con la natura, e del *green life professional coach* che alla professionalità del *life coach*, specialista

\* Dottoressa di Ricerca in "Qualità della Formazione: sviluppo della conoscenza e saperi delle differenze", Università degli Studi di Cagliari, Dipartimento di Pedagogia, Psicologia, Filosofia.

<sup>1</sup> L'*International Ecopsychology Society* – IES è un'associazione senza scopo di lucro che si propone di sostenere e mettere in contatto tra loro professionisti che lavorano con l'Ecopsicologia. IES è anche un'istituzione di ricerca scientifica che vuole approfondire i fondamenti epistemologici dell'Ecopsicologia e il suo interfacciarsi con altre aree di conoscenza. Vuole anche promuovere l'insegnamento di Ecopsicologia a livello accademico e in istituzioni indipendenti allineate con i principi della inter e transdisciplinarietà.

nell'accompagnare le persone verso la realizzazione di obiettivi personali e professionali, aggiunge una visione sistemica ed ecocentrica, in cui diventa più facile dare un senso più ampio alla propria vita e fare affidamento su alleati, prima ignorati, del mondo naturale.

Il testo presenta il tema dell'ecopsicologia applicata in maniera molto originale in quanto l'autrice alterna importanti proposte di approfondimento teorico a piacevoli e intense proposte di attività e giochi che arricchiranno le esperienze di vita sviluppando la capacità di rigenerarsi in natura.

Ciò rende sicuramente il volume interessante per coloro i quali siano interessati da una parte ad approfondire la ricerca teorica sul tema, dall'altra ad acquisire strumenti pratici per attivare il cambio di mentalità in direzione di una visione ecosistemica della vita.

In *Ecopsicologia* (2006) l'Autrice aveva già tracciato una linea di ricerca sull'importanza di risvegliare il desiderio di agire concretamente in difesa della Terra, che viene riconosciuta non più solo come la nostra casa, ma come parte integrate del nostro stesso essere, sviluppando la consapevolezza che siamo tutti interdipendenti, che la biodiversità è funzionale alla vita e che ogni parte è funzionale all'insieme. Il lavoro da fare è quello di integrare la polarizzazione sul "mentale", caratteristica della nostra cultura contemporanea, con un recupero della totalità della nostra "natura" umana, nei suoi aspetti più fisici e sensoriali, in quelli più creativi e immaginativi e anche in quelli più alti e valoriali, dando un senso più ampio alla nostra presenza sulla Terra.

L'ecopsicologia opera partendo dal presupposto che il contatto diretto con l'ambiente naturale stimola la relazione con le parti meno addomesticate e più vitali di noi stessi, indispensabili per realizzare appieno la nostra identità e il nostro benessere e pone le basi per un diverso punto di vista sulla realtà che vede l'apertura a una cittadinanza terrestre come prossima tappa evolutiva dell'essere umano, concepito non più come estraneo o addirittura padrone del pianeta, ma come espressione più dinamica e versatile della vita stessa.

Un importante concetto di partenza che Danon utilizza per dar vita al suo libro è la diffusa e crescente estraniamento dell'uomo dall'ambiente naturale che non è priva conseguenze. In *Clorofillati* si parla di deficit di Natura per definire la serie di problematiche e disturbi indotti dal nostro moderno stile di vita e degli antidoti al sentimento di alienazione sempre più diffuso a livello planetario.

Questo libro rappresenta una vera e propria guida pratica di ecopsicologia e *green mindfulness*, accompagnando il lettore a riscoprire l'*homo ecologicus* che si nasconde in lui e offrendogli strumenti che lo guidino in un percorso interiore ed esteriore di riconnessione con la natura anche in contesti urbani, per godere pienamente del suo straordinario potere salutare e vivificante.

Il lettore viene condotto in un percorso volto a scoprire che la vita è possibile grazie all'interazione tra tante componenti diverse all'interno di ogni singolo ecosistema.

Il volume è strutturato in cinque capitoli e contiene una ricca bibliografia.

Nel primo capitolo "La sfida evolutiva", vengono esposte alcune considerazioni filosofiche sul bisogno di natura ed esplicita in che modo la nostra relazione con la natura si è evoluta nell'arco dei millenni parallelamente all'evoluzione del bambino nei confronti della madre: dapprincipio sente di essere uno con lei, poi sviluppa il senso di identità separata fino a ritrovare la capacità di re-incontrarsi con lei su un piano di sinergia e collaborazione. In questo momento della storia della vita sulla terra, l'essere umano sta diventando adulto e deve riconoscere le sue corresponsabilità nei confronti dell'ambiente di cui è parte.

Il secondo capitolo "Natura: punto di partenza e di arrivo" è incentrato sugli studi e ricerche condotti dalla psicologia ambientale e dalla medicina forestale che confermano l'importanza del contatto diretto con la natura nei confronti della nostra salute.

Il terzo capitolo "Clorofillati: vivifica il tuo corpo" contiene la spiegazione dettagliata dei benefici che i diversi elementi della natura hanno sul nostro organismo, mentre nel quarto "Green mindfulness: potenzia la psiche" l'Autrice espone l'efficacia della natura nei confronti delle dimensioni emotiva, mentale e spirituale.

Il quinto capitolo "Natura per tutti i gusti" è dedicato alle proposte pratiche di esercizi da svolgere, da soli o in compagnia, in diversi ambiti: proposte per sperimentare la connessione con la natura anche in città e sul lavoro e esplorazione di nuove professionalità legate direttamente e indirettamente al mondo naturale.

Il volume si rivolge a educatori, pedagogisti, insegnanti, formatori, counselor, psicologi, naturopati, ecologi, guide ambientali, ma anche a ricercatori interessati ad avvicinarsi al tema dell'ecopsicologia da un punto di vista teorico, metodologico e pratico.

L'attuale società contemporanea, fortemente caratterizzata da una forte disconnessione dell'uomo dalla natura, impone all'ecopsicologia e alle *Medical Humanities* la necessità di orientare filoni di studio e di ricerca sempre più innovativi, in grado di promuovere il benessere di tutti e di ciascuno, a partire dal riconoscimento di un ruolo di prim'ordine a un ritrovato contatto con la natura per il benessere soggettivo e comunitario, a livello personale e professionale. In questo risiede, a mio avviso, il valore forte di questo contributo che con acutezza di mente e appassionato entusiasmo, Danon ci consegna.

MEDICAL HUMANITIES & MEDICINA NARRATIVA

*Rivista di pedagogia generale e sociale*

I. Franco BLEZZA, Valerio FERRO ALLODOLA

*vol. 1/2020*

ISBN 978-88-255-3326-2, formato 17 × 24 cm, 152 pagine, 14 euro





Finito di stampare nel mese di ottobre del 2020  
dalla tipografia «The Factory S.r.l.»  
00156 Roma – via Tiburtina, 912  
per conto della «Giacchino Onorati editore S.r.l. – unipersonale» di Canterano (RM)