

Università degli Studi di Milano Bicocca



Dipartimento di Scienze Umane per la Formazione “Riccardo Massa”
Dottorato di Ricerca in Scienze della Formazione e della Comunicazione
Teorie della formazione e modelli di ricerca in pedagogia e didattica

XXVII ciclo

**MEDICINA E PEDAGOGIA: L’INCONTRO TRA SAPERI NELLA
PRATICA PROFESSIONALE. UNO STUDIO DI CASO SUI
SERVIZI DI SALUTE MENTALE.**

Tutor: D.ssa ELISABETTA BIFFI

Tesi di Dottorato di
MARIA BENEDETTA GAMBACORTI-PASSERINI
Matr. 074251

Anno Accademico 2013/2014

*Ai medici della mia famiglia,
passati, presenti e futuri,
spunto di riflessione e
confronto epistemologico
quotidiano.*

*A chi mi ha insegnato
ad amare
e conoscere scientificamente
la pedagogia.*

*A Luca,
compagno di vita,
anche nella condivisione
dei pensieri e delle riflessioni
che hanno costruito
questo lavoro.*

INDICE

<i>Introduzione</i>	<i>1</i>
PARTE 1: SAPERE MEDICO E SAPERE PEDAGOGICO: PROCESSI DI DEFINIZIONE	7
1. La costruzione delle conoscenze e delle pratiche	7
1.1 L'idea di sapere in Europa: alcuni snodi fondamentali	7
1.1.1 <i>Alle origini della conoscenza europea</i>	8
1.1.2 <i>Verso una definizione univoca del concetto di scienza</i>	11
1.1.3 <i>L'emergere di altri modelli di conoscenza</i>	14
1.2 Crisi e paradossi nella conoscenza europea	17
1.2.1 <i>Le scoperte scientifiche del primo Novecento</i>	17
1.2.2 <i>La psicoanalisi freudiana e la scoperta dell'inconscio</i>	18
1.2.3 <i>La crisi delle due guerre mondiali</i>	20
1.2.4 <i>Il modello del neopositivismo e il successivo scenario di complessità epistemologica</i>	21
1.3 La svolta ermeneutica nelle scienze umane	27
1.3.1 <i>Origini, sviluppi e protagonisti della riflessione ermeneutica</i>	27
1.4 Il sapere, la pratica, l'esperienza	39
1.4.1 <i>Il sapere e le svariate sfaccettature della conoscenza</i>	39
1.4.2 <i>Riflessioni sul legame possibile tra sapere, esperienza e pratica</i>	45
1.5 La professione: la compresenza di sapere e pratica nell'agire professionale	50
1.5.1 <i>Le conoscenze caratterizzanti l'agire professionale</i>	50
1.5.2 <i>Agire e pensare: una necessaria compresenza nell'agire professionale</i>	52
1.6 Il valore sociale delle professioni sulla base delle componenti pratiche e teoriche	56
1.6.1 <i>Divisione del lavoro e dominanza sociale nella cultura europea</i>	56
1.6.2 <i>Il capitalismo, la critica marxista e la rivalutazione della conoscenza pratica</i>	59
1.7 Conclusione	61
2 Dal sapere pedagogico alle professioni educative	65
2.1 Il cammino del sapere pedagogico occidentale nel corso dei secoli	65
2.1.1 <i>Il discorso pedagogico nell'antica Grecia e nell'Impero Romano</i>	65
2.1.2 <i>Pedagogia e religione: dall'avvento del cristianesimo al Medioevo</i>	67
2.1.3 <i>Nuovi tratti del sapere pedagogico: dall'Umanesimo al mondo moderno</i>	69
2.1.4 <i>La nascita della pedagogia scientifica</i>	73
2.1.5 <i>Dalla pedagogia alla scienze dell'educazione</i>	76
2.2 Le direzioni assunte dalla pedagogia italiana nell'età contemporanea	79
2.2.1 <i>Contributi di tipo analitico al pensiero pedagogico italiano</i>	79
2.2.2 <i>I contributi della pedagogia continentale italiana</i>	80
2.3 La professione educativa di primo livello: storia e specificità dei percorsi formativi in Italia	86
2.3.1 <i>L'educatore professionale: storia e definizione della professione in Italia</i>	87
2.3.2 <i>Le caratteristiche dei diversi percorsi formativi per l'educatore professionale in Italia: tra la specificità educativa e la specificità sanitaria</i>	95
2.4 Le professioni educative di secondo livello nel panorama italiano	102
2.5 Le professioni educative italiane e il contesto europeo	107
2.6 L'atto educativo come fondamento della disciplina pedagogica	111
2.6.1 <i>L'agire educativo: un'azione intangibile e difficilmente descrivibile</i>	112
2.6.2 <i>Per un tentativo di descrizione: caratteristiche ed elementi fondanti dell'azione educativa</i>	114
2.6.3 <i>L'azione educativa razionalmente fondata</i>	118
3 Dal sapere medico alle professioni sanitarie	127
3.1 Dall'idea di cura della medicina greco-romana all'incontro con la scienza moderna	127
3.1.1 <i>La nascita della medicina occidentale: l'anima filosofica del sapere medico</i>	127
3.1.2 <i>Il mondo moderno e la nascita della medicina scientifica</i>	131
3.1.3 <i>La medicina sperimentale e i progressi scientifici tra XX e XXI secolo</i>	132
3.2 Come la disciplina medica costruisce i propri oggetti	136
3.2.1 <i>Lo sguardo</i>	137
3.2.2 <i>La scrittura</i>	138

3.2.3 <i>Il parlare</i>	139
3.3 La formazione della professione medica e infermieristica in Italia: storia dei percorsi formativi	139
3.3.1 <i>Il percorso formativo per la figura professionale dell'infermiere</i>	140
3.3.2 <i>Il percorso formativo per la figura professionale del medico</i>	144
3.4 Le professioni mediche e infermieristiche italiane nel contesto europeo	148
3.5 Riflessioni sulla formazione del medico	150
4 Pedagogia e medicina: un possibile confronto	159
4.1 Educazione, pedagogia e medicina	159
4.1.1 <i>Educare e curare: due caratteristiche costitutive della società umana</i>	159
4.1.2 <i>Il concetto di diagnosi come elemento di confronto</i>	160
4.1.3 <i>Un'interdisciplinarietà costitutiva e un oggetto di indagine comune</i>	161
4.1.4 <i>Il rapporto con la prassi</i>	164
4.1.5 <i>Ipotesi di nessi nella pratica</i>	166
4.2 Clinica, terapia, cura	167
4.2.1 <i>Il concetto di "clinica"</i>	168
4.2.2 <i>Diverse accezioni del concetto di "cura"</i>	169
4.3 La cura nel mestiere di medico e il rapporto tra medico e paziente: dal modello bio-medico a quello bio-psico-sociale	172
4.3.1 <i>Elementi di riflessione per una cura olistica del paziente</i>	175
4.3.2 <i>Modello di cura doctor-centred e patient-centred</i>	177
4.4 La cura infermieristica come assistenza alla persona	180
4.4.1 <i>Breve storia della cura infermieristica</i>	180
4.4.2 <i>Specificità della cura infermieristica</i>	182
4.5 La cura esistenziale	184
4.5.1 <i>Una cura fondante l'esistenza umana</i>	185
4.5.2 <i>Cura autentica e cura inautentica</i>	187
4.6 La cura educativa come base per la costruzione di pratiche educative	189
4.6.1 <i>Il concetto di cura educativa</i>	189
4.6.2 <i>Il carattere di relazionalità della cura educativa</i>	192
4.6.3 <i>Il campo di esperienza per agire una cura educativa</i>	193
5. La psichiatria: luogo di incontro tra professioni sanitarie e professioni educative	197
5.1 Concezione e gestione della malattia mentale prima della nascita della psichiatria	197
5.1.1 <i>Dalla mitologia classica al Medioevo: nessi tra malattia mentale e mondo divino</i>	197
5.1.2 <i>Tra Medioevo e Rivoluzione Industriale: la malattia mentale come minaccia da isolare</i>	199
5.2 La disciplina psichiatrica: nascita, fondamenti ed evoluzione	203
5.2.1 <i>Il fondamento medico della disciplina psichiatrica: verso istituzioni manicomiali con valenza terapeutica</i>	203
5.2.2 <i>Spinte positiviste nella psichiatria del 1800.</i>	208
5.3 I cambiamenti nella psichiatria del Novecento	211
5.3.1 <i>Dalla psicoanalisi di Freud alla critica di Jaspers: movimenti intorno alla nozione di "inconscio"</i>	211
5.3.2 <i>Dalla psichiatria fenomenologica ai movimenti anti-psichiatrici</i>	213
5.4 La psichiatria italiana nel secolo dei cambiamenti	214
5.4.1 <i>Gestione e organizzazione della psichiatria nella prima metà del Novecento</i>	215
5.4.2 <i>Gli inizi di una stagione di cambiamenti</i>	220
5.4.3 <i>L'opera di Franco Basaglia e i movimenti anti-psichiatrici</i>	223
5.4.4 <i>La riorganizzazione del settore psichiatrico in seguito alla Legge 180</i>	227
5.5 Oltre il termine psichiatria: formulazione del concetto di salute mentale in Italia	229
5.6 Primi bilanci e riflessioni dopo la Legge 180	231
5.6.1 <i>I miglioramenti delle condizioni di vita dei pazienti</i>	231
5.6.2 <i>Gruppi di lavoro multi-disciplinari nel settore della Salute Mentale</i>	233
5.6.3 <i>Ridefinizioni di ruoli e azioni delle professioni infermieristiche</i>	234
5.6.4 <i>Il settore della salute mentale all'interno dell'attuale gestione aziendalistica della Sanità</i>	235
5.7 Il legame possibile tra psichiatria e pedagogia	237
5.7.1 <i>La necessità di uno sguardo interdisciplinare</i>	237
5.7.2 <i>La vicinanza alla filosofia</i>	239
5.7.3 <i>Importanza del contributo pedagogico alla disciplina psichiatrica</i>	242
5.8 La costruzione dell'integrazione sociosanitaria nelle politiche sociali italiane	245
5.8.1 <i>La legislazione italiana in materia di integrazione sociosanitaria</i>	245

5.8.2	<i>Le prestazioni sociosanitarie</i>	247
5.9	L'incontro tra professioni diverse nei contesti sanitari e sociosanitari	249
5.9.1	<i>Riflessioni sulla direzione intrapresa per realizzare l'integrazione sociosanitaria</i>	249
5.9.2	<i>I gruppi di lavoro multi-professionali in area sociosanitaria: composizione ed elementi di complessità</i>	251
5.9.3	<i>L'organizzazione dell'assistenza alla malattia mentale in Italia: luogo di integrazione tra professioni sanitarie, sociali ed educative</i>	257
PARTE 2: L'INCONTRO TRA SAPERE MEDICO E SAPERE PEDAGOGICO NELLA PRATICA PROFESSIONALE QUOTIDIANA: UNO STUDIO DI CASO MULTIPLO		261
6.	Ideazione e costruzione di un percorso di ricerca	261
6.1	Progettare il percorso	261
6.2	La traiettoria di ricerca	263
6.2.1	<i>Il territorio complesso della ricerca pedagogica</i>	263
6.2.2	<i>La presenza del ricercatore nel territorio da attraversare</i>	266
6.2.3	<i>Il punto di partenza autobiografico: tracce della traiettoria di ricerca nella storia di vita del ricercatore</i>	268
6.2.4	<i>Il pensiero riflessivo come "compagno di viaggio" del ricercatore</i>	273
6.2.5	<i>Per una definizione dell'itinerario: la filosofia fenomenologica della ricerca</i>	276
6.3	Costruire e ipotizzare il percorso	281
6.3.1	<i>Definizione del concetto di "metodo"</i>	281
6.3.2	<i>Il metodo fenomenologico-ermeneutico</i>	282
6.4	La strategia di ricerca	285
6.4.1	<i>La strategia dello studio di caso</i>	285
6.4.2	<i>La scelta dei casi: quantità e campionamento</i>	290
6.5	Gli strumenti di ricerca: l'equipaggiamento per affrontare il percorso	293
6.5.1	<i>L'osservazione etnografica</i>	293
6.5.2	<i>L'intervista semi-strutturata</i>	298
6.5.3	<i>L'utilizzo della tecnica del collage</i>	304
6.5.4	<i>Il diario di ricerca</i>	310
6.6	I contesti della ricerca	314
6.6.1	<i>L'organizzazione dei servizi psichiatrici in Lombardia: il riferimento di gestione dell'assistenza per i due casi di studio della ricerca</i>	315
6.6.2	<i>Il primo caso di studio</i>	321
6.6.3	<i>Il secondo caso di studio</i>	326
6.7	Articolazioni e fasi del percorso	332
7	I contenuti emersi dal materiale raccolto nel processo di ricerca	341
7.1	Modello seguito per l'analisi del materiale raccolto	341
7.1.1	<i>L'analisi proposta dalla fenomenologia ermeneutica di Van Manen</i>	341
7.1.2	<i>NVivo: un software per accompagnare il processo di analisi e favorire una sua conduzione rigorosa</i>	344
7.1.3	<i>Le fasi seguite dal processo di analisi</i>	347
7.2	Le professioni sanitarie e pedagogiche operanti nei contesti indagati	354
7.2.1	<i>Il medico psichiatra</i>	354
7.2.2	<i>L'infermiere</i>	365
7.2.3	<i>La figura di coordinamento educativo</i>	378
7.2.4	<i>L'educatore</i>	389
7.3	L'incontro tra sapere medico/sanitario e sapere pedagogico nella pratica professionale	405
7.3.1	<i>Il lavoro di équipe: l'incontro tra saperi per progettare la pratica</i>	406
7.3.2	<i>Contaminazioni tra ruoli e saperi professionali nella pratica</i>	423
7.3.3	<i>Potere e considerazione delle differenti professioni</i>	428
7.3.4	<i>Quale formazione per un incontro interdisciplinare?</i>	435
7.3.5	<i>Attenzione e delicatezza: ipotesi per un incontro tra sapere medico e pedagogico nella pratica</i>	440
Conclusioni		445
ALLEGATO A: IL MODELLO OSSERVATIVO		453
ALLEGATO B: OSSERVAZIONE 8 CONTESTO 2		454

<i>ALLEGATO C: INTERVISTA 4 CONTESTO 1</i>	457
<i>Bibliografia</i>	463
<i>Sitografia</i>	483

Introduzione

*«La presa di coscienza logica che accompagna,
nel secolo XIX,
la costruzione delle scienze dello spirito
è completamente dominata
dal modello delle scienze della natura»¹*

Il presente lavoro di tesi nasce dal desiderio di accostare due discipline, medicina e pedagogia, fondate, per riprendere le parole di Hans Georg Gadamer, l'una sul modello epistemologico delle scienze della natura e l'altra sul modello delle scienze dello spirito, al fine di comprendere se e quale incontro sia fra loro possibile nella pratica professionale.

I fondamenti epistemologici delle due discipline, ad un primo sguardo, paiono essere profondamente diversi, eppure, addentrandosi nella storia di tali discipline, si possono scoprire intersezioni e punti di contatto. La loro costruzione, inoltre, va considerata all'interno dell'evoluzione culturale europea, basata sull'affermazione di determinati modelli di riferimento, come si considererà nel corso del lavoro, che hanno contribuito a creare una specifica idea rispetto ai concetti di "scienza", "sapere", "pratica" ed "esperienza". Pertanto, uno degli aspetti fondamentali è proprio indagare i termini del rapporto pratica-sapere, all'interno dei passaggi fondamentali che hanno segnato la costruzione delle scienze europee. È stato, dunque, necessario un attento approfondimento circa il tema della "pratica": si è tentato di indagare il ruolo dell'esperienza all'interno della costruzione della conoscenza e della propria professione, con riferimento al legame che sussiste tra teoria e pratica, tra sapere e prassi.

Sulla base di queste riflessioni, il primo capitolo della tesi cerca di tematizzare gli snodi fondamentali nella costruzione della conoscenza e delle pratiche nel contesto europeo, in modo da chiarire i modelli tramite cui si sono evoluti e costituiti i concetti di "sapere" e "pratica" nella cultura europea. Un focus specifico è stato dedicato anche alla formazione del sapere professionale, considerando le componenti conoscitiva ed esperienziale all'interno dell'attività professionale.

¹ H. G. Gadamer, *Verità e metodo*, tr. it. G. Vattimo, Bompiani, Bergamo, 1983, p. 25.

Più specificamente, in seguito, un'attenzione particolare è stata rivolta alle discipline prese in esame: il secondo e il terzo capitolo, infatti, sono stati dedicati a ripercorrere, rispettivamente, la storia di costituzione della pedagogia e della medicina con riferimento all'area europea. Si è considerato, poi, il modo in cui vengono formati i professionisti delle due aree, con riferimento al contesto italiano e, in maniera più ampia, al contesto europeo.

Il sapere medico, all'interno del contesto culturale europeo, si è costruito su modelli epistemologici maggiormente legati al metodo sperimentale, che hanno consentito alla disciplina medica enormi scoperte nel campo tecnico e scientifico. Tale progresso è stato possibile anche grazie all'apporto che una serie di discipline diverse hanno dato alla medicina: chimica, biologia, matematica hanno incrementato il *corpus* di conoscenze medico, costruendo questo sapere sempre più sulla base di tali contributi.

La pedagogia si è costruita, invece, all'interno del complesso dibattito delle scienze umane, venendo a tematizzarsi secondo caratteristiche di complessità epistemologica che rendono faticosamente afferrabile e descrivibile il suo oggetto di studio: «L'evento educativo [...] non è un mondo di forze, urti e palle da biliardo rappresentabile da leggi di causa-effetto o di covariazione sistematica. Leggi che la ricerca scientifica dovrebbe scoprire e forze che l'educatore dovrebbe applicare certo – in nome di quelle leggi – di raggiungere i risultati previsti»².

Oltre alla forte differenza epistemologica e di paradigma, come appena evidenziato, è possibile però rintracciare forti punti di contatto tra la disciplina medica e quella pedagogica: il quarto capitolo, infatti, è interamente dedicato a un possibile confronto tra le due discipline. Nonostante le diversità incontrate nei processi di costituzione ed evoluzione, infatti, medicina e pedagogia risultano essere entrambe centrate sull'uomo e sul suo "essere nel mondo". A partire, dunque, dalla considerazione di un oggetto di interesse che accomuna i due saperi, nel corso del capitolo ci si soffermerà sui possibili nessi tra le discipline, quali la loro costitutiva presenza nella storia della società umana, il loro essere centrate su una "cura" dell'uomo e la loro costitutiva apertura interdisciplinare³. In particolare, facendo riferimento a quest'ultimo aspetto, punto di partenza dell'esplorazione può essere costituito dalla considerazione del lavoro educativo come inter-disciplinare, e pertanto costretto nella pratica all'incontro con

² L. Caronia, *Fenomenologia dell'educazione. Intenzionalità, cultura e conoscenza in pedagogia*, Franco Angeli, Milano, 2011, p. 113.

³ Questi aspetti verranno approfonditamente ripresi nel corso del capitolo 4. Riferimenti bibliografici essenziali a supporto dei punti di contatto citati possono essere G. Annacontini, *Dalla mano al pensiero. Nessi pedagogia e medicina*, Pensa MultiMedia, Lecce-Brescia, 2012; P. Bertolini, *Pedagogia e scienze umane*, Cooperativa Libreria Universitaria, Bologna, 1973; G. Cosmacini, *La qualità del tuo medico. Per una filosofia della medicina*, Laterza, Roma-Bari, 1995; H. G. Gadamer, *Dove si nasconde la salute*, Cortina, Milano, 1994; K. Jaspers, *Il medico nell'età della tecnica*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 1991.

altri saperi; sulla stessa scia, anche la medicina non solo necessita degli sguardi di altre scienze per affrontare la complessità del suo oggetto di studio, ma risulta essa stessa costituita dagli apporti di diverse discipline⁴.

Quanto messo in luce grazie ai primi quattro capitoli ha consentito di chiarire come occuparsi di medicina significhi confrontarsi con una disciplina molto ampia e diversificata al suo interno: il sapere medico, infatti, si occupa di problematiche diverse, che vengono curate in svariati contesti. Diverso è infatti osservare e studiare il sapere e la pratica medica in un reparto ospedaliero pediatrico, piuttosto che in una Residenza Sanitaria per Anziani, in un centro per la cura di malattie croniche, nel settore psichiatrico e della salute mentale... In tutti questi contesti sarebbe stato possibile esplorare l'incontro tra sapere medico e sapere pedagogico, con le peculiarità caratteristiche di ognuna di queste situazioni, che vedono al loro interno la presenza di professionisti sia sanitari, sia educativi.

Il settore psichiatrico è parso, in particolare, essere una parte della medicina per certi versi privilegiata per esplorare l'incontro tra sapere medico e pedagogico nella pratica professionale quotidiana: il quinto capitolo, dunque, è stato dedicato alla tematizzazione della disciplina psichiatrica quale settore della medicina scelto per l'esplorazione del presente lavoro. In quest'area, infatti, si è individuata una possibilità di incontro tra i due saperi: attraverso le direzioni di lettura portate avanti da Michel Foucault⁵ e da Riccardo Massa⁶, si è messa in luce una specificità che accomuna psichiatria e pedagogia, nel loro essere discipline rivolte all'uomo e alla sua progettazione/formazione/riabilitazione esistenziale.

In questo orizzonte, l'ambito della cura psichiatrica è sembrato essere particolarmente rilevante e significativo per studiare nell'esperienza lavorativa l'incontro tra i saperi dei professionisti formati nell'area del sapere medico e del sapere pedagogico.

Infatti, la possibilità di incontro tra i due saperi apre l'opportunità per una forte vicinanza professionale nella pratica, all'interno dell'area della salute mentale, tra i professionisti delle due aree: la psichiatria è, infatti, un settore molto particolare del sapere medico, entrato per ultimo a far parte della comunità scientifica medica e particolarmente rivolto all'interdisciplinarietà, data la complessità di elementi e fattori chiamati in causa dalla malattia mentale.

⁴ Cfr. G. Cosmacini, *La medicina non è una scienza. Breve storia delle sue scienze di base*, Cortina, Milano, 2008.

⁵ Cfr. M. Foucault, *Storia della follia nell'età classica. Dementi, pazzi, vagabondi, criminali*, Rizzoli, Milano, 1992; M. Foucault, *Il potere psichiatrico. Corso al Collège de France (1973-1974)*, Feltrinelli, Milano, 2003.

⁶ Cfr. F. Antonacci & F. Cappa, *Riccardo Massa. Lezioni su la peste, il teatro, l'educazione*, Franco Angeli, Milano, 2000.

Inoltre, riferendosi in particolare al contesto italiano, le politiche sociali si sono sempre più orientate a un progetto di integrazione tra interventi sociali e interventi sanitari, creando le premesse per la costituzione di gruppi di lavoro multi-professionali costituiti da professionisti del mondo sanitario, del mondo sociale e del mondo educativo.

In particolare, l'idea di integrazione socio-sanitaria è stata rivolta in maniera accentuata verso l'area psichiatrica, attualmente costruita intorno al concetto di "salute mentale", anche in seguito ai cambiamenti apportati dalla Legge 180 del 1978. Questo settore è, dunque, oggi una delle aree sanitarie in cui sono più chiamati in causa anche professionisti dell'area sociale ed educativa. Per tali motivi, dunque, si è scelto di costruire un progetto di ricerca all'interno dei servizi del settore della salute mentale, volto a indagare l'incontro tra sapere medico e sapere educativo nella concreta pratica professionale agita dai diversi professionisti.

Esposta, quindi, in questa prima parte, una cornice teorica per presentare la costruzione e l'articolazione dell'idea e della traiettoria di ricerca, il lavoro di tesi presenta in seguito una seconda parte dedicata all'esposizione della progettazione e dell'implementazione di un concreto progetto di ricerca empirica.

Il sesto capitolo contribuisce a chiarire i presupposti epistemologici e metodologici sulla cui base si è costruito il progetto di ricerca, che si inserisce all'interno di un approccio qualitativo alla ricerca⁷ ed è stato costruito sulla base del metodo fenomenologico-ermeneutico⁸, secondo la strategia dello studio di caso⁹. Si è scelto, in particolare, di individuare dei servizi nel campo della salute mentale, secondo specifici criteri di campionamento che verranno esplicitati nel corso della trattazione, in cui fosse possibile osservare e studiare la presenza di professionisti educativi e sanitari e la loro pratica professionale all'interno dei contesti.

Facendo ricorso a specifici strumenti di ricerca, il tentativo è stato quello di esplorare diversi aspetti da cui trarre materiali utili per mettere in luce la traiettoria di ricerca delineata. Attraverso l'osservazione¹⁰, infatti, è stato possibile conoscere il contesto, i protagonisti in esso operanti, l'universo semantico creato al suo interno, nonché le pratiche agite dai differenti professionisti. Inoltre, coinvolgendo i gruppi di lavoro dei contesti esplorati nella

⁷ Cfr. N. K. Denzin, & Y. S. Lincoln, *Handbook of Qualitative Research*, Sage, Thousand Oaks (CA), 2000.

⁸ Cfr. M. Van Manen, *Researching Lived Experience. Human Science for an action sensitive pedagogy*, State University of New York Press, New York, 1990.

⁹ Cfr. R. Yin, *Case Study Research: Design and Methods*, Sage, Thousand Oaks (CA), 1994.

¹⁰ Tutti gli strumenti di ricerca, qui solo accennati, verranno ripresi in seguito relativamente a una loro approfondita tematizzazione metodologica. Riferimento, tra gli altri, per il lavoro svolto con l'osservazione, può essere il riferimento alla *close observation*, proposta da M. Van Manen in *Researching Lived Experience. Human Science for an action sensitive pedagogy*, State University of New York Press, New York, 1990.

pratica del *collage-making*¹¹, si è ottenuto materiale inerente alle rappresentazioni dei partecipanti circa il lavoro di *équipe* e l'incontro, in essa, tra diversi profili professionali. Quanto raccolto, poi, durante interviste singole¹² ha permesso di indagare ciò che ogni professionista ha dichiarato circa il suo ruolo professionale, quello degli altri membri del gruppo, nonché sul rapporto tra la sua pratica quotidiana e il sapere che la orienta. Infine, le riflessioni di chi scrive sono state considerate parte integrante del processo di ricerca: i pensieri e le riflessioni da essa sviluppati nel corso dell'intero percorso sono stati raccolti in un diario di ricerca¹³ che ha costituito parte dei dati utili per tematizzare il tema di ricerca.

L'analisi del materiale raccolto, proposta nel corso del settimo e ultimo capitolo, è stata effettuata secondo il modello fenomenologico-ermeneutico proposto da Max Van Manen, coerentemente con la filosofia di ricerca seguita, e con l'ausilio del software NVivo. Il processo analitico ha consentito, in primo luogo, di delineare le professioni educative e sanitarie coinvolte nella ricerca, in riferimento agli aspetti del "ruolo", del "sapere" e delle "pratiche". Si sono, dunque, messe in luce le caratteristiche dei diversi professionisti all'interno dei contesti, comprendendo i significati che caratterizzano il loro sapere e il loro agire.

A partire da queste tematizzazioni relative ai profili professionali medici/sanitari ed educativi è stato possibile delineare alcune riflessioni circa l'incontro dei loro saperi nella pratica lavorativa. Alcuni di questi profili, infatti, si trovano a condividere quasi totalmente l'agire quotidiano: questo aspetto apre la possibilità di riflessione circa la "contaminazione" nella pratica tra professionisti differenti, che può comportare una perdita dei saperi e delle competenze specifiche, oppure essere costruita all'interno di una cornice chiara e condivisa dal gruppo, in vista di un agire sinergico capace di unire le specificità disciplinari dei professionisti coinvolti.

Facendo emergere innumerevoli aspetti di complessità relativi al lavoro inter-professionale dei gruppi di lavoro nei servizi di salute mentale, in cui sono coinvolti professionisti educativi e sanitari, sembrerebbe, inoltre, necessaria un'approfondita riflessione circa la formazione di questi professionisti: se, infatti, il lavoro a stretto contatto con differenti professioni non viene significato quale semplice e scontato, ma, anzi, denso di complessità e criticità, si delinea come necessaria una formazione specifica sia nell'area sanitaria, sia in quella

¹¹ Cfr. L. Butler-Kisber, *Qualitative Inquiry. Thematic, Narrative and Arts-Informed Perspectives*, Thousand Oaks (CA), 2010; E. Biffi, *Scritture adolescenti. Esperienze di scrittura nella scuola secondaria*, Erickson, Trento, 2010.

¹² M. E. Brenner, *Interviewing in Educational Research*, in Green J. L., Camilli G. & Elmore P. B., *Complementary Methods in Educational Research*, Lawrence Erlbaum Associates, Washington, 2006.

¹³ Cfr. L. Mortari, *Cultura della ricerca e pedagogia. Prospettive epistemologiche*, Carocci, Roma, 2007.

educativa, per rendere i futuri professionisti preparati appositamente a un lavoro inter-professionale.

Seguendo questa direzione di pensiero, la ricerca ha messo in luce la necessità di tematizzare, argomentare e riflettere circa la possibilità e la realizzazione di un incontro nella pratica professionale tra il sapere di professionisti medici/sanitari ed educativi: presupposti per tale incontro vengono ipotizzati quali specifiche competenze che ogni professionista dovrebbe possedere in vista di un lavoro a stretto contatto con saperi e pratiche di altre discipline, necessarie sia per non “smarrire” e “dimenticare” un proprio sapere professionale, in grado di orientare la pratica, sia per riuscire a “vedere”, “considerare” e “legittimare” quanto proviene dai diversi sguardi e punti di vista disciplinari, portati dagli altri componenti dell’*équipe*.

1. La costruzione delle conoscenze e delle pratiche

1.1 L'idea di sapere in Europa: alcuni snodi fondamentali

Molto è stato scritto, nel corso dei secoli, riguardo l'idea di "scienza", la sua nascita, evoluzione e costituzione. Sul tema si sono confrontati storici, filosofi, biologi ed altri, ma l'unico aspetto condiviso su cui tutti sembrano concordare è che non esista una definizione univoca ed universale di tale concetto, in grado di comprendere al suo interno la conoscenza costruita dall'uomo nel corso della sua esistenza sulla Terra¹⁴. Ciò che è "scienza" viene definito in maniera differente a seconda delle epoche, dei tipi di indagine, dell'oggetto di esplorazione: in questo senso, infatti, la trattazione che si propone riprende alcuni snodi del percorso costitutivo ed evolutivo del concetto di "sapere" sviluppatosi nel contesto europeo, al fine di metterne in luce determinate direzioni, utili a comprendere la costruzione delle conoscenze e delle pratiche in esso.

Il desiderio e la tensione verso la conoscenza abitano costitutivamente l'essere umano: da sempre, infatti, l'uomo ha cercato, coi mezzi di cui disponeva, di esercitare un potere sulla natura: la costruzione dei primi utensili, la scoperta e l'uso del fuoco nel mondo primitivo si muovono, infatti, verso tale obiettivo attraverso la costruzione di strumenti "pratici" utili per la vita e la sopravvivenza quotidiana. Al tempo stesso, il desiderio di spiegazione muoveva verso la scoperta delle leggi che governano la natura. È questa una caratteristica della conoscenza che viene definita come "salvifica" da Luigi Vero Tarca:

«Conoscere le leggi che governano la natura consente agli uomini di vivere in accordo (armonia) con la realtà; pertanto, nella misura in cui la vita condotta in accordo con la natura e con gli altri uomini costituisce l'esperienza felice (positiva) per gli umani, ecco che la conoscenza epistemica viene a essere condizione essenziale di una vita riuscita e

¹⁴ A questo riguardo è possibile consultare, a titolo esemplificativo: A. R. Hall & M. Boas Hall, *Storia della scienza*, il Mulino, Bologna, 1991; R. Lanfredini, *Filosofia della conoscenza*, Le Monnier, Firenze, 2007; J. Ladyman, *Filosofia della scienza*, (edizione italiana a cura di T. Piazza), Carocci, Roma, 2007; N. Vassallo, (a cura di), *Filosofie delle scienze*, Einaudi, Torino, 2003; S. Borutti, *Filosofia delle scienze umane. Le categorie dell'Antropologia e della Sociologia*, Mondadori, Milano, 1999.

soddisfatta: il sapere scientifico è essenziale per la piena autorealizzazione dell'esistenza umana»¹⁵.

In questo senso, il sapere definito come scientifico permette all'uomo di conoscere l'universo che lo circonda, e dominare la natura degli eventi attraverso azioni specifiche. C'è un legame tra quanto l'uomo *conosce* e quanto l'uomo *agisce*, fin dai primissimi tentativi di costruzione della conoscenza. Questo permette di anticipare quanto verrà approfonditamente argomentato in un successivo paragrafo: che vi possa essere un legame tra il sapere, la conoscenza, e quanto, relativamente ad essa, viene messo in pratica attraverso le azioni dell'uomo.

1.1.1 Alle origini della conoscenza europea

Fondamentale per la costruzione della cultura europea fu il sapere sviluppato dalla civiltà greca, definita da Hall e Boas Hall come «una civiltà in cui vi furono uomini desiderosi di conoscere e di capire, piuttosto che desiderosi di fare»¹⁶. Gli aspetti fondamentali dell'esistenza furono l'oggetto principale di interesse dei primi filosofi greci, che tentarono di tradurli in termini materiali: molte riflessioni vertevano, ad esempio, sul problema della nascita e della morte, cercando inoltre di spiegare le relazioni tra la terra, i corpi celesti, lo spazio dell'universo.

Esempio della costruzione iniziale di tale pensiero fu, nel sesto secolo a.c., Talete di Mileto, che iniziò a suggerire l'idea che per comprendere il cosmo fosse necessario investigarne la natura (cioè la *physis*, da cui deriva il termine “fisica”), concepita in termini materiali. Inoltre, ad Atene, capitale della Grecia e sede della prima forma di governo democratica, si svilupparono, nei secoli successivi, le scuole filosofiche che plasmarono il pensiero e l'impostazione culturale dell'Europa. Fu proprio il governo democratico ad attirare in città un buon numero di intellettuali che vennero presto chiamati “sofisti”, in quanto affermavano di trasmettere la sapienza. Pierre Hadot, presentando i caratteri della filosofia antica, descrive così la loro idea di scienza: «L'obiettivo che essi si prefiggono è quello di raccogliere tutto il sapere scientifico o storico accumulato dai pensatori che li hanno preceduti»¹⁷. I sofisti introdussero la pratica dell'educazione impartita in luoghi artificiali, che sarà una delle caratteristiche della civiltà europea. Erano dei pedagoghi, professionisti che centravano la loro pratica didattica sul dominio della parola e della cultura generale, per giungere alla sapienza.

¹⁵ R. Màdera & L. V. Tarca, *La filosofia come stile di vita. Introduzione alle pratiche filosofiche*, Mondadori, Milano, 2003, p. 117.

¹⁶ A. R. Hall & M. Boas Hall, *Storia della scienza*, Il Mulino, Bologna, 1991, p. 17.

¹⁷ P. Hadot, *Che cos'è la filosofia antica?*, Einaudi, Torino, 1998, p. 16.

Il pensiero di Socrate, invece, sviluppatosi sempre ad Atene nella seconda metà del 400 a.C., ripreso e tramandato poi da Platone, verteva intorno al tema della verità, poco considerato nella scuola dei sofisti: Socrate non si interessò al mondo fisico, ma a quello della società umana, in quanto il suo scopo era quello di capire come far emergere negli uomini bontà, sapienza e giustizia. In questo senso, il sapere su cui si concentrò Socrate riguardava soprattutto valori e virtù, non tanto concetti e informazioni da tramandare: «A fondamento del sapere socratico sta l'amore del bene»¹⁸. Mentre i Sofisti impostavano la ricerca della sapienza attraverso lo studio di quanto era già stato accumulato attraverso lo studio e il lavoro di altri, ponendo quindi la *sophìa* all'esterno dell'uomo, Socrate poneva il soggetto al centro del processo di ricerca: verità e saggezza stavano già, in qualche misura, dentro di lui. Il pensiero elaborato da Socrate si articolò, dunque, prevalentemente intorno a riflessioni etiche e morali, lasciando in secondo piano lo studio della natura: «Egli era contrario allo studio della natura, perché esso non era d'aiuto per la comprensione dei concetti etici»¹⁹. Il ricorso al linguaggio del mito era molto usato da Socrate per perseguire la riflessione etica e proporla ai suoi interlocutori: nella prospettiva di Socrate, portata avanti poi anche dall'allievo Platone, sia la modalità del ragionamento razionale, sia quella del racconto mitico e narrativo contribuivano alla conoscenza.

Il suo discepolo Platone e, successivamente, Aristotele, allievo di questo, si mossero anche nella direzione dell'esplorazione del mondo naturale e aggiunsero conoscenze molto importanti relativamente alla matematica, alla cosmologia, alla biologia, alla zoologia e alla fisica, inserendo nel pensiero filosofico greco di quell'epoca la parte di conoscenza relativa al mondo della natura che Socrate, centrato più sull'analisi della condotta umana, non aveva messo a fuoco.

Fu infatti nei secoli successivi alla morte di Aristotele, conosciuti come Età Ellenistica, che la scienza greca raggiunse il suo livello più alto, basandosi fortemente sugli studi condotti in precedenza da Platone e i suoi allievi. In questo periodo, infatti, si andò definendo una netta separazione tra filosofia e scienza: «Per quanto sappiamo, la maggior parte dei grandi scienziati mostrò scarso interesse per qualsiasi cosa che non fosse la filosofia della natura, spesso confinata in limiti molto ristretti»²⁰. Gli studiosi che si occupavano della filosofia della natura, dunque, cominciarono a farlo in maniera esclusiva, così come chi si occupava di aspetti filosofici riguardanti l'uomo e la sua condotta poco si curava di aspetti riguardanti la

¹⁸ P. Hadot, *op. cit.*, p. 36.

¹⁹ A. R. Hall & M. Boas Hall, *op. cit.*, p. 26.

²⁰ Ivi, p. 55.

fisica e la natura delle cose, dando luogo sia a una prima specializzazione degli studi, sia a una loro netta separazione.

Durante il periodo ellenistico i Romani, che si fecero conoscere come un popolo caratterizzato da efficienza e praticità, avevano cominciato ad avanzare nelle loro conquiste, anche verso il mondo greco: intorno ai primi anni dopo Cristo il loro Impero comprendeva tutto il mondo mediterraneo.

Dal punto di vista culturale, questa conquista non comportò importanti cambiamenti: il greco rimase la lingua della parte orientale dell'Impero, restando dunque una delle lingue della cultura. Inoltre, tutti i sapienti Romani erano formati con la cultura greca, rielaborata poi in forme latine come venne proposto dalle opere di Lucrezio e Cicerone. La parte romana rimaneva interessata alla conoscenza elaborata nel mondo greco soprattutto per i fini utilitaristici che essa poteva avere: «Tutta la conoscenza ingegneristica e medica nell'impero romano fu fornita dai greci: i romani fornirono soltanto l'abilità organizzativa. Era questo a cui davano importanza. Essi disprezzavano l'astratta speculazione scientifica di cui si dilettevano i filosofi naturali greci. Per i Romani, l'astronomia greca era utile solo perché forniva un calendario preciso»²¹. Riprendendo quanto accennato all'inizio del paragrafo, il popolo romano era interessato fortemente alla parte pratica di applicazione della scienza, svalutando il momento teorico di studio ed esplorazione che poteva portare al conseguente beneficio pratico.

Con la caduta dell'Impero Romano, la cultura greca venne conservata nella parte Orientale dell'Impero, allontanandosi sempre più da quelli che furono i successivi sviluppi della cultura nell'Europa centrale.

Tra il 476 d.C. e l'incoronazione di Carlo Magno nell'anno 800, l'Europa fu terra di passaggio e distruzione ad opera di popoli barbarici: l'unico luogo di stabilità culturale rimasto fu il papato di Roma. La frattura teologica e la distanza tra Chiesa cattolica d'occidente e quella ortodossa in oriente resero difficile un libero scambio culturale e la cultura greca della parte orientale dell'Impero, ampliata ed evoluta col passare dei secoli, rimase sempre più confinata nella zona ellenica della Grecia.

La cultura in Europa nei secoli medievali si tramandò dunque in maniera molto particolare, cercando di sopravvivere alle invasioni barbariche in atto. Le persone che potevano avere a che fare direttamente con aspetti della conoscenza scientifica, filosofica, letteraria fino ad allora prodotta erano molto poche; infatti soltanto tre erano le professioni liberali nel

²¹ Ivi, p. 59.

Medioevo: la carriera ecclesiastica, quella giuridica e quella medica, i cui candidati venivano formati nelle università, originate in cattedrali, conventi o monasteri, le realtà che conservarono e tramandarono la cultura nei secoli medievali. Protetta e portata avanti negli ambienti ecclesiastici, la scienza e la cultura medievali si trovarono inevitabilmente a doversi confrontare, nei loro stessi processi di costituzione, con la religione e la fede.

1.1.2 Verso una definizione univoca del concetto di scienza

Nel Corso del Rinascimento, il principale riferimento per la cultura europea fu l'età ellenistica, considerata come un modello da apprezzare e emulare. Anche per quanto riguarda la scienza, per quasi un secolo, intorno al 1400, la riproduzione di edizioni, traduzioni, commenti e ampliamenti di quanto i greci avevano già raggiunto fu lo scopo principale.

Intorno al XV secolo, l'Italia era la ragione più "colta" dell'Europa: a Bologna si formò Nicola Copernico, che compì il primo passo verso la cosiddetta rivoluzione scientifica; mosse il suo pensiero all'interno della logica rinascimentale che si ispirava in primo luogo alla cultura greca: «Ritenne, da buon umanista, che la possibilità stessa di un nuovo metodo di calcolo dei moti delle sfere [...] andasse ricercato nei testi dei filosofi antichi. Presentò la sua dottrina come un tentativo di far rivivere le antiche tesi di Pitagora e di Filolao»²². Per primo suppose che il sole fosse immobile, e che fosse la terra a girargli intorno. La fisica di Aristotele veniva ancora tenuta come riferimento, nonostante non si riuscisse ad adattarla al movimento della terra: solo verso la fine del secolo si iniziò a suggerirne la sostituzione con teorie in maggiore accordo col sistema eliostatico.

Giovanni Keplero (in originale Johannes Kepler), tra il 1500 e il 1600 cercò di scoprire la spiegazione di cosa potesse legittimare una possibile verità del sistema copernicano. Fu, però, Galileo Galilei che riaffermò con forza la teoria di Copernico sulla scena culturale e scientifica dell'epoca: riproponendo il pensiero di Copernico in seguito a ulteriori studi ed esperimenti da lui compiuti, riportò l'attenzione sulla dottrina eliostatica.

Oltre ad avere verificato la validità del sistema copernicano attraverso le osservazioni col cannocchiale, il maggiore lascito culturale di Galileo riguardò l'utilizzo sistematico di un metodo non basato su ideali metafisici o dogmatici. Egli fece uso, infatti, in modo nuovo del linguaggio matematico per decodificare esperimenti laboratoriali. Nei suoi scritti, si ritrova spesso la difesa incondizionata degli esperimenti "chiari e certi", ai quali egli attribuì l'unica autorità. Secondo Galileo l'esperienza cominciò ad essere pensata come

²² P. Rossi, *La nascita della scienza moderna in Europa*, Laterza, Roma-Bari, 1997, p. 79.

esperimento, situazione in cui la natura viene riprodotta in condizioni semplificate e misurabili, per ricercare una risposta certa circa la costituzione del mondo naturale: «Il sapere scientifico è in grado di distinguere ciò che nel mondo è obiettivo e reale e ciò che invece è soggettivo e relativo alla percezione dei sensi»²³.

Oltre che all'esperimento, Galileo attribuì la massima importanza alla matematica, sia come linguaggio di per sé rigoroso ed univoco, sia come strumento atto a garantire la correttezza logica, e l'indiscutibilità, di ogni conclusione raggiunta.

La definizione di "scienza moderna" nata come "scienza naturale", deve il proprio senso direttamente al pensiero galileiano. In questo senso, come nota anche Paolo Rossi, il pensiero di Galileo fondò l'immagine di scienza che modellò il percorso del sapere in Europa nel corso dei secoli successivi: «I caratteri in cui è scritto il libro della natura sono diversi da quelli del nostro alfabeto [...]. Su questo presupposto Galilei fonda la fermissima, ostinata convinzione di tutta la sua vita: la scienza [...] è in grado di dire qualcosa di vero sulla costituzione delle parti dell'universo *in rerum natura*, di rappresentare la struttura fisica del mondo»²⁴.

L'idea della scienza galileiana rimase forte fino al Novecento, tanto che si continuò a riflettere filosoficamente su essa e sulle implicazioni che ha generato: anche Edmund Husserl, filosofo del primo Novecento di cui verrà esposto più dettagliatamente il pensiero in un prossimo paragrafo, dedicò precise dissertazioni intorno al pensiero di Galileo, considerato un punto fondamentale della costruzione della conoscenza europea e da lui definito come «un genio che scopre e insieme occulta»²⁵. A tale proposito, Roberto Sala scrive un interessante saggio, commentando l'opera di Husserl *La crisi delle scienze europee*, in cui evidenzia anche le riflessioni formulate dal padre della fenomenologia relativamente al pensiero di Galileo, alla sua importanza e alla sua innovazione. Scrive infatti Sala: «Con Galileo si consolida, quindi, l'obiettivazione matematica, in quanto la misurabilità delle cose diventa la producibilità dell'essere; il resto è confinato nelle "qualità secondarie" che non sono misurabili»²⁶. Sala riporta, infatti, quanto scrive Husserl, collegando il pensiero di Galileo a quello di Cartesio, di cui si tratterà tra breve:

²³ Ivi, p. 123.

²⁴ P. Rossi, *op. cit.*, p. 125.

²⁵ E. Husserl, *La crisi delle scienze europee e la fenomenologia trascendentale*, trad. it. Il Saggiatore, Milano, 1987, p. 81, cit. in R. Sala, *Natura e mondo della vita: Husserl e la crisi delle scienze europee*, consultabile su www.noein.it (consultato in gennaio 2014), p. 11.

²⁶ R. Sala, *Natura e mondo della vita: Husserl e la crisi delle scienze europee*, consultabile su www.noein.it (consultato in gennaio 2014), p. 12.

«Si può ben dire che soltanto con Galileo si delinea l'idea di una natura concepita come un mondo di corpi realmente circoscritto in sé. Oltre che la matematizzazione, diventata troppo rapidamente un'ovvietà, ciò ha come conseguenza una causalità naturale in sé conclusa, entro cui qualsiasi accadimento è preliminarmente ed univocamente determinato.

[...]

Comunque dobbiamo ora renderci conto che la concezione della nuova idea 'natura', di un mondo di corpi realmente e teoreticamente in sé concluso, provoca ben presto un cambiamento completo dell'idea del mondo in generale. Il mondo si spacca per così dire in due mondi: natura e mondo psichico, ove però quest'ultimo, dato il suo specifico riferimento alla natura, non porta a una mondanità autonoma»²⁷.

In una direzione simile al pensiero di Galileo si mosse anche il lavoro di Cartesio; la sua opera filosofica e scientifica esplicitò una serie di assunzioni che caratterizzarono a lungo il pensiero occidentale: la separazione tra corpo e mente; l'ideale di una trasparenza gnoseologica e una concezione storica della ragione che oppone più o meno esplicitamente natura e storia. Come scrive a riguardo Mauro Ceruti, «sorge allora uno dei grandi miti della conoscenza moderna: la separazione nella natura umana di ciò che è primario da ciò che è secondario, della ragione dalle modalità della sua costituzione. Ciò che è individuale, singolare, storico in senso ampio viene considerato come influente, e anzi da neutralizzare il più possibile per garantire un corretto funzionamento e dispiegamento del nostro intelletto»²⁸. Il metodo, basato sull'esperimento laboratoriale, diventò lo strumento per discriminare ciò che è scienza da ciò che non lo è²⁹: nei secoli XVII e XVIII, ad esempio, discipline come la fisica, la chimica, la biologia conobbero un notevole sviluppo, basato appunto sull'investimento che veniva effettuato in riferimento all'applicazione del metodo scientifico. Qualsiasi disciplina che potesse avvalersi del modello proposto da Galileo e Cartesio era definita scientifica, lasciando al di fuori del campo della scienza quanto non poteva basarsi su tale impianto sperimentale.

In riferimento al tema della costituzione della conoscenza e delle pratiche, grazie all'opera degli studiosi e degli scienziati ricordati, si iniziò a considerare scientifica la conoscenza che si sviluppa all'interno del laboratorio, grazie a quelle pratiche riconducibili al metodo

²⁷ E. Husserl, *La crisi delle scienze europee e la fenomenologia trascendentale*, trad. it. Il Saggiatore, Milano, 1987, p. 88-89-90, cit. in R. Sala, *Natura e mondo della vita: Husserl e la crisi delle scienze europee*, consultabile su www.noein.it (consultato in gennaio 2014), pp. 10-11.

²⁸ M. Ceruti, *La hybris dell'onniscienza e la sfida della complessità*, in G. Bocchi & M. Ceruti, *La sfida della complessità*, Feltrinelli, Milano, 1985, p. 27.

²⁹ A questo riguardo è possibile consultare M. Pera, *Scienza e retorica*, Laterza, Roma-Bari, 1991, pp. 4-5.

sperimentale appena introdotto. In questo senso, il sapere considerato “scientifico” all’interno del panorama intellettuale europeo si è sempre più configurato come l’esito di processi di ricerca e indagine inseribili all’interno della concezione di scienza affermatasi a partire dal pensiero galileiano. Le conoscenze e le pratiche che non riuscivano, per altre peculiari caratteristiche, quali quelle delle discipline umane, a rientrare in tale modello non potevano appartenere legittimamente a quanto veniva considerato scienza.

1.1.3 L'emergere di altri modelli di conoscenza

Circa due secoli dopo rispetto alla formazione del paradigma della scienza moderna proposto da Galileo, iniziò a presentarsi con forza un dibattito volto a riflettere circa il paradigma epistemologico delle scienze umane e sociali: tali discipline, infatti, interessate ad oggetti che faticavano ad essere studiati col modello sperimentale, non riuscivano a ricoprire ruoli e posizioni chiare nell’ambito della conoscenza scientifica. Il discorso relativo all’uomo e al mondo delle produzioni umane, quali storia, linguaggio, civiltà, era tornato nel Settecento, col Romanticismo, ad essere oggetto di studio di alcuni intellettuali. Giovanni Battista Vico, ad esempio, contrario ai canoni di conoscenza prospettati dal razionalismo matematico cartesiano e dalle scienze naturali baconiane, tentò di fondare quella che chiamò “scienza nuova”, intesa come l’unica scienza umanamente possibile e rivolta alla comprensione storica del mondo e delle istituzioni da lui prodotte (miti, linguaggi, leggi, letteratura...) ³⁰.

Anche Johann Gottfried Herder, nelle *Idee per la filosofia della storia dell’umanità*, propose la comprensione dei popoli attraverso la conoscenza delle loro lingue, tradizioni e “culture”. Infatti, secondo Herder, «il miglior saggio sulla storia e sulle varie caratteristiche dell’intelletto e del cuore umano sarebbe dunque una *comparazione filosofica delle lingue*» ³¹. Già a partire dal Settecento, dunque, queste prime riflessioni intorno alla peculiarità epistemologica delle scienze umane si costruirono sulla base di un rapporto mimetico (a volte costruito sulla dipendenza, a volte sull’opposizione) nei confronti di quello delle scienze naturali. Come sostenuto da Borutti, «potremmo riassumere la vicenda dell’origine delle scienze umane come passaggio da un posto vuoto a un posto speculare in rapporto alle scienze fisico-naturali» ³².

³⁰ Cfr. G. Vico, *Principi di scienza nuova*, Mondadori, 2011.

³¹ J. G. Herder, *Idee per la filosofia della storia dell’umanità*, tr. it. a cura di V. Verra, Laterza, Roma-Bari, 1992, p. 169.

³² S. Borutti, *Filosofia delle scienze umane. Le categorie dell’Antropologia e della Sociologia*, Mondadori, Milano, 1999, p. 4.

Nell'Ottocento si sviluppò un particolare investimento verso il settore della tecnologia: le scoperte scientifiche venivano utilizzate per produrre macchine, utensili, che davano vantaggi pratici all'uomo, consentendo il rapido sviluppo industriale dell'Europa di quegli anni. La scienza era vista come "buona" da parte della società, in quanto contribuiva al benessere e all'utilità sociale.

Nel corso di questo secolo, però, anche le scienze dell'uomo e della società svilupparono una precisa riflessione epistemologica. Tale argomento venne orientandosi come prevalentemente impostato lungo due prospettive differenti ma anche speculari: da un lato la prospettiva positivista, secondo la quale le scienze della società devono essere ricondotte a un modello basato sul metodo sperimentale, dall'altro lato il modello storicista che riconduceva l'interesse delle scienze sociali agli aspetti di storicità della realtà umana.

Il termine "positivismo" indica una corrente che rifiuta il pensiero astratto, metafisico, spiritualistico tipico del romanticismo per prendere in esame i fatti positivi concreti, analizzati alla luce di ciò che viene ritenuto "scientifico", vale a dire prodotto dal metodo sperimentale e matematico: l'unico metodo ritenuto capace di comprendere e dominare la natura³³.

Il punto di vista positivista, ispirato da Auguste Comte, riteneva dunque che l'ideale epistemologico da assumere come modello dovesse essere la ragione scientifica caratteristica delle scienze empirico-naturali: «Normativo sia perché separa le scienze dalle non scienze, sia perché nello stesso tempo interpreta l'evoluzione storica dei saperi, tutti orientati al raggiungimento dello stadio positivo. Lo stadio positivo coincide con il livello delle conoscenze conseguite induttivamente [...] e organizzate sistematicamente in leggi naturali»³⁴.

Su questa base, l'unica conoscenza possibile, anche relativamente a tutti gli aspetti propri dell'uomo, deve essere costruita attraverso l'osservazione dei fenomeni, la formulazione di ipotesi e la loro verifica sperimentale. Tale corrente di pensiero, profondamente ottimistica nei confronti della scienza, poggia anche sul notevole sviluppo tecnologico che durante gli anni tra il 1848 e il 1870 era stato reso possibile dallo sviluppo scientifico.

Verso la fine dell'Ottocento, questo modello di fondazione unitaria delle scienze venne messo in discussione dalla prospettiva storicista. In Germania, lo storico Johann Gustav Droysen propose la distinzione tra scienze naturali fisico-matematiche, basate sulla spiegazione, e scienze storiche, che mirano alla comprensione, opponendo al tema positivista della scientificità della ragione, la storicità della realtà e della ragione umana. Successivamente,

³³ Cfr. A. R. Hall & M. Boas Hall, *op. cit.*, pp. 335-360.

³⁴ S. Borutti, *op. cit.*, p. 5.

soprattutto due furono figure particolarmente significative per il dibattito intorno a tali temi: Wilhelm Dilthey e Wilhelm Windelband. Innanzitutto, Dilthey mise in discussione il fatto stesso che fosse possibile trasferire in ambito storico la separazione tra soggetto e oggetto di conoscenza, separazione fondamentale per un approccio positivista. Infatti, tra soggetto e oggetto storico sussiste una relazione basata sulla loro stessa ontologia che li rende inseparabili, ovvero la possibilità di comprendere la sfera storica è dovuta al fatto che noi stessi siamo esseri storici. Con queste riflessioni, Dilthey presentò la “ragione storica”, con caratteristiche di specificità ontologica propria, come fondamento epistemologico delle “scienze dello spirito”, vale a dire le scienze relative all’uomo e alla società³⁵. In questo senso, il pensiero di Dilthey iniziò a portare una riflessione critica relativa al paradigma costitutivo e conoscitivo seguito dalle discipline umane, fino a quel momento costruite sul modello positivista di conoscenza. Il metodo scientifico, infatti, come poco sopra evidenziato, era il riferimento seguito per determinare cosa fosse definibile “scienza”: la codificazione, dunque, delle scienze umane sociologiche e psicologiche seguiva un tale modello di conoscenza, aspirando ad una spiegazione scientifica che offrisse certezze assolute anche circa la società umana e la costituzione psicologica dell’uomo. Gli spunti portati da Dilthey iniziarono, dunque, a insinuare elementi di criticità relativamente a un tale modello, che troveranno ampia trattazione nei secoli successivi, come si evidenzierà tra breve.

L’altra figura di rilievo nel dibattito metodologico di fine Ottocento è quella di Wilhelm Windelband. Attraverso la sua opera, egli arrivò a distinguere i diversi tipi di scienze sulla base della conoscenza a cui puntano. Da una parte vi sono le scienze della legge capaci di organizzare i nessi generali tra i fenomeni sotto forma di leggi, dall’altra parte le scienze storiche, che mirano alla conoscenza del «particolare nella sua figura storicamente determinata»³⁶. Le prime sono, infatti, basate sulla costruzione di leggi, le seconde sulla logica del particolare. La distinzione proposta da Windelband, dunque, si dirige principalmente sul metodo che guida la costruzione della conoscenza, tralasciando la questione della natura degli oggetti di studio delle diverse discipline. In tale senso, lungo direzioni differenti, Dilthey e Windelband contribuirono a porre le basi per un discorso

³⁵ L’opera con cui Dilthey contribuisce nel 1883 al dibattito metodologico in corso è intitolata *Einleitung in die Geisteswissenschaften*, tr. it. *Introduzione alle scienze dello spirito*, a cura di G.A. De Toni, La Nuova Italia, Firenze, 1974. Per ulteriori riflessioni riguardo l’opera di Dilthey è possibile consultare G. Cantillo (a cura di), *Wilhelm Dilthey. Critica della metafisica e ragione storica*, Il Mulino, Bologna, 1985. La riflessione circa l’importanza della comprensione, qui utilizzata per una prima fondazione di un’epistemologia delle scienze umane, verrà ripresa nel secolo successivo quando avverrà quella fase denominata come “svolta ermeneutica” nelle scienze umane, di cui si tratterà approfonditamente in un prossimo paragrafo.

³⁶ W. Windelband, *Le scienze naturali e la storia. Discorso di rettorato, Strasburgo – 1984*, tr. it. in A. Marini, *Materiali per Dilthey*, Unicopli, Milano, 1979, p. 153, citato in S. Borutti, *op. cit.*, p. 12.

epistemologico relativamente a quelle discipline del sapere che fino a quel momento venivano considerate al di là di quanto veniva definito “scienza”. Proprio questa idea univoca e ben delimitata della conoscenza scientifica, costruitasi in Europa secondo i temi e i movimenti delineati, iniziò a essere oggetto di riflessione e critica da parte di intellettuali, come si è appena scritto. Anche eventi storici e scientifici, però, contribuirono fortemente a evidenziare crisi e paradossi di un siffatto modello conoscitivo: la trattazione, quindi, andrà ora a delineare ulteriori movimenti e snodi che hanno modificato e ampliato i concetti di “conoscenza” e “scienza” nel contesto europeo.

1.2 Crisi e paradossi nella conoscenza europea

Il presente paragrafo sarà centrato sullo sviluppo epistemologico dell’idea di “scienza” e di “sapere” sviluppatosi in Europa nel corso del Novecento. Eventi storici e culturali segneranno, infatti, in maniera indelebile la storia del continente in tale periodo, anche relativamente agli sviluppi scientifici e intellettuali.

Alla fine dell’Ottocento lo sviluppo raggiunto dalla conoscenza sembrava promettere grandi successi all’uomo, relativamente a quasi ogni aspetto della vita, dalle tecnologie per la comunicazione, ai mezzi di trasporto, alle possibilità di cura per le malattie: la pubblica stima della scienza era dunque molto elevata. Soprattutto, il paradigma scientifico che si era creato grazie al metodo così come definito da Galileo, da Bacon e Cartesio, aveva creato un’idea della conoscenza come un sistema strutturato secondo i criteri dell’ordine e della sicurezza.

1.2.1 Le scoperte scientifiche del primo Novecento

Entro i primi vent’anni del Novecento, le certezze scientifiche raggiunte nei secoli precedenti svanirono velocemente, proprio a causa di alcune scoperte provenienti dal campo delle discipline naturali. Gli studi di fisica, chimica, operati da Max Planck, Niels Bohr e Albert Einstein rivoluzionarono il modo di intendere e fondare tali discipline, mettendo in luce parti della natura e modi del suo funzionamento che gettavano fortemente in crisi le certezze fino ad allora accumulate. Si ritiene importante soffermarsi su alcune scoperte che, in particolare, contribuirono a mutare l’idea di conoscenza.

Nel 1927 il fisico Werner Heisenberg scoprì che la natura probabilistica delle leggi che regolano la fisica quantistica poneva importanti limiti alla conoscenza dello stato effettivo di un sistema di atomi. Secondo la fisica classica è possibile operare misurazioni quantitative in ogni momento sullo stato di un corpo in movimento, relative a velocità e posizione rispetto ad

un sistema iniziale di riferimento. Heisenberg, sulla base delle scoperte realizzate in quegli anni da Louis De Broglie, Niels Bohr e altri, suppose invece che a livello subatomico la velocità e la posizione di una particella in movimento siano sempre del tutto indeterminati, cioè sempre indefinite.

Tale principio, definito di indeterminazione, mostra che maggiore è l'accuratezza nella misurazione della posizione di una particella subatomica, minore risulta la precisione inerente alla misurazione della velocità, e viceversa.

La presenza e l'interazione della fisicità stessa degli strumenti di misurazione sulla realtà microscopica del mondo subatomico appaiono come elementi perturbativi che incidono su quanto si misura. Gli strumenti di misurazione hanno una incidenza tale per cui la misurazione della velocità crea una perturbazione della particella che rende impossibile la determinazione della sua velocità.

Tali scoperte fisiche portarono una serie di implicazioni relative alla modalità di impostare la conoscenza proposta dal metodo scientifico di Galileo: in primo luogo si cominciò a costruire la convinzione che non esiste una realtà oggettiva della materia, ma solo delle realtà di volta in volta create dalle misurazioni dell'uomo; inoltre si notò come le dinamiche evolutive dei sistemi atomici e subatomici non siano del tutto caratterizzate dalla causalità lineare.

Da un punto di vista prettamente filosofico, una delle conseguenze più sconvolgenti della fisica quantistica è quella per cui si ipotizzi che la realtà fisica oggettiva della materia esista solo a fronte delle misurazioni compiute dall'uomo con i suoi esperimenti. L'idea di scienza che si era formata, maestosa, razionale e logica, improvvisamente diventò piena di imprecisioni e paradossi.

1.2.2 La psicoanalisi freudiana e la scoperta dell'inconscio

Un'ulteriore spinta al vacillare delle certezze culturali e conoscitive sviluppate fino all'Ottocento giunse dall'opera di Sigmund Freud.

Le scoperte di Freud in campo psichiatrico contribuirono a creare un forte cambiamento rispetto a quanto, fino a quel momento, era stato ritenuto caratterizzare la psicologia dell'uomo, la costituzione dell'Io, il modo di apprendere e di generare conoscenza.

Nello sviluppo della sua teoria psicoanalitica, centrali furono i concetti di "coscienza", "preconscio" ed "inconscio"³⁷ che da allora caratterizzarono le diverse forze che agiscono e operano all'interno e all'esterno dell'uomo, contribuendo alla costituzione della vita psichica.

³⁷ A tale riguardo si può consultare il testo di S. Freud, *L'Io e l'Es e altri scritti 1917-1923*, Bollati Boringhieri, Torino, 2000.

L'assunto di base del paradigma psicoanalitico fu costruito sul fatto che il pensare e l'agire umano siano determinati dall'interazione di tre sistemi psichici - Es, Io e Super-io -, astrazioni che permettono di categorizzare e descrivere le funzioni organizzative e motivazionali della mente, operando in maniera prevalentemente inconscia.

Quanto risultò veramente destabilizzante rispetto a ciò su cui gran parte della cultura occidentale era costruita è la nozione di inconscio, alla base della struttura psichica tripartita che Freud propose: partendo dall'osservazione e dall'esperienza clinica, Freud ipotizzò infatti un'attività mentale inconscia, che in parte può essere resa cosciente, che dirige in buona parte le attività di pensiero e di azione cosciente. Inoltre, venne presentata la possibilità che contenuti mentali coscienti possano essere resi inconsci mediante rimozione. L'attività mentale inconscia caratterizza le funzioni dell'Es, in parte le funzioni dell'Io e del Super-io, e gli affetti e le fantasie connesse a situazioni traumatiche e conflitti oggetto di rimozione, caratterizzando in parte considerevole l'attività psichica dell'uomo.

In seguito a quanto teorizzato da Freud, dunque, si configurò l'immagine di un soggetto diverso rispetto a quello proposto dalla visione positivista: la costituzione stessa dell'uomo e del suo sistema psichico iniziò a risultare inconoscibile, nei suoi stessi meccanismi costitutivi che risultano determinati in maniera gran parte inconscia. Non solo: pur riconoscendo una parte di inconsapevolezza all'interno della costituzione stessa dell'essere umano, Freud costruì e propose la psicoanalisi come strumento e pratica scientifica per cercare di conoscere il più possibile questo complesso sistema umano. Scrivono a proposito Nicola Abbagnano e Giovanni Fornero:

«Prima di Freud, si riteneva che la “psiche” si identificasse con la coscienza. Il medico viennese giunse invece ad affermare che la maggior parte della vita mentale si svolge “fuori” della coscienza e che l'inconscio non costituisce il limite inferiore del conscio, ma la realtà abissale primaria di cui il conscio è solo la manifestazione visibile. Tant'è vero che l'inconscio viene scelto dalla psicoanalisi come punto di vista privilegiato da cui osservare l'uomo»³⁸.

Un soggetto più complesso apparì dunque quello che si venne delineando nel corso del Novecento, per la cui comprensione si rendevano necessari nuovi e inediti metodi di costruzione epistemologica. In questo senso, la psicoanalisi è una delle traiettorie che il pensiero scientifico occidentale, pur tra dure critiche in partenza, costruì nel corso del

³⁸ N. Abbagnano & G. Fornero, *La filosofia. Da Schopenhauer a Freud*, Paravia, Padova, 2009, p. 472.

Novecento nel tentativo di esplorare quanto non poteva essere raggiunto dal metodo sperimentale. Nota infatti Massimo Recalcati a proposito: «Il presupposto etico che orienta la pratica e la teoria della psicoanalisi è un *indebolimento radicale della padronanza dell'io* [...] Qualcosa sfugge al controllo della coscienza, qualcosa ci sfugge, qualcosa avviene senza che l'io possa governarne la direzione, qualcosa mi tocca nel mio reale più intimo senza che io possa impedirlo»³⁹. La psicoanalisi freudiana, dunque, arrecò un'importante destabilizzazione al modello epistemologico finora consolidatosi, andando a evidenziare la complessità di conoscenza già all'interno dello stesso essere umano.

Nel corso del Novecento altri eventi storici, che si andranno ora a presentare, contribuiranno ulteriormente alla creazione di situazione di incertezza relativamente alla cultura e alla conoscenza finora create, aggiungendosi quindi alla crisi portata dalle scoperte scientifiche prima presentate e dalla teoria dell'inconscio di Freud.

1.2.3 La crisi delle due guerre mondiali

Come già detto, durante il Novecento si passò da un'idea di ordine e certezza, di profonda utilità della scienza e della tecnologia, quale quella presentata trattando dell'epistemologia positivista, a una situazione di capovolgimento, di incertezza e cambiamento. Parte di questi elementi di confusione furono determinati anche dalle due guerre mondiali che infiammarono il secolo scorso: la tecnologia prodotta dall'uomo attraverso la scienza non aveva avuto soltanto fini migliorativi per la vita dell'uomo: essa poteva trasformarsi in strumento di distruzione dell'uomo. Fino ad allora, infatti, il progresso della conoscenza consentito dal metodo sperimentale aveva alimentato l'illusoria reciprocità tra i concetti di "scienza" e "bontà", come commenta Vittorino Andreoli: «Se la scienza dimostra il vero, se scopre le leggi della natura, e quel segreto che si trova dentro il mondo, allora significa che il sapere scientifico servirà a migliorare l'esistenza dell'uomo»⁴⁰.

Nel corso della Rivoluzione Industriale, infatti, l'avanzamento della conoscenza aveva prodotto evidenti avanzamenti della tecnica, consentendo la creazione di macchine, utensili, manufatti che hanno enormemente migliorato le condizioni di vita. Tale relazione "positiva" tra conoscenza, tecnica, produzioni pratiche e concrete aveva creato l'illusione che tale modello di scienza e sapere fosse indiscriminatamente "buono", collegandolo in maniera univoca con la produzione di beni e prodotti utili e, a loro volta, "buoni" per la vita dell'uomo.

³⁹ M. Recalcati, *Elogio dell'inconscio. Dodici argomenti in difesa della psicoanalisi*, Mondadori, Milano, 2007, p. 20.

⁴⁰ V. Andreoli, *Se scienza e tecnica vanno in folle*, articolo su *Avvenire*, 14 gennaio 2003, p. 24.

In questo senso, gli studi fisici sulla radioattività degli ultimi anni dell'Ottocento consentirono una loro applicazione pratica in diversi ambiti: la relazione "positiva" tra scienza e società, ad esempio, permise di applicare numerose conoscenze alla medicina, ma siffatte scoperte avanzarono implicazioni anche nel filone della fissione e della fusione nucleare. In tale ambito, «queste sfide scientifiche, e con esse la curiosità e l'ingegno delle migliori menti europee, a un certo punto incrociarono la logica dello scontro tra le potenze»⁴¹. La creazione di avanzatissime armi, dunque, quali la bomba atomica, misero tragicamente in luce come il modello di scienza e di sapere affermatosi in Europa non fosse affatto "buono" in maniera indiscriminata, dal momento che esso stesso poteva produrre quanto occorreva all'uomo per distruggere sé e i propri simili.

In tale situazione di "ristrutturazione epistemologica", resa necessaria da una serie di eventi di differente natura, si trovò spazio per aprire una notevole svolta anche nel modo di concepire, definire ed impostare le scienze che si occupano dell'uomo e della società, come si tratterà tra breve nel corso del prossimo paragrafo.

1.2.4. Il modello del neopositivismo e il successivo scenario di complessità epistemologica

Anche il dibattito filosofico circa la costituzione della conoscenza si movimentò in seguito ai potenti mutamenti in atto. Il Neopositivismo cercò di riproporre un modello epistemologico che unificasse metodologicamente e concettualmente le scienze, attraverso una visione scientifica e anti-metafisica del mondo. Tale modello epistemologico promuoveva una giustificazione delle scienze attraverso la "ricostruzione razionale" del loro linguaggio. Come scrive a riguardo Borutti, «la filosofia deve assumersi questo compito di fondazione, e deve svolgerlo metalinguisticamente, ricostruendo la struttura degli asserti scientifici: deve in altre parole analizzare e controllare il linguaggio conoscitivo delle scienze, adottando da una parte lo strumento logico-matematico come canone e metodo di rigore, e mantenendo dall'altra parte l'idea empirista secondo cui ogni significato conoscitivo deriva dall'esperienza»⁴².

Secondo il paradigma neopositivista le scienze sono caratterizzate da un linguaggio che attui descrizioni normative che conducano a predizioni causali; ma le discipline umane e sociali non trovavano un oggetto pienamente inseribile nel linguaggio naturalistico spazio-temporale. Il tentativo neo-positivista, dunque, cercò di ridurre il mondo umano e sociale a descrizioni e rappresentazioni che consentissero di inserire le scienze umane nel modello di indagine

⁴¹ E. Giap Parini, *Sapere scientifico e modernità*, Carocci, Roma, 2006, p. 21.

⁴² S. Borutti, *op. cit.*, pp. 8-9.

sperimentale, considerato prerogativa per appartenere al mondo scientifico. Andando oltre alla visione neo-positivista, iniziarono, poi, a svilupparsi alcune correnti di pensiero differenti. In tale direzione si mosse, ad esempio, il pensiero di Karl Popper, che dedicò notevole parte del suo lavoro alla riflessione sulla costituzione della conoscenza e del pensiero scientifico. Contrariamente ai neopositivisti, Popper argomentò che il fondamento empirico delle scienze non fosse da ritenersi qualcosa di immutabile e assoluto; a tale riguardo, infatti, affermò: «Quel che io penso è che nella scienza non c'è affatto nessuna certezza»⁴³. Egli propose diverse metafore del sapere scientifico e del suo procedere: paragonava, ad esempio, le teorie a reti per la pesca: similmente, le reti della conoscenza sono gettate per “pescare” quello che chiamiamo “il mondo”; per arrivare a coglierne il più possibile, e per questo, come accade per la pesca, le reti hanno trama sempre più sottile. Secondo Popper, la sottigliezza delle reti della conoscenza verrebbe raggiunta attraverso la critica e la sostituzione delle teorie con altre migliori: la competizione e il confronto tra teorie scientifiche condurrebbero ad una selezione della teoria che si dimostra la più adatta a sopravvivere: «Le teorie che noi mettiamo al mondo sono tentativi di soluzione dei problemi. Ciò vale per la recente fase dell'evoluzione come anche per le prime forme evoluzionistiche: tutti gli organi sono teorie, sono soluzioni di problemi. Pure le forme molecolari di sviluppo sono teorie, e dunque tentativi di dominare il mondo, tentativi di soluzione dei problemi»⁴⁴. La conoscenza scientifica, dunque, progredendo, non accumula risultati, ma sostituisce le teorie e i metodi con quelli che risultano, man mano, migliori. Popper illustrò così la dinamica di questo processo di crescita:

«Importante è la capacità di offrire parecchie possibilità per la soluzione del problema. In questo consiste l'essenza della creatività. Non è che viene “concepita” la soluzione del problema, vengono piuttosto sempre proposti svariati tentativi di soluzione. [...] Ecco, dunque, che ogni ipotesi, ogni teoria lotta soltanto come *un* tentativo di soluzione del problema con un'altra teoria concorrente, con un'altra teoria possibilmente migliore e forse anche con più teorie e ipotesi concorrenti. E ogni soluzione di problema crea nuove situazioni e con ciò nuovi problemi e stimoli per nuovi tentativi di soluzione di problemi»⁴⁵.

La conoscenza, secondo Popper, non parte mai da zero: ha sempre una tradizione alle spalle, cosicché si può dire che il progresso della conoscenza consista principalmente nella

⁴³ K. Popper, *Società aperta, universo aperto*, tr. it. D. Antiseri, Borla, Roma, 1984, p. 47.

⁴⁴ Ivi, pp.101-102.

⁴⁵ Ivi, p. 102.

modificazione delle conoscenze precedenti. Le sue fonti possono essere di ogni genere, credenze o miti o osservazioni o teorie, senza che nessuna di queste abbia un'autorità privilegiata. Popper propose, inoltre, un'idea di conoscenza umana caratterizzata dalla fallibilità e dalla possibilità di progredire attraverso la critica: per questo aspetto la sua concezione è denominata fallibilismo:

«Non è affatto valida l'immagine della scienza che di continuo raccoglie osservazioni e da esse, per dirla con Bacone, sprema come dall'uva il vino [...] Questa immagine della scienza è radicalmente falsa. Meccanizza l'atto creativo del pensiero umano e della invenzione. [...] La scienza, in realtà, procede del tutto diversamente, procede cioè nel senso che mette a prova idee, immagini del mondo. La scienza trova la sua origine nel mito. Ciò è facilmente constatabile presso i primi pensatori greci, i filosofi presocratici, che sono ancora molto influenzati dalle formazioni mitiche»⁴⁶.

Problemi e questioni da risolvere rappresentano la partenza di un processo di conoscenza volto a risolverli, tramite metodi e teorie di comprensione, sottoposte poi alla discussione e al controllo, da cui scaturiscono nuovi problemi, e così via: «Ogni novità nel mondo falsifica una teoria continuamente sin qui confermata»⁴⁷. E ancora: «Com'è che si perviene a buone teorie? E la mia risposta è: per tentativi ed eliminazione delle teorie cattive. Ciò equivale a dire che: non c'è nessuna strada che uno possa prevedere che porti a buone teorie. Non c'è nessun metodo. Non c'è nessuna via per il successo. C'è solo la via del tentare o provare in generale, della variazione in tutte le possibili direzioni [...] attraverso la fantasia, e soprattutto attraverso l'annientamento delle forme cattive»⁴⁸. La verità risulta essere una sorta di "ideale regolativo" che non appartiene in maniera esclusiva a nessuna specifica teoria: esso può essere inteso come approssimazione alla verità, garantita dalla teoria meglio controllata sino a quel momento. In questo senso, Popper non considerò perseguibile l'ideale positivista di una "certezza assoluta" generata dalla scienza:

«I positivisti cercano sempre di arrivare alla certezza. Che cosa so *veramente*? Su che cosa sono davvero e *del tutto sicuro*? Ma la risposta evidente a tale interrogativo è: niente è assolutamente certo. E allorchè ci siamo resi conto che un sapere certo è improponibile

⁴⁶ Ivi, pp. 45-46.

⁴⁷ Ivi, p. 40.

⁴⁸ Ivi, pp. 43-44.

per noi, non abbiamo più nessuna ragione per non accettare un realismo ipotetico, che ben presto apparirà in tutta la sua importanza»⁴⁹.

Il contributo di Popper portò a sottolineare l'importanza dello studio dei percorsi storici di definizione della natura della conoscenza scientifica, evidenziando come l'ideale positivista di una scienza in grado di generare certezze assolute non fosse perseguibile.

Questa direzione di studio venne seguita anche dal filosofo statunitense Thomas Kuhn, che vi dedicò *La struttura delle rivoluzioni scientifiche* (1962). In tale opera egli teorizzò un'idea di scienza che si evolve non secondo una crescita continua e graduale, ma per "rivoluzioni", momenti di eccezione rispetto a quella che egli chiamò "scienza normale", ossia una pratica di ricerca «stabilmente fondata su uno o più risultati raggiunti dalla scienza del passato, ai quali una particolare comunità scientifica, per un certo periodo di tempo, riconosce la capacità di costruire il fondamento della sua prassi ulteriore»⁵⁰. Nei periodi di scienza "normale", c'è consenso generale sulla validità di determinati risultati, che vengono a costituirsi quali "paradigmi" di riferimento, ossia modelli che definiscono i temi e i metodi legittimi per la ricerca scientifica, dando origine a tradizioni. Esempi di paradigmi sono, tra gli altri, l'astronomia tolemaica, quella copernicana o la meccanica newtoniana. I paradigmi che man mano si affermano devono essere abbastanza nuovi per incuriosire e raccogliere intorno a sé un gruppo stabile e sufficientemente ampio di consensi. Al tempo stesso, essi devono essere caratterizzati da un'apertura tale da consentire di risolvere nuovi e ulteriori interrogativi. La scienza "normale", che si costituisce sulla base dei paradigmi, cerca in primo luogo di risolvere problemi e questioni entro le procedure in essa riconosciute. Secondo Kuhn, e contrariamente a Popper, gli scienziati, non si dedicano a controlli severi delle teorie, in quanto, nei periodi di scienza normale, queste sono assunte come certe. Questo controllo risulta necessario quando insorgono novità insospettite, anomalie rispetto al paradigma; è ciò che è accaduto nel corso del Novecento, con la formulazione del principio di indeterminazione di Heisenberg, prima ricordato, che metteva evidentemente in crisi quanto ritenuto valido sino ad allora. Solo in questi momenti avviene una "crisi" o una "rivoluzione", ossia la sostituzione di un paradigma con uno nuovo. La vittoria di un paradigma dipende, secondo Kuhn, dalla sua forza persuasiva nell'ottenere il consenso della comunità scientifica. Kuhn cercò di introdurre nella cultura del secondo Novecento una nuova immagine della scienza, andando oltre all'idea di un suo sviluppo lineare e cumulativo. In questo senso

⁴⁹ Ivi, p. 58.

⁵⁰ T. Kuhn, *La struttura delle rivoluzioni scientifiche*, tr. it. A. Carugo, Einaudi, Torino, 1999, p. 28.

diventa fondamentale la figura dello storico della scienza come colui che, con competenze anche ermeneutiche, riesce a rintracciare e comprendere il cammino “per salti e fratture” della conoscenza scientifica, rendendolo comunicabile.

Relativamente al pensiero filosofico sull’evoluzione e la costruzione della scienza nel corso del Novecento, si ritiene importante fare un accenno anche al pensiero di Imre Lakatos, in quanto direttamente in relazione con le opere di Popper e Kuhn. Interessato in particolare alla filosofia delle scienze fisiche, egli tentò di proporre una variazione al falsificazionismo proposto da Popper e da lui definito come «ingenuo»⁵¹. La versione falsificazionista proposta da Lakatos affermò che il progresso della scienza avviene attraverso la competizione non di teorie scientifiche, bensì di programmi di ricerca, ovvero gli sfondi concettuali che sottendono un certo insieme di teorie, definiti come «*successioni di teorie e non un’unica teoria che è valutata come scientifica o pseudo-scientifica*. Ma gli elementi di tali serie di teorie sono usualmente connessi da una notevole *continuità* che li salda in *programmi di ricerca*»⁵².

Mentre secondo Popper una teoria veniva falsificata da un’osservazione in conflitto con essa, Lakatos pensò possibile la sua falsificazione solo se: «È stata proposta un’altra teoria T’ con le seguenti caratteristiche: 1) T’ ha eccedenza di contenuto empirico rispetto a T [...]. 2) T’ spiega il successo precedente di T [...]. 3) parte del contenuto eccedente di T’ è corroborato»⁵³. In questo senso Lakatos propose un falsificazionismo basato non solo su fatti ed esperienza, come proposto da Popper, secondo il quale era sufficiente un’osservazione fattuale per confutare una teoria: per falsificare non è sufficiente un fatto o un’esperienza, ma la comunità scientifica deve avere a disposizione una teoria migliore rispetto alla precedente. L’idea di Lakatos circa il progresso della scienza teorizzava uno scontro tra programmi di ricerca rivali, contrapponendosi in questo senso alla visione kuhniana precedentemente esposta, secondo la quale, in ogni periodo, la scienza è dominata da un paradigma in particolare. Inoltre, se il pensiero di Kuhn proponeva un avanzamento della scienza attraverso accettazioni, anche inizialmente irrazionali e inconsapevoli di un nuovo paradigma, Lakatos pensò tale progresso come una sostituzione razionale di un programma di ricerca con uno successivo, considerato migliore e progressivo rispetto al precedente:

«L’atteggiamento dogmatico della scienza – che spiegherebbe i suoi periodi di stabilità – è stato descritto da Kuhn come una caratteristica primaria della “scienza normale”. Ma il

⁵¹ I. Lakatos, La falsificazione e la metodologia dei programmi scientifici, in I Lakatos & A. Musgrave (a cura di), *Critica e crescita della conoscenza*, tr. it. Feltrinelli, Milano, 1993, p. 191.

⁵² Ivi, p. 208.

⁵³ Ivi, p. 191.

quadro concettuale di Kuhn nel trattare la continuità della scienza è socio-psicologico: il mio è normativo. Io guardo alla continuità della scienza attraverso gli “occhiali” di Popper. Dove Kuhn vede “paradigmi”, io vedo *invece* “programmi di ricerca” razionali»⁵⁴.

Sullo fondo di tali trattazioni relative alla scienza, alla sua costituzione e il suo procedere, fiorì anche una corrente di pensiero centrata sui caratteri di complessità epistemologica che si erano venuti a introdurre. Riferimento essenziale è, in questa direzione, l’apporto epistemologico portato da Gregory Bateson e dal gruppo di studiosi di Palo Alto. Tra gli anni Quaranta e Cinquanta del Novecento, alcuni studiosi di diverse discipline (matematica, fisica, psicologia), tra i quali Norbert Wiener, iniziarono a interrogarsi circa la struttura dei fenomeni, sia biologici, sia psicologici, arrivando a definire che entrambi potessero essere pensati come “sistemi”, cioè unità intere costituite da parti in relazioni tra loro. Lo stesso Wiener propose il termine “cibernetica” per riferirsi allo studio dei processi di auto-regolazione, auto-riproduzione, adattamento, elaborazione dell’informazione all’interno dei sistemi. Tale termine rimase poi a indicare le riflessioni epistemologiche portate avanti da Bateson col gruppo di ricerca di Palo Alto, da esso costituito, intorno alla teoria dei sistemi. Bateson, infatti, venuto a contatto con le proposte della cibernetica, pensò di poter applicare tale pensiero anche alle relazioni umane, considerandole anch’esse come sistemi. Riuscendo ad ottenere fondi per lo studio della comunicazione, Bateson fondò il gruppo di ricerca di Palo Alto, centrandolo inizialmente sull’esplorazione della comunicazione familiare. La stessa famiglia venne pensata come un sistema, secondo la definizione da Bateson proposta:

«Un sistema, in ultima analisi, è un’unità contenente una struttura di retroazione: quindi è in grado di elaborare informazioni. Vi sono sistemi ecologici, sistemi sociali; in questo senso tecnico anche l’organismo individuale *più* l’ambiente con cui interagisce è un sistema. Credo che, concependo la famiglia come un sistema, non potessimo poi concepire anche l’individuo, a sua volta, come un sistema»⁵⁵.

Tale impostazione, applicata da Bateson anche all’ambito sociale e antropologico, portò ad un livello crescente di complessità epistemologica: sia l’individuo, sia qualsiasi gruppo sociale

⁵⁴ Ivi, p. 255.

⁵⁵ G. Bateson, *Una sacra unità. Altri passi verso un’ecologia della mente*, Adelphi, Milano, 1997, p. 393.

andavano considerati all'interno di dinamiche di relazione reciproca, quali sotto-insiemi di diversi sistemi contestuali.

Si tratta di considerazioni che preannunciarono alcune importanti svolte all'interno della concezione del sapere europeo, anche all'interno delle cosiddette "scienze umane", come verrà esposto nel corso del prossimo paragrafo.

1.3 La svolta ermeneutica nelle scienze umane

Fino alla prima metà del Novecento, la riflessione epistemologica nelle scienze umane cercò di costituirsi intorno al modello di scienza "positivista", intendendo con questo termine quell'approccio alla scienza che assume la possibilità di individuare fatti sottoponibili a verifica, di giungere a quella che si dà come descrizione "vera" del mondo. Tale modello si basava direttamente sul metodo scientifico promosso da Galileo, Cartesio e Bacone, descritto nei precedenti paragrafi. Con l'inizio del Novecento, come già notato, si iniziarono a delineare le prime proposte di distinzione tra scienze della natura e scienze dello spirito.

In opposizione all'egemonia del modello positivista e, successivamente, neo-positivista, accennate in precedenza, iniziò un lento e graduale lavoro epistemologico in quelle discipline che non riuscivano a costruirsi e a definirsi all'interno del metodo neopositivista.

1.3.1 Origini, sviluppi e protagonisti della riflessione ermeneutica

Un primo pensiero circa l'opportunità di riflettere sul paradigma costitutivo delle scienze umane venne proposto dalla disciplina storica, attraverso l'opera del movimento di pensiero composito dello storicismo tedesco, di cui anche Dilthey, già presentato nello scorso paragrafo, è parte⁵⁶: tale paradigma, in particolare, mirava alla comprensione dei fenomeni storici e non alla loro spiegazione.

Le prime riformulazioni del paradigma delle scienze umane, introdotte dallo storicismo, condussero queste discipline verso una revisione epistemologica reattiva rispetto ai modelli allora dominanti. Per quanto reattivo e modellato sulla base del positivismo, tale movimento di riflessione creò le condizioni per una esplicita formulazione della domanda epistemologica per le scienze centrate sull'uomo e sulla società. Risultò possibile delineare gli elementi fondanti per guidare una costruzione di autonomia epistemologica delle scienze umane, «in

⁵⁶ Relativamente a tale argomento è possibile consultare P. Rossi, *Lo storicismo contemporaneo*, Loescher, Torino, 1968.

quanto scienze di esseri storici e finiti»⁵⁷. Questa direzione caratterizzerà la cosiddetta prospettiva ermeneutica, costruita su un metodo che non separi nettamente il soggetto conoscente dall'oggetto conosciuto e intenda l'individuo come un'entità vivente che si rappresenta la vita e che, attraverso pensieri, desideri, fini, determini il suo essere. Come scrive Letizia Caronia, infatti, commentando tale passaggio, «la crisi della fondazione positivista del sapere delle scienze umane ha portato con sé la crisi della definizione classica della rappresentazione della conoscenza scientifica vista come procedura che consiste nello scoprire -seguendo un metodo- regolarità o caratteristiche proprie di un mondo pre-dato e indipendente dall'attività conoscitiva del soggetto»⁵⁸.

Edmund Husserl dedicò parte importante della sua opera alla riflessione circa la costituzione delle scienze umane. Husserl affrontò questo tema partendo dalla constatazione della situazione di crisi che l'Europa stava attraversando intorno al 1930, letta e analizzata secondo l'idea che tale momento investa i concetti di esistenza e di pensiero costruiti dalla cultura europea. Secondo l'autore, la concezione di scienza dominante in Europa, quella tramandata dal positivismo, ha modellato su di sé tutta la costruzione della conoscenza, sia nelle scienze naturali, sia in quelle dello spirito. Husserl criticò proprio tale immagine della scienza, in quanto, a suo dire, il positivismo ha ridotto l'idea di scienza ad essere “di fatti”, escludendo, in questo modo, dalle sue riflessioni una problematica “decisiva”, quella della soggettività: «Le mere scienze di fatti creano meri uomini di fatto»⁵⁹. Non è in discussione, quindi, a parere di Husserl, la “scientificità” della scienza, ma il suo “significato” per l'uomo e la sua esistenza. Come sosteneva, infatti, il filosofo, la scienza «esclude di principio proprio quei problemi che sono i più scottanti per l'uomo, il quale, nei nostri tempi tormentati, si sente in balia del destino; i problemi del senso e del non-senso dell'esistenza umana nel suo complesso»⁶⁰.

Piero Bertolini, filosofo dell'educazione che ha usato la fenomenologia per pensare la pedagogia, propone un'interpretazione di questa crisi, secondo cui la scienza è uno dei molteplici prodotti dell'attività umana, che si sviluppa e si connota sulla base di esigenze della cultura e spazi di potere che le vengono consentiti o offerti. Le risposte fornite dalla scienza e dalla tecnologia, a loro volta, influenzano le scelte politico-culturali di una società. «C'è insomma una sorta di “circolarità dialettica” di cui occorre che i vari protagonisti

⁵⁷ S. Borutti, *op. cit.*, p. 35.

⁵⁸ L. Caronia, *Costruire la conoscenza. interazione e interpretazione nella ricerca in campo educativo*, La Nuova Italia, Firenze, 1997, p. 9.

⁵⁹ E. Husserl, *La crisi delle scienze europee e la fenomenologia trascendentale*, Milano, Il Saggiatore, 1987, p. 35.

⁶⁰ *Ibidem*.

prendano coscienza, ad evitare una caduta di quella stessa dialetticità ed una conseguente distorsione della circolarità o una rottura o interruzione della medesima, a favore di uno solo di quei protagonisti»⁶¹.

Rileggendo Husserl, Bertolini evidenzia il primo “indizio” di crisi nel mondo contemporaneo nello scollamento tra le tre istanze fondamentali su cui si basa la civiltà umana, quella filosofica, quella scientifica e quella politica, «motivato da una giustificata esigenza di autonomia della politica e della scienza nei confronti di una filosofia che aveva sempre più preteso di realizzarsi in forma egemonica e totalizzante»⁶². Lo sganciarsi dalla filosofia ha rappresentato un incentivo all’affermazione delle altre due istanze, ma, al tempo stesso, ha prodotto una progressiva perdita del criterio della loro legittimazione, vale a dire la ricerca di una conoscenza e di un potere orientati al bene dell’umanità. Allo stesso modo la filosofia, sganciata dall’istanza politica e scientifica, si è realizzata in una forma di razionalismo astratto e ripiegato su se stesso.

Secondo Husserl è la filosofia che deve conseguentemente operare uno sforzo per comprendere le ragioni profonde che hanno portato l’Europa alla limitazione positivista dell’idea di scienza e al naufragio dell’universalismo della ragione, ponendo al centro dell’attenzione la questione del soggetto umano conoscente, estromesso dall’idea di scienza positivisticamente intesa: «È possibile separare la ragione e l’essente se è proprio la ragione che, nel processo conoscitivo, determina ciò che l’essere è?»⁶³.

Seguendo il percorso di Husserl, Bertolini concentra il discorso sull’orientamento delle scienze moderne nella cultura europea. Husserl denunciò, infatti, la tendenza della scienza a formalizzare i contenuti della nostra esperienza oggettivandoli in schemi matematico-geometrici, concependo il mondo come formato da una molteplicità di realtà chiuse e separate che, attraverso la loro articolazione in schemi matematici, possano rappresentare davvero il mondo della vita e dell’esperienza umana. In questo senso si propose l’idea che «l’oggettivismo delle scienze moderne ha in un certo senso estromesso dal proprio ambito la soggettività vivente e perciò autentica, giungendo a costituire delle scienze dello spirito a somiglianza di quelle naturalistiche, e cioè riducendo la soggettività a mera oggettività»⁶⁴.

Le scienze dello spirito sono, perciò, chiamate a riflettere sul mondo-della-vita e sull’uomo quali loro specifici oggetti di indagine:

⁶¹ P. Bertolini, *L’esistere pedagogico. Ragioni e limiti di una pedagogia come scienza fenomenologicamente fondata*, La Nuova Italia, Firenze, 1998, pp. 13-14.

⁶² Ivi, p. 17.

⁶³ E. Husserl, *Crisi e rinascita della cultura europea, europea* (a cura di R. Cristin), Marsilio, Venezia, 1999, p. 41.

⁶⁴ Ivi, p. 21.

«Abbagliati dal naturalismo (per quanto lo combattano a parole), gli studiosi delle scienze dello spirito hanno completamente trascurato di porre il problema di una scienza universale e pura dello spirito, di perseguire una teoria dell'essenza dello spirito come tale, una teoria che aderisca all'incondizionata generalità della spiritualità nei suoi elementi e nelle sue leggi, e che abbia l'unico scopo di attingere spiegazioni scientifiche in un senso assolutamente autonomo»⁶⁵.

Se, dunque, Husserl contribuì a mettere in luce una situazione di crisi del pensiero scientifico europeo, grazie alla quale acquistò forza e importanza il dibattito circa le componenti semantiche insite nell'epistemologia delle scienze umane, Martin Heidegger, allievo di Husserl, tematizzò con la sua opera *Essere e tempo*⁶⁶ il concetto di "comprensione" non come un modo del conoscere, ma come la struttura ontologica originaria dell'uomo, costitutiva del suo "essere al mondo". L'uomo è, dunque, per costituzione, un'entità che "comprende" il mondo, i fatti, gli oggetti in esso contenuti e non un mero osservatore neutrale di quanto gli accade intorno. Come scrive Borutti, commentando il pensiero di Heidegger, «in quanto esistenza effettiva, l'uomo ha una relazione ontologica, non semplicemente conoscitiva col senso, perché si costituisce nel suo essere proprio aprendosi al mondo: egli si rapporta alle cose e agli altri uomini in una situazione emotiva, prendendosene cura, nel modo del progetto, o della proiezione di possibilità, e nel modo dell'interpretazione, o del rinvio a un orizzonte di significati»⁶⁷. Secondo il pensiero di Heidegger, dunque, la questione della comprensione è la condizione di partenza dell'uomo che "interpreta" per comprendere. In questo senso, il linguaggio è strumento principale per scoprire e rendere manifesto il senso delle cose: «La comprensione emotivamente situata dell'essere-nel-mondo *si esprime nel discorso*»⁶⁸.

Quanto teorizzato da Heidegger relativamente alla comprensione e alla struttura dell'esistenza venne riletto da Hans Georg Gadamer, nella prospettiva ermeneutica. Egli, infatti, in *Verità e metodo*, contrappose all'idea univoca di verità, diffusa ad inizio secolo, ad opera delle scienze positive, la possibilità di pensare il concetto di "comprensione" come attività accostabile a altre forme di esperienza di verità, quali la storia, l'estetica, la filosofia. Scrive infatti:

⁶⁵ Ivi, p. 52.

⁶⁶ Cfr. M. Heidegger, *Essere e tempo*, tr. it. Longanesi, Milano, 1970.

⁶⁷ S. Borutti, *op. cit.*, p. 67.

⁶⁸ M. Heidegger, *op. cit.*, 1970, p. 204.

«La comprensione e l'interpretazione di testi non è solo affare di una scienza, ma è un aspetto dell'umana esperienza del mondo nel suo insieme [...] La ricerca che segue si ricollega a questa resistenza che, all'interno della scienza moderna, si oppone alla pretesa di universale dominio della metodologia scientifica. Il suo intento è quello di studiare, ovunque essa si dia, l'esperienza di verità che oltrepassa l'ambito sottoposto al controllo della metodologia scientifica, e di ricercarne la specifica legittimazione. Le scienze dello spirito vengono così ad avvicinarsi a quei tipi di esperienza che stanno al di fuori della scienza: dall'esperienza filosofica, all'esperienza dell'arte, all'esperienza della storia stessa. Tutte queste sono forme di esperienza in cui si annuncia una verità che non può esser verificata con i mezzi metodici della scienza»⁶⁹.

A partire da questi presupposti, dunque, la riflessione sulle scienze umane tentò nel corso del Novecento di operare una svolta che andasse verso la considerazione della componente interpretativa nell'epistemologia di tali discipline, considerandola fondamentale per il processo conoscitivo. L'oggetto di tali scienze venne quindi individuato nella ricerca del senso costruito e usato dagli esseri umani per significare e ordinare il mondo; l'uomo iniziò ad essere inteso come un soggetto dotato di intenzionalità, attraverso la quale fonda e costruisce significati in maniera intersoggettiva: «L'oggetto delle scienze umane non si dà quindi come fatto del mondo stabile e indipendente dall'osservatore, un oggetto materiale la cui esistenza è precedente e indipendente dall'attività costitutiva propria di un soggetto»⁷⁰. I fatti di cui si occupano le scienze umane si configurarono, quindi, come letture di significati in relazione a interpretazioni prodotte da soggetti intenzionali: il loro specifico non è quello di eliminare la soggettività, l'intenzionalità nella comprensione dei fenomeni umani, piuttosto proprio chiarire questi elementi, renderli comprensibili. In questo senso le teorie di tali scienze iniziarono ad essere concepite entro circoli ermeneutici che offrono interpretazioni di interpretazioni⁷¹.

Il processo conoscitivo delle scienze umane, all'interno del movimento di svolta ermeneutica che si sta presentando, iniziò a proporre fortemente un modello epistemologico che considerava l'azione umana come testo da interpretare, comprendere e significare. Su questo aspetto è interessante citare il contributo di Paul Ricoeur, autore che propose una fondamentale riflessione sulla funzione dell'interpretazione nella costituzione delle discipline del sapere. Il punto di partenza del discorso di Ricoeur è sempre la filosofia di Heidegger, ma

⁶⁹ H.G. Gadamer, *Verità e Metodo*, tr. it. G. Vattimo, Bompiani, Bergamo, 1983, pp. 18-19.

⁷⁰ L. Caronia, *op. cit.*, 1999, p.13-14.

⁷¹ Cfr. S. Borutti, *op. cit.*

mentre quest'ultimo proponeva un passaggio immediato dalla comprensione all'ontologia, Ricoeur considerò questo come una "via breve":

«Del resto Heidegger non ha voluto considerare alcun problema particolare concernente la comprensione di questo o quell'ente: ha voluto rieducare il nostro occhio e riorientare il nostro sguardo; ha voluto che subordinassimo la conoscenza storica alla comprensione ontologica [...] ma non ci fornisce alcun mezzo per mostrare in quale senso la comprensione propriamente storica sia derivata da questa comprensione originaria. Non è dunque meglio partire dalle forme derivate dalla comprensione, e mostrare in esse i segni della loro derivazione? Ciò implica che si prendano le mosse dal piano stesso in cui la comprensione viene esercitata, cioè dal piano del linguaggio»⁷².

La "via lunga" proposta da Ricoeur per passare dal concetto di comprensione al suo legame con l'ontologia umana si basava su una mediazione linguistico-culturale:

«Io sono, io penso; esistere, per me, è pensare; io esisto in quanto io penso. Ma questa verità è una verità vana, è come un primo passo che non può essere seguito da alcun altro passo, fintanto che l'*ego cogito* non ha affatto recuperato se stesso nello specchio dei suoi oggetti, delle sue operazioni e finalmente dei suoi atti. La riflessione è un'intuizione cieca, se non è mediata da quelle che Dilthey chiamava le espressioni in cui la vita si oggettiva [...] La riflessione è l'appropriazione del nostro sforzo di esistere e del nostro desiderio di essere, attraverso le opere che di questo sforzo e di questo desiderio sono testimonianza»⁷³.

Attraverso il suo discorso, Ricoeur arrivò a non considerare esclusive tra loro le nozioni di comprensione e spiegazione, come proponeva ad esempio Gadamer: «Comprensione e spiegazione non si oppongono come due metodi. In senso stretto, solo la spiegazione è metodica. La comprensione è il momento non metodico che precede, accompagna e circonda la spiegazione. Di rimando, la spiegazione sviluppa analiticamente la comprensione»⁷⁴. Scrive a proposito Borutti: «L'ermeneutica in Ricoeur apre e configura una prospettiva epistemologica: in sintesi, si può dire che la sua analisi veda i linguaggi interpretativi

⁷² P. Ricoeur, *Il conflitto delle interpretazioni*, trad. it. R. Balzarotti, F. Botturi, G. Colombo, Jaca Book, Milano, 1977, p. 24.

⁷³ Ivi, p. 31.

⁷⁴ P. Ricoeur, *Logica ermeneutica?*, tr. it. F. Polidori, in *Aut aut*, n° 217-218, 1987, p. 90.

(linguaggi simbolici, metaforici, narrativi) come modi di produzione della referenza e della verità nelle scienze interessate ai significati»⁷⁵.

Tale presupposto di complementarità tra spiegazione e comprensione è definito “esistenzialistico” da Maurizio Ferraris, che, nel suo testo *Storia dell’ermeneutica* affronta la specificità del pensiero di Ricoeur relativamente al ripensamento dei paradigmi delle scienze umane: «L’essere nel mondo dell’uomo è una esperienza di finitezza; ma perché questa si colga nel proprio spessore effettuale, è necessario che venga sostanziata nelle forme culturali della tradizione, in una enciclopedia e in una epistemologia»⁷⁶.

Ricoeur propose la metafora come strumento di ristrutturazione del senso nel testo e nella conoscenza: è ciò che permette una nuova comprensione del mondo attraverso funzioni immaginative, aprendo al concetto di “verità metaforica”. In questa idea di comprensione ermeneutica, la verità non è nell’aderire mimetico al riferimento che è preso come dato, ma risiede nell’operazione di ri-descrizione, consentendo al riferimento di essere pensabile e immaginato. In questo modo, risulta possibile reintegrare nel discorso la nozione di “racconto”, proposto da Ricoeur come modello interpretativo. Gli eventi oggetto di studio delle scienze non naturali si configurano come “segni”: «La nozione di evento storico era stata privata del suo statuto narrativo e collocata nell’ambito di una opposizione tra particolare e universale»⁷⁷. Questi “segni” devono essere resi manifesti da una forma particolare, in grado di configurarli in modo da risultare comprensibili. Tale forma è, per Ricoeur, quella del racconto. Teorizzando questo concetto, Ricoeur riprese il tema del paradigma “narrativistico” nell’epistemologia della storia, legando la nozione del “raccontare storie” al carattere temporale dell’esperienza umana. Il racconto presenta un’organizzazione testuale precisa, basata sull’aggregazione di significati. Secondo Ricoeur, la struttura a “intrigo” del racconto, espone gli eventi in un ordine particolare: il significato deriva dalla costruzione totale del testo.

L’attenzione per la dimensione del narrare e del racconto segna un passo importante nella riflessione sulle scienze umane, rendendo possibile l’apertura di una feconda linea di sviluppo all’interno del loro dibattito. In questo senso, la modalità narrativa del conoscere si offre come “paradigmatica” per quelle scienze che si occupano di fatti ed esperienze umane il cui senso è raggiungibile appunto attraverso la narrazione. A tale riguardo è significativo citare il contributo di Jerome Bruner, psicologo statunitense che molto ha scritto circa la narrazione:

⁷⁵ S. Borutti, *op. cit.*, p. 76.

⁷⁶ M. Ferraris, *Storia dell’ermeneutica*, Bompiani, Milano, 1992, p. 331.

⁷⁷ Ivi, p. 225.

«La nostra capacità di tradurre l'esperienza in termini narrativi non è solo un gioco infantile, quanto piuttosto uno strumento di creazione di significato che domina gran parte della vita nell'ambito di una cultura»⁷⁸. Riflettendo circa la modalità di costruzione del sapere, Bruner non intese escludere né tantomeno demonizzare il modo di procedere delle scienze naturali, ma cercò invece di evidenziare come la modalità del *lògos*, del ragionamento razionale, e quella del *mythos*, del racconto mitico e narrativo, armonicamente presenti nella concezione del sapere di Socrate e Platone, risiedano entrambe nella costruzione del sapere: «Affinchè non sembri che i modi di connessione nell'arte e nella scienza siano separati da un distacco invalicabile, e che comunque esse siano modi di conoscenza assolutamente diversi, va menzionata una prima analogia, che appunto partecipa della natura della metafora. È il modo in cui lo scienziato pone le proprie ipotesi»⁷⁹.

Tale impostazione del discorso nelle scienze, proposta con forza dagli studi di Bruner nel campo della psicologia culturale, consentì alla narrazione di essere presa legittimamente in considerazione nella costruzione delle scienze umane. Ciò aprì la possibilità per tutte quelle direzioni di ricerca sviluppatasi in campo sociale, pedagogico e psicologico, basate sulla raccolta di biografie e autobiografie, scritti narrativi per eccellenza che, in quest'ottica, consentono di fare luce sulla costruzione di significati nel corso dell'esistenza umana: «L'esistenza e il Sé che noi stessi costruiamo sono i prodotti di questo processo di costruzione del significato»⁸⁰.

Il dibattito interno alle scienze umane si è, così, andato sempre più concentrando sulle componenti semantiche, interpretative implicate nel processo di conoscenza, come si è sin qui scritto. Oltre a tale aspetto, un ulteriore passaggio fondamentale della svolta ermeneutica nelle scienze umane, definito da Caronia come momento dialogico⁸¹, riguardò la considerazione dell'azione del ricercatore stesso nel processo ermeneutico che significa l'oggetto di studio costruendo la conoscenza: in tal senso il momento ermeneutico può essere considerato quale un dialogo tra ricercatore e realtà esplorata. L'intreccio di significati che viene investigato può non essere visto soltanto come un oggetto pre-dato sul quale costruire conoscenza, ma come prodotto di un'interazione tra le interpretazioni del ricercatore e dello stesso soggetto di ricerca. Come scrive Caronia, «soggetto indagato e ricercatore costruiscono e negoziano una versione della realtà, impegnandosi nell'interazione di ricerca. Se l'evento è un testo che

⁷⁸ J. Bruner, *La ricerca del significato. Per una psicologia culturale*, Bollati Boringhieri, Torino, 1992, p. 97.

⁷⁹ J. Bruner, *Il conoscere. Saggi per la mano sinistra*, Armando, Roma, 1976, pp. 96-97.

⁸⁰ Ivi, p. 131.

⁸¹ Cfr. L. Caronia, *op. cit.*, p. 21.

racchiude un significato, il ricercatore non è solo l'interprete di esso, egli è fin dall'inizio co-autore»⁸².

La conoscenza delle scienze umane può, quindi, essere pensata non solo come un testo da significare e interpretare, ma come un dialogo attraverso il quale costruire senso relativamente alla realtà indagata. A tale proposito, riprendendo concetti heideggeriani, quali la comprensione come luogo di scambio storico e dialogico, Gadamer propose l'idea di una dialettica nell'incontro tra chi interpreta e il testo:

«Chi vuol comprendere, non potrà fin dall'inizio abbandonarsi alla causalità delle proprie presupposizioni, ma dovrà mettersi, con la maggior coerenza e ostinazione possibile, in ascolto dell'opinione del testo [...] Chi vuol comprendere un testo deve essere pronto a lasciarsi dire qualcosa da esso. Perciò una coscienza ermeneuticamente educata deve essere preliminarmente sensibile all'alterità del testo. Tale sensibilità non presuppone né un'obiettiva "neutralità" né un oblio di se stessi, ma implica una precisa presa di coscienza delle proprie pre-supposizioni e dei propri pregiudizi. Bisogna esser consapevoli delle proprie prevenzioni perché il testo si presenti nella sua alterità e abbia concretamente la possibilità di far valere il suo contenuto di verità nei confronti delle presupposizioni dell'interprete»⁸³.

Seguendo dunque le parole di Gadamer, il "pre-giudizio", tradizionalmente inteso come un giudizio non fondato, iniziò a configurarsi come un elemento fondante nell'incontro col testo, in una logica che vede la comprensione come storicamente situata.

Anche il linguaggio, come già proposto da Heidegger, assunse le caratteristiche ontologiche di strumento e luogo di comprensione, dal momento che permette di accedere al proprio mondo e al mondo dell'altro: «Il linguaggio è il *mezzo universale in cui si attua la comprensione stessa. Il modo di attuarsi della comprensione è l'interpretazione*»⁸⁴. Riflettendo sul linguaggio, Gadamer propose l'immagine della comprensione come una sorta di dialogo linguistico:

«È dunque pienamente giustificato parlare di un *dialogo ermeneutico*. Da ciò consegue però che il dialogo ermeneutico, come il dialogo vero e proprio, deve costruirsi un suo comune linguaggio, e questa elaborazione di un linguaggio comune, anche qui come nel dialogo vero e proprio, non è in alcun modo il semplice apprestamento di uno strumento

⁸² Ivi, p. 21.

⁸³ H. G. Gadamer, *op. cit.*, 1983, p. 316.

⁸⁴ Ivi, p. 447.

in vista della comprensione, ma si identifica con lo stesso processo della comprensione. Anche tra gli interlocutori di questo “dialogo”, come fra due persone, ha luogo una comunicazione che è più di un semplice adattamento reciproco. Il testo porta ad espressione un certo contenuto, ma che ciò accada dipende in definitiva dall’interprete. Entrambi sono partecipi di questa operazione»⁸⁵.

Il dialogo ermeneutico, così presentato, fondò, così, la legittimazione di un senso intersoggettivo, che confronta e integra in maniera dialogica orizzonti differenti.

Approcciandosi a un testo, si è guidati da un’aspettativa di senso: «Quando leggiamo un testo, noi operiamo sempre questa anticipazione della perfezione, e solo quando questo presupposto si rivela inadeguato, cioè quando il testo non si lascia capire, dubitiamo della trasmissione attraverso cui il testo ci è giunto e cerchiamo di escogitare un mezzo per migliorarla»⁸⁶.

L’attenzione alle componenti dialogiche dei processi ermeneutici e semantici portò dunque a inserire ulteriori elementi all’interno della riformulazione del paradigma delle scienze umane, quali quelli appena considerati nel pensiero di Gadamer e relativi al ruolo del soggetto conoscente, alle sue pre-conoscenze, ai suoi presupposti rispetto alla realtà indagata, in linea con la crescente complessità epistemologica costruitasi nel panorama culturale europeo, considerata in un precedente paragrafo.

Inoltre, all’interno dei mutamenti epistemologici in atto, anche le nozioni di linguaggio e comunicazione, ad esempio, divennero fondamentali nel dibattito delle scienze umane. Questi concetti, centrali nel pensiero di Bateson, vennero ad essere considerati elementi fondamentali nella costruzione di relazioni e interconnessioni tra le cose e gli abitanti del mondo, consentendo di aprire quella direzione di pensiero che verrà definita come “sistemica”. Anche la nozione di “mente” risultò centrale nell’opera di Bateson, intesa come un insieme interconnesso, evolutivo e autocorrettivo di parti in interazione: «Si consideri un individuo che stia abbattendo un albero con un’ascia; ogni colpo d’ascia è modificato o corretto secondo la forma dell’intaccatura lasciata nell’albero dal colpo precedente. Questo procedimento autocorrettivo (mentale) è attuato da un sistema totale, albero-occhi-cervello-muscoli-ascia-colpo-albero; ed è questo sistema totale che ha caratteristiche di mente»⁸⁷.

Non è solo la mente individuale, secondo Bateson, ad agire secondo tali criteri, ma la stessa società, lo stesso ecosistema dell’ambiente funzionano secondo una siffatta logica: l’ecologia della mente che egli propose assume appunto come unità d’analisi non i singoli organismi, ma

⁸⁵ Ivi, p. 446.

⁸⁶ *Ibidem*.

⁸⁷ G. Bateson, *Verso un’ecologia della mente*, trad. it. Adelphi, Milano, 2000, p. 366.

«il complesso flessibile organismo-nel-suo-ambiente»⁸⁸. Seguendo tale ragionamento relativo alla mente, Bateson affrontò anche la complessità del dibattito epistemologico in atto nel Novecento, dove «ogni cosa è talmente ingarbugliata che nessuno ha la minima idea di ciò che potrebbe accadere»⁸⁹, configurando il suo modello come ecologico-evoluzionistico; afferma Sergio Manghi: «Il requisito del pensare in chiave evoluzionistica marca idiosincraticamente il modo batesoniano di interrogarsi sulle vicende umane e dunque anche su quella che chiamiamo crisi della modernità, distinguendolo dalla quasi totalità degli altri “modi”»⁹⁰.

Su queste prospettive, Bateson partecipò attivamente anche al dibattito circa la questione della conoscenza e della sua costruzione: a suo dire, il pensiero occidentale è costruito intorno a un’idea di credenza oggettivista, basata sulla persuasione che l’immagine di ciò che vediamo e indaghiamo sia una copia fedele di quanto stiamo osservando. Se così non accade, si pensa di dover eliminare dai propri occhi errori, preconcetti, miti, illusioni che si frappongono tra sé e gli oggetti di osservazione. Bateson, muovendo i suoi ragionamenti anche all’interno di pratiche scientifiche quali quelle biologiche, si interrogò sulla possibilità e sull’eticità della tendenza a sgombrare il campo da se stessi sul luogo dell’osservazione, riflettendo sul fatto che la propria presenza è comunque operante, un qualcosa di cui sapersi assumere la responsabilità. Egli scrisse a proposito: «Quando dirigo i miei occhi verso quello che penso sia un albero, ricevo un’immagine di qualcosa di verde. Ma quest’immagine non è “all’esterno”. Crederlo è [...] una forma di superstizione, perché l’immagine è una creazione mia, prodotto di molte circostanze, compresi i miei preconcetti»⁹¹. Secondo Bateson, è perciò impossibile eliminare completamente dalla costruzione della conoscenza ciò che lui chiama «filtro creativo»⁹², in quanto le immagini che costruiamo del mondo non sono “già date” all’esterno, non possono assumere consistenza senza la nostra attiva partecipazione. Con questa affermazione Bateson non volle però sostenere che la costruzione delle immagini avvenga al solo interno del soggetto conoscente:

«L’albero non è contenuto nel nostro sistema esplicativo [...]: “io” costruisco l’immagine, sotto vari vincoli: alcuni di questi sono imposti dai miei circuiti neurali,

⁸⁸ Ivi, p. 491.

⁸⁹ Ivi, p. 61.

⁹⁰ S. Manghi, *La conoscenza ecologica. Attualità di Gregory Bateson*, Cortina, Milano, 2004, pp. 6-7.

⁹¹ G. Bateson & M. C. Bateson, *Dove gli angeli esitano. Verso un’epistemologia del sacro*, trad. it. C. Longo, Adelphi, Milano, 1989, p. 87.

⁹² G. Bateson, *Una sacra unità. Altri passi verso un’ecologia della mente*, (a cura di R. E. Donaldson), Adelphi, Milano, 1997, p. 328.

mentre altri sono imposti dall'albero dall'esterno»⁹³. In questo senso, dunque, le immagini del mondo che costruiamo scaturiscono dal processo di conoscenza, considerato in un'accezione fortemente interattiva. Scrive a proposito l'autore: «Io credo, e lo dico sul serio, all'esistenza di un legame tra la mia "esperienza" e ciò che accade "all'esterno" e che influisce sui miei organi di senso, ma non tratto questo legame come se fosse ovvio, bensì come cosa misteriosa, che richiede molto studio»⁹⁴

e anche:

«Io possiedo l'informazione di ciò che vedo, le immagini o le sensazioni di dolore, una puntura di spillo o l'indolenzimento di un muscolo affaticato -perché anche queste sono immagini, create secondo le loro rispettive modalità-, tutto ciò non è né tutta verità oggettiva né tutta allucinazione. Vi è una combinazione, un matrimonio, tra un'oggettività che è *passiva* rispetto al mondo esterno e una soggettività creativa: né puro solipsismo né il suo opposto»⁹⁵.

Si configurerà, così, una nozione di creatività insita nella conoscenza, molto diversa dalla concezione di "creatività" solitamente utilizzata per connotare momenti circoscritti, ben differenziati dall'ordinario del quotidiano: creativo è, in questa accezione, qualsiasi processo di costruzione di conoscenza in quanto tale, dal momento che la nostra partecipazione ad esso non può mai essere meramente passiva. Tale creatività è costruita e formata nell'uomo all'interno del suo sistema sociale di appartenenza, che si basa su sistemi simbolici che risultano vincolanti: la costruzione delle immagini del mondo e di noi stessi avviene dunque attraverso quei filtri creativi che creiamo durante i processi di socializzazione, che ci consentono di diventare abitanti delle nostre società, delle nostre famiglie.

Lo stesso processo di creatività è insito, secondo Bateson, nel processo di costruzione della conoscenza relativa alle scienze: «È l'osservatore che crea i messaggi (cioè la scienza) relativi al sistema che studia. [...] Nel descrivere un dato sistema, lo scienziato fa molte scelte. Sceglie le parole, decide quali parti del sistema descrivere per prime; decide anche in quali parti del sistema descriverlo»⁹⁶.

⁹³ G. Bateson, *Verso un'ecologia della mente*, op. cit., p. 447.

⁹⁴ G. Bateson, M. C. Bateson, *Dove gli angeli esitano*, op. cit., p. 87.

⁹⁵ G. Bateson, *Una sacra unità*, op. cit., p. 347.

⁹⁶ Ivi, p. 124.

Quanto portato dal pensiero di Bateson, dunque, si direbbe lungo differenti direzioni e aprì orizzonti possibili di pensiero che verranno fortemente ripresi in diverse discipline, ad esempio la psichiatria, come si vedrà in seguito.

Il dibattito epistemologico accennato nel corso di questo paragrafo è tuttora in corso e in evoluzione, tratteggiando e considerando i caratteri di complessità che contraddistinguono il processo conoscitivo, evidenziati anche in precedenza. La trattazione fin qui proposta, consente, però di evidenziare alcuni elementi, in conclusione del paragrafo, che consentono alla riflessione qui proposta di procedere oltre.

Infatti, attraverso il discorso appena affrontato relativamente alla svolta ermeneutica nelle scienze umane, i primi tre paragrafi di questo iniziale capitolo hanno cercato di accompagnare il lettore verso la comprensione del processo di costruzione del sapere in Europa. In questo senso, il dibattito epistemologico nelle scienze umane appena presentato ha consentito di allargare la riflessione sugli elementi di complessità insiti nel processo di conoscenza, che, nel corso del Novecento, hanno messo in crisi il modello positivista precedentemente imperante. Per proseguire nella trattazione del capitolo, sembra ora opportuno, dopo aver focalizzato il discorso sulla costruzione della conoscenza e del sapere, introdurre il concetto di “pratica” all’interno del pensiero europeo e, successivamente, il rapporto tra essa e la componente teorica. Tale tema, infatti, che sarà oggetto specifico dei prossimi paragrafi, andrà nella direzione di mettere in luce il legame che, nella cultura europea, si è instaurato tra componente pratica e teorica nella costruzione del sapere.

1.4 Il sapere, la pratica, l’esperienza

Come definito in chiusura del precedente paragrafo, oggetto di attenzione sarà ora il legame che si è costruito tra componente pratica e teorica all’interno della cultura europea. Il lavoro di ricerca che si presenterà in seguito vuole infatti tentare di prendere in esame due campi disciplinari del sapere europeo, quello medico e quello pedagogico, non soltanto nella storia della costruzione dei loro apparati di conoscenze, ma quanto nella esplorazione delle rispettive pratiche professionali.

Si è dunque giunti a un punto fondamentale della trattazione fin qui affrontata, in quanto si rende necessario introdurre il tema del rapporto che intercorre tra il sapere e la pratica, tra la conoscenza e l’esperienza, quotidiana e professionale.

1.4.1 Il sapere e le svariate sfaccettature della conoscenza

La presente riflessione vuole ora considerare svariate accezioni del termine “conoscenza”, che implicano al loro interno anche un tipo di sapere basato su pratiche ed esperienze. L’interrogativo che muove tale direzione di indagine è infatti basato sulla possibilità di rintracciare elementi conoscitivi anche in alcune pratiche concrete, agite, sperimentate e costruite anche in base all’esperienza. Ci si domanderà, dunque, quali dimensioni possano essere comprese all’interno del termine “conoscenza”, oltre all’interrogarsi sul rapporto che intercorre tra l’esperienza pratica, la costruzione del sapere e una sua possibile “traduzione” in prassi. Si proporrà, a questo riguardo di considerare alcune accezioni relative al termine “conoscenza” che attraversano l’immaginario e l’agire, in relazione anche a diversi tipi di “prassi”.

Il nesso tra conoscenza e pratica è un tema molto vasto che ha attraversato molto spesso il dibattito presente nel mondo europeo relativo al rapporto tra la conoscenza scientifica, che andava costruendosi, e la vita quotidiana, con le azioni pratiche condotte dall’uomo.

Come si è accennato nel primo paragrafo, l’uomo, in quanto abitante della realtà che lo circonda, ha sviluppato una conoscenza che si pone sempre, secondo modi e posizioni differenti, in relazione col mondo stesso, con l’uomo e la sua vita. Anche il concetto di cosa sia definibile come *conoscenza*, cosa sia definibile come *scienza*, cosa invece risulti *tecnica* e così via, muta col susseguirsi dei secoli, delle idee, dei modelli sociali, antropologici, politici e anche religiosi presenti nei diversi territori. Per millenni, ad esempio, le conoscenze tecniche atte a produrre utensili hanno proceduto in maniera indipendente rispetto alla costruzione del sapere intellettuale, basandosi principalmente sulla sperimentazione empirica⁹⁷. Il sapere del mondo greco, invece, come già notato, può essere a tal riguardo descritto come rivolto a una conoscenza del mondo non necessariamente interessata a tradursi in strumenti e tecnologie, quanto in stili di vita e modalità di rappresentare e significare gli eventi dell’esistenza: «La scienza greca, in particolare, non dà origine, né avrebbe potuto, ad una vera tecnologia. Essa non va oltre il livello della *tèchne*»⁹⁸. In particolare, a questo riguardo, possiamo notare come la teoria filosofica della Grecia classica fosse intimamente e saldamente legata a uno modo di vita pratico. Martha Nussbaum, a questo proposito, conduce a considerare la teoria filosofica greca come una possibilità per affrontare, significare e interpretare temi, domande, questioni che si presentano ai soggetti umani, proprio nel corso

⁹⁷ Per approfondire la tematica dell’evoluzione della tecnica dalle origini dell’umanità è possibile riferirsi al testo: E. Boncinelli, *L’anima della tecnica*, Rizzoli, Milano, 2006.

⁹⁸ B. Martini, *Pedagogia dei saperi. Problemi, luoghi e pratiche per l’educazione*, Franco Angeli, Milano, 2011, p. 94.

della loro esperienza quotidiana⁹⁹. È stato, in seguito, il popolo Romano, entrando in contatto con quello greco, a utilizzare il sapere da essi costruito per fini utili alla costruzione di strumenti e tecnologie. In questo senso, è come se, nella costruzione del sapere europeo, si sia instaurata una dialettica continua tra i concetti di sapere teorico, pratico, esperienziale e del loro utilizzo per la tecnica e la tecnologia, che vede porre l'attenzione ora sull'uno, ora sull'altro momento. Questi componenti sembrano trovare un equilibrio particolare a partire dai secoli XVII e XVIII, successivamente alla costituzione di quella che è stata in precedenza definita "scienza moderna". Come scrive Alexandre Koyrè, in tale momento il pensiero epistemico è fortemente volto a tramutarsi in pensiero tecnico: «L'atto dell'intelligenza il quale, decomponendo e ricomponendo una macchina ne *comprende* il concatenamento, come anche la struttura e il funzionamento dei suoi ingranaggi molteplici, è esattamente analogo a quello per cui, decomponendo una equazione nei suoi fattori, ne comprende la struttura e la composizione»¹⁰⁰. In questo caso, si è verificata una salda unione tra il momento della conoscenza e quello della sua traduzione in pratica tecnologica che, a sua volta, può aprire ad una successiva costruzione conoscitiva. Come è stato notato, però, questa direzione dello sviluppo del sapere europeo, anche in relazione allo sviluppo di tecnologia, ha costruito e tramandato un'idea di conoscenza strettamente legata al modello sperimentale della scienza moderna, che ha pervaso coi suoi canoni qualsiasi ambito della conoscenza che volesse definirsi scientifica. Costruitosi sui presupposti del metodo sperimentale, tale sapere è razionale, basato sull'osservazione di fenomeni in ambienti e condizioni controllate, in cui il ruolo, la presenza del soggetto conoscente devono essere "poste ai margini", in modo da non "contaminare" l'esattezza di quanto si vuole conoscere. Una siffatta idea di sapere scientifico si pone in contrasto con l'idea di un sapere esperienziale, in quanto non comprende al suo interno tale accezione di conoscenza.

Questa accezione relativa alla conoscenza scientifica ha portato a quello che è stato ricordato, in riferimento al pensiero di Husserl, come lo "scollamento" tra le istanze fondamentali dell'esistenza umana (scientifica, politica e filosofica), incapaci di comunicare e restare in relazione basandosi sulla direzione intrapresa dalla costruzione della conoscenza in seguito all'instaurarsi del paradigma della scienza moderna, centrata unicamente su caratteri di esattezza e verificabilità sperimentale. In questo senso, se il pensiero considerato scientifico si è configurato come quello legato al modello sperimentale, altre forme di sapere, come quello

⁹⁹ Cfr. M Nussbaum, *Terapia del desiderio. Teoria e pratica nell'etica ellenistica*, tr. it. Vita e Pensiero, Milano, 2007.

¹⁰⁰ A. Koyrè, *Dal mondo del pressappoco all'universo della precisione*, tr. it. Einaudi, Torino, 2004, p. 94.

filosofico, hanno cercato di costruirsi e posizionarsi rispetto al modello dominante, attraverso un'azione mimetica o chiudendosi all'interno di una speculazione astratta che potesse attribuire valenza e considerazione intellettualistica al pensiero elaborato. In questo senso, è interessante portare l'attenzione sulle componenti teorica e pratica relative alla disciplina filosofica, per evidenziare come tali sfaccettature siano entrambe presenti all'interno della nozione del "sapere". Si è precedentemente mostrato come la filosofia europea, nata sul modello della Grecia antica, puntasse allo sviluppo di dottrine e teorie che potessero essere utili all'uomo per vivere, interpretare il mondo e orientare la propria esistenza nell'accadere quotidiano:

«Tutti i rappresentanti delle scuole filosofiche ellenistiche che fiorirono in Grecia e a Roma – Epicurei, Scettici, Stoici – concepirono la filosofia come una via per affrontare i problemi più dolorosi della vita umana [...]. Essi praticarono la filosofia non intendendola alla stregua di una tecnica distaccata e intellettualistica volta a dar mostra di intelligenza, ma come un'arte perfettamente calata nel mondo e impegnata a cimentarsi con le miserie umane [...]. L'etica ellenistica si differenzia da quel tipo di filosofia morale più accademica e avulsa dalla concretezza che è stata a volte praticata nella tradizione occidentale»¹⁰¹.

Come ben sottolinea Nussbaum, la disciplina filosofica, nel corso dei secoli e sulla scia del percorso intrapreso dall'avanzare del pensiero scientifico, ha concentrato molte energie e sforzi su una componente del sapere filosofico volto a caratterizzarla come disciplina intellettualistica, perdendo il suo legame con l'esistenza pratica e concreta dell'uomo.

In seguito al tramonto dell'ideale, portato avanti per secoli dalla cultura europea dominante, di costituire un sapere teorico che potesse configurarsi come completo in sé, non contraddittorio e non influenzabile da elementi pratici, si è iniziata a costituire la consapevolezza, ben espressa da Tarca, che «un sapere aprioristicamente separato da una piena coscienza del suo impatto antropologico finisce per costituire un danno piuttosto che un vantaggio per l'umanità»¹⁰². Queste considerazioni e riflessioni hanno dunque interrogato anche la filosofia, disciplina per secoli fondata in Europa sul pensiero squisitamente teoretico, inaugurando quella che è stata definita come "svolta pratica in filosofia"¹⁰³.

¹⁰¹ M. Nussbaum, *op. cit.*, p. 16.

¹⁰² L. V. Tarca, *Dalla filosofia pratica alle pratiche filosofiche*, in AA.VV., *Adulthood. Le pratiche filosofiche nella formazione* (a cura di Romano Madera), numero 27, aprile 2008, Guerini, Milano, 2008 p. 19.

¹⁰³ Per un approfondita trattazione riguardo tale argomento, è possibile consultare il testo: R. Frega & R. Brigati (a cura di), *La svolta pratica in filosofia*, Quodlibet, Macerata, 2005.

Il presupposto che guida tale svolta viene efficacemente descritto dalle parole di Tarca: «Il pensiero fondato su considerazioni di natura fondamentale gnoseologica o epistemologica doveva lasciare il posto a una filosofia *pratica*, cioè capace di tornare ad affrontare con consapevolezza i grandi temi etici della morale, della politica, della natura umana e della sua responsabilità per il futuro dell'umanità»¹⁰⁴. Torna dunque ad essere centrale nel panorama filosofico il concetto aristotelico di *phronesis*, la saggezza, come alternativa al considerare solamente gli elementi puramente teorici come guide per le azioni umane.

Anche il pensiero della Nussbaum risulta importante in questa direzione, portando a ri-attribuire valore e importanza a una disciplina filosofica che offra una conoscenza in grado di orientare la costruzione della vita umana, nel corso della “pratica” quotidiana. In particolare, Nussbaum partecipa attivamente alla costruzione della pratica del *counselling* filosofico, a mostrare come un impiego nuovo della teoria filosofica, chinato anche sugli aspetti “pratici” dell'esistenza umana, possa risultare guida per l'uomo che voglia ricercare un' “arte del vivere” anche negli aspetti quotidiani dell'esistenza.

In un suo recente testo, *Terapia del desiderio. Teoria e pratica nell'etica ellenistica*, l'autrice cerca di rendere manifesto questo possibile legame tra teoria filosofica e vita pratica: ripercorrendo le principali scuole filosofiche dell'età ellenistica, dal punto di vista di un'allieva che ad esse si accosta, mostra, attraverso la metafora del filosofo come medico dell'anima, i modi tramite i quali ogni scuola insegna le proprie teorie, dal punto di vista teorico e pratico, in modo da condurre i propri seguaci a quella che, a seconda dei punti di vista, viene considerata una “vita buona”. L'intento che guida il testo va esattamente nella direzione di ricucire il nesso che la filosofia antica aveva con la pratica di tale disciplina, legame che è andato poi assottigliandosi nel corso dei secoli: «L'idea di una filosofia pratica e simpatetica –una filosofia volta al bene degli uomini, capace di rivolgersi ai loro bisogni più profondi, di affrontare i loro dubbi più impellenti, di condurli da uno stato di frustrazione a uno di rigoglio – ecco ciò che fa dello studio dell'etica ellenistica un impegno allettante per quei filosofi che si domandano che rapporto abbia la filosofia con il mondo in cui si vive»¹⁰⁵. Quanto riportato relativamente alla svolta pratica in filosofia permette di soffermare con più precisione l'attenzione su una sfaccettatura particolare del termine “conoscenza”, ossia quella che lega tale concetto con le dimensioni pratiche, esperienziali e quotidiane della vita.

¹⁰⁴ L. V. Tarca, *op. cit.*, p. 21.

¹⁰⁵ M. Nussbaum, *op. cit.*, p. 15.

Ognuno può affermare, infatti, di possedere un tipo di conoscenza “pratico”, connesso al pensiero quotidiano e al senso comune che consente di sviluppare una conoscenza costruita sul mondo materiale e sociale in cui il soggetto trascorre la sua esperienza. Il sociologo Georg Simmel, che nel primo Novecento ha iniziato a dirigere l’indagine sociologica verso la vita quotidiana dell’uomo, in un breve saggio del 1903 intitolato *Le metropoli e la vita dello spirito*, nota come l’uomo costruisca il suo sapere e il suo agire in stretta relazione con il contesto di vita: «[La metropoli] crea già nelle fondamenta sensorie della vita psichica, nella quantità di coscienza che ci richiede a causa della nostra organizzazione come esseri che distinguono, un profondo contrasto con la città di provincia e con la vita di campagna, con il ritmo più lento, più abitudinario e inalterato dell’immagine sensorio-spirituale della vita che queste comportano»¹⁰⁶. Paolo Jedlowski commenta tale passaggio, scrivendo relativamente alla conoscenza generata dall’esperienza:

«Questo modo di intendere l’esperienza e il fare esperienza è estremamente “largo”: nessuno ne è esente. Del resto, permette di descrivere differenze reali: l’esperienza di un cittadino della metropoli -in questo senso- è davvero diversa dall’esperienza di chi abita in campagna, e così via. Ed è interessante notare che l’esperienza in questione ha a che fare con la *vita quotidiana*: si tratta dei modi con cui *usualmente* il mondo viene vissuto da qualcuno»¹⁰⁷.

Un esempio immediato dell’utilizzo di tale forma di sapere è quello delle abitudini rituali che costruiamo nella vita quotidiana e che diventano forme strutturanti del nostro agire ed operare abituale nel mondo. La conoscenza, in questo caso, risulta essere fondata su una stretta relazione con l’esperire quotidiano, in maniera indivisibile rispetto alle pratiche: da un lato la prassi stessa di chi ci sta intorno e si relaziona con noi contribuisce a costruire tale tipo di sapere, dall’altro lato le azioni pratiche quotidiane messe in atto dal soggetto mettono in luce questa conoscenza in modo irriflesso.

Si può poi considerare una sfaccettatura definibile “esperienziale” del sapere legata all’esperienza quotidiana, ma rivolta alla ricerca di senso da parte del soggetto. Ci si riferisce in questo senso l’accezione con cui Simmel¹⁰⁸ presenta il verbo *Erleben*, riprendendo

¹⁰⁶ G. Simmel, *Le metropoli e la vita dello spirito*, tr. it. Armando, Roma, 1995, p. 36.

¹⁰⁷ P. Jedlowski, *Il sapere dell’esperienza. Fra l’abitudine e il dubbio*, Carocci, Roma, 2008, pp. 121-122.

¹⁰⁸ Cfr. G. Simmel, *Forme e giochi di società*, tr. it. Feltrinelli, Milano, 1983; G. Simmel, *La metropoli e la vita dello spirito*, tr. it. Armando, Roma, 1995.

l'approfondita trattazione relativa a questo termine nella storia delle scienze umane europee¹⁰⁹, traducibile con quell'accezione del "fare esperienza" che consente di "attribuire una forma al mondo" proprio grazie all'esperienza attraversata. Vi è quindi un ruolo di attività esercitato dal soggetto, che tenta di trasformare quanto esperisce in questo tipo di conoscenza attraverso il pensiero e la riflessione intorno a quanto vissuto. Scrive in riferimento a ciò Jedlowski, descrivendo così una siffatta conoscenza: «La congiunzione nel singolo dei dati ambientali con una certa "sensibilità", o un certo modo di rapportarsi con il mondo»¹¹⁰. C'è un movimento ulteriore di riflessione e di costruzione di senso che differenzia il sapere esperienziale dal sapere quotidiano: «Il sapere della esperienza si pone infatti come momento di sintesi riflessiva che accetta come problematico esattamente ciò che il pensiero quotidiano assume come dato per scontato: il "senso" delle cose»¹¹¹. Questo è quel tipo di conoscenza che, sulla base delle esperienze e delle conoscenze costruite, permette all'uomo di significare se stesso, il mondo e gli eventi. Un tale sapere è quello, ad esempio, richiamato in riferimento alla svolta ermeneutica nelle scienze umane, che porta con forza a considerarlo come momento legittimo e paradigmatico nella costruzione di un certo tipo di sapere, sebbene non conforme ai canoni del modello di conoscenza scientifica basata sul metodo sperimentale. Quanto fin qui considerato, dunque, consente di iniziare a sottolineare come il concetto di "conoscenza" risulti intriso di componenti differenti, relative all'ambito di nozioni e saperi teorici, pratiche agite e tramandate, relazioni e contesti vissuti. In questo senso, dunque, la trattazione continuerà con l'intento di mettere in luce ulteriormente e in maniera più specifica come la formazione umana, volta alla conoscenza del mondo e al saper agire e vivere in esso, debba necessariamente articolarsi su una considerazione di aspetti prassici e teorici, considerati in continua dialettica tra loro.

1.4.2 Riflessioni sul legame possibile tra sapere, esperienza e pratica

Direzionando ora il discorso sulla possibilità di evidenziare un nesso tra le componenti pratiche ed esperienziali con il concetto di sapere, è necessario mettere in luce il ruolo che esse ricoprono all'interno del processo di costruzione di conoscenza. Pierre Bourdieu, a questo riguardo, all'interno del panorama delle scienze sociali nella seconda metà del Novecento, ha tentato di riconciliare elementi teorici e pratici all'interno del processo di

¹⁰⁹ Un'approfondita trattazione circa il termine *Erleben*, ripercorrendo la sua presenza e il suo uso nelle scienze umane europee, può essere trovata, ad esempio, nell'opera di H. G. Gadamer, *Verità e metodo*, tr. it. Bompiani, Bergamo, 1983, pp. 86-98.

¹¹⁰ P. Jedlowski, *op. cit.*, p. 121.

¹¹¹ E. Cocever, A. Chiantera, *Scrivere l'esperienza in educazione*, Clueb, Bologna, 1996, p. 39.

costituzione della conoscenza scientifica¹¹². Secondo l'autore, infatti, concentrarsi solamente sul lato dell'esperienza non consente di mettere a fuoco le condizioni sociali di possibilità di quella stessa esperienza; al contempo, enfatizzando l'oggettività viene di fatto escluso il legame tra il significato vissuto e il senso oggettivo, non considerando «le condizioni di produzione e di funzionamento del senso del gioco sociale che permette di vivere come ovvio il senso oggettivato nelle istituzioni»¹¹³.

Per oltrepassare tale contrapposizione, Bourdieu propone di armonizzare l'esperienza del soggetto all'interno del mondo sociale con una specifica attenzione al mondo delle pratiche che consentono la costruzione di processi per comprendere l'esistenza: «Per fare ciò bisogna tornare alla pratica, luogo della dialettica dell'*opus operatum* e del *modus operandi*, dei prodotti oggettivati e dei prodotti incorporati dalla pratica storica, dalle strutture e dagli *habitus*»¹¹⁴. Il pensiero di Bourdieu, quindi, allargandosi poi su temi sociali più vasti, ben sottolinea l'importanza della componente pratica per la formazione dell'individuo e della sua capacità di abitare il mondo, comprenderlo e conoscerlo: l'educazione rivolta a un individuo, infatti, all'interno di una certa cultura, fa sperimentare determinati *habitus* relativi al rapporto col sapere, che orientano sia l'apprendimento conoscitivo, sia la sua messa in atto.

La componente pratica ed esperienziale, infatti, ricopre un ruolo fondamentale nello stesso processo di apprendimento che struttura la formazione e lo sviluppo della conoscenza del soggetto, intesa come un saper “stare al mondo” che investe i campi del conoscere e dell'agire. Gli studi relativi allo sviluppo cognitivo e al processo di apprendimento del bambino effettuati da Lev Vygotskij, già a inizio Novecento, hanno presentato un modello di sviluppo del bambino basato su una sinergica e fondante interazione tra diversi sistemi, cognitivo, sociale, culturale, relazionale e quello emotivo, a determinare un complesso intreccio: «L'apprendimento è qualcosa di più che l'acquisizione della capacità di pensare; è l'acquisizione di molte capacità per pensare a una varietà di cose»¹¹⁵. Dentro a tale varietà di elementi che contribuiscono alla formazione dell'apprendimento, quanto preme sottolineare relativamente al *focus* di questo paragrafo, è la forte componente che l'esperienza sociale e relazionale, agita attraverso pratiche di diretto esperimento e coinvolgimento, ha sulla capacità e sulla possibilità del bambino di apprendere e, dunque, di costruire conoscenza. Relativamente a tale aspetto, infatti, Vygotskij ha proposto il concetto di *zona di sviluppo prossimale*, così definita dalle sue parole: «È la distanza tra il livello effettivo di sviluppo così

¹¹² Cfr. P. Bourdieu, *Per una teoria della pratica. Con tre studi di etnologia cabila*, Cortina, Milano, 2003.

¹¹³ Ivi, p. 45.

¹¹⁴ Ivi, p. 84.

¹¹⁵ L. Vygotskij, *Il processo cognitivo*, tr. it. C. Ranchetti, Bollati Boringhieri, Torino, 1987, p. 122.

come è determinato da problem-solving autonomo e il livello di sviluppo potenziale così come è determinato attraverso il problem-solving sotto la guida di un adulto o in collaborazione con i propri pari più capaci»¹¹⁶. Tale definizione invita a considerare quanto le esperienze direttamente vissute siano in grado di creare nel bambino le condizioni per alimentare la costruzione di apprendimento:

«Noi proponiamo che una caratteristica essenziale dell'apprendimento è che esso crea la zona di sviluppo prossimale; vale a dire, l'apprendimento risveglia una varietà di processi evolutivi interni capaci di operare solo quando il bambino sta interagendo con persone del suo ambiente e in cooperazione coi suoi compagni. Una volta che questi processi sono interiorizzati, essi divengono parte del risultato evolutivo autonomo del bambino»¹¹⁷.

La nozione di esperienza ricopre, quindi, un ruolo importante nella costruzione dell'apprendimento dell'essere umano, creando le condizioni per una possibilità di vivere che implica al suo interno la capacità di conoscere il mondo e di agire su esso.

Anche la disciplina psicologica dedica particolari riflessioni al nesso tra l'esperienza e la potenzialità conoscitiva: in particolare, viene evidenziato un importante nesso in questa direzione tra l'esperienza emotiva direttamente sperimentata e la possibilità di costruire una conoscenza del proprio mondo interiore di pensieri, sentimenti ed emozioni. A tale riguardo Wilfred Bion, psicoanalista britannico, ha teorizzato, intorno alla metà del Novecento, la costruzione della capacità di pensare e organizzare il mondo emotivo sulla base dell'azione che ha chiamato «Apprendere dall'esperienza»¹¹⁸. In questo senso, l'autore scrive: «Il non fare esperienza emotiva produce disastrosi effetti sullo sviluppo della personalità; in tali effetti vanno compresi quei profondi deterioramenti psicotici che possono essere descritti soltanto definendoli morte della personalità»¹¹⁹. Proprio sulla base delle esperienze emotive, rilette e consapevolizzate attraverso la ragione, si costruisce, secondo Bion, la capacità di pensare e significare del bambino, a partire dai sentimenti fondamentali di odio, amore e conoscenza in relazione alle persone di riferimento che lo accudiscono¹²⁰. Tale concetto viene ben spiegato dal commento all'opera di Bion a cura di Leon Grinberg, Dario Sor e Elisabeth Tabak de Bianchedi, mettendo in luce il legame che si ipotizza sussistere tra l'esperienza

¹¹⁶ Ivi, p. 127.

¹¹⁷ Ivi, p. 133.

¹¹⁸ W. R. Bion, *Apprendere dall'esperienza*, tr. it. Armando, Roma, 1971.

¹¹⁹ Ivi, p. 83.

¹²⁰ Cfr. W. R. Bion, *op. cit.*

emotiva e la possibilità di conoscere: «L'attitudine chiamata *conoscere* è l'attività per cui il soggetto arriva a essere cosciente dell'esperienza emotiva e può astrarre da essa una formulazione che la rappresenti adeguatamente»¹²¹. Seguendo, dunque, questa prospettiva, è possibile evidenziare un nesso tra la componente esperienziale emotiva e lo sviluppo di conoscenza, allargando ad ulteriori dimensioni dell'esperienza umana la portata di quanto finora considerato rispetto al nesso tra apprendimento ed esperienze sociali e culturali. In questo senso, la formazione umana sembra poter essere raffigurata come un complesso intreccio tra esperienze vissute e sviluppo di conoscenza: a partire da tale presupposto, quindi, è importante considerare questi concetti all'interno delle pratiche educative volte a stimolare e costruire la formazione del soggetto sia nel campo del sapere teorico, sia in quello del saper agire e saper stare al mondo. Si accenna, in questo senso, la possibilità di mettere in luce la compresenza di fattori esperienziali e conoscitivi nel processo formativo volto allo sviluppo di conoscenza dell'individuo, relativamente al legame tra i concetti di sapere, esperienza e pratica, oggetto specifico del paragrafo, rimandando il lettore, per una più precisa descrizione di tale pensiero da un punto di vista pedagogico ad un successivo capitolo.

A partire dal Novecento, infatti, anche in ambito pedagogico iniziò a essere considerata rilevante e fondamentale la componente esperienziale all'interno del processo educativo, tale da rendere attivo e partecipe l'educando, non considerato solo passivo fruitore di nozioni di natura informativa e teorica. In John Dewey, riferimento più noto del movimento conosciuto come attivismo pedagogico sviluppatosi all'inizio del Novecento, il richiamo all'importanza dell'esperienza si pone criticamente nei confronti di una visione intellettualistica dell'educazione, costruita su una concezione del sapere fondata solamente sul lato intellettuale della nostra natura. Tale pensiero porta a considerare il fatto che la pratica, anche quotidiana, costruita in base a quel sapere esperienziale prima delineato, può essere considerata parte integrante di un processo di costruzione di conoscenza, nonché un'azione nella quale è presente una forma di sapere, non soltanto costituito da meri atti ripetitivi e casuali. Dewey, infatti, ha proposto l'espressione «imparare dall'esperienza»¹²², intendendo la componente esperienziale come parte attiva e costitutiva del processo di costruzione di conoscenza:

«La sola attività non costituisce esperienza. È dispersiva, centrifuga, dissipante.

L'esperienza come tentativo implica un cambiamento, ma il cambiamento non è che una

¹²¹ L. Grinberg & D. Sor & E. Tabak de Bianchedi, *Introduzione al pensiero di Bion*, tr. it. Raffaello Cortina, Milano, 1993, p. 83.

¹²² J. Dewey, *Democrazia e educazione*, tr. it. E. E. Agnoletti, P. Paduano, Sansoni, Padova, 2004, p. 152.

transizione senza significato a meno che non sia coscientemente connesso con l'ondata di ritorno delle conseguenze che ne defluiscono. Quando proseguiamo l'attività nel senso di sottoporci alle conseguenze di essa, quando il mutamento determinato dall'azione si riflette in un mutamento apportato in noi, non si può più parlare di puro flusso, poiché esso si carica di significato e noi impariamo qualcosa»¹²³.

Dewey connette, dunque, quell'idea di “conoscenza esperienziale” riportata poco sopra con il concetto di apprendimento, anch'esso intrecciato con la costruzione di conoscenza:

«Molte cose ci succedono, sia piacevoli che dolorose, che non connettiamo con una nostra attività precedente. [...] In quelle esperienze non vi è né un prima né un dopo; né uno sguardo retrospettivo né una previsione, e perciò nessun significato. Non riceviamo nulla che possiamo utilizzare per prevedere quel che può avvenire dopo, e nessun aumento di capacità di adattarci a quel che verrà; nessun aumento di controllo. [...] “Imparare dall'esperienza” significa fare una connessione indietro e in avanti fra quel che facciamo alle cose e quel che ne godiamo o ne soffriamo in conseguenza. In queste condizioni, il fare diventa un tentare; un sperimentare il mondo fuori di noi per formarcene un'idea»¹²⁴.

In questo senso, Dewey ha cercato di rompere il netto dualismo creatosi nella cultura occidentale tra i concetti di “mente” e “corpo”, dualismo che spinge a ritenere atto alla produzione di conoscenza soltanto quanto scaturisce dall'azione della mente:

«Ciò che chiamiamo “mente” o “coscienza” è tagliato fuori dagli organi fisici dell'attività. L'una viene considerata allora come puramente intellettuale o conoscitiva; gli altri come fattori fisici irrilevanti e importuni. L'unione intima tra il fare e il sottostare alle conseguenze del fare, che porta al riconoscimento del significato, è rotta; invece abbiamo due frammenti: semplice azione fisica da un lato, e significato afferrato direttamente dall'attività “spirituale” dall'altro»¹²⁵.

Il pensiero pedagogico di Dewey, all'interno della trattazione affrontata, consente in particolare di sottolineare l'importante ruolo ricoperto dalle componenti esperienziali

¹²³ Ivi, p. 151.

¹²⁴ Ivi, p. 152.

¹²⁵ Ivi, pp. 152- 153.

all'interno del processo di formazione dell'individuo, volto a una conoscenza costruita sulla base di sviluppo congiunto di conoscenze e azioni pratiche.

In questo senso, le riflessioni presentate evidenziano come la formazione umana possa essere costruita grazie a un continuo dialogo tra componenti esperienziali e momenti di consapevolezza, razionalizzazione di tali esperienze, in vista della costruzione di un apprendimento dell'individuo che comprenda al suo interno la capacità di conoscere il mondo e di saperlo "abitare", significandolo e agendo in esso.

Quanto scritto consente di spingere oltre la trattazione, evidenziando le componenti di sapere ed esperienza, su cui si è finora riflettuto, come costitutive di un altro ambito esistenziale umano: quello legato alla costruzione e alla messa in atto di un agire professionale.

1.5 La professione: la compresenza di sapere e pratica nell'agire professionale

Il lavoro si configura come una componente altamente significativa per l'esistenza umana. È nel lavoro, infatti, che l'uomo può giungere a realizzare se stesso e la propria "umanità": in tale attività, infatti, egli mette in gioco la propria identità, i propri progetti, le proprie competenze acquisite nel tempo¹²⁶. L'ambito lavorativo, inoltre, sembra racchiudere in sé le due componenti presenti nella nozione di conoscenza: quella più teorica, relativa appunto ad un *corpus* di conoscenze specifico per ogni professione, e quella pratica, relativa al saper trasformare le conoscenze acquisite in concrete pratiche professionali. Si considererà, dunque, la possibilità di pensare all'agire professionale come costituito da un intreccio indissolubile di conoscere e agire, in cui il termine stesso di "pratica professionale" possa coniugare in sé tali aspetti.

1.5.1 Le conoscenze caratterizzanti l'agire professionale

La nozione di professione permette di orientare la trattazione più approfonditamente all'interno del concetto generale di "lavoro": la professione, infatti, designa a quale particolare settore lavorativo una persona appartenga, di quale specifica "comunità professionale" un individuo faccia parte, intendendo con "comunità professionale" l'insieme di persone caratterizzate dallo stesso tipo di lavoro.

Spunto di riflessione importante per la costruzione della presente analisi è il contributo di Donald Alan Schön: l'autore definisce, infatti, una certa professione grazie alla peculiare

¹²⁶ Cfr. L. Fabbri & B. Rossi *Pratiche lavorative. Studi pedagogici per la formazione*, Guerini, Milano, 2010.

conoscenza detenuta, descrivendola, quindi, come: «Una comunità di professionisti che grazie alla loro conoscenza speciale si trova in una posizione diversa dagli altri individui, in virtù della quale detiene speciali diritti e privilegi»¹²⁷. Non è, però, soltanto il patrimonio conoscitivo a definire una professione: il luogo e il contesto, gli strumenti, e, soprattutto, le pratiche, cioè un certo tipo di “fare”, contribuiscono in questo processo. Continua così la trattazione di Schön a riguardo:

«Una pratica professionale è l’attività di una comunità di professionisti che condividono, secondo le parole di John Dewey, le tradizioni di un mestiere. Essi condividono convenzioni di azioni che includono mezzi, linguaggi e strumenti peculiari. Essi operano all’interno di particolari tipologie di contesti istituzionali -a corte di giustizia, la scuola, l’ospedale e la società di affari, per esempio-. Le loro pratiche sono strutturate in termini di particolari tipi di unità di attività – fatti, visite ai pazienti o lezioni, per esempio – e esse sono socialmente e istituzionalmente organizzate così da fornire interventi ripetitivi di particolari tipi di situazioni»¹²⁸.

La nozione di “pratica” legata all’agire professionale, divenne così definibile: «Una “pratica” è composta da porzioni di attività, divisibili in tipologie più o meno familiari, ciascuna delle quali è vista come mestiere per l’esercizio di un certo tipo di conoscenza»¹²⁹.

Le parole di Schön supportano l’idea che all’interno del concetto di professione sia racchiuso il significato di una pratica che si configura come la “messa in atto” di un peculiare tipo di conoscenza, caratteristico di quella professione. Questo non categorizza in modo uniforme tutti gli appartenenti ad una determinata categoria professionale: differenti specializzazioni, esperienze, stili e prospettive sono elementi che possono distinguere, secondo Schön, i professionisti di una medesima comunità. Quel che l’autore sottolinea è il fatto che, al di là delle differenze personali, i professionisti di una determinata categoria condividano un conoscere che si riversa nel loro agire: «Essi condividono anche un comune corpo di esplicita conoscenza professionale, più o meno sistematicamente organizzata, [...] l’insieme dei valori, delle prestazioni, e delle norme in base alle quali attribuiscono un senso alle situazioni della pratica, formulano obiettivi e direzioni per l’azione e determinano che cosa rende una condotta professionale accettabile»¹³⁰.

¹²⁷ D. A. Schön, *Formare il professionista riflessivo. Per una nuova prospettiva della formazione e dell’apprendimento nelle professioni*, tr. it. Franco Angeli, Milano, 2006, p. 66.

¹²⁸ *Ibidem*.

¹²⁹ *Ibidem*.

¹³⁰ *Ibidem*.

Concentrando, dunque, l'attenzione su questi aspetti pratici e conoscitivi che contribuiscono a definire un gruppo professionale, si possono evidenziare le seguenti aree tematiche come caratteristiche di una comunità professionale:

- l'essere impegnati in un'attività comune (quale ad esempio quella lavorativa);
- la coesione sociale che si sviluppa tra le persone coinvolte;
- la condivisione di uno "sfondo culturale" di riferimento comune¹³¹.

Sulla base di tali elementi distintivi, Etienne Wenger, studioso delle dinamiche di apprendimento e formazione, propone la possibilità di pensare i gruppi professionali come "comunità di pratiche", indissolubilmente costruiti su un intreccio di sapere e saper fare, in cui il termine "pratica" assume in sé questa complessità: «Il termine *pratica* è spesso usato in contrasto con il concetto di "teoria", "idee", "ideali" o "discorso". [...] Le comunità di pratiche comprendono tutti questi aspetti»¹³².

In questo senso, quanto caratterizza l'agire professionale di un determinato gruppo sembra essere una commistione tra competenze conoscitive e di azione, entrambe fortemente presenti nell'esercizio di una professione:

«Il concetto di *pratica* riguarda l'agire, ma non soltanto l'agire stesso [...]. L'utilizzo che propongo del concetto di *pratica* non riguarda esclusivamente un lato della tradizionale dicotomia che divide il fare dal conoscere, l'azione manuale da quella mentale, il concreto dall'astratto. [...] Anche nelle attività cosiddette manuali, non è assente il pensiero, né l'attività mentale è esclusa. [...] Anche quando la teoria è l'obiettivo di un gruppo professionale, questa è prodotta attraverso specifiche pratiche»¹³³.

L'agire professionale, dunque, sembra contenere al suo interno questa compresenza di sapere e saper fare, che contribuiscono alla creazione di un *know how*¹³⁴ specifico per un determinato gruppo. Per esplorare e studiare l'esercizio di una professione è, pertanto, necessario prestare un'attenzione all'intreccio delle dimensioni conoscitive e prassiche, relative all'agire e al pensare.

1.5.2 Agire e pensare: una necessaria compresenza nell'agire professionale

¹³¹ Cfr. E. Wenger, *Communities of Practice. Learning, Meaning, and Identity*, Cambridge University Press, Cambridge, 1999, p. 73.

¹³² Ivi, p. 48 (traduzione dall'inglese effettuata da chi scrive).

¹³³ Ivi, pp. 47-48 (traduzione dall'inglese effettuata da chi scrive).

¹³⁴ Cfr. E. Wenger, *op. cit.*

È dunque possibile rintracciare i due momenti, del conoscere e dell'agire, all'interno della pratica professionale, saldamente intrecciati tra loro, quasi a costituire un circolo per passare dalle conoscenze all'agire. Una dimensione che vede strettamente uniti questi momenti è quella che viene definita da Schön come «riflessione nel corso dell'azione»¹³⁵. Tale concetto definisce un aspetto importante dell'agire professionale, che permette di utilizzare la componente teoretica del pensiero nel corso dell'azione pratica, riferendosi alle proprie conoscenze teoriche, ma anche aggiungendo elementi provenienti, ad esempio, dalla propria esperienza passata. Schön riprende l'argomentazione di Dewey relativamente alla possibilità euristica e trasformativa del pensiero riflessivo. Il filosofo, nel testo *Come pensiamo*, ha introdotto infatti le caratteristiche del pensiero riflessivo, legandole alle potenzialità conoscitive e creative che esso consente anche in riferimento ad azioni pratiche o abitudinarie, quali quelle lavorative:

«In primo luogo il pensiero riflessivo ci emancipa da un'attività meramente impulsiva ed abitudinaria. In termini positivi, esso consente una direzione previdente delle nostre attività e la formazione di piani d'azione in conformità coi i fini-in-vista, con i propositi di cui siamo coscienti. Ci mette in grado di agire in maniera deliberata e intenzionale per raggiungere oggetti futuri [...]. Esso trasforma l'azione meramente appetitiva, cieca ed impulsiva in azione intelligente»¹³⁶.

Riprendendo tale concezione, Schön presenta il pensiero riflessivo come un modo particolare e creativo per affrontare alcune situazioni della pratica professionale. Ogni professionista si imbatte quotidianamente in diversi tipi di situazioni: alcune di queste sono consuete, affrontabili grazie all'applicazione di regole e procedure direttamente riferibili al sapere di quella specifica professione. Vi sono, poi, situazioni meno ordinarie in cui la situazione non corrisponde esattamente a quanto può essere letto attraverso il proprio sapere prestabilito: «Si è soliti dire, in questo tipo di situazioni, di “pensare come un dottore” – o un avvocato o un manager – riferendosi ai tipi di indagine mediante i quali professionisti competenti utilizzano la conoscenza disponibile a sostegno di situazioni pratiche in cui la sua applicazione è problematica»¹³⁷. In questo tipo di circostanze, nel ripensare alla conoscenza professionale, secondo Schön, si crea quello spazio di creatività che si è denominato come “riflessione nel corso dell'azione”: «Questo tipo di conoscenza nel corso dell'azione è centrale per l'“abilità

¹³⁵ D. A. Schön, *op. cit.*, p. 68.

¹³⁶ J. Dewey, *Come pensiamo*, tr. it. La Nuova Italia, Firenze, 1961, pp. 78-79.

¹³⁷ D. A. Schön, *op. cit.*, p. 67.

artistica” per mezzo della quale i professionisti talvolta attribuiscono nuovi significati a situazioni incerte, uniche e conflittuali»¹³⁸.

La capacità di riflettere nel corso dell’azione risulta essere un elemento centrale negli studi relativi allo sviluppo di competenze professionali nel corso del Novecento. Anche il pensiero di Jack Mezirow, sociologo americano del secondo Novecento, postula, infatti, la riflessione come un elemento centrale per agire una pratica professionale in cui il gesto pratico, la competenza messa in atto diventano continuamente oggetto di pensiero. Infatti è tramite tale azione intellettuale di ripensamento, significazione che risulta possibile porre la propria pratica come oggetto di riflessione per trasformarla, ri-crearla, o semplicemente prenderne consapevolezza. Mezirow, in particolare, indica l’importanza di formare qualsiasi professionista, al di là delle specificità disciplinari, alla capacità di agire e saper orientare la pratica in base a un pensiero che possa significarla, criticarla e, eventualmente, re-indirizzarla. In questo senso, Mezirow scrive: «L’inquadramento di un problema diventa così un esperimento, nel quale si rapporta una nuova situazione a una teoria in azione o a una prospettiva di significato. I mezzi e i fini vengono inquadrati in maniera interdipendente e comportano una transazione con la situazione inquadrata, nella quale sapere e fare sono inseparabili»¹³⁹

L’attuale attenzione e interesse verso un’iniziale esplorazione delle pratiche lavorative considerate come composte da componenti pratiche e teoriche, di azione e pensiero, permette di andare oltre la tradizionale suddivisione tra lavoro pratico e lavoro mentale o intellettuale, considerati come reciprocamente escludenti. In questo modo, la pratica professionale appare in una nuova e crescente complessità, in cui le pratiche possono essere considerate fonti di apprendimenti: «Al paradigma cartesiano della separazione tra mente e corpo segue il riconoscimento del sapere pratico come vera e propria forma di conoscenza. Non solo, si pone in evidenza come il conoscere e il fare siano intrecciati nell’azione pratica»¹⁴⁰.

Il riferimento al testo *L’uomo artigiano*, del sociologo Richard Sennett consente di chiarire ed esemplificare il tentativo di pensare la complessità di un agire professionale come costituito da elementi teorici e prassici. Sennett, infatti, riprende la distinzione operata da Hannah

¹³⁸ Ivi, p. 68.

¹³⁹ J. Mezirow, *Apprendimento e trasformazione. Il significato dell’esperienza e il valore della riflessione nell’apprendimento degli adulti*, tr. it. Raffaello Corina, Milano, 2003, p. 115.

¹⁴⁰ L. Fabbri, in Fabbri L. & Rossi B., *Pratiche lavorative. Studi pedagogici per la formazione*, Guerini, Milano, 2010, p. 19.

Arendt¹⁴¹ tra le idee di *homo faber* e *animal laborans*, volendo legittimare, al contrario di quanto sosteneva la sua maestra, un'autonomia teorica della pratica.

L'*animal laborans* rappresenta, nel pensiero della Arendt, l'essere umano come obbligato a un'attività faticosa che «chiude fuori il mondo [...]. Nell'atto di far sì che una cosa funzioni, nient'altro conta; per l'*animal laborans* il mondo è un fine in sè»¹⁴². In tale dimensione di esistenza, secondo la Arendt, si è totalmente occupati nella fabbricazione di cose, sopraffatti dal compito da svolgere, rinchiusi in una sorta di amoralità.

La rappresentazione dell'*homo faber*, invece, riguarda l'uomo creatore, una sorta di «superiore»¹⁴³ dell'*animal laborans*. In questa condizione l'uomo può cominciare a discutere, valutare e costituire una vita in comune.

Secondo Sennett tale distinzione è inappropriata in quanto sminuisce l'idea di uomo lavoratore, come se, qualora egli fosse impegnato in un'attività lavorativa materiale, il suo pensiero non potesse entrare in azione. L'autore propone invece l'idea che il pensiero sia insito nel “fare” umano, tanto che anche negli oggetti, nei manufatti semplici prodotti dall'uomo sono presenti pensiero e cultura. Scrive dunque Sennett:

«L'animale umano che è un *animal laborans* è capace di pensiero; i discorsi in cui il produttore si impegna saranno forse, nella sua testa, con i materiali anziché con altre persone; e le persone che lavorano insieme sicuramente discorrono tra loro del lavoro che stanno facendo. Per Hannah Arendt, la mente entra in funzione una volta cessato il lavoro. Secondo un altro modo di vedere, più equilibrato, nel processo del fare sono contenuti pensiero e sentimento»¹⁴⁴.

In linea con quanto finora affermato, dunque, risulta evidente come, all'interno di qualsiasi processo del “fare” siano presenti elementi del pensiero e del sapere teorico. Questa compresenza genera una potenzialità di apprendimento insita nell'esperienza, ovvero nel riuscire a mettere in atto quella riflessività e quel pensiero di cui si è trattato finora applicandoli a quanto si sta praticamente sperando. Su questo binomio è stata infatti coniata l'espressione “apprendere dall'esperienza”, titolo di un testo di Luigina Mortari¹⁴⁵, ripreso a

¹⁴¹ A tale riferimento si può consultare il testo di Hannah Arendt, *Vita activa. La condizione umana*, tr. it. S. Finzi, Bompiani, Milano, 2008.

¹⁴² R. Sennett, *L'uomo artigiano*, tr. it. A. Bottini, Feltrinelli, Milano, 2008, p. 16.

¹⁴³ *Ibidem*.

¹⁴⁴ *Ibidem*.

¹⁴⁵ Cfr. L. Mortari, *Apprendere dall'esperienza. Il pensare riflessivo nella formazione*, Carocci, Roma, 2004.

sua volta da un'opera di Bion¹⁴⁶, ad indicare una direzione di ricerca che, all'interno delle scienze umane ha cercato di indagare proprio tale capacità apprenditiva, mossi dall'intento di generare da essa ulteriore ampliamento di conoscenza e di possibilità di pensiero¹⁴⁷.

Un ultimo aspetto resta da accennare relativamente alle dimensioni teoretica e pratica presenti nell'esercizio delle attività lavorativa umane: ci si riferisce in questo senso alla costruzione di un sistema sociale che ordina le diverse professioni sulla base del "potere" e del "valore" attribuito ad ognuna di esse. Tale ordinamento, nel corso della storia della cultura europea, si è costruito in gran parte relativamente al valore attribuito nei diversi momenti storici alla parte teoretica e alla parte pratica. Si dedicherà dunque l'ultimo paragrafo del capitolo a questo argomento, accennando alla costruzione di una gerarchia sociale dei diversi tipi di professioni creatasi nel corso dei secoli sulla base del ruolo ricoperto da sapere teorico e sapere pratico.

1.6 Il valore sociale delle professioni sulla base delle componenti pratiche e teoriche

1.6.1 Divisione del lavoro e dominanza sociale nella cultura europea

I diversi tipi di attività umana, e anche i termini che li designano, sono soggetti a variazioni di significato che corrispondono al mutare del sistema di divisione del lavoro e del prevalere degli orientamenti ideologici delle classi sociali dominanti.

Divisione del lavoro e dominanza sociale sono due concetti che, nel mondo europeo, risultano essere strettamente congiunti, anche nei loro mutamenti temporali: mentre nella società preistorica l'attività lavorativa, prevalentemente rivolta all'approvvigionamento di cibo, era divisa in base ad attività maschili o femminili e quanto prodotto veniva considerato un bene comunitario, già con l'avvento dei primi sistemi di irrigazione si ebbero conseguenze sia sulla divisione del lavoro, sia sulla struttura stessa della società. Potevano, infatti, iniziare ad essere accumulate risorse, che permettevano benefici e importanza sociale. Melvin Kranzberg e Joseph Gies, nel loro testo *Breve storia del lavoro*, descrivono in questo modo il legame tra attività lavorativa e prestigio sociale:

¹⁴⁶ Cfr. W. Bion, *Apprendere dall'esperienza*, op. cit.

¹⁴⁷ A tale riguardo possono essere citati come esempi relativi al tema di ricerca citato i testi di L. Mortari, *Dire la pratica. La cultura del fare scuola*, Mondadori, Milano, 2010; L. Mortari, *La pratica dell'aver cura*, Mondadori, Milano, 2006; K. Montalbetti, *La pratica riflessiva come ricerca educativa dell'insegnante*, Vita&Pensiero, Milano, 2005; P. Braga (a cura di), *Promuovere consapevolezza. Esperienze di formazione tra ricerca e pratica educativa*, Junior, Bergamo, 2010.

«I cacciatori e i raccoglitori di cibo del Paleolitico vivevano in una condizione di economia comunistica, in cui la ricchezza era considerata proprietà della tribù o della comunità e in cui il gruppo era responsabile del benessere di ogni individuo. È difficile che la sostituzione dell'agricoltura alla caccia non distruggesse la base di questa società comunistica, in quanto permetteva alla singola famiglia coltivatrice di divenire un'unità autosufficiente, creando così inevitabilmente differenze di classe tramite una accumulazione non uniforme di scorte»¹⁴⁸.

L'organizzazione del lavoro ha cominciato, dunque, a definirsi in modo piramidale, al cui vertice si trovava l'élite di governo, sempre meno coinvolta in attività manuali, mentre gli schiavi riempivano la base della piramide, dedita a tutte le occupazioni materiali e faticose; nel mezzo, vi erano una serie di professioni e mestieri. In questo senso, nel mondo occidentale, l'organizzazione del lavoro si è da subito impostata secondo criteri che ponevano il lavoro manuale e materiale ai più bassi livelli della considerazione sociale. A questo riguardo, Attila Bruni e Silvia Gherardi scrivono che in Europa «l'aggettivo "pratico", riferito alla conoscenza, ha un accento valutativo sminuente: la conoscenza pratica è quella che si acquisisce facendo, che non ha bisogno di essere impartita formalmente, che per essere valida ha solo bisogno di "funzionare" e quindi è una merce di scarso valore»¹⁴⁹.

In accordo con questa direzione, dunque, la cultura europea ha iniziato a costruire la divisione del lavoro e il valore sociale attribuitovi, basandosi su questa scarsa considerazione riconosciuta alle attività di tipo manuale. Questa è una tendenza che si ritrovava già in antichi e illustri fondatori del pensiero europeo, facendo riferimento, ad esempio, a Senofonte:

«Quelle che sono chiamate le arti meccaniche si portano dietro uno stigma sociale e nelle nostre città sono giustamente disonorate, poiché queste arti possono danneggiare il corpo di coloro che vi lavorano o che sovrintendono a esse, costringendoli ad una vita sedentaria e all'interno della casa, e, in alcuni casi, a trascorrere un giorno intero vicino al fuoco. Questa degenerazione fisica si risolve anche in un deterioramento dell'anima. Inoltre, coloro che sono dediti a questi mestieri non hanno affatto il tempo per adempiere ai doveri dell'amicizia o della cittadinanza. Di conseguenza essi sono considerati cattivi

¹⁴⁸ M. Kranzberg & J. Gies, *Breve storia del lavoro. L'organizzazione del lavoro umano nel suo processo evolutivo*, tr. it. Mondadori, Milano, 1991, p. 31.

¹⁴⁹ A. Bruni & S. Gherardi, *Studiare le pratiche lavorative*, Il Mulino, Bologna, 2007, p. 43.

amici e cattivi patrioti, e in alcune città, specialmente quelle guerriere, al cittadino è legalmente vietato l'esercizio di un'arte meccanica»¹⁵⁰.

Certamente va precisato che il valore sociale delle varie attività professionali è mutato nei secoli della storia europea a seconda dei momenti sociali e culturali che il continente ha attraversato, ma esso ha sempre ruotato attorno al monopolio delle conoscenze e dei metodi altamente produttivi detenuti da parte delle élites detentrici del potere. Questa concezione ha portato alla formazione di un immaginario collettivo che considera “prestigiose” una serie di professioni con un corpus di conoscenze definito e di alto livello, cruciali in diversi settori (sociale, economico, produttivo), ad esempio le professioni mediche, giuridiche, economiche e ingegneristiche¹⁵¹.

Anteriormente all'introduzione dei macchinari industriali nella produzione di beni, ad esempio, la formazione dei giovani lavoratori che si sarebbero dedicati ad attività artigianali avveniva nel corso di apprendistati nelle botteghe degli artigiani, attraverso cioè una formazione costruita a stretto contatto con lavoratori esperti. Pur rimanendo attività non di elevato prestigio, ben distinte dalle occupazioni dei nobili, nelle botteghe artigianali pre-industriali si erano create le condizioni per una compresenza di lavoro pratico e componente teorica e intellettuale. Come scrive Aldo Visalberghi, infatti, riferendosi al tipo di attività svolta dagli artigiani, «molto spesso le lavorazioni cui dovevano avviarsi erano complesse, e intellettualmente stimolanti. Nelle loro botteghe [...] saggezza e abilità potevano trovarsi felicemente congiunte»¹⁵².

Alcuni esponenti della cultura dei secoli pre-industriali avevano apprezzato il valore sociale delle professioni, anche pratiche che, tramandate e praticate nelle botteghe, contribuivano a migliorare le condizioni della vita dell'uomo. Francesco Bacone, ad esempio, basando il suo pensiero scientifico sulla direzione del metodo d'indagine naturale di Galileo, tra il 1500 e il 1600 osservava anche che la cultura si doveva interessare di quelle conoscenze pratiche che erano in grado di incidere sulla vita quotidiana¹⁵³. Nella sua opera *Novum Organon* si legge infatti come le arti pratiche possano rivestire un ruolo fondamentale nella costruzione della cultura di un popolo.

¹⁵⁰ Senofonte, *Oeconomicus*, IV, 2, 3, in Senofonte, *Socratic Discourse*, Cornell University Press, Ithaca, 1970, cit. in M. Kranzberg & J. Gies, *op. cit.*, p. 33.

¹⁵¹ A tale proposito, per una trattazione più ampia, è possibile consultare L. Speranza (a cura di), *Professioni e status. Avvocati, ingegneri e medici in Calabria*, Rubbettino, Catanzaro, 2004.

¹⁵² A. Visalberghi, *Educazione e divisione del lavoro*, La Nuova Italia, Firenze, 1973, p. 20.

¹⁵³ In riferimento all'opera e al pensiero di Francesco Bacone, è possibile consultare B. Farrington, *Francesco Bacone filosofo dell'età industriale*, tr. it. Einaudi, Torino, 1967.

Anche tra i filosofi dell'Illuminismo, qualcuno, come Denis Diderot, aveva considerato attentamente l'attività costituitasi all'interno delle botteghe artigianali, evidenziando quanto poco si conoscessero i processi produttivi delle cose più necessarie alla vita e considerando, in relazione a ciò, la possibilità di promuovere una cultura comprensiva anche di questi aspetti attinenti l'attività pratica¹⁵⁴. In questo senso, si era creata una direzione di pensiero che auspicava un rinnovamento culturale per andare oltre determinati assunti circa la costituzione del sapere e delle pratiche. Una proposta di cambiamento orientata su queste considerazioni non aveva, però, considerato attentamente le componenti sociali presenti come base per la costruzione del sapere in Europa e, conseguentemente, per la costituzione delle gerarchie delle attività lavorative. Prosegue Visalberghi:

«Tali analisi mancavano tuttavia di considerare in modo adeguato l'aspetto sociale della questione; il fatto che determinate forme di attività fossero tenute in discredito nonostante fosse impossibile disconoscerne l'utilità dipendeva soprattutto da un certo tipo di equilibri sociali. Rousseau avvertì chiaramente quanto fosse mistificante il sistema di valori della società del suo tempo e nell'*Emilio* prospettò un rovesciamento radicale della situazione: mentre riteneva corrompente ogni contatto con la cultura dominante e con i gruppi che ne erano portatori, pensava che la bottega di un artigiano fosse il solo ambiente nel quale Emilio potesse acquistare insieme i fondamenti di un'arte e le regole della vita civile»¹⁵⁵.

Inoltre, la possibilità di un siffatto rinnovamento sarebbe eventualmente potuta avvenire solo in un sistema di divisione del lavoro in cui fosse possibile seguire la trasformazione del materiale fino a giungere al prodotto finito. Ciò non è stato possibile, in quanto la progressiva instaurazione di un sistema economico capitalistico ha portato la divisione del lavoro verso tutt'altre direzioni.

1.6.2 Il capitalismo, la critica marxista e la rivalutazione della conoscenza pratica

Il rapido avvento dell'industrializzazione di massa e l'instaurarsi di un sistema economico cosiddetto capitalistico hanno portato un'enorme frammentazione delle funzioni operative nelle attività lavorative pratiche, che subirono dunque un peggioramento qualitativo. Contemporaneamente, anche i lavoratori di tali settori hanno perso autonomia. Quanto

¹⁵⁴ Cfr. A. Visalberghi, *op. cit.*, p. 20.

¹⁵⁵ Ivi, p. 21.

caratterizza la componente di necessaria libertà e inventiva all'interno del lavoro, attività considerata esistenzialmente fondante per la natura umana, è ben descritto da Karl Marx:

«In primo luogo il lavoro è un processo che si svolge fra l'uomo e la natura, nel quale l'uomo per mezzo della propria azione produce, regola e controlla il ricambio organico fra se stesso e la natura: contrappone se stesso, quale una fra le potenze della natura, alla materialità della natura. Egli mette in moto le forze naturali appartenenti alla sua corporeità, braccia e gambe, mani e testa, per appropriarsi i materiali della natura in forma usabile per la propria vita. [...] Il nostro presupposto è il lavoro in una forma nella quale esso appartiene esclusivamente all'uomo. [...] Alla fine del processo lavorativo emerge un risultato che era già presente al suo inizio nell'idea del lavoratore, che quindi era già presente idealmente. Non che egli effettui soltanto un cambiamento di forma dell'elemento naturale; egli realizza nell'elemento naturale, allo stesso tempo, il proprio scopo, che egli conosce, che determina come legge il modo del suo operare, e al quale deve subordinare la sua volontà»¹⁵⁶.

Il lavoro pratico introdotto dal sistema di produzione industriale sottrae al lavoratore la possibilità di pensare in autonomia alla propria attività. Insieme a questa de-qualificazione del lavoro pratico e manuale, le *élites* detentrici del controllo sull'economia hanno progressivamente assunto il monopolio delle conoscenze e dei metodi di produzione.

Su questi temi si sviluppa il pensiero socialista, introdotto da Marx: l'alienazione è il risultato di un'attività lavorativa subordinata e ripetitiva, non accompagnata da una preparazione culturale, generale e specifica su metodi e organizzazione della produzione, sulle leggi economiche che la governano. Direttamente legata a tale riflessione è la considerazione dell'istruzione, in quanto la parte moderata del socialismo considerava possibile costruire una più equa struttura della società grazie al miglioramento della formazione culturale delle masse, creando le condizioni per una giusta considerazione del lavoro pratico e manuale. Una corrente socialista più radicale, invece, auspicava un primo capovolgimento delle strutture sociali, successivamente al quale si sarebbe potuto provare a definire un sistema di istruzione e formazione non ideologicamente discriminatorio e condizionante. Tale posizione si basava sulla constatazione che il controllo della conoscenza e della tecnologia da parte delle classi sociali privilegiate è sempre stato un tratto distintivo della formazione culturale e sociale europea.

¹⁵⁶ K. Marx, *Il capitale*, terza sezione, *La produzione del plusvalore assoluto*, tr. it. Editori Riuniti, Roma, 1973, pp. 195-196.

Il pensiero di Marx evidenzia come sia l'attività lavorativa a costituire parte della peculiarità della natura umana, ed è attraverso il lavoro che si realizza la libertà dell'uomo o la sua alienazione sociale e politica. È proprio in base al lavoro, inoltre, che, in riferimento alla cultura occidentale, l'uomo definisce un determinato sistema sociale di divisione in classi, creato, secondo Marx, in riferimento al rapporto coi mezzi di produzione e alle componenti teoriche o pratiche che contraddistinguono le attività lavorative. Infatti, quella che Marx chiama *struttura* di una società, risulta essere costituita dai rapporti di produzione e da forze produttive, come ricorda Jedlowski esponendo la teoria di Marx:

«La “struttura” è costituita da un insieme di *rapporti di produzione* e di *forze produttive*: i primi comprendono i rapporti generati dalla divisione del lavoro e dalla divisione della proprietà, le seconde comprendono i mezzi della produzione (fonti energetiche, materie prime, strumenti e lavoro) e le tecniche utilizzate per la produzione (ivi compresa la scienza, nella misura in cui si traduce in capacità tecnologica)»¹⁵⁷.

Il superamento che Marx auspicava attraverso il sopravvento del comunismo rispetto al sistema economico capitalistico non si è verificato, ma alcuni aspetti fondanti del pensiero marxista sono stati ripresi successivamente. Solamente intorno alla seconda metà del 1900, infatti, in seguito agli aspetti di complessità epistemologica emersi, la conoscenza pratica, fortemente presa in considerazione dal pensiero marxista, è tornata ad essere presa in considerazione come componente integrante del processo conoscitivo, come è stato ampiamente trattato in un precedente paragrafo.

In questo senso, la critica marxista, è stata fortemente esplicitativa nel mettere in luce la necessità di qualificazione e considerazione dell'attività manuale, non solo relativamente alla rivalutazione dell'azione pratica, ma proprio in riferimento alla sua stessa considerazione sociale, andando dunque a rendere esplicito il meccanismo di dominanza sociale attribuito a determinate professioni nella cultura europea.

1.7 Conclusione

Il presente capitolo è stato articolato in modo da avvicinare il lettore al vastissimo tema della costruzione del sapere e delle pratiche nella cultura europea.

¹⁵⁷ P. Jedlowski, *Il mondo in questione. Introduzione alla storia del pensiero sociologico*, Carocci, Roma, 1998, p. 43.

Attraverso un sommario ripercorrimo della storia del pensiero in Europa, si è infatti cercato di mettere in luce il modello di sapere e conoscenza che si è imposto in ambito scientifico nel corso dei secoli, modellando su di sé tutti gli ambiti culturali.

Parte specifica del capitolo è stata dedicata a mostrare come, a partire dalla metà del Novecento, l'idea di conoscenza scientifica costruita sul modello sperimentale di Galileo sia stata messa in crisi e in discussione. In questo senso, lo scenario culturale europeo si è da allora interrogato circa una complessità epistemologica crescente nella costruzione del sapere: la presentazione della svolta ermeneutica nelle scienze umane ha permesso di mettere in luce un movimento di riformulazione paradigmatica in quelle discipline che faticavano a costruire i loro oggetti di studio all'interno del canone sperimentale e laboratoriale promosso dal metodo scientifico galileiano.

Una specifica trattazione ha preso in esame le componenti di sapere, esperienza e pratica, considerandole parti costitutive del concetto di "conoscenza", evidenziando come, nel corso dei secoli, il pensiero europeo abbia sviluppato e tematizzato tali aspetti, ora armonizzandoli, ora investendo considerazione e risorse sullo sviluppo esclusivo e privilegiato di alcuni di questi.

Proprio l'*excursus* intorno ai concetti di sapere e pratica ha consentito di rintracciare tali aspetti come fondamentali non solo in una riflessione relativa alla costruzione della conoscenza, ma anche all'interno del concetto di "professione", aspetto centrale dell'esistenza umana, in cui, appunto, viene agita una conoscenza acquisita, per la quale si è stati formati, attraverso l'esercizio di pratiche specifiche. Questo passaggio, dunque, è servito per centrare la riflessione sulle componenti caratterizzanti l'agire professionale, evidenziando in tale attività la compresenza di conoscenza e azione, in un continuo e reciproco rimando.

È a questo punto, al termine della trattazione proposta intorno al tema della conoscenza, declinata nelle sue componenti di sapere e pratica, anche in relazione alla competenza professionale, che il lettore può essere più specificamente introdotto verso il tema oggetto specifico del processo di ricerca che si presenterà. L'intento sarà, infatti, quello di esplorare l'incontro tra due saperi, quello medico e quello pedagogico, nella concreta e quotidiana messa in atto delle loro pratiche lavorative.

Prima di entrare nella puntuale esplorazione empirica di tale traiettoria di ricerca, al lettore verrà presentato il processo di costruzione del sapere pedagogico e medico, sullo sfondo di quanto già evidenziato nel corso del presente capitolo relativamente al panorama culturale europeo. Il riferimento che verrà proposto relativamente alla presentazione dei percorsi formativi che sono stati messi a punto nel corso del tempo nel contesto italiano permetterà,

nello specifico, di analizzare il passaggio che intercorre tra il sapere caratteristico di una disciplina e la formazione professionale che conduce alla messa in atto di tale conoscenza attraverso le pratiche agite dai professionisti. Soffermando la trattazione sul nesso tra sapere e agire professionale, sarà possibile, infatti, metterne in luce aspetti ed elementi che verranno presentati successivamente in maniera concreta nel corso della ricerca empirica, oggetto degli ultimi capitoli del presente lavoro.

Il discorso, come si vedrà tra breve, inizierà a prendere in considerazione il sapere pedagogico e la sua costruzione nel corso della storia europea, che ha condotto alla costruzione di specifici percorsi formativi per i professionisti del mondo educativo. Partendo dunque dall'evoluzione della conoscenza nella disciplina pedagogica, si concentrerà inizialmente l'attenzione proprio sul suo legame con la filosofia, in un intreccio tra i due saperi che, come verrà descritto, vedrà la pedagogia impegnata in un complesso e peculiare movimento di costruzione e legittimazione sia epistemologica sia disciplinare.

2 Dal sapere pedagogico alle professioni educative

2.1 Il cammino del sapere pedagogico occidentale nel corso dei secoli

Il presente paragrafo, lungi dal voler presentare un'accurata e approfondita storia della disciplina pedagogica, vuole tendere a evidenziare le linee generali del cammino di costruzione del sapere pedagogico nel mondo occidentale. In questo senso, quindi, si cercherà di mettere in luce i principali punti di svolta nel modo di intendere, costruire e delineare tale tipo di sapere.

L'intento è quello di offrire al lettore una panoramica relativa al percorso di costruzione teorica della pedagogia occidentale, in modo da direzionare successivamente il discorso verso il dibattito culturale pedagogico sviluppatosi nell'ultimo secolo nel contesto italiano contemporaneo. In questo modo, presentata l'articolazione del sapere pedagogico, sarà possibile orientare la trattazione verso le professioni educative, formate alla luce della disciplina pedagogica e chiamate a pratiche professionali ad essa orientate.

2.1.1 Il discorso pedagogico nell'antica Grecia e nell'Impero Romano

A partire dall'età classica (IV secolo a.c.), il Mediterraneo e in particolare la Grecia sono stati i luoghi in cui si sono costruiti i nuclei costitutivi della tradizione occidentale, anche dal punto di vista dell'educazione. Il pensiero pedagogico del mondo greco classico si presenta come interamente compreso all'interno del sapere filosofico: nell'impostazione classica della filosofia (Socrate, Platone, Isocrate, Aristotele), infatti, questa disciplina ricomprendeva al suo interno tutti gli aspetti della conoscenza umana. È da tale *corpus* unico e compatto che, nel tempo, si sono affrancate varie discipline una dopo l'altra, assumendo autonomi statuti, prendendo posizione su specifiche ragioni del sapere e definendo propri strumenti di conoscenza. Come si vedrà nel corso di tutto il paragrafo, il rapporto e la relazione con la disciplina filosofica caratterizzerà fortemente il percorso di costruzione del sapere pedagogico, a partire dal mondo classico fino ai dibattiti attuali. Scrive a proposito Massimiliano Tarozzi: «Fino a circa un secolo fa' la pedagogia in quanto disciplina autonoma non esisteva e a occuparsi di questioni teoriche relative all'educazione erano soltanto i filosofi»¹⁵⁸.

In origine, dunque, la pedagogia si colloca completamente all'interno dell'orizzonte della disciplina filosofica, presentando una caratteristica di non autonomia epistemologica e

¹⁵⁸ M. Tarozzi, *Pedagogia generale. Storie, idee, protagonisti*, Guerini Editore, Milano, 2001, p. 75.

metodologica, come scrivono anche Lucia Bellatalla e Giovanni Genovesi, in riferimento alla riflessione sull'educazione della Grecia classica: «L'educazione della Grecia classica si presenta come un discorso teleologico, come una conformazione a principi e modelli, nobili, certo, ma anche pensati come statici e perfetti e, perciò, la riflessione sull'educazione non si costituisce in maniera autonoma»¹⁵⁹. In questo senso, le prime formulazioni educative non possono essere considerate propriamente come formazioni discorsive sull'educazione, in quanto «si può parlare d'un pensiero pedagogico solamente rispetto alla riflessione sistematica su aspetti specifici dell'educazione stessa»¹⁶⁰. Sebbene il discorso sull'educazione non abbia ancora trovato un nucleo originale di aggregazione con regole proprie, sono presenti in Platone e Aristotele una serie di enunciati con caratteristiche tali da poter avviare un processo di formazione del discorso pedagogico, attorno ad esempio al problema dello Stato in Platone e a quello della vita morale in Aristotele.

Il discorso pedagogico comincia quindi con un insieme di enunciati prettamente filosofici, centrati sulle possibilità e i fini dell'educazione, ma viene collocato allo stesso tempo anche in discipline pratiche, configurando ad esempio la figura del *pedagogo*, e «l'idea di *paideia*, della formazione dell'uomo attraverso il contatto organico con la cultura, organizzata in corsi di studi, con il centro assegnato agli *studia humanitatis*, che matura attraverso la riflessione estetica e filosofica e trova nella pedagogia -nella teorizzazione dell'educazione sottratta all'influenza del solo costume- la propria guida»¹⁶¹.

Questa concezione e costruzione del discorso educativo si diffonde in tutto il bacino del Mediterraneo sotto l'Impero di Alessandro Magno, nel periodo denominato come Ellenismo, dando un'impronta fondamentale alla determinazione dell'idea di uomo e di civiltà, come ben sottolinea William Boyd ripercorrendo la storia dell'educazione occidentale: «Come Atene era stata "l'educatrice della Grecia", così questa diveniva ora la guida educatrice delle altre nazioni»¹⁶².

Tale impostazione della riflessione intorno all'educazione rimane in gran parte stabile nel bacino del Mediterraneo fino all'epoca medievale, pur cambiando valori di riferimento ad esempio nel modello educativo romano, come sottolineano Bellatalla e Genovesi nella loro *Storia della Pedagogia*. Se, infatti, come evidenziano i due autori citati, nel mondo romano vi è una forte insistenza sui temi civili, della formazione del cittadino romano in base

¹⁵⁹ L. Bellatalla & G. Genovesi, *Storia della pedagogia. Questioni di metodo e momenti paradigmatici*, Le Monnier, Firenze, 2006, p. 46.

¹⁶⁰ R. Massa, *Le tecniche e i corpi. Verso una scienza dell'educazione*, Unicopli, Milano, 2003, p. 455.

¹⁶¹ F. Cambi, *Manuale di storia della pedagogia*, Editori Laterza, Roma-Bari, 2009, p. 26.

¹⁶² W. Boyd, *Storia dell'educazione occidentale*, tr. it. L. Picone, Armando Editore, 1959, p. 59.

all'esempio della patria («*l'ideale civile è il punto di arrivo a cui le giovani generazioni vanno sollecitate e spinte*»¹⁶³), si può ritenere che l'impianto di costruzione del pensiero educativo rimanga il medesimo, fortemente ancorato al discorso filosofico e alla sfera politica. Anche nel mondo Romano la riflessione sull'educazione non presenta caratteri di autonomia rispetto al sapere filosofico, pur mutando i valori di riferimento rispetto a quelli della Grecia classica. Infatti il discorso educativo si è modellato soprattutto su quei filoni della filosofia che si occupano di etica e politica, in vista dell'ideale civile volto a formare il "cittadino", futuro artefice della Storia dell'Impero: «L'ideale civile è il punto d'arrivo a cui le giovani generazioni vanno sollecitate e spinte. Ne deriva un intreccio inestricabile tra Storia, Morale e Politica che costituiscono le tre coordinate principali di un'educazione eterodiretta»¹⁶⁴. In questo senso, dunque, il discorso pedagogico romano si concentra molto sulla sfera morale e civile, volta a formare uomini con determinati modelli relativamente agli aspetti fondamentali dell'esperienza di vita romana: «Le caratteristiche del modello educativo romano furono proprio quelle della formazione e del controllo dei sentimenti, del rispetto dei genitori, della devozione per gli anziani, per la patria, per le tradizioni»¹⁶⁵.

Una siffatta costruzione del sapere pedagogico, fondato e basato sulla disciplina filosofica, rimane immutata fino all'avvento del Cristianesimo, fenomeno storico e religioso di rilevante importanza nella storia dell'Impero romano che, come si vedrà tra breve, porta rilevanti cambiamenti anche all'idea di educazione dell'uomo.

2.1.2 Pedagogia e religione: dall'avvento del cristianesimo al Medioevo

L'avvento del Cristianesimo contribuisce a creare una nuova prospettiva all'interno delle riflessioni sull'educazione, ovvero la possibilità di inserirla, oltre che all'interno di un discorso filosofico, anche e soprattutto nelle cornici di una fede religiosa: «L'uomo è creatura di Dio, al quale deve amore e obbedienza; da tale natura discende la fratellanza tra gli uomini, ma anche l'osservanza della parola e la subordinazione all'insegnamento della Chiesa»¹⁶⁶. Inoltre, l'avvento del Cristianesimo opera un'importante innovazione all'impostazione educativa, proponendo un nuovo modello antropologico, culturale e sociale: «Il Cristianesimo pone all'educazione un fine nuovo: la salvezza dell'anima, una salvezza che può realizzarsi imitando Cristo. [...] Il bene è condizione per conoscere, non è il fine della conoscenza. [...] Educarsi è imparare ad amare il prossimo. [...] L'amore, la caritas, è il fulcro del rapporto

¹⁶³ L. Bellatalla & G. Genovesi, *op. cit.*, p. 60.

¹⁶⁴ *Ibidem.*

¹⁶⁵ R. Fornaca, *Storia della pedagogia*, La Nuova Italia, Firenze, 1991, p. 30.

¹⁶⁶ S. Santamaita, *Storia dell'educazione e delle pedagogie*, Bruno Mondadori, Milano, 2013, pp. 42-43.

educativo, la sua unica ragione di essere»¹⁶⁷. Su queste basi si costruisce la pedagogia medievale, impostata come catechetica e legata ad un'immagine del mondo come ordine, voluto da Dio. Come scrive Massa, infatti, «più che di fronte alla formazione di un discorso pedagogico, ci si trova di fronte a un insieme di enunciati teologici, etici e gnoseologici che hanno il loro nucleo di aggregazione entro una problematica di tipo catechetico. Il problema dell'insegnamento viene posto cioè a partire dal problema della trasmissione dei contenuti di fede»¹⁶⁸.

Tale modello si consolida fortemente anche nel corso dei secoli del Medioevo, durante i quali, nel mondo occidentale, la Chiesa rimane l'unica istituzione in grado di conservare e tramandare aspetti culturali, agendo dunque un particolare modello educativo, interamente compreso all'interno di una filosofia religiosa: «I monasteri furono le prime scuole che impartissero un insegnamento: essi offrivano l'unica forma di preparazione professionale, erano le sole università per l'indagine, e soli fungevano da case editrici per moltiplicare i libri: le loro biblioteche soltanto conservavano il sapere e i pochi scienziati del tempo erano formati da essi: insomma erano le uniche istituzioni educative di questo periodo»¹⁶⁹. Sempre la Chiesa risulta essere, in seguito, la promotrice di quelle che Saverio Santamaita definisce come «scuole urbane»¹⁷⁰, sorte tra l'VIII e il IX secolo all'interno delle città, intorno alla cattedrale, ma più a contatto con attività, ideali e valori del popolo laico: «L'affermazione delle città come luogo di aggregazione e di molteplici attività comportava la necessità di una presenza pastorale nel "secolo" [...] La scuola cattedrale accoglieva giovani che vivevano in famiglia, nella società, ed erano perciò portatori di finalità e bisogni più "laici" rispetto ai novizi del monastero»¹⁷¹.

Molti elementi sono, inoltre, portatori di educazione in questo periodo storico, come i discorsi dei predicatori (i Pontefici, i Monaci), volti a una conversione moralistica dai comportamenti additati come peccaminosi. In questo senso, come scrive Cambi, «la parola dei predicatori tende a farsi parola di maestri di vita morale»¹⁷².

Anche i cicli pittorici dipinti nei secoli medievali risultano opere educative volte a mettere in luce comportamenti esemplari, attraverso la loro raffigurazione; allo stesso modo, anche i testi letterari, quali la *Vita Nova* e la *Divina Commedia* di Dante, vengono pensati come scritti con

¹⁶⁷ L. Bellatalla & G. Genovesi, *op. cit.*, p. 70.

¹⁶⁸ R. Massa, *Le tecniche e i corpi. Verso una scienza dell'educazione*, Unicopli, Milano, 2003, p. 459.

¹⁶⁹ P. Monroe, E. Codignola, *Breve corso di storia dell'educazione*, Vallecchi, Firenze, 1924, citato in L. Bellatalla, G. Genovesi, *op. cit.*, p. 78.

¹⁷⁰ S. Santamaita, *op. cit.*, p. 50.

¹⁷¹ Ivi, pp. 50-51.

¹⁷² F. Cambi, *op. cit.*, 2009, p. 74.

un potenziale formativo, volto alla trasformazione di comportamenti: «La cura educativa che il Medioevo dedica all’immaginario ci indica sia il tasso di forte ideologia che attraversa quella società (feudale e poi mercantile) e, attorno al religioso, aggrega una visione del mondo che capillarmente si diffonde e modella espressioni e comportamenti»¹⁷³.

Con l’uscita dai secoli medievali, grazie a nuove scoperte geografiche, al venir meno del pericolo delle incursioni di popoli nemici, l’Europa ritrova una certa stabilità che consente, come si vedrà, il fiorire di rinnovati pensieri relativi all’uomo, delineando ulteriori direzioni e impostazioni per il sapere pedagogico.

2.1.3 Nuovi tratti del sapere pedagogico: dall’Umanesimo al mondo moderno

La rinascita dell’Umanesimo si pone come una riconsiderazione e una riconsacrazione dell’uomo, ripartendo dallo studio dei testi classici, in vista di una rinnovata acquisizione di conoscenza. In tale prospettiva la formazione umana assume una notevole importanza, focalizzandola in particolare sulle caratteristiche di umanità: «L’accento si sposta e batte sull’uomo; e il problema diventa quello di trovare il modo di plasmare uomini liberi, capaci di scoprire nuove vie e di creare nuove realtà. Il motivo dominante sarà la difesa degli studi liberali perché rendono libero l’uomo»¹⁷⁴. Si imposta in questo senso un aspetto fondamentale che caratterizzerà poi la pedagogia moderna, cioè quello della formazione di un uomo libero, non in stretta dipendenza da un’idea di Stato o Impero, ma semmai costruttore dello stesso sistema politico, in collaborazione con gli altri uomini: «Alle origini dell’educazione umanistica, incentrata [...] sugli *studia humanitatis*, vi era il proposito di formare un uomo nel quale sapere e buon gusto, intelligenza e capacità di stare adeguatamente nel proprio contesto sociale erano aspetti di un’unica e armonica realtà»¹⁷⁵. Esempio del discorso pedagogico umanistico è il pensiero di Erasmo Da Rotterdam, che propone una teorizzazione educativa costruita sull’amore per i classici dell’antichità e sulla formazione religiosa cristiana: «[Erasmo] attribuiva grande importanza educativa alla cultura classica, greca e latina, che ai suoi occhi rappresentava il deposito sapienziale dell’umanità per la ricchezza di legami sia con i grandi problemi dell’uomo sia con la vita quotidiana»¹⁷⁶.

L’epoca moderna, in seguito, afferma, in aggiunta a quanto teorizzato dal periodo umanistico, la necessità di un discorso pedagogico costruito sull’ideologia di un’educazione realistica,

¹⁷³ Ivi, p. 75.

¹⁷⁴ E. Garin, *L’educazione in Europa (1400-1600)*, Laterza, Bari, 1957, p. 112.

¹⁷⁵ P. Bianchini, L’educazione delle élites nell’età moderna, in G. Chiosso (a cura di), *Educazione, pedagogia e scuola dall’Umanesimo al Rinascimento*, Mondadori, Milano, 2012, p. 5.

¹⁷⁶ S. Santamaita, *op. cit.*, p. 62.

basata su rapporti produttivi di tipo proto borghese. Sono gli anni in cui, in seguito alla Riforma religiosa, si consolida anche l'esigenza di istruzione universale: «Lutero, in sostanza, auspicava un sistema di istruzione libero e grande come il Vangelo che egli predicava: come il Vangelo, ugualmente diretto a tutti, senza distinzioni di sesso o di classe sociale»¹⁷⁷; questa tendenza offre un ideale educativo che, insieme alla necessità di organizzazione metodologica delle nascenti istituzioni scolastiche, consente al discorso pedagogico un nucleo di aggregazioni tale per cui possa porsi come una vera e propria formazione discorsiva sull'educazione, istituendo anche, per la prima volta, un proprio specifico campo teorico.

In seguito, con l'opera ed il pensiero di Comenio (nome latinizzato di Jan Amos Komensky), il discorso pedagogico riesce a strutturare decisamente un proprio campo teorico, distinto da quello filosofico, etico o religioso. Comenio tenta infatti di riunire enunciati in campo religioso, morale, politico, filosofico e psicologico all'interno di una formazione discorsiva che istituisce il concetto di "metodo educativo", volto a sviluppare un processo con una precisa connotazione educativa, focalizzato sulla piena attuazione della natura umana, intesa come creatura razionale:

«Essere creatura razionale vuol dire saper indagare, nominare e classificare, cioè conoscere, nominare e intendere tutte le cose del mondo [...] in questo è compresa anche la conoscenza delle tecniche e l'arte della parola, affinché [...] in nessuna cosa, piccola o grande, ci sia qualcosa d'ignoto. Solo così egli potrà conservare il titolo di animale razionale, se conoscerà cioè le ragioni di tutte le cose»¹⁷⁸.

L'opera di Comenio risulta dunque orientata a una riflessione sull'educazione con l'intento di costruire un *corpus* di conoscenze scientifiche relative all'educare, facendo emergere, come scrivono Bellatalla e Genovesi, «il fatto che Comenio si sia posto *in primis* il compito estremamente arduo di definire un metodo per educare secondo norme scientifiche l'intera umanità. Questo implica la costruzione di un mondo comune della conoscenza, che sia veramente comune, dunque universale, affinché ogni uomo possa dapprima attingervi per formarsi e di lì successivamente partire per dare forma alle proprie idee particolari»¹⁷⁹.

L'importanza di Comenio sta, dunque, nell'aver definito un'autonomia epistemologica della pedagogia rispetto soprattutto al sapere filosofico, all'interno del quale era sempre stata compresa fino ad allora.

¹⁷⁷ W. Boyd, *op. cit.*, p. 210.

¹⁷⁸ G. Comenio, *La grande didattica*, a cura di A. Biggio, La Nuova Italia, Firenze, 1993, pp. 63-65.

¹⁷⁹ L. Bellatalla & G. Genovesi, *op. cit.*, p. 135.

In questo senso, dunque, nasce la pedagogia come regione delimitabile del sapere intorno alla realtà umana, definendo questa disciplina come una “metodologia dell’educazione”.

Lo sviluppo, in epoca moderna, del cosiddetto metodo sperimentale, di cui si è già ampiamente trattato, influisce notevolmente anche sul pensiero relativo alla formazione dell’uomo. Infatti, richiamando alcuni uomini di cultura già presentati nel primo capitolo, Cartesio, Bacone e Galileo, è necessario sottolineare come il loro pensiero influenzi molto anche la trattazione del discorso educativo. L’educazione europea del tempo si modella fortemente sulla riflessione cartesiana relativa alle regole fondamentali del metodo (evidenza, analisi, sintesi, enumerazione), sulla spinta di Bacone a fondare l’agire educativo su un metodo razionale, ispirato alla natura, anche con l’intento di rivolgere più facilmente a tutti la possibilità di accedere all’educazione e sull’impostazione di sapere e cultura formatasi a partire dall’affermazione del metodo sperimentale di Galileo. In questo modo il pensiero educativo si modella e si costruisce su caratteri di razionalità che mettono al centro il ruolo dell’intelletto, della ragione umana, considerati come contrapposti alle dimensioni corporee dell’uomo: «Da Galilei e da Cartesio hanno origine, oltre che una cultura e una rivoluzione scientifica che assumeranno sempre più caratteristiche politecniche [...], le proposte di nuovi curricula scolastici e, quel che più conta, una diversa formazione dei giovani. Per la pedagogia, per l’educazione, per la didattica ha anche inizio un confronto non solo più intuitivo, etico, retorico, ma scientifico»¹⁸⁰.

Da quel momento in poi lo sviluppo della pedagogia come disciplina scientifica si articola in una continua tensione tra l’avvicinarsi alla filosofia e il distaccarsene, cercando di costruire invece il sapere pedagogico a contatto con le nascenti scienze positive che riguardano l’uomo (la psicologia, l’antropologia, la fisiologia) e la società (la sociologia, l’etnologia, la criminologia): «La sudditanza verso la filosofia fu sostituita solo da un’altra sudditanza, non meno perniciosa per il costituirsi della pedagogia come scienza autonoma: quella verso le scienze naturali o verso altre scienze che sembravano poter vantare un solido impianto sperimentale come sicura garanzia di scientificità»¹⁸¹.

In questo senso, una tale strutturazione del pensiero educativo indirizza a una sorta di primo passaggio verso la costituzione di un sapere pedagogico definito “scientifico”, come si vedrà in seguito.

Proseguendo verso il 1700, un riferimento particolare va a Jean Jacques Rousseau, che teorizza un modo di intendere la pedagogia particolarmente peculiare; infatti, come scrive

¹⁸⁰ R. Fornaca, *op. cit.*, p. 106.

¹⁸¹ L. Bellatalla & G. Genovesi, *op. cit.*, p. 296.

Massa, «egli pratica la pedagogia come utopia, e cioè come un esperimento mentale teso a eliminare tutte le variabili che interferiscono con un controllo totale del processo educativo»¹⁸². Rousseau inizia a mettere il bambino al centro della teorizzazione pedagogica, sviluppando una nuova immagine dell'infanzia, «vista come vicina all'uomo di natura, buono e animato dalla pietà, socievole ma anche autonomo, come articolata in tappe evolutive tra loro assai diverse per capacità cognitive e atteggiamenti morali»¹⁸³.

Con la sua opera, inoltre, focalizza l'attenzione su alcune categorie che risulteranno centrali nel discorso sull'educazione, anche nelle epoche successive, quali la relazione educativa e l'importanza dell'ambiente all'interno di un processo educativo. Inoltre, è da sottolineare l'importanza che l'idea di Natura assume nel discorso di Rousseau: «La natura per Rousseau non è più un archetipo ontologico, ma un modello concettuale e un'istanza ideale cui tendere, di conseguenza chiunque si avvicini a un'opera educativa non può disattendere questa indicazione [...] Essa indica, in qualche modo, il bene che, per forza divina, pervade l'universo e segna l'umanità»¹⁸⁴. Intorno alla Natura, dunque, Rousseau costruisce il suo modello educativo, contrapponendolo alle istituzioni umane e civili, come avviene nel *Discorso sull'origine della disuguaglianza*, del 1754, in cui, pur senza trattare istanze educative o pedagogiche, vengono poste le basi per considerare la Natura come un ideale a cui tendere.

In autori come Friedrich Wilhelm Fröbel e Johann Friedrich Herbart, nel primo Ottocento, il discorso pedagogico rimane animato da un nucleo metafisico: in Fröbel, ad esempio, la pedagogia si costituisce a partire dall'idea di metafisica, intendendo sottolineare che «anche quando il suo discorso si arricchisce di molteplici componenti operative, è sempre animato da un nucleo metafisico»¹⁸⁵. Per Fröbel il fine dell'educazione è costituito dallo stimolare e sviluppare l'energia creatrice, parte del divino che è nell'uomo: «Il suo modo di concepire il significato dell'educazione deriva direttamente dalla sua idea della natura umana come espressione dell'attività divina»¹⁸⁶; si cerca, dunque, di favorire il libero agire di chi si educa, dapprima nel gioco e poi nel lavoro. Compito dell'educatore sarà dunque quello di seguire e guidare i giochi dei bambini e, successivamente, legare il gioco al lavoro. Fröbel viene soprattutto ricordato per la proposta educativa dei “giardini d'infanzia”, luogo costruito per mettere in atto un'educazione dell'infanzia improntata alla creatività: «I doni e gli altri mezzi

¹⁸² R. Massa, *op. cit.*, 2003, p. 461.

¹⁸³ F. Cambi, *op. cit.*, 2009, p. 151.

¹⁸⁴ L. Bellatalla & G. Genovesi, *op. cit.*, p. 162.

¹⁸⁵ R. Massa, *op. cit.*, 2003, p. 462.

¹⁸⁶ W. Boyd, *op. cit.*, p. 384.

ricreativi fröbeliani, scelti per soddisfare tutti gli istinti o tendenze fondamentali del fanciullo, e cioè quella del gioco, del lavoro, del sapere, dell'arte e della religione, determinano il processo conoscitivo della natura attraverso lo svolgersi di forme geometriche»¹⁸⁷.

L'opera di Herbart, invece, affronta per la prima volta in maniera esplicita il problema della specificità di un'epistemologia pedagogica. La soluzione prospettata da Herbart è quella di una filosofia applicata, le cui basi scientifiche sono collocate da Herbart anche nella psicologia, per chiarire i processi conoscitivi, ovvero i mezzi per perseguire l'educazione, e nell'etica, che permette di individuare criteri valutativi del comportamento, ossia i fini dell'educazione. Entrambe tali discipline rimangono tuttavia, nel pensiero di Herbart, strutturate a partire da una metafisica filosofica, garantendo il primato della filosofia come disciplina da cui la pedagogia scaturisce. La prospettiva di Herbart si colloca, infatti, fortemente all'interno dell'etica, che sarebbe il fondamento dei fini dell'educazione, rivolta principalmente a formare nell'individuo il concetto di moralità. Un tale pensiero relativamente a significato e caratteristiche dell'educazione, anche in termini epistemologici, consente a Carlo Fedeli di definire Herbart come «il primo pedagogista nel senso moderno dell'espressione»¹⁸⁸, in quanto «elabora una riflessione organica sul significato e le caratteristiche della pedagogia, sia rispetto all'individuazione dei fini educativi, sia come elaborazione delle pratiche educative più efficaci per raggiungerli»¹⁸⁹.

Tutti i passaggi evidenziati in questa sezione del paragrafo permettono di evidenziare i diversi movimenti compiuti dal processo di costruzione del sapere pedagogico, verso una sua definizione epistemologica e disciplinare che, nel corso dell'Ottocento, del Novecento e nel periodo contemporaneo, come si vedrà, assumeranno una direzione peculiare in vista della definizione "scientifica" del discorso pedagogico.

2.1.4 La nascita della pedagogia scientifica

A partire dalla seconda metà del 1800 si delineano peculiari caratteristiche e direzioni del lungo processo relativo alla costituzione del sapere pedagogico, come tentativo di separazione dalla filosofia e di costituzione di una disciplina autonoma, definita dal punto di vista epistemologico e metodologico.

La spinta positivista verso il progresso dell'umanità vede nell'istruzione e nell'educazione dei doveri basilari, ma tale educazione deve essere concepita su una base sperimentale, che

¹⁸⁷ L. Bellatalla & G. Genovesi, *op. cit.*, p. 181.

¹⁸⁸ Carlo Fedeli, *Verso la pedagogia come scienza autonoma*, in Chiosso (a cura di), *op. cit.*, p. 81.

¹⁸⁹ *Ibidem*.

renda la pedagogia una scienza esatta, fondata sull'osservazione sistematica dei fatti, che andranno tra loro collegati, per giungere a leggi universali: «Il motivo centrale che ha caratterizzato il positivismo pedagogico, pur nella varietà delle sue articolazioni e dei suoi sviluppi, sta nell'aver proposto come metodo d'indagine quello scientifico, fino a fargli assumere valenze di tipo totalizzante, con non pochi e significativi approdi su quelle spiagge metafisiche dichiarate, in partenza, inaffidabili»¹⁹⁰.

Lo sforzo è quello di rinnovare il metodo e il contenuto della pedagogia attraverso l'assunzione del paradigma scientifico, induttivo e sperimentale, articolato in saperi fondati su "fatti". Cambi scrive a proposito: «È soprattutto il Positivismo a delineare il modello di scienza a cui la pedagogia deve adeguarsi ed è una scienza fortemente ideologica e dogmatica, che lavora in pedagogia soprattutto attraverso i principi-guida dell'evoluzionismo (Spencer, Ardigò) e della sociologia positiva (Durkheim)»¹⁹¹.

Esemplari di questo movimento della pedagogia verso lo sperimentalismo sono le opere di Claparède e di Decroly, in cui la psicologia sperimentale diventa anche pedagogia sperimentale, prevalentemente applicata al mondo della scuola. Infatti, seguendo modelli sperimentali per mettere alla prova i metodi educativi, «Decroly trasferì ai ragazzi normodotati i metodi educativi sperimentati con i soggetti handicappati, elaborando alcuni principi destinati a restare nell'attivismo e più in generale nella pedagogia contemporanea: *l'individualizzazione [...], la globalizzazione [...], i centri di interesse*»¹⁹². Anche Durkheim, in campo sociologico, dà inizio ad una sociologia dell'educazione di tipo descrittivo, riconducibile ad una epistemologia positivista. Infatti, secondo quanto scrive Fornaca relativamente al pensiero di Durkheim, «l'educazione costituisce una costante dei processi sociali; non può esistere società senza rapporti, consci e inconsci, educativi. [...] Si rendeva conto che il passaggio da una pedagogia filosofica a una scientifica richiedeva la messa a punto di un metodo, di uno statuto, di un linguaggio scientifico»¹⁹³.

Questa tendenza a "sganciare" la pedagogia dalla filosofia, per costruirla intorno ai canoni della scientificità positivista, non esclude pensieri e opere importanti come quelle di Giovanni Gentile in Italia e di John Dewey in America, che, pur con riferimenti teorici e valoriali differenti, identificano la pedagogia con la stessa filosofia. Sono questi movimenti alterni e contrari della costruzione del sapere pedagogico nel corso dei secoli, che sembrano ricordare quanto la pedagogia abbia un'intrinseca necessità a rapportarsi con altri saperi, *in primis* con

¹⁹⁰ R. Fornaca, *op. cit.*, p. 98.

¹⁹¹ F. Cambi, *op. cit.*, 2009, p. 263.

¹⁹² S. Santamaita, *op. cit.*, p. 103.

¹⁹³ R. Fornaca, *op. cit.*, p. 234.

quello filosofico. Infatti, come scrivono Bellatalla e Genovesi, accostando le opere di Gentile e Dewey, «entrambi partono dalla filosofia per accedere alla riflessione sull'educazione. Gli esiti di questo processo sono diversi, ma l'esigenza di fondo resta la stessa: delineare il congegno concettuale dell'Educazione, sulla scorta del principio dello sviluppo e del divenire»¹⁹⁴. Entrambi contraddistinti da un forte legame con la filosofia hegeliana, si muovono poi verso direzioni diverse: Gentile cerca infatti di ricondurre l'educazione allo sviluppo dello spirito, senza arrivare dunque a delineare una disciplina specifica che possa occuparsi di educazione, essendo questa totalmente compresa nel campo della filosofia. Per Dewey, invece, il sapere filosofico confluisce in un discorso sull'educazione che, configurandosi come teoria, lascia legato alla filosofia non l'oggetto dell'educazione, ma il suo apparato metodologico. In questo senso, Dewey riesce ad unire nella sua costruzione del discorso pedagogico un nucleo filosofico originario della disciplina, con la considerazione e l'utilizzo del metodo scientifico per organizzarne la metodologia.

La pedagogia di Dewey, infatti, appare come intimamente intrecciata all'epistemologia positivista e alle ricerche delle scienze sperimentali, a cui l'educazione inizia a ricorrere per definire più correttamente i propri problemi. Il pensiero di Dewey, infatti, nella sua estesa riflessione circa la fondazione scientifica della pedagogia, «si pone come 'pedagogia scientifica' in ragione dell'estensione positivista del metodo scientifico ai fenomeni umani»¹⁹⁵. Dewey costruisce però il suo pensiero in maniera strettamente connessa anche con la filosofia: la sua pedagogia è infatti impegnata a costruire una filosofia dell'educazione che assume un ruolo assai importante anche in campo sociale e politico, dal momento che ad essa viene delegato lo sviluppo democratico della società e la formazione di un cittadino con mentalità moderna, scientifica e aperta alla collaborazione. Scrive Santamaita relativamente al pensiero pedagogico di Dewey: «L'educazione ha un ruolo fondamentale che la lega saldamente alla democrazia: è educazione al pensiero riflessivo, al metodo scientifico e insieme al "retaggio dei valori" della società democratica»¹⁹⁶.

Nell'opera *Come pensiamo*, del 1910, egli cerca di costruire un paradigma di educazione universale, basato sulla struttura e sulla funzione del pensiero, che costruisce le condizioni di crescita di ogni soggetto, permettendo di acquisire significati, nonché di ampliare quanto viene dotato di senso a partire dall'esperienza vissuta. Egli parla di scienza dell'educazione e non di "scienze": «Altre forme di sapere – la psicologia, la biologia, la sociologia – sono per

¹⁹⁴ L. Bellatalla & G. Genovesi, *op. cit.*, p. 256.

¹⁹⁵ R. Massa, *op. cit.*, 2003, p. 464.

¹⁹⁶ S. Santamaita, *op. cit.*, pp. 110-111.

lui *fonti*, cioè punti di riferimento con cui dialogare, forme di manifestazione dell'educazione o strumenti per meglio organizzarla, ma non saperi che hanno giurisdizione concettuale sull'educazione stessa»¹⁹⁷.

Altri due importanti contributi vengono rivolti alla riflessione pedagogica nel corso del Novecento, da parte del marxismo e della psicoanalisi. Nel marxismo, sviluppatosi come una sorta di scienza storico-sociale onnicomprensiva, la pedagogia vi è stata intesa come «critica dell'ideologia, di cui l'educazione e la sua scienza costituirebbero il modo fondamentale d'essere»¹⁹⁸. Viene in questo senso proposto un legame dialettico tra educazione e società, «secondo il quale ogni tipo di ideale formativo e di pratica educativa risente di valori e interessi ideologici, connessi alla struttura economico-politica della società che li esprime e agli obiettivi pratici delle classi che la governano»¹⁹⁹. In Italia il pensiero marxista viene riportato in particolare da Antonio Labriola (1843-1904): egli sostiene con forza l'educazione politica del proletariato, vista come condizione essenziale per conquistare il potere, auspicando dunque una sempre maggior interazione tra educazione e lotta politica, insieme alla trasformazione della società verso un modello socialista.

Anche l'opera di Freud, seppur orientata in campo psicoanalitico, offre alla pedagogia una riflessione relativa ai fondamenti materiali del processo educativo, infatti «la psicoanalisi ha configurato la pedagogia come demistificazione dei mascheramenti inconsci con cui le istanze pulsionali tendono a emergere nella coscienza, e dei meccanismi con cui l'Io tende a difendersene, e cioè anch'essa come critica di prodotti ideologici»²⁰⁰.

Come già evidenziato, i caratteri di complessità e crisi rispetto ai modelli culturali fino ad allora costruiti nel mondo europeo, portati dalle guerre mondiali, dalla psicanalisi freudiana e dal marxismo, appena ricordati, creano profondi mutamenti e ripensamenti anche all'interno dei discorsi pedagogici, che si dirigono verso una profonda trasformazione.

2.1.5 Dalla pedagogia alle scienze dell'educazione

In seno agli elementi di complessità emersi nella seconda metà del Novecento, avviene una svolta fondamentale per la pedagogia. Ci si riferisce al cosiddetto passaggio dalla pedagogia alle scienze dell'educazione: «Da un sapere unitario e “chiuso” si è passati a un sapere plurale e aperto; dal primato della filosofia si è passati a quello delle scienze»²⁰¹. L'idea di pedagogia

¹⁹⁷ L. Bellatalla & G. Genovesi, *op. cit.*, p. 265.

¹⁹⁸ R. Massa, *op. cit.*, 2003, p. 466.

¹⁹⁹ F. Cambi, *op. cit.* 2009, p. 308.

²⁰⁰ R. Massa, *op. cit.*, 2003, p. 466.

²⁰¹ F. Cambi, *op. cit.*, 2003, p. 339.

intesa come sapere unitario dell'educazione declina, mentre si affaccia l'ipotesi di una serie di discipline ausiliarie/constitutive del sapere pedagogico-educativo: dalla psicologia alla sociologia, fino alle specializzazioni più tecniche e settoriali, come la docimologia e le tecnologie educative. Rientrano in queste scienze tutti quei saperi specializzati e autonomamente costituiti di cui è necessario tener conto per affrontare la complessità dei fenomeni educativi, che devono essere letti e compresi attraverso molteplici discipline. Tale cambiamento investe in maniera simile il discorso pedagogico internazionale: molti studiosi, infatti, scrivono e riflettono riguardo a tale passaggio in alcune importanti opere. Esempi in questo senso possono essere *Le scienze dell'educazione* (1976) di Gaston Mialaret, *La scienza dell'educazione* (1976) di Wolfgang Brezinka, *Pedagogia e scienze dell'educazione* (1978) di Aldo Visalberghi.

Tale svolta muta soprattutto l'immagine del sapere pedagogico, che viene configurandosi come iper-complesso, costituito da molteplici scienze dell'educazione; in questo senso Maria Grazia Riva descrive questo momento come una sorta di "dissoluzione" della pedagogia, «che ha visto sottratta al suo consueto dominio disciplinare una serie di aree di studio e ricerca, quali lo studio dell'evoluzione psicologica del soggetto, dalla nascita all'età adulta, l'analisi teoretica delle categorie filosofiche implicate dall'educazione, l'approfondimento dei condizionamenti sociali, culturali, demografici, politici ed economici sul sistema educativo»²⁰².

In primo luogo, dunque, una siffatta costruzione del sapere pedagogico sembra decisamente orientarsi in un distacco dalla filosofia, per andare verso lo specialismo di altri tipi di scienze. Successivamente, grazie anche al fermento culturale portato dalla svolta ermeneutica nelle scienze umane, dalla filosofia fenomenologica e dalle epistemologie della complessità, già approfondite nel primo capitolo, si identifica la necessità di sottoporre il complesso sapere pedagogico a un coordinamento riflessivo e capace di sviluppare anche una radicale autoriflessione. In questo senso lo sforzo andrà nella direzione di tematizzare lo specifico oggetto pedagogico e di riavvicinarsi alla filosofia in maniera rinnovata. In tale contesto viene dunque a ricostituirsi anche il rapporto tra pedagogia e filosofia, infatti, come scrive Tarozzi, «la pedagogia non può sottrarsi alla necessità di riflettere su se stessa. Questa attività riflessiva si rivolge non solo alle molteplici risposte che giustificano la scelta pedagogica di questa o quella azione educativa, ma si concentra anche intorno alla propria idea di sapere,

²⁰² M. G. Riva, *Il lavoro pedagogico come ricerca dei significati e ascolto delle emozioni*, Guerini, Milano, 2004, p. 21.

alla propria costituzione teorica, all'impianto trascendentale di idee indipendentemente dalla loro applicazione al piano pragmatico»²⁰³.

L'esercizio di un controllo riflessivo sulla molteplicità di saperi che compongono il sapere pedagogico chiama in causa la centralità della riflessione filosofica che, seguendo le parole di Cambi, «come epistemologia (rigorizzazione logico-scientifica e filosofica del discorso) e come axiologia (scelta di valori-guida per l'elaborazione pedagogica ed educativa) si dispone quale frontiera imprescindibile di ogni esercizio o comprensione del discorso pedagogico nella sua interezza»²⁰⁴. In questo senso la filosofia dell'educazione è oggi «il sigillo formale del discorso pedagogico e il modello (discorsivo) della problematizzazione radicale dei suoi "problemi"»²⁰⁵.

Dalla fine degli anni Settanta e ancor più negli anni Ottanta e Novanta, lo sforzo culturale in ambito pedagogico diventa sempre più quello di definire uno specifico statuto scientifico per la pedagogia. Un tale sforzo si articola in due principali direzioni, basate su differenti filosofie di riferimento, definite *analitica* e *continentale*: «La distinzione analitici/continentali, anche se non a livello lessicale, comincia a delinarsi sin dagli anni Trenta, quando la filosofia analitica inizia a interrogarsi sulla possibilità di disciplinare il linguaggio filosofico, distinguendo nettamente tra una riflessione che si appoggia su un linguaggio formalizzato e una che fa uso di argomentazioni non lineari, né logiche, né controllabili»²⁰⁶. L'approccio analitico costruisce una pedagogia basata su un'ontologia oggettiva, conoscibile grazie a metodi quantitativi e nomotetici: «In generale, approccio analitico ha significato soprattutto il tentativo di costruzione scientifica dell'impianto della pedagogia, con un riferimento però a un paradigma scientifico, proprio delle scienze naturali e sperimentali. C'è quasi un rifiuto per tutto ciò che ha un vago sapore astratto e teoretico, oppure che sia ideologicamente determinato»²⁰⁷.

Il punto di vista continentale, invece, considera la costituzione esistenziale del mondo come esito di un processo costruttivo, «di conseguenza la verità non esisterebbe, o quantomeno non sarebbe raggiungibile, e per certo non è l'obiettivo della ricerca scientifica, né della conoscenza del mondo, né dei percorsi di insegnamento-apprendimento»²⁰⁸.

Questi orientamenti, comuni alle pedagogie del mondo europeo contemporaneo, si articolano e si sviluppano in modo peculiare e caratteristico nelle singole comunità scientifiche nazionali,

²⁰³ M. Tarozzi, *op. cit.*, p. 75.

²⁰⁴ F. Cambi, *op. cit.*, 2009, p. 341.

²⁰⁵ F. Cambi, *Introduzione alla filosofia dell'educazione*, Editori Laterza, Roma-Bari, 2008, p. 5-6.

²⁰⁶ M. Tarozzi, *op. cit.*, p. 77.

²⁰⁷ Ivi, p. 96.

²⁰⁸ Ivi, p. 94.

dando vita a correnti e movimenti rivolti alla costruzione del sapere pedagogico diversi tra loro.

Non potendo descrivere compiutamente in questa sede le specifiche caratterizzazioni nazionali, il paragrafo successivo, basandosi su quanto scritto finora, cercherà di descrivere il dibattito pedagogico costruitosi nella realtà italiana nel corso dell'ultimo secolo, in modo da poter meglio comprendere quanto verrà successivamente trattato relativamente al passaggio dal sapere pedagogico alla formazione di professionisti dell'educazione nel contesto italiano.

2.2 Le direzioni assunte dalla pedagogia italiana nell'età contemporanea

Anche in Italia, nel corso del secondo Novecento, le tendenze del pensiero pedagogico si sono dirette in parte verso un approccio analitico e, soprattutto, verso l'orientamento continentale, volti alla costruzione di un sapere pedagogico che presentasse caratteri di definizione disciplinare ed epistemologica. In questo senso, il paragrafo cercherà di tematizzare i contributi principali che, all'interno dei due diversi approcci alla pedagogia, hanno animato e animano il dibattito nazionale relativo al sapere pedagogico.

2.2.1. Contributi di tipo analitico al pensiero pedagogico italiano

Come ricorda Tarozzi, «non si può dire che in Italia si possa rintracciare una scuola analitica così ben definita come lo è stata ad esempio nel Regno Unito»²⁰⁹. Un pensiero pedagogico di tipo analitico si sviluppa nel contesto italiano, ma pochi sono gli autori che ad esso aderiscono, non riuscendo a costituire una folta tradizione di riferimento.

Importante contributo in questa direzione è sicuramente stato quella di Carmela Metelli Di Lallo che, attraverso il testo *Analisi del discorso pedagogico* del 1966, propone un'accurata analisi logica e scientifica del linguaggio della pedagogia: «Gli aspetti di novità e di rilievo del volume, con particolare riferimento alle sollecitazioni prospettate in ordine allo statuto epistemico della pedagogia sperimentale, possono essere ricondotti principalmente all'attenta e rigorosa analisi condotta sui costrutti linguistici operanti in pedagogia»²¹⁰. In questa direzione, anche Alberto Granese²¹¹ e Sergio De Giacinto²¹² rilanciano un punto di vista analitico alla concezione e all'impostazione del discorso pedagogico.

²⁰⁹ *Ibidem*.

²¹⁰ V. La Rosa, *Linee evolutive della pedagogia sperimentale in Italia. Modelli, temi, figure*, Franco Angeli, Milano, 2012, p. 171.

²¹¹ Cfr. A. Granese, *Filosofia analitica e problemi educativi*, La Nuova Italia, Firenze, 1968; A. Granese (a cura di), *Analisi logica dell'educazione*, La Nuova Italia, Firenze, 1971.

Quanto contraddistingue un tale indirizzo di teorizzazione pedagogica in Italia è un'attenzione alle problematiche epistemologiche della disciplina, all'analisi del linguaggio educativo e di alcuni importanti elementi dell'educazione, come ricorda Fornaca: «Originale risulta anche l'analisi del linguaggio educativo [...]; le scelte, gli atteggiamenti linguistici diventano fondamentali rispetto alle modalità, alle problematiche, agli esiti dei rapporti educativi. La stessa analisi è, in termini esemplari, utilizzata a proposito del gioco di cui mettono in evidenza le regole e la libertà. Non c'è gioco che non abbia le sue regole espresse, inespresse con sequenze, atti, simboli»²¹³.

L'importanza di tale tipo di approccio è visibile principalmente nel tentativo di costruire un impianto scientifico per il sapere pedagogico, basato principalmente sulle scienze di tipo naturale e sperimentale. I contributi analitici italiani non sono numerosi e, soprattutto, non creano una vasta scuola di pensiero che possa orientare il dibattito nazionale. Tarozzi cerca di spiegare questo fenomeno anche in relazione alla vicinanza geografica dell'Italia rispetto ai nuclei di origine ed espansione dell'approccio continentale: «Forse perché l'Italia, geograficamente, appartiene a quell'area continentale dell'Europa che ha prodotto uno dei due poli dell'antinomia di cui ci stiamo occupando»²¹⁴.

In questo senso, dunque, una pedagogia basata su una filosofia analitica abita il dibattito nazionale italiano, ma in maniera meno forte, diffusa e articolata al suo interno, rispetto a quanto creato dai numerosi e compositi contributi continentali.

2.2.2 I contributi della pedagogia continentale italiana

L'approccio continentale ha costituito la base filosofica per una consistente serie di contributi allo sviluppo del sapere pedagogico italiano, configurandosi come «un vastissimo movimento, largamente prevalente, rispetto al suo corrispettivo analitico, nell'Europa continentale e, quindi, anche in Italia, soprattutto negli ultimi decenni»²¹⁵. I tratti comuni della pedagogia continentale, prima ricordati, hanno generato in Italia una vasta gamma di indirizzi e orientamenti che si proverà brevemente ad illustrare, seguendo la trattazione e l'articolazione proposte a riguardo da Tarozzi nel suo *Pedagogia Generale*, in quanto determinanti per il dibattito attualmente presente nella comunità scientifica pedagogica nazionale.

²¹² Cfr. S. De Giacinto, *Educazione come sistema. Studi per la formalizzazione della teoria pedagogica*, la Scuola, Brescia, 1977.

²¹³ R. Fornaca, *op. cit.*, pp. 275-276.

²¹⁴ M. Tarozzi, *op. cit.*, pp. 94-95.

²¹⁵ Ivi, p. 98.

Personalismo

Numerosi autori italiani inscrivono la loro opera e il loro pensiero all'interno di tale corrente, definita come «un orizzonte di significato cui si richiamano svariati autori e scuole»²¹⁶. Al centro del pensiero personalista vi è l'idea di "persona" come fulcro di ogni teorizzazione. In particolare, soprattutto autori di ispirazione cattolica hanno fatto riferimento a questo orizzonte, considerando, come scrive Santamaita, «l'importanza dei valori cristiani come connotato inscindibile dello stesso concetto di persona, nel solco della tradizione cattolica che in un certo senso viene aggiornata in risposta alle sfide della società contemporanea»²¹⁷. Esponenti di rilievo del personalismo italiano sono Flores D'Arcais, Aldo Agazzi e una serie di contributi collocatisi lungo diverse tematiche pedagogiche: Luisa Santelli Beccegato nella pedagogia sociale, Don Carlo Nanni nell'interdisciplinarietà delle scienze dell'educazione, Luciano Corradini relativamente all'istituzione scolastica.

Fenomenologia (correnti problematiciste, esistenzialiste, ermeneutiche)

Sulla base dell'influsso derivante dalla filosofia fenomenologica di Husserl, che grande influenza ha esercitato sulla rivisitazione della cultura europea a partire dal secondo Novecento, vi è poi il composito movimento fenomenologico, sistematizzato e teorizzato in ambito pedagogico da parte di Piero Bertolini, che imposta una considerazione della pedagogia intesa come scienza fenomenologicamente fondata:

«L'approccio fenomenologico in pedagogia, infatti, consente di garantire quel rigore scientifico necessario per superare l'estemporaneità di molti, troppi interventi educativi, senza però cadere in un esasperato scientismo o dogmatismo intellettuale [...]. Dal punto di vista dell'epistemologia pedagogica, lo spostamento del *focus* dagli oggetti del reale alla relazione tra oggetti e soggetti consente di aprire nuovi orizzonti alla possibilità e ai modi attraverso cui gli individui conoscono, o meglio *intenzionano*, il mondo e altri individui»²¹⁸

Nel testo *L'esistere pedagogico*, Bertolini propone l'idea di una pedagogia come scienza autonoma, fondata nell'universo di riferimento della filosofia fenomenologica di Husserl. In questo senso, Bertolini scrive: «[La metodologia fenomenologica] ci consente di pervenire all'ipotesi di una pedagogia come scienza autonoma in quanto corrispondente ad una *regione*

²¹⁶ Ivi, p. 99.

²¹⁷ S. Santamaita, *op. cit.*, p. 116.

²¹⁸ M. Tarozzi, *op. cit.*, p. 202.

ontologica ben connotata e distinta come quella che si riferisce al fenomeno o meglio all'insieme dei fenomeni che definiamo educativi»²¹⁹.

Sempre sulla base della filosofia fenomenologica, «che ha impresso alla filosofia continentale un decisivo e amplissimo contributo verso un pensiero antimetafisico e al tempo stesso antipositivistico; rigoroso ma non rigidamente scienziato; attento alla dimensione esistenziale, anche con implacabili esplorazioni della crisi, senza però cadere nel nichilismo»²²⁰, in Italia si sono sviluppate diverse direttrici di indagine. A partire dal pensiero di Antonio Banfi si sviluppa una pedagogia cosiddetta “problematicista”, centrata sull'idea del «valorizzare la formazione razionale del soggetto secondo un'idea di ragione problematica e aperta»²²¹. Una tale visione della formazione umana, ponendo notevole importanza all'educazione della ragione umana e alla riflessione filosofica su essa, indica inoltre un ulteriore filone di indagine pedagogica, definita come fenomenologico-esistenziale, concentrato sulla rivalutazione del soggetto, nelle sue condizioni di gettatezza, complessità e contraddittorietà, ma anche nelle sue possibilità di significare e costruire senso nel mondo. Giovanni Maria Bertin, allievo di Banfi, sistematizza ulteriormente le direzioni evidenziate dall'opera banfiana; rivendica alla pedagogia una complessità che scaturisce direttamente dalla consapevolezza della problematicità dell'esperienza e dalla tensione di affrontarla attraverso l'istanza teorica e l'istanza prassica attraverso le quali interpretare la complessità dei fatti educativi. Sottolinea, inoltre, l'esigenza di una pedagogia fondata su un'impostazione problematica della razionalità, giustificando la piena autonomia della pedagogia, capace di definire fini e mezzi dell'educazione, «e cioè l'ideale educativo e la sua concreta possibilità di attuazione, in relazione a concreti problemi sociali, economici, politici, religiosi, insorgenti da una determinata situazione storica»²²².

Partendo sempre da un orizzonte filosofico fenomenologico, a partire dagli anni Ottanta si costruisce all'interno del dibattito pedagogico italiano un approccio basato sul paradigma ermeneutico, considerando «l'interpretazione come capacità di dare senso al mondo»²²³. Seguendo un tale orizzonte, l'epistemologia pedagogica si direziona decisamente verso la comprensione della pluralità di approcci delle scienze dell'educazione, proponendo un'operatività educativa fortemente concentrata sul rapporto tra soggetti che incontrano e comunicano la propria storia e il proprio universo semantico: «[La pedagogia] a impostazione

²¹⁹ P. Bertolini, *op. cit.*, 1999, pp. 146-147.

²²⁰ M. Tarozzi, *op. cit.*, p. 101.

²²¹ F. Cambi, *op. cit.*, 2009, p. 362.

²²² G. M. Bertin, *Introduzione al problematicismo pedagogico*, Marzorati, Milano, 1951, p. 52.

²²³ M. Tarozzi, *op. cit.*, p. 103.

fenomenologica ed ermeneutica vuole portare il soggetto, sempre partendo da situazioni problematiche, contraddittorie, a esplorare, capire, partecipare, interpretare, cogliere l'essenza dei problemi, la natura dell'essere»²²⁴.

Si collocano all'interno di un tale orizzonte filosofico, anche quei contributi di studio e ricerca centrati sull'uso delle narrazioni all'interno della disciplina pedagogica: ad esempio, l'opera di Duccio Demetrio²²⁵ relativa alla scrittura autobiografica arricchisce il dibattito pedagogico nazionale di una particolare attenzione alle storie di vita nel corso della formazione durante l'intero arco di vita.

Strutturalismo e post-strutturalismo

L'influenza della filosofia sviluppata dai filosofi francesi Gilles Deleuze, Jacques Derrida, Michel Foucault, seppur non riuniti in una scuola unitaria, si estende anche alla disciplina pedagogica, creando un approccio identificato da Tarozzi col termine «post-strutturalismo»²²⁶. Il riferimento è allo strutturalismo francese degli anni Cinquanta (Louis Althusser, Claude Lévi-Strauss, Jacques Lacan) che insisteva sulla nozione delle strutture presenti nella società che definiscono, significano i singoli individui, prevalendo su essi. Il post-strutturalismo, in aggiunta a questi elementi, aggiunge una riflessione sulle strutture latenti oltre a quelle materiali, interrogandosi sulla possibilità scientifica di definirle. L'avvicinamento a una tale posizione filosofica ha generato in pedagogia risvolti soprattutto relativi all'epistemologia: «L'esperienza educativa non è descrivibile in termini di relazioni intersoggettive, storiche, legate alla visione del mondo, ma è determinata da strutture istituzionali, condizionamenti mentali, sistemi simbolici propri di impianti disciplinari»²²⁷. In Italia tale approccio è stato seguito in maniera importante nella pedagogia scolastica, con riferimento alle opere di Lydia Tornatore²²⁸, Clotilde Pontecorvo e Luisa Fusè²²⁹.

Più tardi anche Riccardo Massa si collocherà in tale orizzonte post-strutturalista, dando un importante contributo sul versante epistemologico di costituzione del sapere pedagogico, che riflette sulle strutture materiali fondanti di quello che, mutuando il termine da Foucault, egli chiama *dispositivo pedagogico*. Scrivendo relativamente alla definizione epistemologica di una disciplina pedagogica, Massa afferma:

²²⁴ R. Fornaca, *op. cit.*, p. 283.

²²⁵ A titolo di esempio, tra i numerosi testi di Duccio Demetrio, può essere citato *Raccontarsi. L'autobiografia come cura di sé*, Raffaello Cortina, Milano, 1996.

²²⁶ M. Tarozzi, *op. cit.*, p. 104.

²²⁷ Ivi, p. 105.

²²⁸ Cfr. L. Tornatore, *Educazione e conoscenza*, Loescher, Torino, 1974.

²²⁹ Cfr. C. Pontecorvo & L. Fusè (a cura di), *Il curriculum: prospettive teoriche e problemi operativi*, Loescher, Torino, 1981.

«Si tratta come si vede di saperi molteplici ed eterogenei [...]. Eppure tutto questo è oggi sapere della formazione e ricerca educativa di vario tipo [...]. Non si può di certo tendere né a una sintesi enciclopedica né a un suo accorpamento unitario[...]. Si è però ricondotti all'esigenza di una scienza pedagogica distinta, in cui i vari saperi della formazione ritrovino peraltro il loro asse più significativo di gravitazione culturale. Una scienza incentrata anzitutto sui dispositivi dell'azione educativa e sulla loro struttura latente»²³⁰.

La pedagogia, secondo il pensiero di Massa, fonda la sua identità e specificità nell'individuare un oggetto di studio specifico, cioè l'accadere educativo. Maria Grazia Riva, relativamente all'idea di Massa circa la peculiarità pedagogica, ricorda come l'autore proponesse una concezione della pedagogia come «ricerca, analisi, studio della concreta “materialità educativa”, considerata in particolare nei suoi aspetti e livelli più nascosti, le cosiddette “latenze pedagogiche”»²³¹. La pedagogia non si configura dunque semplicemente come la teoria che prescrive come debba essere un'educazione “buona” ma è la scienza che studia l'educazione nel suo accadere, per arrivare a comprendere tale agire, per conoscere quello che Massa chiama “il dispositivo” educativo, descrivendolo brevemente attraverso le parole di Raffaele Mantegazza²³², allievo di Massa, come un insieme strutturato e solo parzialmente visibile di norme, oggetti, rituali, fantasmi, proiezioni, tecniche, metodologie, prescrizioni, soggetti; il dispositivo è dunque sia la rete che si stabilisce tra elementi eterogenei, sia la natura del legame tra gli elementi, sia la funzione strategica cui tale insieme risponde, sia infine la surdeterminazione funzionale di ciascun elemento sull'altro. In questo orizzonte, la declinazione filosofica della pedagogia non si realizza nell'indicazione di principi, fini e valori, ma come riflessione critica sull'educazione, sull'analisi e rielaborazione dei suoi significati, delle sue dinamiche e della sua struttura.

Prospettive sistemiche, costruttiviste e di complessità epistemologica

Resta da accennare, per chiudere questa breve trattazione sul composito panorama nazionale contemporaneo relativamente al sapere pedagogico, la prospettiva sistemico-costruttivista e della complessità. Un tale approccio si riferisce direttamente a quel filone di studi, già

²³⁰ R. Massa, *Istituzioni di pedagogia e scienze dell'educazione*, Laterza, Roma-Bari, 1999, p. 580.

²³¹ M. G. Riva, *op. cit.*, 2004, p. 22.

²³² A tale riguardo si può consultare il testo di R. Mantegazza, *Filosofia dell'educazione*, Mondadori, Milano, 1998, intorno alle pagine 65-70.

delineato nel corso del primo capitolo, che si è interrogato sulle possibilità e le modalità di articolazione del sapere scientifico, intorno all'idea di una "epistemologia della complessità". La teoria generale dei sistemi (Ludwig Von Bertalanffy) sposta l'attenzione dalle singole entità costituenti una realtà alle loro relazioni e alle norme che regolano tali scambi. La prospettiva di studio di Gregory Bateson, come è stato già sottolineato, ha proposto l'utilizzo del termine "sistema" anche in riferimento a gruppi umani, in particolare alla famiglia. L'influenza del suo pensiero ha creato un approccio sistemico in educazione sviluppatosi anche in Italia a partire dagli anni Settanta, attraverso i contributi, tra gli altri, di Angelo Franza²³³ e Sergio De Giacinto²³⁴.

Un ulteriore filone di riferimento si articola attorno al termine "cibernetica", coniato da Norbert Wiener in riferimento all'indagine di come un sistema crea, struttura e governa un processo informativo. Studi relativi alla fisica evidenziano elementi di caos, disordine e interrelazioni tra l'osservatore e il sistema osservato, anche all'interno di quanto era sempre stato pensato in termini di ordine, linearità ed equilibrio: «Intorno a questa aurorale idea di razionalità e alla consapevolezza crescente circa l'impossibilità di separare l'osservatore (il ricercatore, lo sperimentatore, il filosofo) dalle descrizioni della realtà, si coagula un gruppo eterogeneo, interdisciplinare e diversificato di studiosi»²³⁵. Il riferimento è, in primo luogo, all'epistemologia genetica di Jean Piaget e, in seguito, a Heinz von Foerster che mette in relazione cibernetica e teoria dei sistemi²³⁶, Bateson e il gruppo di Palo Alto, di cui si è già trattato precedentemente, i neurofisiologi ed epistemologi Humberto Maturana e Francisco Varela che introducono l'idea di *autopoiesi* di un sistema, in riferimento alla capacità di auto-produzione dei sistemi, grazie alla loro interazione coi contesti.

Da tutti questi contributi si crea l'idea di una realtà "costruita" nell'incontro tra essa, l'osservatore e i contesti spazio/temporali, denotando un crescente carattere di complessità dello sforzo scientifico. All'interno di un tale orizzonte riescono a convergere anche prospettive analitiche e continentali²³⁷: «Molti autori sono difficili da collocare con esattezza da una parte o dall'altra. Inoltre, alcune esigenze, ipotesi, tematiche proprie della filosofia

²³³ A. Franza, *Riflessioni sul problema della conoscenza in pedagogia*, La Nuova Italia, Firenze, 1981.

²³⁴ S. De Giacinto, *Educazione come sistema. Studio per una formalizzazione della teoria pedagogica*, La Scuola, Brescia, 1977.

²³⁵ M. Tarozzi, *op. cit.*, p. 108.

²³⁶ Cfr. H. Von Foerster, *Sistemi che osservano*, tr. it. Astrolabio, Roma, 1987. Ed. or. *Observing Systems*, Intersystems Publications, Seaside (CAL.), 1982.

²³⁷ Il lettore può, infatti, notare che l'opera dell'autore Sergio De Giacinto è stata riportata, con riferimento a diversi testi, come esempio in grado di evidenziare sia temi di filosofia analitica, sia temi di filosofia continentale.

continentale trovano nei teorici della complessità, forse per la prima volta dai tempi di Aristotele, una conferma scientifica»²³⁸.

In Italia il tema della complessità è analizzato trasversalmente da diversi autori anche nel campo dell'educazione: ci si riferisce, in questo senso, alle opere di Franco Cambi, Giacomo Cives e Remo Fornaca²³⁹, Gianluca Bocchi e Mauro Ceruti²⁴⁰, Matilde Callari Galli²⁴¹.

Quest'ultimo riferimento alle teorie della complessità, oltre a quanto fin qui notato, permette di sottolineare come l'articolazione del sapere pedagogico in Italia oggi sia quanto mai oggetto di un dibattito culturale vivo e pulsante, articolato, come si è visto, lungo differenti orientamenti e approcci, concentrati soprattutto sulla ricerca e la teorizzazione di una disciplina pedagogica con un chiaro statuto scientifico e un definito orientamento epistemologico.

La formazione delle professioni educative, che andranno direttamente ad operare con le pratiche professionali, nel campo e nei contesti dell'educazione, si trova a doversi necessariamente confrontare con il dibattito e le questioni attualmente presenti in relazione alla costruzione del sapere educativo.

Nel corso del prossimo paragrafo, dunque, si tenterà di analizzare il cammino formativo che, nel corso del tempo, è stato pensato e offerto sul territorio nazionale per i diversi livelli delle professioni educative, chiamate a costruire un sapere per poter agire pratiche educative in svariati contesti. Si intende, in questo senso, prendere a riferimento la distinzione tra *primo* e *secondo* livello delle professioni educative²⁴², che colloca le figure degli educatori professionali, direttamente a contatto con gli utenti finali dell'educazione, a un primo livello della professionalità educativa e le figure di coordinamento, supervisione, consulenza, ricerca e formazione a un secondo livello, come verrà meglio argomentato nel corso del paragrafo.

2.3 La professione educativa di primo livello: storia e specificità dei percorsi formativi in Italia

²³⁸ M. Tarozzi, *op. cit.*, p. 111.

²³⁹ Cfr. F. Cambi, G. Cives & R. Fornaca, *Complessità, pedagogia critica, educazione democratica*, La Nuova Italia, Firenze, 1991.

²⁴⁰ G. Bocchi & M. Ceruti (a cura di), *La sfida della complessità*, Feltrinelli, Milano, 1985.

²⁴¹ M. Callari Galli, F. Cambi & M. Ceruti, *Formare alla complessità. Prospettive dell'educazione nelle società globali*, Carocci, Roma, 2003.

²⁴² Cfr. E. Biffi, *Le scritture professionali del lavoro educativo*, Franco Angeli, Milano, 2014. Nel primo capitolo vengono presentate le figure professionali dell'educazione in Italia sulla base di un'articolazione tra primo e secondo livello.

Esemplificativo della complessità insita nel sapere pedagogico, come appena tematizzato in riferimento al contesto italiano, sembra essere il fatto che nel panorama nazionale la figura professionale dell'educatore, primo e principale "tecnico" ed "esperto" dell'educazione, è sempre stata definita con difficoltà, anche in relazione alla sua formazione. Il seguente paragrafo si pone, dunque, l'obiettivo di presentare evoluzioni e cambiamenti nei percorsi formativi proposti in Italia per gli educatori professionali, in modo da comprendere quale formazione intorno al sapere pedagogico sia pensata per le figure professionali che saranno chiamate a mettere in atto pratiche educative.

2.3.1 L'educatore professionale: storia e definizione della professione in Italia

Le origini del lavoro dell'educatore in epoca moderna, all'interno della realtà italiana, possono essere rintracciate nelle istituzioni, per lo più religiose che, a partire dalla fine del XIX secolo, si prendono cura delle persone in situazioni di difficoltà, soprattutto sociale. Le azioni delle persone operanti in tali istituzioni erano contraddistinte da caratteristiche volontaristiche-vocazionali, senza alcuna connotazione né formazione professionale: «L'idea di fondo era che chiunque, con un po' di buon senso, potesse svolgere il compito richiesto e lavorare all'interno di un istituto»²⁴³.

A partire dagli anni Cinquanta cambiano le prospettive con cui vengono pensati tali tipi di servizi, ponendo maggior attenzione sia ai destinatari finali delle azioni di cura, sia alla qualità di tale cura; come scrive Alessia Bartolini, «l'educatore non è più soltanto colui che ha una funzione di semplice assistenza basata sullo spirito di dedizione verso il prossimo, ma tende a configurarsi, invece, come una figura pedagogicamente orientata che pone in essere processi educativi in ambito extra-scolastico con funzioni riabilitative volte a favorire la rivitalizzazione del potenziale umano dei soggetti in difficoltà e il loro reinserimento nella società»²⁴⁴. La figura dell'educatore inizia, dunque, a costruirsi in Italia intorno alla metà del Novecento come figura professionale, con uno specifico corpo di conoscenze e competenze che determinano il suo agire da professionista dell'educazione: alcuni Enti, per lo più privati, iniziano a istituire corsi di formazione per gli operatori dei loro servizi, ancora prevalentemente rivolti all'assistenza sociale di tipo assistenziale: un esempio è quello dei corsi proposti nel 1953 dalla FIRAS (Federazione Italiana Religiose Assistenti Sociali). Anche le figure coinvolte in tali ambiti iniziano a creare forme associative per cercare un

²⁴³ W. Brandani, & A. Nuzzo, *Storia ed evoluzione della professione*, in M. Cardini, L. Molteni (a cura di), *L'educatore professionale. Guida per orientarsi nella formazione e nel lavoro*, Carocci, Roma, 2003, p. 20.

²⁴⁴ A. Bartolini (a cura di), *Artisti dell'educazione. La professionalità educativa tra necessità e possibilità*, Aracne, Roma, 2012, p. 70.

riconoscimento del proprio agire professionale. Si istituiscono quindi alla fine degli anni Cinquanta del Novecento le prime associazioni italiane di educatori: l'ANEGID (Associazione Nazionale Educatori Gioventù Disadattata) e l'ANEMGG (Associazione Nazionale Educatori del Ministero di Grazie e Giustizia).

Nel corso degli anni Sessanta e Settanta le proposte di formazione per la figura di quella professione che inizia a essere denominata come *educatore professionale* vengono implementate, ma, a livello formale, tale professione riceve il primo sostanziale riconoscimento giuridico in ambito nazionale nel rapporto della Commissione nazionale di studio istituita nel 1982 dal Ministero dell'Interno²⁴⁵. Tale figura, che in seguito è stata poi apertamente riconosciuta, sia dalla letteratura specializzata in materia, sia dalle legislazioni regionali, viene presentata con tale definizione, pubblicata nel 1984 nel D.M. 10/02/84: «L'educatore professionale cura il recupero e il reinserimento di soggetti portatori di menomazioni psicofisiche»²⁴⁶.

Tale prima definizione sottolinea chiaramente come, nella realtà italiana, l'educatore professionale abbia iniziato ad essere pensato come un professionista operante nel settore sanitario, a causa della stessa impostazione dell'ordinamento del servizio sanitario che, all'atto della sua istituzione (1978), attribuiva alle Regioni compiti di integrazione e di coordinamento dei servizi sanitari con i servizi sociali.

Nel corso degli Anni Novanta, alcuni provvedimenti legislativi statali e regionali per i settori socio-sanitari riconoscono indirettamente la figura dell'educatore professionale creando un riconoscimento indiretto di questa figura professionale, pur con alcune contraddizioni. Successive leggi in ambito sociale prevedono la previsione e la diffusione della professione educativa anche in tale settore. In particolare, la legislazione prevede da subito, in maniera chiara, la necessità dell'educatore nei servizi che si occupano della riabilitazione dalla tossicodipendenza. Con la legge 26 giugno 1990, n. 162 sono stati istituiti presso le unità sanitarie locali i servizi per le tossicodipendenze (SerT). In questo servizio, oltre alle figure professionali mediche, psicologiche, dell'assistenza sociale, infermieristiche, sono previste quelle educative, definite ora "educatori professionali e di comunità", denotando una diversità, indice di poca chiarezza, già nella denominazione di questa figura professionale.

²⁴⁵ Nel 1982 l'allora Ministero dell'Interno istituì una "Commissione nazionale di studio per la definizione dei profili professionali e dei requisiti di formazione degli operatori sociali" composta da appartenenti al Ministero, alle Regioni ed Enti locali, alle sedi associative (per gli educatori l'associazione di riferimento era allora l'ANEOS) e alle sedi di formazione. Tale commissione analizzò e definì tre figure cardine dei servizi: l'assistente sociale (attualmente normata), dell'assistente domiciliare e dei servizi tutelari (ora normata come OSS), e dell'Educatore Professionale. La denominazione "Educatore Professionale" è stata individuata da tale Commissione.

²⁴⁶ Cfr. D.M. 10/02/84, art. 1, comma 3.

Di particolare interesse è la legge quadro del 5 febbraio 1992, n. 104, "Legge quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate". In tale Legge si sottolinea la collaborazione tra le professioni inserite nel mondo della scuola e della sanità per favorire l'integrazione scolastica della persona handicappata. L'art. 12 prevede la definizione di un piano educativo individuale per ogni alunno disabile, redatto sia dagli operatori sanitari, sia dal personale della scuola, specializzato nel lavoro con l'handicap.

Un ulteriore possibile settore in cui viene prevista la presenza degli educatori professionali appare nel decreto legislativo 28 luglio 1989 n. 272 sul processo penale minorile, che prevede infatti strutture per la rieducazione dei minori, al cui interno è previsto personale di servizio sociale e dell'area educativa.

Ulteriori proposte di legge vengono promulgate con l'intento di meglio delineare una serie di figure professionali, rimaste incerte nella definizione dei profili e della formazione, tra cui quello dell'educatore professionale. In questo senso può essere interpretata la cosiddetta "proposta Battaglia", nome del deputato proponente, che aveva per titolo "Norme per l'esercizio della professione di educatore professionale ed istituzione del relativo albo". Con tale proposta si cerca per la prima volta di creare una disciplina professionale organica e completa dell'educatore professionale. Nello specifico, l'art. 1 conteneva il profilo e i compiti dell'educatore professionale:

«1. L'educatore professionale opera nell'ambito dei servizi extrascolastici, residenziali o aperti, e svolge la propria attività nei riguardi di persone di diverse età, mediante la formulazione e l'attuazione di progetti educativi caratterizzati da intenzionalità, globalità e continuità, volti a promuovere e a contribuire al pieno sviluppo delle potenzialità di crescita personale, di inserimento e di partecipazione sociale, agendo, per il perseguimento di tali obiettivi, sulle relazioni interpersonali, sulle dinamiche di gruppo, sul sistema familiare, sul contesto ambientale e di vita e sull'organizzazione dei servizi in campo educativo.

2. L'educatore professionale svolge compiti di progettazione, di organizzazione e di gestione, direttamente o in rapporto con altre figure professionali, e può esercitare attività didattico-formativa e di coordinamento e di direzione dei servizi educativi.

3. La professione di educatore professionale può essere esercitata in forma autonoma o in rapporto di lavoro subordinato»²⁴⁷.

Fino a questo momento la formazione della figura professionale educativa è curata da scuole regionali successive al diploma di scuola superiore. L'innovazione auspicata dalla "Proposta

²⁴⁷ Cfr. testo della proposta Battaglia, consultabile su www.edusac.wordpress.com (consultato in data 19/09/2014).

Battaglia” indica una formazione universitaria per l’educatore professionale, generando dibattiti e riflessioni a riguardo, che sfociano in una proposta di legge, presentata dall’AISEP (Associazione Italiana delle Scuole per Educatori Professionali), contenente la possibilità che il titolo potesse essere rilasciato non solo dalle università ma anche da istituti di istruzione superiore o da altri istituti dello stesso livello. Entrambe le proposte decadono, però, alla fine dell’XI legislatura. Soltanto nel 1997, il Consiglio Superiore di Sanità, riconosce a livello nazionale il profilo professionale dell’educatore professionale, ma solo nell’ambito sanitario pubblico. Il regolamento relativo a tale riconoscimento viene pubblicato il 19 ottobre 1998 e prevede i seguenti punti:

«1. E’ individuata la figura professionale dell’Educatore Professionale, con il seguente profilo: l’Educatore Professionale è l’operatore sanitario e sociale che, in possesso del diploma universitario abilitante, attua progetti educativi e riabilitativi, nell’ambito di un progetto terapeutico elaborato da un’equipe multidisciplinare, volti a uno sviluppo equilibrato della personalità con obiettivi educativo/relazionali in un contesto di partecipazione alla vita quotidiana. Cura il positivo inserimento o reinserimento psico-sociale dei soggetti in difficoltà.

2. L’Educatore Professionale:

a) programma, gestisce e verifica interventi educativi mirati al recupero e allo sviluppo delle potenzialità dei soggetti per il raggiungimento di livelli sempre più avanzati di autonomia;

b) contribuisce a promuovere e organizzare strutture e risorse sociali e sanitarie, al fine di realizzare il progetto educativo integrato;

c) progetta, organizza, gestisce e verifica le proprie attività professionali all’interno di servizi socio-sanitari e strutture socio-sanitarie-rieducative e socio educative, in modo coordinato con altre figure professionali e tipi diversi di strutture, attraverso il coinvolgimento diretto dei soggetti interessati e/o delle loro famiglie, dei gruppi, della collettività;

d) opera sulle famiglie e sul contesto sociale degli utenti, allo scopo di favorire il reinserimento nella comunità;

e) partecipa ad attività di studio, ricerca e documentazione.

3. L’Educatore Professionale contribuisce alla formazione degli studenti e del personale di supporto, concorre direttamente all’aggiornamento relativo al proprio profilo professionale e all’educazione alla salute;

4. L'Educatore Professionale svolge la sua attività professionale in strutture socio-sanitarie e socio-educative pubbliche o private, sul territorio, nelle strutture residenziali e semiresidenziali in regime di dipendenza o libero professionale»²⁴⁸.

Inoltre, col decreto 17 gennaio 1997 n. 57, il Ministero della Sanità delinea il profilo del "tecnico della riabilitazione psichiatrica e psicosociale", una figura professionale solo lievemente distinta da quella dell'educatore professionale. Il suo campo di attività appare in parte rivolto e sovrapposto rispetto alle funzioni delineate per l'educatore, contribuendo ad aumentare l'incertezza relativa a questa figura professionale, ai suoi compiti e ai suoi ruoli.

Il testo del decreto relativo alla figura del tecnico della riabilitazione psichiatrica è il seguente:

«E' individuata la figura professionale del tecnico dell'educazione e della riabilitazione psichiatrica e psicosociale con il seguente profilo: il tecnico dell'educazione e della riabilitazione psichiatrica e psicosociale è l'operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante, svolge, nell'ambito di un progetto terapeutico elaborato da un'équipe multidisciplinare, interventi riabilitativi ed educativi sui soggetti con disagio psicosociale e disabilità psichica.

Il tecnico dell'educazione e della riabilitazione psichiatrica e psicosociale:

- a) collabora alla valutazione del disagio psicosociale, della disabilità psichica e delle potenzialità del soggetto; analizza bisogni e istanze evolutive e rileva le risorse del contesto familiare e socioambientale;
- b) collabora all'identificazione degli obiettivi formativo-terapeutici e di riabilitazione psicosociale e psichiatrica nonché alla formulazione dello specifico programma di intervento mirato al recupero e allo sviluppo del soggetto in trattamento;
- c) attua interventi volti all'abilitazione/riabilitazione dei soggetti alla cura di sé e alle relazioni interpersonali di varia complessità nonché, ove possibile, ad una attività lavorativa;
- d) opera nel contesto della prevenzione primaria sul territorio, al fine di promuovere lo sviluppo delle relazioni di rete, per favorire l'accoglienza e la gestione delle situazioni a rischio e delle patologie manifeste;
- e) opera sulle famiglie e sul contesto sociale dei soggetti, allo scopo di favorirne il reinserimento nella comunità;
- f) collabora alla valutazione degli esiti del programma di abilitazione e di riabilitazione nei singoli soggetti, in relazione agli obiettivi prefissati.

²⁴⁸ Cfr. regolamento pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale il 19 ottobre 1998, consultato su www.gazzettaufficiale.it (visitato il 19/09/2014)

Il tecnico dell'educazione e della riabilitazione psichiatrica e psicosociale svolge la sua attività professionale in strutture e servizi sanitari pubblici o privati, in regime di dipendenza o libero professionale»²⁴⁹.

Le singole legislazioni regionali definiscono più precisamente la figura dell'educatore, senza però eliminare un'ambiguità di fondo presente nella formazione e nella destinazione lavorativa successiva della figura professionale dell'educatore: come è emerso, infatti, anche da quanto scritto sinora, la professione educativa viene formata e destinata professionalmente a due canali paralleli e non equiparati, il canale sanitario e il canale del mondo della formazione e dell'educazione.

Sulla lacunosità e contraddittorietà della figura dell'educatore insistono da anni comitati nazionali di studenti, associazioni educative nazionali, sottolineando la necessità definire degli standard univoci per la formazione del profilo professionale educativo.

Ad esempio, il Consiglio Nazionale degli Studenti Universitari, già alla fine del 2001, comincia a sottolineare al Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca il fatto che «in Italia non è regolamentato il riconoscimento giuridico dell'educatore professionale. Questa mancanza fa dell'educatore una figura professionale atipica con gravi problemi sia nel mondo del lavoro, sia nei luoghi dove ne è curata la formazione»²⁵⁰. In tale mozione viene rilevata l'incertezza presente attualmente, a livello normativo, in merito alla figura dell'educatore, sottolineando la presenza di diversi profili che, attualmente, formano una figura professionale molto simile:

- Il profilo dell'educatore professionale previsto dal decreto interministeriale del 2 aprile 2001 tra il Ministero della Sanità e il Ministero dell'Università e della Ricerca Scientifica e Tecnologica in attuazione del D.M. 520/98 del Ministero della Sanità²⁵¹. Le università si

²⁴⁹ Cfr. Decreto 17 gennaio 1997, n. 57, consultabile su www.gazzettaufficiale.it (visitato il 19/09/2014).

²⁵⁰ Mozione concernente la figura dell'educatore professionale, Consiglio Nazionale Studenti Universitari, 22 dicembre 2001.

²⁵¹ Tale decreto, relativo alla figura dell'educatore professionale, prevede che: «I laureati sono operatori sanitari cui competono le attribuzioni previste dal D.M. del Ministero della Sanità 8 ottobre 1998, n. 520 e successive modificazioni ed integrazioni; ovvero attuano specifici progetti educativi e riabilitativi, nell'ambito di un progetto terapeutico elaborato da un'equipe multidisciplinare, volti a uno sviluppo equilibrato della personalità con obiettivi educativo/relazionali in un contesto di partecipazione e recupero alla vita quotidiana; curano il positivo inserimento o reinserimento psico-sociale dei soggetti in difficoltà. I laureati in educazione professionale programmano, gestiscono e verificano interventi educativi mirati al recupero e allo sviluppo delle potenzialità dei soggetti in difficoltà per il raggiungimento di livelli sempre più avanzati di autonomia; contribuiscono a promuovere e organizzare strutture e risorse sociali e sanitarie, al fine di realizzare il progetto educativo integrato; programmano, organizzano, gestiscono e verificano le loro attività professionali all'interno di servizi socio-sanitari e strutture socio-sanitarie-riabilitative e socio-educative, in modo coordinato e integrato con altre figure professionali presenti nelle strutture, con il coinvolgimento diretto dei soggetti interessati e/o delle loro famiglie, dei gruppi, della collettività; operano sulle famiglie e sul contesto sociale dei pazienti, allo scopo di favorire il reinserimento nella comunità; partecipano ad attività di studio, ricerca e documentazione finalizzate agli scopi sopraelencati; contribuiscono alla formazione degli studenti e

occupano della formazione di questo educatore attraverso i Corsi di Laurea in Medicina e Chirurgia e i Corsi di Laurea in Scienze della Formazione e Scienze dell'Educazione. Il decreto non dà però indicazioni operative per delineare le modalità di cooperazione tra tali diversi Corsi di Laurea.

- Il profilo dell'educatore professionale previsto dal D.M. 4 agosto 2000 del Ministero dell'Università e della Ricerca Scientifica e Tecnologica, che prevede il fatto che i laureati dei corsi di Laurea in Scienze della Formazione e dell'Educazione possano lavorare nell'ambito socio-sanitario solo se adegueranno il loro curriculum con 35 crediti in ambito igienico-sanitario.

- Il profilo dell'educatore professionale formato da scuole regionali o da enti privati, attraverso corsi post-diploma o master.

Il Consiglio Nazionale degli Studenti Universitari rileva come la molteplicità di soggetti giuridici che individuano l'educatore professionale (Ministero della Sanità, M.U.R.S.T., Regioni, Enti privati), generi confusione nel mondo del lavoro, dove spesso queste figure si sovrappongono o si sostituiscono, senza norme che regolamentino le loro funzioni. Scrivono infatti che «in molti casi educatori professionali in possesso di una laurea si trovano a lavorare a fianco di educatori senza titolo ma con lo stesso tipo di contratto, svalutando così quella che è la loro competenza certificata. In altri casi invece la professione di educatore può essere svolta da educatori con certificazioni regionali e viene addirittura negata laureati in Scienze dell'Educazione»²⁵².

La mozione citata chiede quindi di ridefinire in termini di legge la figura professionale dell'educatore, individuandone in maniera chiara e univoca competenze e tipo di formazione.

Sugli stessi argomenti insiste da tempo anche l'Associazione Nazionale Educatori Professionali (A.N.E.P.). Relativamente al quadro legislativo e giuridico relativo alla figura dell'educatore, infatti, l'A.N.E.P. scrive un testo dedicato alla pubblica consultazione:

«In questo quadro, così complesso e frammentato si inserisce il lavoro professionale che conduciamo ogni giorno con le persone in difficoltà. È però paradossale dover rilevare

del personale di supporto e concorrono direttamente all'aggiornamento relativo al loro profilo professionale e all'educazione alla salute; svolgono la loro attività professionale, nell'ambito delle loro competenze, in strutture e servizi socio-sanitari e socio-educativi pubblici o privati, sul territorio, nelle strutture residenziali e semiresidenziali in regime di dipendenza o libero professionale". (Decreto Ministeriale 8 ottobre 1998, n. 520. *Gazzetta Ufficiale* 28 aprile 1998, n. 98).

²⁵² Mozione concernente la figura dell'educatore professionale, Consiglio Nazionale Studenti Universitari, 22 dicembre 2001.

che la nostra stessa professione agisce frammentata e solo parzialmente riconosciuta. Vi è, invece, una mancanza di riconoscimento giuridico.[...]

Nella nostra esperienza e pratica di Educatori Professionali possiamo affermare che non esiste alcuna differenza operativa e metodologica fra gli educatori professionali che lavorano in un servizio sociale o in un servizio socio-sanitario. La formazione di base, che comprende materie che spaziano dalla pedagogia alla psicologia alle scienze mediche, sociologiche, ecc, ma in particolari quelle caratterizzanti metodologia e tecniche del lavoro educativo – supervisione e monitoraggio dei tirocini professionali - unite alle molte ore dedicate al tirocinio e alla sua rielaborazione, formano un operatore che è in grado di lavorare con utenze diverse in situazioni diverse, nell'ottica di sostenere ed accompagnare le persone in un processo di cambiamento migliorativo delle loro attuali condizioni. Una formazione che mette in grado l'educatore di elaborare progetti educativi in integrazione con le altre professionalità presenti nei servizi e di attivare risorse e strategie specifiche».²⁵³

All'interno di questo quadro legislativo e giuridico poco definito e molteplice, si costruisce oggi la figura dell'educatore professionale in Italia, definendo la già richiamata confusione in relazione a tale profilo professionale, che, come vedremo a breve, si delinea all'incrocio di una specificità sociale-educativa ed una sanitaria.

Lo stesso Riccardo Massa, personaggio centrale nella costituzione della disciplina pedagogica contemporanea in Italia, già richiamato in un precedente paragrafo, scrive relativamente alla necessità di fare chiarezza sulla figura dell'educatore e sulla sua formazione, richiamando la specificità delle competenze che caratterizzano tale profilo professionale: «Questo mancato riconoscimento di uno statuto epistemologico prima e di uno statuto professionale dopo, del ruolo dell'educatore [...] è grave. [...] Esiste un sapere che istituisce un dominio collettivo specifico sul piano delle conoscenze, sul piano delle competenze professionali che è un sapere pedagogico trasversale che proprio nella sua trasversalità esprime una specificità»²⁵⁴.

Quanto scrive Massa permette di direzionare oltre il discorso, andando dunque a mettere in luce gli elementi che attualmente in Italia, sul piano formativo, contribuiscono a creare un difficile riconoscimento epistemologico e professionale delle figure professionali educative di primo livello.

²⁵³ A.N.E.P. *La vita buona nella società attiva. Osservazioni per la consultazione pubblica*. 24 ottobre 2008, consultabile su www.anep.it (consultato il 19/09/2014).

²⁵⁴ R. Massa, M. Catella, *Prevenzione: un alibi minimalista. Intervista-saggio di Marino Catella e Riccardo Massa*, Centro Ambrosiano, Milano, 2000, p. 32.

La trattazione vuole quindi provare ora a concentrare l'attenzione sulla descrizione di quanto attualmente è previsto come percorso formativo in Italia per le figure professionali educative di primo livello, nel settore sanitario e in quello sociale-educativo, evidenziando quello che costituisce un *unicum* nel panorama italiano, ossia un doppio canale di formazione per una figura professionale che sarà chiamata a mettere in atto pratiche educative ma in contesti lavorativi differenti (sanitari o socio-educativi).

2.3.2 Le caratteristiche dei diversi percorsi formativi per l'educatore professionale in Italia: tra la specificità educativa e la specificità sanitaria

In seguito alla trattazione relativa alle difficoltà normative e legislative intorno alla figura dell'educatore, sembra interessante soffermarsi ulteriormente nell'esplorazione delle due "anime" che contraddistinguono la formazione della figura professionale educativa in Italia.

Da una parte troviamo infatti la specificità educativa e sociale dell'educatore, caratteristica delle Classi di Laurea triennali 19 in Scienze dell'Educazione. Dall'altra parte troviamo l'"anima" sanitaria della figura dell'educatore, che risale al settore di primo impiego in Italia di tale professione, quello appunto dei servizi sanitari. La specifica formazione sanitaria viene proposta all'interno del Corso di Laurea triennale di Educatore Professionale L/SNT 2, curato dai Corsi di Laurea in Medicina e Chirurgia. Quest'articolazione della formazione, come nota Pascal Perillo, continua a mantenere

«irrisolto il problema del riconoscimento della professione rispetto all'ambito di intervento. Allo stato attuale, infatti, il titolo di Educatore Professionale conseguito presso le Facoltà di Scienze della Formazione in alcuni casi viene estromesso dai concorsi in ambito sanitario [...] Coloro che sono in possesso del titolo di Educatore conseguito tramite corsi regionali triennali prima del 1984 possono partecipare ai concorsi delle ASL mentre chi si è laureato [L18 e 19] è tagliato fuori dall'ambito sanitario. [...] La legge 328/2000 e alcune leggi regionali [...] prevedono la figura dell'Educatore Professionale in strutture socio-sanitarie non specificandone la provenienza formativa: gli Educatori provenienti dalle Facoltà di Scienze della Formazione operano generalmente in queste strutture per conto delle Cooperative Sociali»²⁵⁵.

²⁵⁵ P. Perillo, *Pensarsi educatori*, Liguori, Napoli, 2012, pp. 23-24.

In questo senso, un primo elemento da segnalare circa la specificità educativa e sanitaria del percorso formativo dell'educatore professionale è l'ambiguità che tale articolazione genera relativamente agli ambiti possibili di lavoro per i futuri educatori formati nei due percorsi. Soprattutto, come nota Fausto Telleri,

«Gli educatori socio-culturali, formati nelle Facoltà di Scienze della Formazione o nelle Facoltà di Lettere e Filosofia, non sono, al momento, riconosciuti come professionisti dell'educazione, come invece avviene per gli educatori professionali, formati dalla Facoltà di Medicina e Chirurgia. Ciò pone problemi non solo di tipo politico e sociale ma anche giuridico ed economico venendo a penalizzare ingiustamente professionisti che, di fatto, svolgono una serie di attività educative e formative non meno importanti, dal punto di vista della salute umana degli individui e delle comunità di vita, di quelle riservate ai loro partner socio sanitari»²⁵⁶.

Per meglio affrontare il discorso, si propone una prima panoramica all'interno dei Corsi di Laurea che formano gli educatori nelle classi di Laurea 19 di Scienze dell'Educazione. A partire dall'anno accademico 2009-2010 i Corsi di Studi in Scienze dell'Educazione (triennali e magistrali) si sono adeguati ai Nuovi Ordinamenti didattici introdotti a seguito del decreto ministeriale 270/04 e dei conseguenti decreti del 16 marzo 2007.

Il Corso di Studi triennale in Scienze dell'Educazione è strutturato in modo da fornire conoscenze e competenze di carattere pedagogico, psicologico, sociologico volte a saper gestire, organizzare, progettare e valutare interventi educativi. Nel panorama di una pedagogia come sapere volto all'interdisciplinarietà che abbiamo presentato precedentemente, parlando delle cosiddette scienze dell'educazione, tale Corso di Laurea intende offrire una formazione aperta sulle diverse discipline, psicologiche, filosofiche, sociologiche, che contribuiscono a fare luce sulla comprensione, la gestione, la progettazione dell'evento educativo. Il Corso di laurea in Scienze dell'Educazione forma alle professioni che svolgono attività pedagogiche rivolte a ogni età della vita e in ogni ambito e contesto sociale-culturale. L'obiettivo è quello di formare un laureato che possieda buone conoscenze in merito alle dimensioni educative, le sappia individuare, comprendere, descrivere e gestire in un'ottica multidisciplinare. Inoltre, non viene proposta una formazione solamente teorica, ma, considerando l'importanza di una formazione anche al lavoro educativo "di primo livello", direttamente a contatto coi soggetti di cui i servizi si occupano, parte rilevante del percorso formativo è rappresentato dal tirocinio.

²⁵⁶ F. Telleri, Professionisti dell'educazione, un riconoscimento socio-giuridico controverso, in *Pedagogia oggi*, n.1/2010, p. 87.

I laureati nei corsi di laurea, come si legge nell'istituzione delle classi di Laurea Triennale sul sito del Miur relativi a tale Corso di laurea, sono formati con l'obiettivo di sviluppare:

«- conoscenze teoriche di base e competenze operative nelle scienze pedagogiche e metodologico-didattiche, integrate da ambiti differenziati di conoscenze e competenze nelle discipline filosofiche, sociologiche e psicologiche, ma sempre in relazione a una prevalenza della formazione generale, relativa alla conoscenza teorica, epistemologica e metodologica delle problematiche educative nelle loro diverse dimensioni, compresa quella di genere;

- conoscenze teorico-pratiche per l'analisi della realtà sociale, culturale e territoriale, e competenze per elaborare, realizzare, gestire e valutare progetti educativi, al fine di rispondere alla crescente domanda educativa espressa dalla realtà sociale e dai servizi alla persona e alle comunità;

- abilità e competenze pedagogico-progettuali, metodologico-didattiche, comunicativo-relazionali, organizzativo-istituzionali al fine di progettare, realizzare, gestire e valutare interventi e processi di formazione continua, anche mediante tecnologie multimediali e sistemi di formazione a distanza;

- una solida cultura di base nelle scienze della formazione dell'infanzia e della preadolescenza finalizzata ad acquisire competenze specifiche, saperi trasversali, metodi e tecniche di lavoro e di ricerca per gestire attività di insegnamento/apprendimento e interventi educativi nei servizi»²⁵⁷.

I laureati del Corso di laurea in Scienze dell'Educazione, in riferimento alle linee di tendenza classificate dall'ISTAT, oltre che dagli osservatori regionali sull'evoluzione delle professioni, risultano inseriti nei settori del privato sociale, della cooperazione, nei servizi e negli enti pubblici. Ci si riferisce, cioè, nel dettaglio, ad un'articolata serie di servizi: asili nido, scuole dell'infanzia, nuove tipologie per l'assistenza alla prima età a sostegno delle famiglie, anche di origine straniera, fra cui quelle domiciliari, di animazione e gioco; comunità alloggio, sostegno domiciliare, centri di accoglienza temporanea, istituti di rieducazione, ma anche case di riposo per anziani, day-hospital, servizi di igiene mentale, comunità psichiatriche; spazi e libere attività di aggregazione e prevenzione del disagio minorile, educativa di strada, centri di incontro e di impegno sociale per l'età anziana o favorevoli l'inserimento nelle comunità locali dei cittadini di origine straniera; progetti delle comunità locali volti a diffondere la domanda di acculturazione individuale e collettiva, la partecipazione e il senso di appartenenza socioculturale al proprio territorio.

²⁵⁷ Cfr. Decreto Ministeriale Classi di Laurea Triennale, consultabile su www.istruzione.it (consultato il 19/09/2014).

Passando ad analizzare il programma formativo dei Corsi di Laurea per Educatore Professionale all'interno del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia, l'educatore professionale viene descritto come un operatore che sviluppa competenze per poter intervenire nei confronti di persone di diverse età, già in situazione di disagio o esposte a rischio di emarginazione sociale, per situazioni di handicap psico-fisico, di emergenza familiare, difficoltà relazionali, carenze ambientali, problemi di devianza.

In particolare, l'educatore professionale si occupa delle seguenti funzioni, come si può leggere nella descrizione del Corso di Laurea per Educatori Professionali contenuti negli Atti Ministeriali del Miur relativi al Corso di Laurea L/SNT 2, Classe delle lauree in Professioni Sanitarie della Riabilitazione: «I laureati sono operatori sanitari cui competono le attribuzioni previste dal D.M. del Ministero della sanità 8 ottobre 1998, n. 520 e successive modificazioni ed integrazioni; ovvero attuano specifici progetti educativi e riabilitativi, nell'ambito di un progetto terapeutico elaborato da un'équipe multidisciplinare, volti a uno sviluppo equilibrato della personalità con obiettivi educativo/relazionali in un contesto di partecipazione e recupero alla vita quotidiana; curano il positivo inserimento o reinserimento psico-sociale dei soggetti in difficoltà. I laureati in educazione professionale programmano, gestiscono e verificano interventi educativi mirati al recupero e allo sviluppo delle potenzialità dei soggetti in difficoltà per il raggiungimento di livelli sempre più avanzati di autonomia; contribuiscono a promuovere e organizzare strutture e risorse sociali e sanitarie, al fine di realizzare il progetto educativo integrato; programmano, organizzano, gestiscono e verificano le loro attività professionali all'interno di servizi socio-sanitari e strutture socio – sanitarie - riabilitative e socio educative, in modo coordinato e integrato con altre figure professionali presenti nelle strutture, con il coinvolgimento diretto dei soggetti interessati e/o delle loro famiglie, dei gruppi, della collettività; operano sulle famiglie e sul contesto sociale dei pazienti, allo scopo di favorire il reinserimento nella comunità»²⁵⁸.

Il rapporto tra teoria e prassi è ritenuto fondamentale, infatti le lezioni teoriche sono accostate a laboratori, gruppi di formazioni, tirocini. In particolare, si nota come le attività di tirocinio siano distribuite durante i tre anni di corso, con un numero molto cospicuo di ore e di CFU attribuiti, in questo senso molto maggiori rispetto a quelli dedicati a tale attività formativa nel Corso di Laurea in Scienze dell'Educazione (10 CFU divisi tra primo e secondo anno per gli educatori di Scienze dell'Educazione e 60 nei tre anni per il Corso di Laurea di Educatore Professionale). Le materie previste dal piano di studi per il raggiungimento del titolo di

²⁵⁸ Cfr. L/SNT/2 Classe delle Lauree in Professioni Sanitarie della Riabilitazione, consultabile su www.istruzione.it/attiministeriali (visitato il 19/09/2014).

Educatore Professionale sono raggruppate all'interno di quattro aree disciplinari: pedagogica, psicologica, sociologica-giuridica, medico-psichiatrica.

In seguito ad una analisi di obiettivi formativi e caratteristiche dei due percorsi formativi, è possibile notare come, mentre sono presenti ampiamente in entrambi i casi discipline pedagogiche, psicologiche e sociali, nel percorso di Medicina e Chirurgia, una specifica area didattica è quella definita medico-psichiatrica. Viene inoltre dedicata particolare attenzione a presentare la professione come specificamente e unicamente rivolta a bisogni assistenziali, riabilitativi, di persone in situazione di disagio ed emergenza.

Sicuramente, il Corso di Laurea in Scienze dell'Educazione riserva un maggior numero di crediti per la preparazione culturale e teorica dei suoi studenti, mentre l'Educatore Professionale viene formato con un'attività più cospicua di tirocinio sul campo. Va segnalato, in questo senso, come le discipline filosofiche, ampiamente presenti nel Corso di Laurea in Scienze dell'Educazione, non compaiono in quello per Educatore Professionale. Sottolinea Telleri a riguardo: «Gli uni acquisiscono competenze, oltre che psicologiche e pedagogiche, anche medico sanitarie, convalidate da un tirocinio mirato, diverse da quelle degli educatori culturali o animatori, la cui formazione è caratterizzata da competenze prevalentemente antropologiche, sociologiche, psicologiche e pedagogiche che li rendono più idonei a lavorare in contesti di vita normale piuttosto che in contesti patologici»²⁵⁹. Una tale diversità del percorso formativo crea, però, anche una sostanziale differenza nella possibilità lavorativa e, soprattutto, nel riconoscimento professionale, che porta a sottolineare come questo sia il principale elemento di contraddittorietà e ambiguità del profilo professionale educativo. Telleri cerca, in questo senso, di trovare una risposta relativamente all'opportunità di mantenere attivo questo duplice percorso formativo per l'educatore:

« La riposta è meno chiara e affatto convincente quando si tenta di capire perché ai primi sia riconosciuta ufficialmente una professionalità mentre ai secondi, no. In altri termini, può succedere che, in alcune regioni, a un eventuale concorso pubblico per educatori socio culturali o animatori possa partecipare qualunque laureato in qualsiasi disciplina, a prescindere o meno dal fatto che abbia acquisito competenze specifiche, mentre la stessa cosa non succede se si tratta di un concorso per educatori professionali indetto dalle ASL»²⁶⁰.

²⁵⁹ F.Telleri, *op. cit.*, p. 88.

²⁶⁰ *Ibidem*.

Si segnala come, relativamente alla complessità della formazione della figura professionale educativa, porti un importante contributo anche la S.I.P.E.D (Società Italiana di Pedagogia), che ha creato puntuali riflessioni intorno a tale tema, dando vita nel 2006 alla Rete Nazionale per l'indagine e il riconoscimento delle professioni educative e formative. Il lavoro è stata avviato nel convegno del 31 maggio 2007 a Macerata. In seguito, il Prof. Paolo Orefice e la prof.ssa Silvana Calaprice hanno impostato un lavoro di ricerca ed hanno avviato la riflessione scientifica intorno alla figura dell'educatore/pedagogista, portando all'attenzione del Parlamento la necessità di definire più chiaramente a livello formativo e legislativo i profili delle professioni educativi.

La S.I.P.E.D. ha creato sull'argomento appositi gruppi di lavoro, seguiti dal Prof. Orefice e, attualmente, dalla Prof.ssa Calaprice e dal Prof. Piero Crispiani, sempre con l'intento di mettere in luce difficoltà, complessità e punti di attenzione del percorso formativo degli educatori e del loro riconoscimento professionale²⁶¹.

Prima di concludere il paragrafo si vuole segnalare una ricerca recentemente svolta relativamente alla formazione al lavoro educativo. Il Centro Studi Riccardo Massa, in collaborazione con la Fondazione Don Gnocchi, ha infatti svolto nel 2010 una ricerca relativa al modo in cui la formazione dell'educatore professionale accade all'interno del contesto universitario²⁶². Questo processo di ricerca ha osservato il Corso di Laurea in Educazione Professionale dell'Università degli studi di Milano, nella sede presso la Fondazione Don Gnocchi Onlus. Tale Fondazione, in quanto ex Scuola Regionale per Educatori, è testimone di una tradizione formativa nel settore.

Si presentano alcuni passaggi emergenti da tale ricerca, relativamente al *focus* del sottoparagrafo, centrato sulla specificità educativa e sanitaria, entrambe presenti nella formazione dell'educatore in Italia, ben sapendo che la ricerca in oggetto ha invece un'articolazione e un campo di indagine più ampi relativi alla specifica immagine dell'educatore formato nel contesto oggetto di studio.

Nel rapporto di ricerca si legge di una peculiare “molteplicità” presente all'interno del Corso di Laurea:

«Il termine usato per descriver il CdL è “ibrido”: per la presenza di professionisti del mondo dell'educazione e di quello sanitario, di docenti universitari, che non è detto

²⁶¹ Cfr. il sito della S.I.P.E.D. (www.siped.it) nella sezione gruppi di lavoro. Consultato il 19/09/2014.

²⁶² A tal riguardo è possibile consultare il rapporto di ricerca a cura di C. Palmieri, relativo alla ricerca “Dare forma al lavoro educativo, formare al lavoro educativo”, effettuata nell'anno 2010 da parte del Centro Studi Riccardo Massa.

conoscano il mondo dei servizi e docenti che, invece, proprio da esso provengono; per la presenza di discipline che afferiscono a un'area teorica (pedagogica, sanitaria, psicologica, antropologica, sociologica e giuridica) e discipline che afferiscono a una professionalizzante (tirocinio, guida al tirocinio, metodologie); per la presenza di saperi umanistici e scientifici»²⁶³.

Sfida di tale Corso di Laurea risulta essere, appunto, la compresenza di un'area medica e di un'area pedagogica. Si legge, sempre nel rapporto di ricerca che:

«Soprattutto gli studenti pongono la questione dello spazio/tempo dedicato nel CdL alle discipline umanistiche, secondo loro da coltivare maggiormente dal momento che “aiutano moltissimo a sviluppare il pensiero”. Alcuni docenti, rilevando l'importanza della presenza di contenuti disciplinari attinenti alle Scienze dell'Educazione, mettono in luce come le difficoltà nell'interiorizzazione le teorie non sia dovuta semplicemente al tempo di studio dedicato, ma all'articolazione complessiva del CdL»²⁶⁴.

Infine la ricerca nota che la preparazione universitaria dell'educatore, sebbene consenta uno sbocco professionale privilegiato nei servizi sanitari, in particolare in ambito psichiatrico, in servizi per anziani e disabili, formi professionisti che lavorano di fatto in tutti i servizi educativi, come confermano i dati dei questionari ricavati.

«La figura professionale è unica”, dicono gli intervistati: “non ci deve essere l'educatore psichiatrico, l'educatore per i disabili, l'educatore per i minori”. Non per questo, però, l'educatore può/deve essere un “tuttologo”. Ciò che lo distingue è il suo essere “dentro” l'esperienza: non avere uno sguardo puntato sul “trauma” o sulla “diagnosi”, ma saper “stare nell'incertezza”, cioè il suo essere “accompagnatore” di un'esperienza rilevante sul piano esistenziale»²⁶⁵.

In questo senso l'identità dell'educatore professionale che emerge dalla ricerca sembra anche essere “sulla soglia”, in un modo tale per cui il sapere educativo faccia fatica ad essere specificato.

²⁶³ Rapporto di ricerca “Dare forma al lavoro educativo, formare al lavoro educativo”, a cura di C. Palmieri, Centro Studi Riccardo Massa, 2010.

²⁶⁴ Ivi, p. 8.

²⁶⁵ Ivi, p. 15.

Inoltre la ricerca nota come l'impressione relativa alla formazione universitaria sia critica: «L'impressione è che, istituita per rinforzare il riconoscimento della figura professionale, ne abbia invece indebolito il profilo e il ruolo»²⁶⁶.

Emerge quindi la necessità di riflettere intorno alla formazione dell'educatore in Italia, professione recentemente regolamentata, ma in maniera duplice, creando un "doppio binario" formativo tra le specificità educative caratterizzanti la professione e quelle sanitarie, appartenenti alle caratteristiche dei servizi di primo impiego di tale profilo professionale.

Tale ambiguità risulta indebolire le specificità della professione educativa, che appare senza specificità riconosciuta rispetto alle altre figure professionali con cui sempre si trova a collaborare nei contesti lavorativi. Nonostante il panorama formativo e di riconoscimento professionale non sia univoco per la figura dell'educatore, il lavoro di tali professionisti, sia nei servizi socio-educativi, sia in quelli sanitari-assistenziali, risulta chiaramente identificato da una pratica strettamente e direttamente a contatto con i soggetti coinvolti negli interventi di educazione, differenziando dunque tali pratiche professionali da quelle agite dai professionisti educativi di *secondo livello* che si andranno ora a presentare.

2.4 Le professioni educative di secondo livello nel panorama italiano

Il lavoro educativo non è costituito soltanto dal diretto interfacciarsi con i soggetti destinatari finali dell'intervento educativo: un importante lavoro di regia, coordinamento, programmazione, progettazione è necessario per permettere il funzionamento e l'organizzazione dei servizi educativi. Queste funzioni riguardano quel professionista dell'educazione «che con il conseguimento della laurea specialistica ha acquisito il secondo livello di specialista dei processi formativi: opera, in regime di lavoro dipendente o autonomo, nella progettazione, gestione, valutazione dei servizi dell'educazione non formale dei diversi ambiti di intervento, coprendo funzioni di coordinamento, direzione o consulenza di agenzie e servizi di educazione»²⁶⁷.

Coordinamento e progettazione, dunque, possono essere fondamentali caratteristiche di quelle figure professionali impegnate in campo educativo, ma non direttamente coinvolte "sul campo", a diretto contatto con l'utenza, definibili così col termine di "professioni di secondo

²⁶⁶ Ivi, p. 17.

²⁶⁷ M. R. Mancaniello, Ambiti e servizi di intervento dei professionisti della Filiera dell'educazione, in P. Orefice, A. Carullo & S. Calaprice (a cura di), *Le professioni educative e formative: dalla domanda sociale alla risposta legislativa. Il processo scientifico, preprofessionale e normativo del riconoscimento nazionale ed europeo*, CEDAM, Trento, 2011, p. 119.

livello”. Il coordinamento è una funzione molto delicata, che assomma in sé diversi compiti, legati sia a caratteri organizzativi e di coordinazione del personale del servizio, sia ad aspetti di gestione del gruppo di lavoro, come scrivono Giuseppe Scaratti e Ettore Zambonardi:

«Il coordinatore occupa pertanto una posizione interstiziale o transazionale, orientata sia alla ricerca di un equilibrio e di una regolazione tra istanze gruppali, conseguenti all’incontro tra le diverse identità personali-professionali degli operatori, sia alla ricerca dei compiti di produzione, derivanti dagli obiettivi e dalle esigenze progettuali del servizio, e presidio delle interazioni tra organizzazione e realtà esterna, connesse all’identità ad al tipo di risposta a determinati problemi che il servizio vuole esprimere all’interno del più ampio contesto in cui è inserito»²⁶⁸.

Particolari competenze, sia organizzative, sia inerenti al linguaggio e all’epistemologia pedagogica, sono necessarie per il ruolo del coordinatore: una specifica formazione è quella che, negli ultimi anni, viene offerta da alcuni corsi di Laurea Magistrale che presenteremo fra breve. Teniamo però a sottolineare che, come evidenziano anche Scaratti e Zambonardi nel testo citato, ad oggi sono ancora molto frequenti i servizi in cui la figura del coordinatore è ricoperta da un educatore che ha “conquistato” tale ruolo in seguito ad una lunga esperienza lavorativa come educatore nel settore. Una scelta che si indirizza verso una siffatta organizzazione professionale interna a un servizio evidenzia in molti casi notevoli criticità, dovute proprio al fatto che molti elementi, competenze e abilità siano racchiusi all’interno della professionalità di coordinamento, non rendendo per forza “scontato” un passaggio di qualunque educatore dalla professionalità educativa di primo livello a quella di secondo livello.

Altre dimensioni possono inoltre caratterizzare una figura professionale educativa di secondo livello: la formazione del personale educativo, ad esempio, ovvero la capacità formativa rivolta agli stessi educatori, direttamente impegnati con i soggetti destinatari di educazione. A fronte dei profondi e veloci cambiamenti che attraversano i contesti lavorativi e organizzativi, vengono evidenziate da Scaratti tre diverse richieste di formazione da parte dei gruppi professionali di contesti sociali ed educativi²⁶⁹, una legata al livello “macro” delle tensioni evolutive e sociali, una connessa ad una teoria costruzionista della conoscenza che concepisce

²⁶⁸ E. Scaratti & A. Zambonardi, *la funzione di coordinamento: presidiare il servizio e valorizzare le competenze*, in Regoliosi L. & Scaratti G., *Il consulente del lavoro socio-educativo. Formazione, supervisione, coordinamento*, Carocci, Roma, 2002, p. 37.

²⁶⁹ A questo riguardo è possibile consultare il capitolo 4 del testo di G. Scaratti, *Il consulente del lavoro socio-educativo*.

la formazione in maniera funzionale ad apprendimenti generativi ed un'ultima di tipo "micro-sociale" relativa ai contesti e alla soggettività dei professionisti coinvolti.

Inoltre, sempre più le *équipes* educative operanti nei servizi necessitano interventi di supervisione e consulenza che, a seguito della crescente complessità caratterizzante il panorama sociale e culturale, possano aiutare a rileggere e elaborare gli eventi quotidiani, le storie dei soggetti, ideare una progettazione adeguata. Consulenza e supervisione in contesti educativi sono sempre più pensate come «area meta di pensiero sul lavoro sociale, come spazio e tempo di sospensione dell'azione, come riflessione guidata»²⁷⁰, secondo le parole di Elena Allegri. Anche Anna Rezzara ben descrive le caratteristiche della consulenza pedagogica attuale, che si muove distanziandosi da modelli di consulenza "forte", quali quelle mediche, psicologiche, di organizzazione aziendale, orientandosi verso la proposta di un professionista in grado di far pensare, rileggendo le situazioni:

«La consulenza dell'educazione non può perciò "prescrivere" o "insegnare" saperi e norme di azione forti e universali, deve invece formare e sostenere la capacità di leggere le situazioni e le storie e di interrogare, in rapporto a queste, i dispositivi formativi in azione [...] I suoi scopi sono la comprensione, la consapevolezza, la riattivazione e la rianimazione, l'arricchimento di possibilità vitali, la capacità di leggere, riconoscere, interpretare le vicende e le esperienze educative e il proprio rapporto con loro, il sostegno alla capacità di scegliere e decidere, il facilitare l'emergere del progetto di sé»²⁷¹.

Tali ruoli sono stati spesso ricoperti da professionisti provenienti da aree disciplinari differenti rispetto alla pedagogia, quali la psicologia, la medicina, la sociologia, la filosofia: sempre più, però è necessario per gli educatori confrontarsi con professionisti che possano con loro condividere un linguaggio, un'epistemologia, una linea progettuale comune e condivisa. In questo senso, dunque, consulenza e formazione diventano ulteriori elementi caratterizzanti le professioni educative di secondo livello. Tali tipo di professionalità viene spesso esercitata sotto forma di libera professione, in riferimento alla Legge del 14 gennaio 2013, n. 4, *Disposizioni in materia di professioni non organizzate*, tra le quali sono annoverabili le professioni educative di secondo livello, che formalizza e agevola l'esercizio in libera professione di tali profili.

²⁷⁰ E. Allegri, *Supervisione e lavoro sociale*, La Nuova Italia, Roma, 1997, p. 19.

²⁷¹ A. Rezzara & L. Cerioli, *La consulenza clinica a scuola*, Franco Angeli, Milano, 2004, pp. 114-115.

Concentrando ora l'attenzione sulla formazione che caratterizza le professioni educative di secondo livello, possiamo evidenziare che, similmente per le professioni di primo livello, esistono elementi di confusione sul piano normativo e legislativo nazionale, in primo luogo caratterizzati anche dal fatto che non esiste un albo professionale che raccolga i professionisti dell'educazione a un secondo livello. Esistono diverse Associazioni Nazionali che cercano di "raccolgere" i professionisti della pedagogia (A.N.E.P., A.P.E.I., P.ED.I.A.S., A.I.P.E.D.), creando comunque una molteplicità di Associazioni differenti operanti nello stesso settore.

Tali Associazioni, con termini e formulazioni leggermente diverse, concordano nel definire il secondo livello della professione educativa come quel professionista definito col termine ampio di "pedagogista", in modo da "accorpate" in tale parola le diverse caratteristiche che abbiamo visto poter caratterizzare tale profilo. Viene dunque descritto come professionista educativo di secondo livello colui che: «conosce la realtà educativa, la ricostruisce razionalmente, la pianifica a partire da diagnosi pedagogiche accurate dei bisogni e propone opzioni epistemologiche, metodologiche e tecniche idonee e tali da rendere possibili processi di autonomia ed una assunzione di decisioni individuali e collettive. [...] Il pedagogista è lo specialista dei processi educativi e della formazione in possesso di specifico titolo di laurea quadriennale in pedagogia o Scienze dell'Educazione o laurea specialistica/magistrale in una delle classi di Scienze dell'Educazione, nonché tutti coloro in possesso di titoli dichiarati equipollenti dalla normativa. L'esercizio della professione di pedagogista comprende l'usi di strumenti conoscitivi, metodologici e di intervento per la prevenzione, la valutazione e il trattamento abilitativo e riabilitativo dei disagi manifestati dalle persone nei processi di apprendimento e/o formazione-educazione. Il pedagogista opera altresì per la progettazione, gestione e verifica di interventi in campo educativo e formativo rivolti alla persona, alla coppia, alla famiglia, al gruppo e alla comunità in generale. Il pedagogista può svolgere, presso le Pubbliche Amministrazioni, nei servizi pubblici e privati e come libero professionista, compiti e funzioni di consulenza tecnico-scientifica e attività di coordinamento, di direzione, di monitoraggio e di supervisione degli interventi degli interventi a valenza educativa, formativa e pedagogica nei settori di competenza. Può svolgere attività di orientamento scolastico e professionale, di attività di promozione culturale e interculturale anche attraverso l'organizzazione di iniziative tecnico-scientifiche, la produzione e diffusione di pubblicazioni, la consulenza e l'aggiornamento di siti specialistici e l'attività di consulenza on-line. Il pedagogista svolge altresì didattica, sperimentazione e ricerca nello specifico

ambito professionale»²⁷². In secondo luogo, la formazione di tali profili professionali ha subito recenti cambiamenti in seguito alla veloce riorganizzazione del sistema universitario. Infatti risultano oggi possedere tale qualifica i laureati delle Lauree Quadriennali in Pedagogia o Scienze dell'Educazione, i laureati delle Lauree Specialistiche, oggi Magistrali, in Scienze Pedagogiche e Programmazione e Gestione dei Servizi Educativi.

Questi Corsi di Laurea Magistrale, percorsi oggi attualmente in vigore, per la formazione del pedagista, trovano attuazione in seguito al Decreto Ministeriale del 16 marzo 2007.

Esaminando le definizioni professionali che il Corso di Laurea Magistrale in Programmazione e Gestione dei Servizi Educativi dovrebbe formare in seguito al Decreto del 2007, leggiamo che «i laureati nei corsi di laurea magistrale della classe (LM-50), dovendo operare nell'area del coordinamento di servizi educativi e socio – assistenziali con il compito di progettare, supervisionare e valutare progetti educativi e riabilitativi, gestire tempi, strumenti, risorse tecniche, umane e finanziarie e presiedere alla qualità, all'innovazione e alla promozione delle attività nel territorio, devono possedere:

- * una solida competenza nelle discipline pedagogiche e metodologico-didattiche, sociologiche, psicologiche ed etiche in materia di servizi alla persona, con eventuali e specifici approfondimenti nell'area dell'integrazione delle persone disabili, della prevenzione del disagio, della marginalità e dell'handicap;

- * una conoscenza approfondita delle problematiche legate alla gestione e allo sviluppo delle risorse umane, delle politiche sociali e del rapporto con il territorio/contesto/ambiente riguardanti i servizi;

- * avanzate conoscenze economiche, giuridiche e politiche relative alla legislazione europea nazionale e regionale sui servizi, alla normativa della loro certificazione di qualità, alle strategie di pianificazione, alla gestione delle informazioni e all'analisi economica e finanziaria dei servizi»²⁷³.

Il Corso di Laurea Magistrale in Scienze Pedagogiche (LM-85), invece, formano figure professionali tali per cui: « I laureati nei corsi di laurea magistrale della classe, a completamento e perfezionamento della formazione acquisita nei corsi di laurea triennale della classe 18, devono possedere:

- * solide e approfondite competenze e conoscenze teoriche e pratiche nelle scienze pedagogiche e dell'educazione e in quelle discipline che, come la filosofia, la storia, la

²⁷² Profilo del pedagista proposto da ANPE, consultato su www.anpe.it (consultato in dicembre 2013).

²⁷³ Cfr. D. M. 16 marzo 2007, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale del 9 luglio 2007 n. 155, consultabile nella sezione “atti ministeriali” del sito www.miur.it (visitato il 19/09/2014).

psicologia e la sociologia, da un lato concorrono a definirne l'intero quadro concettuale e, dall'altro, ne favoriscono l'applicazione nei differenti contesti educativi e formativi;

* un'adeguata padronanza della metodologia di ricerca educativa di natura teoretica, storica, empirica e sperimentale, negli ambienti formali, non formali e informali di formazione;

* conoscenze approfondite dei diversi aspetti della progettazione educativa (analisi dei bisogni, definizione delle finalità e degli obiettivi generali e specifici, valutazione delle risorse umane, strumentali e strutturali, programmazione, metodologie di intervento, verifica e valutazione) e dei metodi e delle tecniche relative al monitoraggio e alla valutazione degli esiti e dell'impatto sociale di progetti e programmi di intervento»²⁷⁴.

Pur non essendo diviso tra la legislazione delle professioni sanitarie e quella delle professioni educative e sociali, come accade invece per la definizione della figura professionale dell'educatore, il profilo del pedagogo viene oggi formato da Corsi di laurea molto recenti istituiti in seguito al passaggio dei Corsi di Laurea quadriennali e quinquennali nei Corsi di Laurea triennali seguiti da bienni di Lauree Magistrali. Tali nuove formulazioni della formazione accademica hanno, infatti, sostituito e rinominato lo "storico" Corso di Laurea in Pedagogia, da sempre presente nelle più antiche Accademie italiane.

Inoltre, come sottolineato precedentemente, è rilevante la mancanza della regolamentazione nazionale con l'istituzione di un albo professionale che raccolga e riunisca effettivamente tutti i professionisti formati per poter esercitare la professione educativa di secondo livello.

Anche la professione educativa di secondo livello, dunque, necessita di una definizione e un riconoscimento più chiaro all'interno del panorama normativo e professionalizzante nazionale. In questa direzione, ad esempio, si muovono i gruppi di lavoro attuati dalla S.I.P.E.D., già ricordati nel paragrafo precedente, concentrati non solo su caratteristiche formative e di definizione relative alle professioni educative di primo livello. Inoltre l'attenzione dei gruppi S.I.P.E.D. si è articolata con forza anche in favore del riconoscimento dei profili professionali educativi italiani all'interno del contesto della Comunità Europea, questione importante e delicata che sarà oggetto specifico del prossimo paragrafo.

2.5 Le professioni educative italiane e il contesto europeo

Al termine della presentazione dei percorsi formativi previsti per le professioni educative sul territorio italiano, si vorrebbe ora tratteggiare la posizione di questi profili rispetto al

²⁷⁴ Cfr. Tabella delle Classi di Laurea Magistrale, allegata al D. M. 16 marzo 2007.

panorama europeo nella formazione e nel riconoscimento professionale dell'ambito educativo. Non risulterebbe, infatti, possibile offrire una descrizione dei percorsi formativi per educatori e pedagogisti presenti in Europa, in quanto vi è una pluralità di modi di intendere tali professioni, di formarle e di inserirle negli specifici contesti lavorativi, in relazione anche al diverso orientamento dei dibattiti culturali nazionali relativi al sapere pedagogico formatosi negli ultimi anni, come è stato precedentemente accennato.

All'interno dell'Unione Europea, un riconoscimento comunitario delle qualifiche professionali è stato pensato per garantire standard europei relativamente a conoscenze e competenze dei lavoratori all'interno dei Paesi dell'Unione. Sono dunque stati pensati criteri e misure per rendere compatibili le qualifiche professionali e l'esercizio delle professioni negli Stati dell'Unione. In particolare, la Direttiva 2005/36/CE del Parlamento Europeo e del Consiglio Europeo del 7 settembre 2005 relativa al riconoscimento delle qualifiche professionali ha chiesto agli Stati membri di adeguare le norme nazionali relative a possibilità di accesso e esercizio delle professioni.

Il governo italiano ha varato il 9 novembre 2007 il Decreto legislativo n. 206 che determina l'adeguamento agli standard europei per l'accesso e l'esercizio delle professioni regolamentate²⁷⁵. Il Decreto, all'articolo 4, definisce secondo queste caratteristiche una professione "regolamentata":

«1) l'attività, o l'insieme delle attività, il cui esercizio è consentito solo a seguito di iscrizione in Ordini o Collegi o in albi, registri ed elenchi tenuti da amministrazioni o enti pubblici, se la iscrizione è subordinata al possesso di qualifiche professionali o all'accertamento delle specifiche professionalità; 2) i rapporti di lavoro subordinato, se l'accesso ai medesimi è subordinato, da disposizioni legislative o regolamentari, al possesso di qualifiche professionali; 3) l'attività esercitata con l'impiego di un titolo professionale il cui uso è riservato a chi possiede una qualifica professionale; 4) le attività attinenti al settore sanitario nei casi in cui il possesso di una qualifica professionale è condizione determinante ai fini della retribuzione delle relative prestazioni o della ammissione al rimborso; 5) le professioni esercitate dai membri di un'associazione o di un organismo di cui all'Allegato I»²⁷⁶.

In riferimento a quanto già affermato nei precedenti paragrafi, le professioni educative nel contesto italiano non risultano essere regolamentate, in quanto non dispongono di un percorso abilitante che certifichi il raggiungimento di competenze standardizzate e nemmeno di Albi o Collegi professionali. Scrivono Paolo Orefice e Maria Rita Mancaniello a riguardo:

²⁷⁵ Cfr. Dlgs 206/07, consultabile su www.camera.it (visitato il 20/09/2014).

²⁷⁶ *Ibidem*.

«Per accedere alla professione regolamentata e per mantenere lo status di professionista non basta la laurea né un titolo per essere legittimati a svolgere le attività professionali. Le lauree universitarie, ad eccezione di alcune che abilitano alla professione per ragioni che attengono al sistema lavorativo e non al sistema universitario, danno la cultura professionale. Occorre poi un percorso aggiuntivo che viene definito abilitante, sia perché mette il laureato in rapporto diretto con la situazione lavorativa sia perché poi deve concludersi con una prova che certifichi che sono stati raggiunti dal candidato professionista gli standard professionali di ingresso nel mondo del lavoro»²⁷⁷.

In questo senso, l'articolazione del percorso formativo universitario per l'educatore, già descritta in precedenza, «risponde al sistema europeo che prevede la suddivisione della formazione universitaria in tre cicli»²⁷⁸, ma la non regolamentazione totale del profilo professionale non consente di inserire tali professioni tra quelle che seguono una normativa di accesso ed esercizio a livello europeo.

Le diverse Associazioni che raccolgono i professionisti del settore educativo in Italia espongono la difficoltà che questa mancanza di regolamentazione crea. Scrive, ad esempio, ANEP:

«La nostra Associazione ha potuto verificare, attraverso le richieste d'informazioni pervenuteci sia da educatori italiani che si trasferiscono in uno Stato membro, sia da educatori provenienti da uno Stato membro, che l'iter burocratico richiesto per poter vedere riconosciute le qualifiche ottenute nello stato di partenza, sono particolarmente complesse, lunghe ed onerose. Ciò determina disagi al professionista che, in quel lasso di tempo, non può esercitare la professione. Riguardo ai Punti di Contatto, considerato che i professionisti incontrano notevole difficoltà, nell'individuare la professione di riferimento nello Stato membro di trasferimento. Inoltre si riscontrano difficoltà a individuare come si articola la professione, il suo accesso, il quadro generale in cui è inserita»²⁷⁹.

²⁷⁷ P. Orefice & M. R. Mancaniello, Le professioni educative e formative del Lifelong Learning: dalla ricerca scientifica al riconoscimento giuridico, in *LLL – Focus on Lifelong Lifewide Learning*, anno 6, n. 16, 28 febbraio 2010.

²⁷⁸ P. Perillo, *op. cit.*, p. 27.

²⁷⁹ Documento “Modernizzare la direttiva sulle qualifiche professionali”, prodotto da ANEP. Consultabile su www.anep.it (visitato il 20/09/2014).

Questo evidenzia come la peculiarità formativa italiana per le professioni educative non solo determina un debole riconoscimento giuridico e sociale di tali profili sul territorio nazionale, ma aggiunge una complessità nel definire requisiti e criteri di accesso ed esercizio della professione a livello europeo²⁸⁰. Per cercare di proporre soluzioni a tali difficoltà, alcune Associazioni europee di educatori, riunite nell'*International Association of Social Educators*, hanno condiviso e redatto nel novembre del 2005 una carta chiamata "Piattaforma Comune per gli Educatori Sociali in Europa"²⁸¹, che provasse a raccogliere caratteristiche e competenze di questa professione, col fine di creare un profilo professionale comune sul territorio della Comunità Europea.

A livello nazionale, anche la S.I.P.E.D. ha ricoperto un ruolo di notevole importanza all'interno del dibattito sul riconoscimento europeo delle professioni educative italiane. In particolare si segnala come, nel 2007, sia stata promossa una ricerca scientifica di interesse nazionale (PRIN), focalizzata sul seguente tema: *Indagine nazionale e riconoscimento delle professioni formative nel contesto europeo: quali professioni, con quale profilo pedagogico e relativa formazione, per quale lavoro*, che ha coinvolto cinque Unità di Ricerca, coordinate dall'Unità di Firenze (UdR Università degli Studi di Bari, coordinata dalla prof.ssa Silvana Calaprice, UdR Università degli Studi di Bologna, coordinata dal prof. Antonio Carullo, UdR Università degli Studi di Firenze, coordinata dal prof. Carlo Fratini con delega al Prof. Paolo Orefice, UdR Università degli Studi di Macerata, coordinata dal prof. Piero Crispiani, UdR Università degli Studi di Urbino, coordinata dal prof. Mario Rizzardi). Questo progetto, oltre a una puntuale riflessione circa caratteristiche, ambiti di intervento, percorsi formativi delle professioni educative italiane, ha focalizzato l'attenzione anche sul contesto europeo, cercando di evidenziare e definire criteri che permettano di regolamentare tali profili in Italia, in vista di un loro adeguamento ai criteri definiti a livello comunitario, con l'obiettivo «di pervenire alla definizione di un modello integrato di formazione come contributo teoreticamente e operativamente fondato al riconoscimento della professione»²⁸².

L'analisi relativa alla ricerca menzionata, pubblicata nel 2011 nel volume *Le professioni educative e formative: dalla domanda sociale alla risposta legislativa*, mostra come sia necessario definire profili professionali precisi per l'area dell'educazione, in vista di un

²⁸⁰ Riferimento relativo a tale argomento può essere anche il testo di P. Orefice, *Pedagogia scientifica. Un approccio complesso al cambiamento formativo*, Editori Riuniti university press, Roma, 2009.

²⁸¹ Tale documento è visionabile sul sito dell'International Association of Social Educators, www.aieji.net/wp-content/uploads/2011/09/Professional-competences-IT, (visitato il 20/09/2014), nella versione italiana curata da ANEP.

²⁸² M. R. Mancaniello, Le professioni educative e formative del Lifelong Learning: dalla ricerca scientifica al riconoscimento giuridico, in *LLL – Focus on Lifelong Lifewide Learning*, anno 6, n. 16, 28 febbraio 2010.

riconoscimento sia a livello nazionale, sia europeo. Viene proposta, in questo senso, la tematizzazione di una precisa Filiera Professionale Educativa, che possa fornire un modello per regolamentare i professionisti dell'educazione in Italia e nella Comunità Europea: «L'obiettivo è quello di pervenire alla definizione di un modello integrato di formazione come contributo teoreticamente e operativamente fondato al riconoscimento della professione [...]. Tale percorso ha permesso di definire le due Filiere Professionali, quella Educativa e quella Formativa»²⁸³.

Inoltre, vista la necessità di portare avanti il dibattito e la ricerca relativa al riconoscimento normativo, giuridico e sociale della professione educativa in Italia e nel contesto europeo, all'interno della S.I.P.E.D. si è costituito un gruppo di lavoro specificamente rivolto a tale argomento, denominato “Professioni educative e formative per il riconoscimento delle competenze in ambito nazionale ed europeo. I corsi di laurea educativi e pedagogici verso le strategie Europa 2020”, condotto dalla Prof.ssa Silvana Calaprice e dal Prof. Piero Crispiani²⁸⁴. In questo senso, è possibile notare come la questione del riconoscimento professionale e giuridico delle professioni educative in Italia sia indissolubilmente legata alla possibilità di normare precisamente questo profilo anche a livello europeo. È necessario, infatti, costruire una tematizzazione nazionale chiara relativamente a percorsi formativi, alle possibilità di accesso ed esercizio della professione, in modo da poter definire un profilo professionale regolamentato e univoco, confrontabile con standard e norme condivise a livello europeo.

Anche in relazione al panorama europeo, dunque, appare evidente come la professionalità educativa sia complessa, difficile da inserire in regolamentazioni e codifiche chiare e condivise, permettendo dunque, alla trattazione di proseguire oltre e dirigersi verso il tentativo di affrontare l'altrettanto complicata e multiforme descrizione dell'atto educativo, considerato come fondamento del sapere e della pratica professionale educativa.

2.6 L'atto educativo come fondamento della disciplina pedagogica

Delicato e fondamentale compito del presente paragrafo sarà quello di accompagnare il lettore verso la tematizzazione della complessità insita nella definizione dell'agire educativo. In

²⁸³ M. R. Mancaniello, Introduzione, in P. Orefice, A. Carullo & S. Calaprice (a cura di), *Le professioni educative e formative: dalla domanda sociale alla risposta legislativa. Il processo scientifico, professionale e normativo del riconoscimento nazionale ed europeo*, CEDAM, Trento, 2011, pp. LIII-LIV.

²⁸⁴ Descrizione e obiettivi di tale gruppo di lavoro possono essere consultati nella sezione “Gruppi di lavoro” del sito www.siped.it (consultato il 20/09/2014).

primo luogo si cercherà di mettere a fuoco gli elementi che rendono sfuggente, impalpabile e difficilmente descrivibile l'agire educativo, in modo da poter successivamente presentare alcune delle caratteristiche fondanti per poter definire un'azione educativa.

Infine, il riferimento al pensiero di Bertolini permetterà di presentare in maniera chiara una proposta per circoscrivere gli elementi di un'azione educativa "razionalmente fondata", che può essere considerata come appartenente alla pratica di un professionista dell'educazione.

2.6.1 L'agire educativo: un'azione intangibile e difficilmente descrivibile

Alla difficoltà normativa, giuridica e di riconoscimento professionale, argomentata nei precedenti paragrafi, si accompagna una complessità "costitutiva" del mestiere educativo, in quanto è difficilmente descrivibile e definibile l' "educazione" in sé e l'agire professionale che la persegue²⁸⁵. L'educazione, come ricordato in apertura del paragrafo, è un tratto che da sempre ha costituito la componente sociale e culturale dell'essere umano, e la discussione su essa continua ad essere legata a elementi politici, storici, economici e, come già osservato, anche in connessione con i criteri di scientificità che caratterizzano il dibattito odierno riguardo alla disciplina pedagogica.

L'educazione attraversa la vita, in uno strettissimo legame con l'intero percorso esistenziale dell'uomo: all'interno di tale relazione si sviluppa l'azione professionale dell'educatore che dovrà sapere orientare il suo agire attraverso la creazione di un *dispositivo*, costruito attraverso un apparato di tecniche pedagogiche. La nozione di *dispositivo* proviene dall'opera di Riccardo Massa che, attraverso la metafora teatrale, utilizzata come luogo analogico per proporre la costruzione di relazioni educative, riprende il continuo rimando tra l'educazione e la vita. Tale pensiero è riportato nel testo pubblicato postumo di Massa:

«Del teatro ci sembra importante anche l'aspetto della simulazione e della finzione, o con linguaggio tecnologico, l'aspetto virtuale dell'esperienza teatrale. [...] Il teatro in questo modo diventa un'esperienza che svolge una funzione autenticante rispetto alla vita e sembrerebbe confermare il paradosso che fa della finzione la parte più vera della verità. La finzione ci renderebbe autentici, attraverso una simulazione, una finzione si inverte la

²⁸⁵ La letteratura relativa a tale argomento è estremamente ricca, rendendo impossibile richiamarla totalmente in nota. Si segnalano per una consultazione sul tema S. Tramma, *L'educatore imperfetto. Senso e complessità del lavoro educativo*. Roma, Carocci, 2008; P. Bertolini, *L'esistere pedagogico. Ragioni e limiti di una pedagogia come scienza fenomenologicamente fondata*, La Nuova Italia, Firenze, 1999; R. Massa, *Istituzioni di pedagogia e scienza dell'educazione*, Laterza, Roma, 1992.

possibilità di accedere ad una dimensione più autentica di quella che caratterizza la vita quotidiana»²⁸⁶.

La professione dell'educatore sarà dunque a contatto con la vita dei soggetti a cui si rivolge, diventando in qualche misura una pratica "diffusa" all'interno delle dimensioni esistenziali, ma anche concrete del vivere quotidiano, come affermano S. Kanizsa e S. Tramma: «Oltre le sue dimensioni formali, intenzionali, negoziate e condivise (la scuola in primo luogo), i cui esiti corrispondono o dovrebbero corrispondere ai *desiderata* di coloro che vi sono coinvolti, l'educazione si inverte nelle famiglie, nei quartieri, in compagnia di amici e/o amiche, in solitudine, in episodi eccezionali o ordinari, nelle varie prime o ultime volte che costellano la vita di ciascuno»²⁸⁷.

L'educazione, in fondo, è intrecciata strettamente alla vita, alla formazione dell'uomo nel corso del suo sviluppo. Pensando ai diversi servizi, chiamati oggi ad agire azioni educative, è possibile portare alcuni esempi che evidenziano la connessione tra le pratiche educative in essi agite e l'esistenza dei soggetti che li abitano. Il nido è un servizio educativo, e in esso i bambini trascorrono la quotidianità delle loro giornate, nel corso del loro sviluppo nei primi tre anni di vita; i servizi aggregativi per adolescenti, quali i CAG, sono servizi educativi, e in essi i ragazzi trascorrono i pomeriggi, il loro tempo libero; le comunità residenziali, per soggetti di qualsiasi età, sono servizi educativi, e in essi le persone ospitate vivono ogni aspetto e ogni momento della loro esistenza per un determinato periodo. L'educazione attraversa la vita e, a sua volta ne è attraversata, in un rapporto circolare e di ricorsività, abitando, come abbiamo appena notato, la vita e il tempo quotidiano dei soggetti con cui opera. In questo senso, l'educatore dovrà costruire la sua azione all'interno di questo tempo, il tempo della vita e della quotidianità, che, nella società contemporanea è rivestito di un'accezione particolare, come sottolineano Emanuela Cocever e Angela Chiantera: «Con l'affermarsi dell'economia capitalista e della borghesia, la vita quotidiana ha assunto l'aspetto di ambito della riproduzione, cioè della ripetizione, contrapposta, come residuo, alle più interessanti attività produttive [...] il quotidiano è il tempo della ciclicità, dei sentimenti, della invisibilità sociale»²⁸⁸. In tale tempo, connotato da una scarsa considerazione sociale, l'educatore si trova a dover svolgere la sua azione, professionalmente educativa: in questo senso, dovrà essere in grado di costruirla sulla base della consapevolezza del forte intreccio e

²⁸⁶ F. Antonacci & F. Cappa, *Riccardo Massa. Lezioni su la peste, il teatro, l'educazione*, Franco Angeli, Milano, 2000, p. 35.

²⁸⁷ S. Kanizsa & S. Tramma, *Introduzione alla pedagogia e al lavoro educativo*, Carocci, Roma, 2011, p. 24.

²⁸⁸ E. Cocever & A. Chiantera, *Scrivere l'esperienza in educazione*, Clueb, Bologna, 1996, pp. 32-33.

legame che necessariamente esiste tra il suo agire e il tempo quotidiano, esistenziale dei soggetti con cui opera. Su questo tempo, andrà costruito un “dispositivo”, come accennato in precedenza, in cui tenere in considerazione gli aspetti esistenziali e renderli caratteristiche pensate del proprio agire, senza confonderle con i caratteri di educatività che devono connotare la propria azione: «L’educazione è il luogo in cui si doppia la vita, e in cui si doppiano anche le domande di controllo. Il teatro è la metafora di questo luogo e la metafora teatrale è utile perché permette di pensare l’educazione al di fuori del dispositivo puro, senza per questo negare la sua presenza, perché il teatro non è vita, ma riproduce, rielabora, ricostruisce e approfondisce i significati vitali»²⁸⁹.

L’esistenza stessa è, inoltre, attraversata da incontri, esperienze, situazioni informali e involontarie che ricordiamo come “educative” in quanto hanno contribuito alla nostra formazione e alla nostra costituzione. Questo aspetto ci porta a sottolineare la complessità del definire e distinguere le azioni educative tra formali, informali, professionali e non, verso la faticosa definizione dell’atto definibile come “educativo”.

Questa forte connessione con la vita, con l’esistenza dei soggetti a cui si rivolge rappresenta uno degli elementi che contribuiscono a esplicitare e descrivere cosa sia da intendere come azione educativa, come atto, cioè, volto a generare un movimento di educazione. Paradossalmente, l’intento dichiarato in apertura del paragrafo, risulta un tentativo quanto mai complesso, date le caratteristiche dell’educazione, che la rendono un concetto difficilmente tangibile. Si proverà, dunque, innanzitutto, a mostrare la poliedricità dell’idea di educazione, i molteplici elementi che in essa sono implicati, per poi presentare un possibile modello di cosa si possa distinguere come azione educativa.

2.6.2 Per un tentativo di descrizione: caratteristiche ed elementi fondanti dell’azione educativa

La complessità che contraddistingue l’educazione stessa può essere, in questo senso, ben introdotta dalle parole di Letizia Caronia. Nel testo del 1997, *Costruire la conoscenza*, già citato precedentemente, Caronia scrive: «L’evento educativo non è un complesso di regole e di significati a cui gli attori sono deterministicamente sottomessi [...]. È un insieme di conoscenze negoziate ed elaborate da soggetti in situazione che usano l’interazione e la comunicazione per produrre modi di agire e di pensare»²⁹⁰. In un testo del 2011,

²⁸⁹ F. Antonacci & F. Cappa, (a cura di), *op. cit.*, p. 26.

²⁹⁰ L. Caronia, *Costruire la conoscenza. interazione e interpretazione nella ricerca in campo educativo*, La Nuova Italia, Firenze, p. 287.

Fenomenologia dell'educazione, la stessa autrice scrive nuovamente in riferimento alla natura dell'azione educativa: «L'evento educativo [...] non è un mondo di forze, urti e palle da biliardo rappresentabile da leggi di causa-effetto o di co-variazione sistematica. Leggi che la ricerca scientifica dovrebbe scoprire e forze che l'educatore dovrebbe applicare certo – in nome di quelle leggi – di raggiungere i risultati previsti»²⁹¹. Quanto riportato ci introduce dunque alle caratteristiche di complessità e *insecuritas*, come definite da Caronia, che accompagnano, descrivono l'agire educativo e che cercheremo di trattare, almeno relativamente ai punti fondamentali, in questa trattazione.

In primo luogo, l'evento educativo è contraddistinto da una certa invisibilità e intangibilità: è descritto come un insieme di conoscenze e significati, basati sull'interazione e la comunicazione. Tutte queste sono azioni “astratte” non tangibili, visibili o concretizzabili: cosa può farci vedere, con certezza, che a fine giornata un ragazzino che ha frequentato un CAG sia stato il destinatario di azioni educative? Possiamo vederne cambiamenti nell'aspetto, nelle azioni e nelle interazioni che metterà in atto una volta rientrato a casa? Molto spesso tutto questo non è visibile, per lo meno non a breve termine, costituendo una costitutiva invisibilità dell'educazione, che rende anche i servizi educativi delle organizzazioni molto particolari, che offrono servizi e “prodotti” immateriali e intangibili, come ben esplicita Agnese Infantino: «Un servizio non è una merce, un prodotto dotato di peso, dimensioni, forma, colore, e non può essere manipolato, trasportato, toccato. Esiste, si svolge, attiva interventi, offre prestazioni ma in sé non è visibile né materializzabile»²⁹². Questa immaterialità caratterizza in generale tutte le organizzazioni volte alla produzione di servizi; Franca Olivetti Manoukian dedica a tale caratteristica il testo *Produrre servizi*, all'interno del quale è possibile leggere: «Nei servizi ciò che si produce è immateriale: questo sembrerebbe da un lato far considerare ovvio il descriverlo e dall'altro condurre a darne delle descrizioni succinte e rapide, analoghe a quelle adottate per prodotti materiali»²⁹³. Questo tratto costitutivo immateriale, descritto dall'autrice come elemento distintivo di tutti i diversi tipi di servizi alla persona, risulta ben applicabile anche ai servizi specificamente rivolti all'educazione:

²⁹¹ L. Caronia, *Fenomenologia dell'educazione. Intenzionalità, cultura e conoscenza in pedagogia*, Franco Angeli, Milano, 2011, p. 113.

²⁹² A. Infantino, *Progettazione pedagogica e organizzazione del servizio. Teorie e strumenti per la scuola e i servizi educativi*, Guerini, Milano, 2002, p. 88.

²⁹³ F. Olivetti Manoukian, *Produrre servizi. Lavorare con oggetti immateriali*, Il Mulino, Bologna, 1998, pp. 43-44.

«Anche gli utenti di una scuola o di un asilo nido beneficiano di un servizio intangibile: la formazione, la cura, i processi educativi sono “prodotti” immateriali, di natura fortemente relazionale e in quanto tali non dimostrabili. I genitori che visitano una scuola o partecipano a un incontro di presentazione del POF prima dell’iscrizione non possono in alcun modo osservare il “prodotto” che sceglieranno, dal momento che la formazione, la cura, l’educazione, la qualità delle relazioni interpersonali non possono essere materializzate, concretizzate, esibite, mostrate in quanto tali»²⁹⁴.

Quanto viene offerto e “prodotto” dai servizi educativi è, dunque, un qualcosa di immateriale e intangibile, costituito da elementi altri rispetto a quelli visibili e concreti, che rende difficoltoso e problematico descrivere e tematizzare l’accadere e l’agire educativo, senza appiattirlo alle concrete azioni svolte dagli educatori in servizio²⁹⁵.

Un’ulteriore caratteristica evidenziata nel testo di Caronia sopra riportato è connessa al ruolo dell’interazione e della comunicazione per l’azione educativa. Questi concetti indicano, infatti, la fondamentale presenza di una situazione relazionale che caratterizza l’evento educativo, a caratterizzare un particolare sistema all’interno del quale l’educazione si svolge, coinvolgendo più soggetti, luoghi, tempi, circostanze, strumenti che determinano, facilitano, ostacolano, permettono l’interazione e la comunicazione sopra riportate. La stessa esistenza dell’educatore è definita in relazione alla presenza di soggetti destinatari di educazione; l’evento educativo è costruito nella relazione che si instaura tra questi soggetti, in rapporti che possono essere di volta in volta, duali o di gruppo, che costruiscono quella che da Elisabetta Biffi viene definita una “danza”: «La danza, allora, può suggerire un incontro fra soggetti che nella relazione calibrano le rispettive mosse. Quando agita all’interno di una coppia, poi, essa richiama ad una reciprocità di azioni e reazioni ove qualcuno guida e qualcuno si lascia guidare non senza, però, imporre all’altro la sua presenza [...]. Il risultato è qualcosa che accade nell’incontro, nel “qui ed ora” del danzare stesso»²⁹⁶. Sebbene però, la relazione sia parte costitutiva di un’azione educativa, essa da sola non è sufficiente a connotare il carattere specificamente educativo di una situazione, come sottolinea anche Duccio Demetrio in un suo testo relativo alla figura dell’educatore professionale: «Il momento relazionale, che è organizzatore del quotidiano o dell’extra-quotidiano, va colmato di contenuti (cose da fare,

²⁹⁴ Ivi, p. 89.

²⁹⁵ Relativamente alla difficoltà del descrivere l’azione educativa, del raccontarne l’essenza stessa, è possibile consultare il testo di E. Biffi, *Le scritture professionali dell’educatore*, Franco Angeli, Milano, 2014, che dedica ampia trattazione a tale tematica.

²⁹⁶ E. Biffi, *Educatori di storie. L’intervento educativo fra narrazione, storia di vita e autobiografia*, Franco Angeli, Milano, 2010, pp. 38-39.

progettare, ecc.) e deve costituire l'argomento di un'autoanalisi personale, di gruppo, tra gli educatori»²⁹⁷. Questa relazionalità intrinseca nell'educazione costituisce, allora, molto più che una sua caratteristica materiale e organizzativa, dal momento che la presenza stessa di soggetti da educare, considerati come "persone attive" e non passivi destinatari, influisce sulla costituzione e sull'andamento stesso dell'evento educativo: «Il soggetto pensato come partecipante attivo del processo è [...] la variabile incontornabile che esclude l'educazione dal campo di applicazione di ogni approccio deterministico e dunque normativo»²⁹⁸. La relazionalità che contraddistingue l'educazione prevede la presenza in essa di soggetti attivi, la cui libertà è presente all'interno della stessa azione educativa, a creare una situazione il cui esito non può essere garantito né certo.

Inoltre, la relazionalità dell'agire educativo è fondata su una caratteristica particolare: i ruoli in essa presenti non sono neutri e casuali, né interscambiabili: «La relazione tra educando ed educatore *professionale* [...] non può che essere *asimmetrica*, pena la perdita delle ragioni che portano all'incontro relazionale [...] tra i due soggetti interlocutori»²⁹⁹. L'educatore non può confondersi con l'educando, né viceversa, i ruoli della relazione sono definiti in virtù di una specifica intenzionalità e professionalità della situazione: «Gli aspetti che qualificano l'asimmetria [...] riguardano le aree della *consapevolezza* e della *responsabilità*. Consapevolezza del carattere educativo della relazione [...], consapevolezza della molteplicità di variabili che concorrono al gioco relazionale [...]. Responsabilità riguardo al futuro del soggetto educante [...], al mandato ricevuto»³⁰⁰. Il riferimento all'asimmetria caratteristica dell'azione educativa permette di evidenziare come, in essa, vi sia la presenza di quelli che la letteratura pedagogica definisce come elementi di "potere". Con questo termine, la riflessione portata avanti da diversi autori³⁰¹ consente di soffermare l'attenzione su alcuni tratti costitutivi dell'azione educativa, da sempre orientata a costruire la socializzazione, la cultura e l'apprendimento dei soggetti a cui si rivolge. Questi tratti rimandano, senza etichettature e giudizi etici o morali, a un'azione di potere esercitata da un soggetto nei confronti di uno o più destinatari dell'educazione, in vista del plasmare e modellare gli educandi a valori e riferimenti socialmente definiti. Prendere coscienza di questo aspetto

²⁹⁷ D. Demetrio, *Educatori di professione. Pedagogia e didattiche del cambiamento nei servizi extra-scolastici*, La Nuova Italia, Firenze, 1990, p. 151.

²⁹⁸ L. Caronia, *op. cit.*, 2011, p. 113.

²⁹⁹ S. Tramma, *L'educatore imperfetto. Senso e complessità del lavoro educativo*, Carocci, Roma, 2003, p. 78.

³⁰⁰ Ivi, p. 79.

³⁰¹ A riferimento del concetto di "potere" in educazione è possibile consultare i testi: M. Foucault, *Sorvegliare e punire*, Einaudi, Torino, 1976; R. Massa, *Le tecniche e i corpi. Verso una scienza dell'educazione*, Unicopli, Milano, 2003; R. Mantegazza, *Teoria critica della formazione*, Unicopli, Milano, 1995; M. G. Riva, *Il lavoro pedagogico come ricerca dei significati e ascolto delle emozioni*, Guerini, Milano, 2004.

relativo al potere risulta essenziale per descrivere pienamente l'agire educativo in tutte le sue sfaccettature e, soprattutto, per costruire azioni e pensieri educativi consapevoli di questa caratteristica insita nell'educare stesso. Scrive a riguardo Riva:

«L'educazione è, nelle sue fondamenta, socializzazione e inculturazione [...]. Tali azioni educative sono assolutamente, primariamente e radicalmente [...] azioni di plasmatura, modellamento e incanalamento nella direzione dell'adattamento alla società esistente, e quindi di esercizio di potere sull'altro. Non si vuole dire che ciò sia un bene o un male. La questione in gioco qui è relativa al prendere atto, “semplicemente”, che l'educazione e la formazione consistono nell'esercizio di un potere sull'altro, non necessariamente violento o negativo»³⁰².

Questo ultimo riferimento al potere insito nell'agire educativo consente ancora una volta di sottolineare come tale azione presenti un elevato grado di complessità e poliedricità in se stessa, ospitando tra i suoi fondamenti, un costitutivo elemento di potere, indispensabile per educare, ma spesso non considerato, riconosciuto né portato a consapevolezza.

Quanto finora esposto, tratteggiando alcune delle difficoltà e degli interrogativi che attraversano la costituzione stessa dell'azione educativa, consente ora di far proseguire oltre la trattazione e provare a tracciare una chiara linea, ovviamente possibile e non unica né univoca, in vista della definizione di quella che Bertolini chiama «esperienza educativa razionalmente fondata»³⁰³.

2.6.3 *L'azione educativa razionalmente fondata*

Per presentare gli elementi caratteristici di una siffatta azione educativa, si riprenderà il pensiero di Bertolini, nello specifico quanto raccolto nel testo *L'esistere pedagogico*³⁰⁴. Articolando la sua opera in modo da presentare la pedagogia come una scienza fondata sui presupposti della filosofia fenomenologica proposta da Husserl, Bertolini tratteggia l'esperienza educativa, all'interno di tale orizzonte epistemologico, come fondata su una propria specificità e struttura costruita su «unità di senso originarie»³⁰⁵, che permettono di renderne evidente l'essenza. Bertolini sottolinea, però, come si possano identificare differenti accezioni del concetto di esperienza educativa. In primo luogo viene definita un'esperienza

³⁰² M. G. Riva, *op. cit.*, 2004, p. 172.

³⁰³ P. Bertolini, *op. cit.*, 1999, p. 160.

³⁰⁴ In parte, il riferimento sarà anche all'opera di L. Caronia, *Fenomenologia dell'educazione*, che riprende e amplia i contenuti del testo di Bertolini.

³⁰⁵ P. Bertolini, *op. cit.*, 1999, p. 161.

educativa «*spontanea, naturale*»³⁰⁶, che coinvolge il soggetto stesso che si educa, apprendendo intellettualmente, nella pratica e nella conoscenza grazie alle situazioni, alle relazioni e agli eventi che si trova a vivere.

Poi vi è un'altra esperienza educativa spontanea e naturale, differente dalla precedente in quanto implica «come protagonisti principali i soggetti più maturi, i quali, mettendosi in rapporto con i soggetti meno maturi, li stimolano, li condizionano, li aiutano a crescere e a svilupparsi senza tuttavia impostare questa loro attività in modo razionale o programmato»³⁰⁷: è questo un tipo di atto educativo che muove da tradizioni, da esperienze passate, caratterizzando un agire prevalentemente estemporaneo e casuale, pur determinando importanti effetti di educazione.

Successivamente si può presentare un'esperienza educativa caratterizzata da intenzionalità, «che vede i soggetti più maturi (perlopiù i professionisti dell'educazione) i quali intendono orientare lo sviluppo e la crescita degli individui meno maturi (perlopiù le nuove generazioni) secondo precise direzioni, ovvero facendo riferimento a precisi contenuti di esperienza e ad un'altrettanto precisa tavola di valori»³⁰⁸. In questo tipo di agire educativo, chi educa si riferisce a valori culturali od ideologici (religiosi, filosofici, politici) che si ritiene importante trasmettere.

Infine, vi è l'esperienza educativa definita «*razionalmente fondata*»³⁰⁹, in quanto costruita sull'associare «al carattere di intenzionalità (di non estemporaneità o casualità) la capacità di riferirsi a contesti culturali, meglio a “unità di senso” originari in quanto emergenti dalla sua stessa struttura, non presi a prestito cioè da altre forme o contenuti d'esperienza umana o, per essere più espliciti, non ideologicamente predeterminati»³¹⁰.

È proprio in riferimento a quest'ultima definizione di esperienza educativa che Bertolini tratteggia le direzioni intenzionali fondanti, cioè quelle che chiama “unità di senso originarie” e che ne costituiscono l'essenza.

La prima di queste direzioni è legata alla sistematicità che caratterizza l'atto educativo: «Emerge cioè la *natura sistemica* dell'evento educativo qualunque esso sia e qualunque sia la sua rilevanza, dove per sistema si deve ovviamente intendere un tutto organico formato da diversi elementi o fattori (variabili) tra loro in una correlazione tanto stretta da comportare

³⁰⁶ Ivi, p. 159.

³⁰⁷ *Ibidem*.

³⁰⁸ *Ibidem*.

³⁰⁹ Ivi, pp. 159-160.

³¹⁰ Ivi, p. 160.

variazioni nel tutto a partire da variazioni dei singoli elementi»³¹¹. Bertolini tratteggia tale sistematicità prevalentemente strutturata intorno a quattro elementi portanti che entrano in gioco nella progettazione e nell'attuazione delle azioni educative: l'*individuo*, o gli individui destinatari dell'educazione, intesi come attivi partecipanti del processo; la *società* all'interno della quale ci si trova, con la *cultura* che questa ha creato e all'interno della quale agisce; infine gli *strumenti*, presenti, utilizzabili per mettere in atto comunicazione, interazione e, dunque, la stessa educazione.

L'intreccio tra questi quattro elementi determina, quindi, il complesso e intricato sistema all'interno del quale si trova qualsiasi azione educativa *razionalmente fondata*. Condizione fondante di tale sistema è un carattere di *relazionalità*, definito come *relazione-reciproca*, che costituisce la seconda unità di senso originaria dell'azione educativa secondo il pensiero di Bertolini: «Essa [l'esperienza educativa] si fonda sulla relazione in quanto scaturisce sempre da un imprescindibile rapporto tra almeno due termini o protagonisti, l'educatore e l'educando, tanto che isolando uno di essi entrambi perdono la loro identità»³¹². Il carattere di reciprocità della relazione permette l'instaurarsi di un "sistema", in primo luogo tra educatore e educando, a indicare un rapporto che non si muove solo in una direzione, ma che necessita dell'attiva partecipazione di entrambi i soggetti e, in secondo luogo, tra gli elementi ricordati nell'unità di senso originaria della sistematicità.

Bertolini presenta poi la *possibilità*, come caratteristica fondante dell'esperienza educativa. Nel complesso sistema dell'esperienza educativa, infatti, sono coinvolti diversi soggetti, attivi portatori di significati e intenzioni: «Anch'essa [l'esperienza educativa] procede realizzandosi nella storia non secondo la logica della necessità ma secondo quella dell'apertura e del rischio, come del resto dimostra la frequenza con cui si deve fare i conti con lo scarto esistente tra le intenzioni (i progetti, le programmazioni, le volontà espresse anche in forme decise e senza equivoci) che muovono i vari e molteplici interventi educativi, e i loro esiti»³¹³. Questa direzione intenzionale mette a tema il carattere di *insecuritas* che contraddistingue l'agire educativo, ricordato in precedenza: «Significa dover ammettere l'esistenza di una ineliminabile ambiguità di tale esperienza le cui direzioni di senso non sono dunque mai totalmente prestabilite, o pregarantite»³¹⁴. Quella insita nell'educazione è un'incertezza basata principalmente sulla possibilità che la fonda, intesa anche come libertà dei soggetti in essa coinvolti:

³¹¹ Ivi, pp. 169-170.

³¹² Ivi, p. 176.

³¹³ Ivi, p. 181.

³¹⁴ Ivi, p. 182.

«Solo se risulta effettivamente “aperta al possibile”, un’esperienza educativa può essere giudicata corretta su di un piano pedagogico e perciò scientifico [...] Il che vuol dire, sempre per l’educatore, ovvero per chi intende fondare pedagogicamente (scientificamente) la propria azione educativa, rispettare la libertà dell’educando qualunque sia la sua età e il suo livello di sviluppo [...] Dunque, rispettare anche e forse soprattutto la sua libertà futura, quella che egli deve conquistarsi poco per volta ma a condizione appunto che l’adulto/educatore non glielo impedisca con un tipo di trattamento e di relazione autoritaristico/deterministico»³¹⁵.

Vi sono, poi, ancora due unità di senso originarie a caratterizzare l’agire educativo. Come già ricordato, l’esperienza educativa si colloca all’interno dell’esperienza umana in generale, di cui condivide le caratteristiche fondanti, pur definendone dei significati specifici; è dunque inserita all’interno della struttura temporale da cui l’essenza umana non può uscire, determinando il suo carattere di *irreversibilità*: «L’esperienza educativa comporta l’impossibilità di tornare indietro rispetto a quanto già avvenuto concretamente: proprio perché è *storia* (e non è “nella” storia, essa è costituita e si costituisce sempre di eventi incancellabili»³¹⁶. Il concetto di irreversibilità, così come proposto da Bertolini, consente di visualizzare un movimento circolare a spirale dell’azione educativa, che contempra al suo interno la possibilità, la sistematicità e la reciprocità prima presentate: «La reciprocità di cui abbiamo parlato a proposito della relazione educativa non rappresenta un tornare allo stato precedente e dunque un annullamento della relazione medesima, ma la necessaria (sul piano pedagogico, naturalmente) realizzazione di una nuova relazione [...]: il che, generando quello che chiameremmo un andamento *circolare a spirale*, giustifica la costante apertura dell’esperienza educativa e quindi il suo essere connotata anche dalla prospettiva della possibilità»³¹⁷.

Infine, Bertolini propone l’ultima direzione intenzionale dell’esperienza educativa, quella della *socialità*, in strettissima correlazione con quella della *relazione-reciproca*. Tale direzione intenzionale fa leva sul carattere sociale che contraddistingue l’uomo, mettendo a tema la dimensione sociale e culturale allargata dentro a cui avviene l’esperienza educativa, con le stesse caratteristiche relazionali che chiama in causa, precedentemente ricordate:

³¹⁵ Ivi, pp. 183-184-185.

³¹⁶ Ivi, p. 186.

³¹⁷ Ivi, pp. 186-187.

«La socialità non è riducibile [...] alla relazione-reciproca [...]. Essa fa riferimento infatti ad una rete di relazioni interindividuali che si struttura secondo una “forma” che, proprio in quanto tale supera o va oltre l’insieme stesso delle relazioni da cui peraltro è sempre costituita. Non a caso la socialità costruisce prodotti suoi propri (il sapere stesso, la cultura in senso antropologico [...]). L’esperienza educativa ha nella socialità e in ciò che abbiamo definito come i suoi “prodotti”, uno dei suoi elementi costitutivi assolutamente originari nel senso che senza di essi non potrebbe aver luogo»³¹⁸.

Queste sono dunque le caratteristiche fondanti di un’esperienza educativa *razionalmente fondata*, intorno alle quali, secondo Bertolini, l’agire della professione educativa dovrebbe costituirsi e misurarsi. Allo stesso modo, la riflessione e il pensiero di quelle che abbiamo chiamato come professioni educative di secondo livello, orientate intorno alla riflessione sulla materialità dell’educazione, in vista della concreta prassi educativa, possono trovare in tali direzioni intenzionali il fondamento dell’atto educativo, “materia prima” del loro agire professionale.

Caronia dedica alcune pagine a tale argomento nel testo *Fenomenologia dell’educazione*: in primo luogo l’autrice sottolinea come, nella professionalità dell’educatore, sia presente una dimensione definita di «*responsabilità epistemologica*»³¹⁹, intendendola come «l’includibile (ma spesso invisibile) quota di scelta che si insinua in tutti i passaggi epistemici che punteggiano il pensare e l’agire in educazione sia in qualità di ricercatori che in qualità di professionisti»³²⁰. Questa dimensione, dunque, mette in evidenza che l’educatore professionale, per un agire educativo professionalmente connotato, sia chiamato a una scelta epistemologica che riguarda ciò che si intende per educazione. Riflettere e definire cosa significhi educare è un passaggio che Caronia definisce come fondamentale per ogni educatore, che va affrontato e reso consapevole, in quanto dal modo in cui si intende l’agire educativo derivano direttamente le pratiche educative che vengono messe in atto. Sulla base di queste considerazioni, l’autrice delinea due primi elementi che definiscono l’agire di un educatore: «Il primo consiste nella consapevolezza che il quadro teoretico di riferimento con cui ed entro cui si *sceglie* di lavorare non è che una possibilità interpretativa: verosimile, convincente magari anche pragmaticamente efficace ma in ogni caso non definitiva. Nessuna descrizione (scientifica) dell’educazione è “vera”, nessun punto di vista neanche quello

³¹⁸ Ivi, pp. 192-193.

³¹⁹ L. Caronia, *op. cit.*, 2011, p. 118.

³²⁰ *Ibidem*.

fenomenologico è una *auctoritas* incontrovertibile. Il secondo tratto consiste nella capacità di rendere conto di tale scelta e delle decisioni che ne conseguono»³²¹.

Caronia delinea successivamente altre due basilari caratteristiche che orientano l'agire dell'educatore: la prima si articola sul concetto caro alla filosofia fenomenologica di Husserl, la cosiddetta *epochè*, intesa come atto epistemologico fondamentale di “messa tra parentesi” di credenze, certezze circa il fenomeno oggetto di studio, in modo da potersi avvicinare alla sua essenza. All'interno di questo orizzonte di pensiero, nella prassi educativa, l'educatore dovrebbe essere in grado di attuare l'*epochè*, riferita alla situazione in esame, «che consiste nel sospendere la pertinenza di ogni definizione automatica della situazione e ogni interpretazione stabilizzata del singolo caso»³²². In questo senso, vanno “messe tra parentesi” sia i significati che la propria soggettiva interpretazione propone istintivamente, sia quelli provenienti dalla tradizione, dal sapere scientifico, dall'esperienza professionale passata, per poter guardare alla situazione, al soggetto, in un modo differente: «Questa sospensione è necessaria per costruire lo spazio dell'alternativa, per procedere alla “variazione eidetica” che consiste nel cambiare punto di vista e dunque immaginare altre possibili interpretazioni»³²³.

Nell'agire educativo, la caratteristica dell'*epochè* è anche strettamente connessa a un ulteriore elemento fondante della prassi educativa professionale dal punto di vista della pedagogia fenomenologica, definito da Bertolini come *entropatia*³²⁴. Tale caratteristica risulta ben distinta da quella più conosciuta di *empatia*, che riguarda i vissuti emotivi e il saper “sentire” i sentimenti altrui, come se fossero propri ma senza confonderli coi propri. L'*entropatia*, invece, riguarda maggiormente i pensieri, le categorie interpretative del mondo, ed è così descritta da Bertolini: «È un modo simpatetico di con-sentire con l'altro che richiede, per così dire, un impegno anche personale in quanto si tratta per ciascuno di saper vedere nell'altro ciò che sarebbe egli stesso se fosse al suo posto»³²⁵. Riguardo tale concetto, Caronia sottolinea come essa consista «essenzialmente nel mettersi *nei* pensieri dell'altro. Non si tratta tanto o non soltanto di coglierli (descriverli, oggettivarli) quanto di usarli per dar senso agli eventi secondo modalità orientate al punto di vista degli altri»³²⁶.

In questo senso, l'autrice evidenzia come i concetti di *epochè* ed *entropatia*, oltre a costituire un possibile quadro di riferimento teorico dell'educatore, permettano all'educatore di impostare e agire determinate pratiche, coerenti con la filosofia e l'epistemologia che le

³²¹ Ivi, pp. 118-119.

³²² Ivi, pp. 119-120.

³²³ Ivi, p. 120.

³²⁴ P. Bertolini, *op. cit.*, 1999, p. 100.

³²⁵ Ivi, p. 101.

³²⁶ L. Caronia, *op. cit.*, 2011, p. 121.

propongono. Il riferimento all'*epochè*, ad esempio, può suggerire all'educatore di fermare un'azione intrapresa e rileggere la situazione secondo un altro punto di vista. Tale atteggiamento viene messo in atto in maniera consapevole e intenzionale qualora l'educatore sappia di riferire e orientare la sua azione a un orizzonte fenomenologico, operando, dunque, una chiara scelta epistemologica. In questo senso, le teorie scientifiche ed epistemologiche di riferimento possono essere intrecciate con le azioni educative agite, qualora vi sia consapevolezza e riflessione da parte dell'educatore relativamente ai propri quadri teorici di riferimento, come ricordato precedentemente, che permettono di avere chiaro cosa si intenda per educazione e per agire educativo:

«Anche quando l'educatore professionale interpreta un caso sulla base di una consolidata teoria, di fatto sta scegliendo a quale teoria o a quale pacchetto di dati, studi di caso o statistiche fare riferimento. La ricerca fornisce dati, teorie, descrizioni e spiegazioni, ma l'*uso* di questi dati o risultati o il *riferimento* a queste teorie e dati scientifici per legittimare scelte educative *non è in sé una procedura scientifica* [...]. Orizzonti etici, orientamenti pedagogici, modelli culturali [...] intervengono nella *presa di decisione di quali teorie scientifiche utilizzare come quadri di riferimento del proprio agire professionale*»³²⁷.

Si può, quindi, affermare che in educazione vi sia un inevitabile salto epistemologico tra la teoria scientifica e l'atto educativo stesso, che risulta coperto dalla capacità di scelta e, soprattutto, di consapevolezza e legittimazione che abbiamo precedentemente ricordato. Anche il quadro teoretico della pedagogia fenomenologica, dunque, risulta essere un orientamento alla pratica educativa, senza proporsi come un rigido insieme di prescrizioni per regolare normativamente l'azione educativa, né valori e fini che la orientino, che, come si è visto, andrebbe contro alle stesse unità di senso originarie di tale atto: «La pedagogia fenomenologica è un sapere teoreticamente orientato *sull'educazione* che diventa anche un sapere *per l'educazione*»³²⁸. Ciò significa che un orizzonte teoretico di riferimento servirà come cornice per pensare il *come* della concreta azione educativa agita dall'educatore:

«Quel che dipende dal fatto di lavorare all'interno di questo quadro teoretico di riferimento riguarda il come l'educatore o l'educatrice lavoreranno per raggiungere questi fini [...]. *Come* l'educatore condurrà i bambini e le bambine a pensare e agire in

³²⁷ Ivi, p. 123.

³²⁸ Ivi, p. 129.

modo cooperativo, *come interpreterà* e risponderà al rifiuto dell'uno o all'eccesso di collaborazione dell'altra, *come interpreterà* e risponderà a quei genitori che, per esempio, non condividono questo orizzonte di valori»³²⁹.

Questo riferimento al pensiero di Caronia, dunque, ha permesso di tratteggiare l'azione educativa anche in relazione ai suoi elementi teorici e pratici, e all'intreccio tra essi. La pratica educativa di un educatore professionale può, in questo senso, essere pensata in riferimento a un tipo di azione, quale quella definita come "razionalmente fondata", in vista della messa in atto di quella che verrà definita successivamente come *cura educativa*.

Il concetto di "cura", come si vedrà, sarà fondamentale per introdurre il confronto tra il sapere pedagogico e il sapere medico, oggetto specifico del lavoro di ricerca che si andrà a presentare. Prima di dirigere la trattazione verso tale confronto, però, è necessario soffermarsi, in maniera simile a quanto proposto nel presente capitolo relativamente al sapere pedagogico, sulla descrizione della disciplina medica e sulla formazione dei professionisti che, attraverso la loro pratica professionale, metteranno in atto l'esercizio di tale sapere.

³²⁹ *Ibidem*.

3 Dal sapere medico alle professioni sanitarie

3.1 Dall'idea di cura della medicina greco-romana all'incontro con la scienza moderna

Il paragrafo si occuperà di tratteggiare a grandi linee il percorso di costruzione del sapere medico nel mondo occidentale. L'intento è quello di offrire al lettore un sintetico quadro della costituzione di questo ambito disciplinare in modo da poter direzionare successivamente il discorso, in maniera analoga a come già effettuato relativamente alla disciplina pedagogica nel precedente capitolo, verso il percorso formativo proposto in ambito italiano ai professionisti dell'area medica, chiamati a mettere in atto pratiche coerenti con un certo sapere.

3.1.1 La nascita della medicina occidentale: l'anima filosofica del sapere medico

La medicina dei primordi, ancor prima di Ippocrate, veniva considerata come qualcosa di preternaturale che si manifestava internamente, ma che veniva dall'esterno ed era dovuta a una colpa umana suscitatrice della collera divina. Come fanno notare Giorgio Cosmacini e Carlo Rugarli, «in Omero, la pestilenza che affligge il campo acheo è l'effetto di una colpa grave, commessa da Agamennone, che il dio Apollo adirato punisce scagliando i suoi dardi pestiferi sugli uomini dei quali Agamennone è il capo»³³⁰. La cura per queste malattie, provocate dal divino, era affidata agli indovini, agli oracoli, ai sacerdoti e alle sacerdotesse degli dèi piuttosto che a una figura di medico che agisse sul corpo. La cura agiva sulla causa ritenuta motivo dell'ira della divinità, tramite il ricorso a sacrifici e opere espiatorie: per curare qualcosa scatenato dal divino si agiva a livello preternaturale e non al livello materiale del corpo.

Se gli uomini smisero di credere a poteri sovranaturali e divini a cui ricondurre la causa e la guarigione delle malattie, fu grazie ai primi filosofi greci, che improntarono il loro pensiero, come descritto in precedenza, a ricercare le ragioni dei fenomeni naturali. Come ricorda Douglas Guthrie, furono proprio questi pensatori a consentire l'evoluzione della medicina greca. Nel suo testo *Storia della medicina*, l'autore ricorda ad esempio Pitagora, e l'influenza che ebbe sulla successiva opera di Ippocrate: «Pitagora e la sua scuola ebbero un'influenza profonda sulla medicina, poiché le loro idee stimolarono il pensiero critico e insegnarono agli uomini a indagare le cause per puro desiderio di conoscenza, indipendentemente dall'utilità

³³⁰G. Cosmacini & C. Rugarli, *Introduzione alla medicina*, Laterza, Bari, 2007, p. 3.

pratica dei risultati. La dottrina dei numeri suggerì a Ippocrate l'idea dei giorni critici nelle malattie e dei quattro elementi e umori»³³¹.

L'autore cita anche Alcmeone (500 a.c.), allievo di Pitagora, che, sezionando animali, arrivò a descrivere il nervo ottico e a rendersi conto che il cervello fosse la sede dell'intelletto e dei sensi, e Empedocle di Agrigento (che visse tra il 500 e il 400 a.c.), che definì la dottrina del "pneuma", inteso come vita e respiro, distribuito dal cuore in tutto il corpo.

Si pone l'inizio tradizionale della medicina occidentale in corrispondenza dell'opera di Ippocrate di Kos, vissuto in Grecia nel V secolo a.C.; Ippocrate ricondusse la malattia ad un evento di natura e la salute veniva concepita come manifestazione della buona miscela o *eucrasia* degli umori corporei: «Questa teoria ippocratica della salute come armonia tra soma e psiche e tra individuo e ambiente era connaturata all'ideale di simmetria e di bellezza vigente nel mondo classico»³³².

In questa concezione, la medicina rappresentava una pratica intesa come *iatrèia*, cioè l'arte del guarire, attraverso vari rimedi, i problemi del singolo individuo. La cura del medico si manifestava attraverso l'assunzione di un ruolo di guida, non solo del malato, ma anche dell'individuo sano, suggerendogli, ad esempio, un regime equilibrato.

Se la malattia era quindi considerata un disequilibrio, «la cura della malattia consisteva nel ristabilire questo equilibrio perduto, attraverso una serie di strategie che si collegano primariamente con la vita quotidiana dell'individuo, le sue abitudini»³³³.

Tutto ciò, però, avveniva attraverso una modalità di azione strettamente legata al singolo individuo, perché nella concezione ippocratica la malattia non era ancora un elemento categorizzato e astratto, ma era sempre la malattia del *singolo* soggetto. Per questa ragione, la cura del medico richiedeva un rapporto interpersonale intenso e globale, con dedizione del medico, confidenza del malato e considerazione anche degli aspetti psicologici ed ambientali della "malattia". Era, questo, uno dei maggiori punti di forza della medicina ippocratica, come descritto anche da Roy Porter: «Il suo punto di forza e la sua durevole attrattiva, in ogni caso, risiedono nel vedere la malattia come una perturbazione dell'individuo, cui veniva offerta un'attenzione medica personale»³³⁴.

Questo tipo di cura combinava in modo indissolubile conoscenze e capacità umane, occupandosi non di una malattia in sé, ma di una malattia legata all'esperienza e alla

³³¹ D. Guthrie, *Storia della medicina*, tr. it. L. D. Treves, Feltrinelli, Milano, 1967, p. 60.

³³² Ivi, p. 5.

³³³ L. Zannini, *Salute, malattia e cura. Teoria e percorsi di clinica della formazione per gli operatori sociosanitari*, Franco Angeli, Milano, 2003, p. 127.

³³⁴ R. Porter, *Breve ma veridica storia della medicina occidentale*, tr. it. Carocci, Roma, 2004, p. 48.

situazione del singolo malato, che il medico cercava di comprendere nella sua unicità, interezza e complessità.

La medicina, a partire da Ippocrate, è stata costruita a partire dalla filosofia che lega indissolubilmente tra loro tecnica medica e valori umani: «Scienza applicata all'uomo e rapporto fra uomini sono i due elementi “animatori” e “categorici” del mestiere di medico. Nella medicina ippocratica essi erano coincidenti: la *tecnologia* coincideva con l'*antropologia*»³³⁵. La medicina occidentale nasceva dunque come medicina che si prendeva cura dei malati e non delle malattie: come scrive Giorgio Cosmacini, «l'*anthropos*, l'uomo, è il fine ultimo, o meglio il primo»³³⁶. Tale concezione considerava intimamente connesse medicina e filosofia, ritenendo inconcepibile la formazione di professionisti medici senza fare riferimento a un'importante dimensione filosofica, morale, etica, che accompagnasse l'arte tecnica medica.

In questa medicina delle origini era fortemente presente un'anima filosofica che originava e sosteneva il *corpus* di conoscenze e tecnica che si andava creando. Il mestiere del medico, infatti, aveva un proprio ordine morale, una specifica concezione sia del mondo, sia dell'uomo:

«La metodologia era il metodo clinico; l'epistemologia era la teoria somato-psichica dei quattro umori corporei [...]; l'ordine morale era quello finalizzato alla beneficalità delle cure; e la concezione generale dell'uomo e del mondo era quella della corrispondenza speculare tra la cosmologia degli elementi (terra, acqua, aria, fuoco), la gnoseologia delle qualità elementari (caldo, secco, freddo, umido), la climatologia delle stagioni (primavera, estate, autunno, inverno), la fisiologia delle età evolutive (infanzia, giovinezza, maturità, vecchiaia)»³³⁷.

Anche il medico più noto dell'Impero Romano, Galeno (II secolo d.c.), imposta la sua professione sul presupposto che la *techne* medica dovesse essere anche “filosofa”. Uno degli aforismi che ha tramandato recita: *Optimus medicus sit quoque philosophus*, “il migliore dei medici sia anche filosofo”. Secondo l'interpretazione di Cosmacini, tale aforisma «significava che il medico, essendo colui che esercitava l'arte della cura a vantaggio dell'uomo, doveva possedere la *philosophia*, suprema sintesi di *technophilia*, o “amicizia per l'arte”, e di

³³⁵ G. Cosmacini, *La qualità del tuo medico. Per una filosofia della medicina*, Laterza, Roma-Bari, 1995, p. 12.

³³⁶ G. Cosmacini, *La medicina non è una scienza. Breve storia delle sue scienze di base*, Cortina, Milano, 2008, p. IX.

³³⁷ Ivi, p. X.

philanthropia, o “amicizia per l’uomo”»³³⁸. Sempre a tal proposito sostiene Porter: «La filosofia, secondo lui, era fondamentale in quanto forniva alla medicina la base teoretica che essa richiedeva. Il medico non doveva essere soltanto un semplice guaritore (empirico), ma doveva anche padroneggiare la logica (l’arte di pensare), la fisica (la scienza della natura) e l’etica (le regole dell’agire). Il guaritore privo di conoscenze filosofiche era un costruttore improvvisato: il vero medico doveva invece essere un architetto armato di progetti adeguati»³³⁹. In questo senso, la medicina nasce unendo in maniera olistica e indivisibile la tecnica e l’antropologia, entrambe fondanti la professione medica delle origini.

Relativamente al *corpus* di conoscenze della medicina, Galeno riconobbe l’indiscussa importanza della conoscenza anatomica per la pratica medica; la dissezione del corpo umano, però, era considerata un atto illegale, quindi la sua anatomia «era basata sullo studio delle scimmie e dei maiali, dai quali trasferì senz’altro le sue scoperte all’anatomia umana, perpetuando così parecchi errori»³⁴⁰. Inoltre, elaborò una dottrina definita *pneumatica*, secondo la quale lo stato di benessere di un organismo era veicolato dal *pneuma*, il soffio caldo generatore di vita.

La concezione della medicina fondata su un’importante sinergia con la filosofia e con l’etica continuò per tutto il Medioevo, quando il medico era detto «fisico-filosofo»³⁴¹ e l’uomo era rappresentato come un tutto globale, complesso, legato al ritmo naturale della vita: la cura era pensata come cura di tutto l’essere umano nella sua interezza. Anche il sapere medico, come tutta la cultura europea, subì un certo arresto durante i secoli medievali, ma i professionisti di tale disciplina non rimasero del tutto inattivi. Innanzitutto, come nota Porter, «curare divenne appannaggio esclusivo di monaci e chierici, gli unici depositari della cultura rimasti in Occidente»³⁴². Nonostante ciò, la medicina medievale riuscì comunque a continuare, seppur non in modo rilevante, lo sviluppo del sapere. Infatti, «l’anatomia, per quanto sempre piena di errori galenici, veniva riconosciuta come base della chirurgia e qualche spirito più audace osava suggerire che, dopotutto, Galeno poteva anche non essere integralmente attendibile. In chirurgia si andava escogitando qualche nuovo metodo [...]. Si erano introdotte rudimentali misure preventive contro il dilagare della peste»³⁴³.

Anche nel Rinascimento la componente filosofica veniva considerata parte fondamentale dell’essere medico: «Il suo sapere e il suo agire erano armonicamente inseriti in una

³³⁸ Ivi, p. XI.

³³⁹ R. Porter, *op. cit.*, pp. 48-49.

³⁴⁰ D. Guthrie, *op. cit.*, p. 83.

³⁴¹ G. Cosmacini, *op. cit.*, 2008, p. XI.

³⁴² R. Porter, *op. cit.*, p. 50.

³⁴³ D. Guthrie, *op. cit.*, p. 113.

philosophia naturalium rerum, ove la “filosofia della natura” era comprensiva della natura umana e il “microcosmo” dell’uomo era in simmetria e simpatia con il “macroantropo” dell’universo»³⁴⁴.

3.1.2 Il mondo moderno e la nascita della medicina scientifica

Le basi di una nuova medicina, che verrà definita “scientifica”, si possono far risalire ad Andrea Vesalio, medico del XVI secolo; per primo, egli, offrì un contributo fondamentale per la scoperta della circolazione sanguigna e verificò l’erroneità della teoria “pneumatica” di Galeno. Vesalio riportò la medicina e lo studio del corpo umano alla dimensione pratica, compiendo un importante passo di avvicinamento alla nascita della medicina intesa come “scienza” basata sul metodo ipotetico-sperimentale.

Tale passaggio acquistò forza nel Seicento, quando il modello meccanico sotteso alla “rivoluzione scientifica” di Galileo e Cartesio fece sì «che il primo vedesse scritto in lingua matematica il grande libro dell’universo e che il secondo vedesse l’individuo come uomo-macchina»³⁴⁵.

Cartesio pose la base per una nuova concezione dell’uomo, scisso in due distinte componenti: la *res cogitans* (spirito) e la *res extensa* (corpo). Anche il corpo umano, inteso come *res extensa*, poteva essere considerato una “macchina” contraddistinta da una serie di funzioni “meccaniche” come la digestione e il battito del cuore: «Alla salute come buon funzionamento della macchina organica faceva riscontro la malattia come guasto o usura della macchina stessa»³⁴⁶. Il medico si prendeva cura del corpo malato attraverso la “manutenzione” e la “riparazione” dello stesso, intese come prevenzione e terapia.

Come notato da Cosmacini:

«Dal rinascimento in poi la medicina, dopo aver ricevuto da Andrea Vesalio la propria fondazione anatomica, è stata continuamente arricchita da scienze di base che l’hanno avviata alla pista di lancio della modernizzazione scientifico-tecnica: nel Seicento la fisica di Galileo Galilei, nel Settecento la chimica di Antoine-Laurent Lavoisier, nell’Ottocento la biologia di Gottfried Reinhold Treviranus. Siamo alle soglie dell’età contemporanea, quando altre scienze si aggiungono ad ampliare la modernizzazione»³⁴⁷.

³⁴⁴ G. Cosmacini, *op. cit.*, 2008, p. XI.

³⁴⁵ G. Cosmacini, & C. Rugarli, *op. cit.*, p. 7.

³⁴⁶ *Ibidem*.

³⁴⁷ G. Cosmacini, *op. cit.*, 2008, p. XI.

Nel testo citato, dal titolo provocatorio di *La medicina non è una scienza*, Cosmacini sottolinea come, a partire da Vesalio, la medicina ha smesso di costituirsi come una disciplina basata su una propria filosofia, su un proprio ordine morale, per definirsi sempre più sulla base di una serie di scienze, quali quelle citate poco sopra.

A partire dal Settecento e, sempre più, nell'Ottocento la malattia cominciò ed essere concepita come risultato di uno specifico agente o di uno specifico processo, diventò quasi un'entità a sé stante: curare iniziava a significare individuare la causa di un fenomeno per poterlo eliminare. La prospettiva che stava alla base di questa nuova rappresentazione di malattia è il determinismo, da cui deriva il principio che ogni fenomeno fisiologico o patologico ha condizioni di produzione determinate e che esso è prodotto da una specifica causa.

Il metodo di cui si avvale tale teoria è quello sperimentale, realizzato in un laboratorio scientifico.

Da questa concezione di cura derivò un'idea di malattia connessa al processo della sua individuazione e del successivo sradicamento: la cura si legava a ciò che aveva a che fare con la separazione. Sarà M. Foucault, ne *La nascita della clinica*, come si noterà in seguito, a mettere in luce come questo processo di separazione abbia caratterizzato non solo la malattia, ma anche il malato, che iniziava ad essere separato dalla società e relegato negli ospedali.

Per individuare la causa della malattia era dunque necessario guardare dentro al corpo, senza fermarsi alla sua superficie esterna; serviva andare oltre l'osservazione diretta e la palpazione del corpo; pertanto nacquero gli strumenti per un'osservazione interna. Punto di svolta cruciale per un tale tipo di osservazione arrivò dal patologo Marie François Xavier Bichat che segnò la nascita di una nuova concezione della malattia con l'anatomia patologica. Tramite l'autopsia, nel corpo aperto del cadavere, il medico vedeva concretamente la lesione, la causa della malattia.

3.1.3 La medicina sperimentale e i progressi scientifici tra XX e XXI secolo

Con Claude Bernard e la sua *Introduzione allo studio della medicina sperimentale* del 1865 iniziava ufficialmente la medicina come scienza sperimentale. Le malattie non venivano più classificate per sintomi morbosi ("febbre", "catarro"...), ma in riferimento agli organi danneggiati, dai quali iniziava a derivare la terminologia per indicare la patologia ("polmonite", "bronchite"...). I primi studi statistici fornivano dati e informazioni che contribuivano a sostenere questa modalità di nosologia più razionale.

L'avvicinamento alla malattia non avveniva più accostandosi al malato, ma analizzando il corpo malato con specifici strumenti: il laboratorio diventava, quindi, fondamentale. Come scrive Guthrie,

«secondo Bernard non vi è posto nella medicina sperimentale (così chiamava la disciplina oggi designata come fisiologia) per “dottrine” o “sistemi” [...]. Il Bernard era nemico delle formule accettate e si propose perciò di stabilire i canoni dell'esperienza obiettivamente condotta. Il vero scienziato, secondo lui, non ha un punto di partenza prestabilito: egli studia la natura, osserva i fatti e in base a questi formula un'ipotesi, della quale poi accerta la fondatezza o la fallacia mediante esperimenti. Nell'esperimento non v'è posto per l'immaginazione, per quanto questa sia indispensabile, prima per concepirlo e dopo per interpretarne i risultati. Bisogna dunque, nel mettere piede in laboratorio, spogliarsi della propria immaginazione come del soprabito»³⁴⁸.

Grazie ai contributi della microbiologia si produsse anche una rivoluzione sociale della medicina, che non veniva più considerata solo scienza della guarigione, ma anche della prevenzione: «La cura, intesa come trattamento, si separa dalle pratiche mediche che miravano a conservare il corpo in buona salute, le quali diventano parte della cosiddetta “igiene” e medicina preventiva»³⁴⁹.

Furono anni di grande enfasi e speranza per la medicina: la conoscenza delle malattie e dei rimedi per curarle progrediva, patologie per cui in precedenza si moriva ora potevano essere debellate. La cura che la medicina poteva offrire alla malattia dell'uomo era migliore, più precisa, con maggiori possibilità di successo. Tale progresso fu possibile anche grazie all'apporto che una serie di discipline diverse diede alla medicina, come ricordato precedentemente: chimica, biologia, matematica incrementarono il *corpus* di conoscenze medico, costruito sempre più sulla base di tali saperi. L'antica sinergia fra medicina, filosofia e etica, sviluppata dalla professione medica delle origini sembrò lasciare il posto ad un'alleanza con quelle discipline che potevano essere costruite sulle basi del metodo sperimentale, mentre i saperi relativi all'uomo, come abbiamo visto nel corso del primo capitolo, non riuscivano a calare totalmente i loro oggetti e i loro modi di agire sul metodo maggiormente accreditato e utilizzato per costruire il sapere scientifico.

Fu ad esempio un chimico, Louis Pasteur, alla fine del 1800, a compiere gli studi necessari per arrivare alla produzione di importanti vaccini: «Fu il primo a dimostrare, con convincenti

³⁴⁸ D. Guthrie, *op. cit.*, p. 265.

³⁴⁹ L. Zannini, *op. cit.*, 2003, p. 132.

esperimenti, che alcuni particolari microbi erano la causa effettiva di determinate malattie dei bovini, dei maiali e infine degli esseri umani»³⁵⁰.

Nel ventesimo secolo, poi, le grandi promesse della medicina sperimentale esplosero in una serie di invenzioni e scoperte in ambiti molto diversi: gli antibiotici, i trapianti d'organo, la medicina nucleare, la TAC, la terapia genica...; lo stato di salute delle persone migliorava sempre più, l'attesa di vita aumentava. Il modello concettuale di malattia era quello bio-medico, dove la malattia è pensata come alterazione dalla norma di variabili biologiche e somatiche misurabili; in questo modello si guardava con molto interesse alla biologia molecolare, l'analisi delle strutture del DNA delle cellule coinvolte nei processi patogeni, l'inizio degli studi sull'ereditarietà. In questa direzione il contributo della fisica, della biologia e della chimica fu fondamentale. Come scrive Cosmacini, «il contributo della fisica allo studio dei problemi dell'eredità fu notevolissimo, sia per giungere ai metodi quantitativi che sarebbero divenuti tipici della genetica classica, sia per le tecniche biofisiche permettenti l'accertamento della natura delle molecole depositarie dell'informazione genetica»³⁵¹.

Nel 1933 un Nobel andò a un biologo, Thomas Hunt Morgan, per la scoperta del ruolo svolto dai cromosomi nell'ereditarietà, e nel 1954 tale premio venne assegnato a un chimico, Linus Pauling, in seguito alla dimostrazione per cui una malattia ereditaria, la drepanocitosi, è dovuta a un'alterazione molecolare: «Oltreché questa prova dell'esistenza di una *malattia molecolare*, allo stesso Pauling si deve la *teoria informativa* o dello “stampo antigenico”, in base alla quale l'antigene “stampa” l'anticorpo»³⁵².

Con l'inizio del nuovo millennio, le potenti tecnologie legate alla biologia molecolare hanno portato in sé l'epistemologia dello sguardo, di un “guardare dentro” sempre più infinitesimale, fino ad aprire il nucleo della cellula per esplorare il DNA: questo tipo di sguardo, oltre a comportare un enorme sviluppo negli approcci diagnostici e terapeutici, ha portato anche ad una parcellizzazione del corpo e ad una iperspecializzazione del sapere e delle pratiche mediche.

L'interesse della cura del medico nel nostro secolo sembra essere centrata sulla malattia: «È per questo che viene definita “disease centered”, ovvero medicina centrata sulla malattia, la quale diviene per certi versi una finalità ontologica a sé stante»³⁵³.

³⁵⁰ R. Porter, *op. cit.*, pp. 109-110.

³⁵¹ G. Cosmacini, *op. cit.*, 2008, p. 53.

³⁵² Ivi, p. 54.

³⁵³ L. Zannini, *op. cit.*, 2003, p. 133.

La finalità della cura del medico, in questo modello bio-medico, è descrivere la malattia, riconoscerne le manifestazioni e combatterla. Le malattie sono pensate come biologiche, universali, in grado di trascendere il contesto sociale e culturale.

Un tale tipo di modello, come si è visto, si è costruito anche grazie all'apporto di molte altre discipline costruite sulla base del metodo scientifico, che sono diventate, nel corso dei secoli, base prioritaria per la costruzione del sapere in medicina. Lo sviluppo tecnico e scientifico ha accresciuto sempre più le potenzialità del medico sul versante tecnico, tenuto sempre più in considerazione rispetto alla dimensione morale, etica e filosofica presente nella professione medica. Cosmacini si domanda dunque:

«Il grande sviluppo positivo e progressivo della medicina scientifica del Novecento sarebbe avvenuto come crescita della scienza nell'*humus* della propria filosofia? Oppure la gran messe di benefiche ricadute pratiche dovuta alla rivoluzione tecnologica, cioè all'applicazione accelerata e potenziata della scienza alla tecnica e all'ingresso della tecnologia dell'elettronica e dell'informatica, sarebbero maturate in un terreno povero o privo di filosofia?»³⁵⁴.

La componente filosofica, etica, morale ha, invece, faticato nel corso dei secoli a trovare lo spazio che le era proprio nella medicina delle origini. Questo è avvenuto anche per ragioni culturali, delineate nel corso del primo capitolo, che hanno portato il sapere occidentale a costruirsi in maniera preponderante sul paradigma del metodo scientifico introdotto da Galileo.

Cosmacini centra cospicua parte delle sue riflessioni intorno al tema della filosofia che guida la formazione dei professionisti medici. Egli nota come nella storia del sapere medico si siano alternate due “scuole di pensiero”: «L'una considera medicina e filosofia due attività eterogenee completamente separate, l'altra invece vede la medicina in continuità-contiguità con la filosofia, comunque legata a essa per statuto o secondo tradizione, come proverebbe l'antico aforisma: *nullus medicus nisi philosophus*»³⁵⁵.

Potrebbe sembrare una questione irrisoria quella legata alla filosofia della medicina, all'interno del panorama di costruzione della conoscenza medica, invece risulta essere centrale, in quanto regola proprio la cultura inerente anche la formazione dei futuri medici, orientando e legittimando certe impostazioni di ricerca e di pratica medica.

³⁵⁴G. Cosmacini, *op. cit.*, 1995, p. 27.

³⁵⁵G. Cosmacini, *La qualità del tuo medico. Per una filosofia della medicina*, Laterza, Roma-Bari, 1995, p. 4.

La situazione attuale, che vede un marcato sviluppo delle discipline afferenti al campo delle scienze umane, interroga anche la medicina, riportando alla luce l'importanza della cura della dimensione umana e relazionale, nella formazione del medico e nell'esercizio della professione medica, come approfondiremo nei prossimi paragrafi. Prova evidente di tale fenomeno è, ad esempio, la diffusione e la rilevanza che stanno assumendo ulteriori visioni secondo le quali pensare la disciplina, quali il cosiddetto approccio "bio-psico-sociale" alla salute e alla malattia³⁵⁶ e il filone di studi denominato come "medicina narrativa", partito da discipline psicologiche e pedagogiche, ma che suscita oggi un elevato interesse anche nel mondo medico e delle professioni sanitarie³⁵⁷. Questo comporta un'attenzione anche a quella parte di formazione volta a curare le dimensioni filosofiche, etiche, morali della professione medica, creando interesse per diverse concezioni dell'agire la pratica medica e la relazione col paziente, quali possono essere quelle proposte dalla cosiddetta "medicina narrativa".

Il focus della trattazione si dirigerà, dunque, ora a delineare alcuni specifici tratti della costruzione dell'oggetto di cura, attenzione e studio della disciplina medica, prima di volgere verso la delineazione dei percorsi formativi pensati e proposti in Italia per la formazione dei professionisti medici, esperti della disciplina medica che è appena stata delineata nel suo cammino di costituzione.

3.2 Come la disciplina medica costruisce i propri oggetti

La costruzione della professione medica richiede di sviluppare una conoscenza particolare dell'uomo e del suo corpo, all'interno del sistema e dell'universo di realtà proprio e specifico della disciplina medica. In questo senso, diventare medici non significa solo conoscere linguaggio e nozioni propri della disciplina, ma anche far proprie le pratiche con cui affrontare e formulare la realtà in un'ottica distintiva per la propria professione. Tale processo formativo, che da sempre ha caratterizzato e accompagnato la costruzione della professione medica, viene oggi formalizzato attraverso il percorso di studi dei Corsi di Laurea che rilasciano la qualifica professionale di "medico chirurgo". Nel prossimo paragrafo, in

³⁵⁶ Per un'approfondita trattazione di tale approccio è possibile consultare V. Cigoli & M. Mariotti (a cura di), *Il medico, la famiglia e la comunità. L'approccio biopsicosociale alla salute e alla malattia*, Franco Angeli, Milano, 2002.

³⁵⁷ Relativamente al tema della medicina narrativa, è possibile consultare, a titolo esemplificativo i seguenti contributi: L. Zannini, *Medical humanities e medicina narrativa, Nuove prospettive nella formazione dei professionisti della cura*. Milano, Cortina, 2008; R. Charon, *Narrative Medicine. A model for empathy, reflection, profession and trust*, American Medical Association, 2001; M. Divinsky, *Stories for life: Introduction to Narrative Medicine*, Can. Fam. Physician, 2007.

particolare, si osserveranno le caratteristiche del percorso formativo che in Italia viene proposto ai futuri medici.

In questa sede, si vorrebbe invece soffermarsi su alcune specificità del percorso formativo che caratterizza l'apprendimento delle disciplina medica, ripreso dal testo di Byron J. Good, *Narrare la malattia. Lo sguardo antropologico sul rapporto medico/paziente*. Come ipotizza Good, infatti, prendendo spunto dalle suggestioni offerte da Foucault ne *La nascita della clinica*, sono rilevanti alcune azioni di natura pratica e concreta all'interno del percorso formativo medico, in quanto al suo interno «spiccano modi specializzati di vedere, scrivere e parlare»³⁵⁸.

3.2.1 Lo sguardo

Il processo formativo medico attribuisce una fondamentale importanza agli apprendimenti derivati dallo sguardo che entra nel corpo umano, osservato col microscopio, penetrato fisicamente, rivelato in infiniti dettagli, su diversi livelli. Scopo di tali azioni è quello di guadagnare confidenza col corpo, capirne l'organizzazione e la struttura, «il corpo è l'oggetto di intervento e di manipolazione esperta, [...] il corpo si costituisce ex novo come corpo medico che è altra cosa dai corpi con cui interagiamo ogni giorno»³⁵⁹.

È come se il grado di confidenza che i medici instaurano col corpo riflettesse una prospettiva diversa, un complesso di reazioni che nascono insieme all'emergere del corpo come luogo del sapere medico. Relativamente alla formazione di questo tipo di sguardo, Zannini nota come tale visione sia intimamente legata alla costruzione del sapere medico, in quanto il “vedere” precede un procedimento deduttivo che condurrà alla diagnosi sul paziente: «Lo sguardo è innanzitutto uno sguardo sul particolare, sulla microstruttura del corpo, per poi allargarsi, successivamente, ad una visione più generale di esso [...] Dalla *visione* e dalla descrizione delle cose, si passa, attraverso un procedimento deduttivo, alla costruzione del sapere sul paziente»³⁶⁰. Il laboratorio di anatomia, come si è già precedentemente accennato, è il luogo specifico in cui nasce e si sviluppa questa prospettiva: è un luogo fondamentale in cui “si forma” uno sguardo formato per esercitare la professione medica. Lì si apre il corpo umano per conoscerlo e i medici possono “formare” il proprio sguardo, ridefinire il proprio modo di guardare al corpo, con quella particolare inclinazione di una visione che punta

³⁵⁸ B.J. Good, *Narrare la malattia. Lo sguardo antropologico sul rapporto medico/paziente*, tr. it. Einaudi, Torino, 2006, p.111.

³⁵⁹ Ivi, p. 112.

³⁶⁰ L. Zannini, *Il sapere medico*, in G. Bertolini & R. Massa (a cura di), *Clinica della formazione medica*, Franco Angeli, Milano, 1997, pp. 149-150.

all'oggettivazione e che, contemporaneamente, assume in sé un portato di coinvolgimento emotivo. Una testimonianza di uno studente di medicina in formazione, raccolta nello scritto di Zannini, all'interno di una ricerca sulla formazione medica che sarà oggetto in seguito di più precisa descrizione, ben evidenzia la formazione dello sguardo all'interno del laboratorio di anatomia: «Quella dell'autopsia è stata sicuramente una delle esperienze più enigmatiche della mia vita, quella che comunque mi ha spaventata di più. Mi girava la testa, poi di colpo ho detto basta. E l'ho visto lì, *come se non fosse un uomo, come se fosse un oggetto...* Dentro di me vorrei emozionarmi maggiormente davanti a certe cose, e non abituararmi»³⁶¹.

In questo modo si impara un modo alternativo di vedere e di guardare il corpo umano, differente rispetto alla visione comune e quotidiana che si ha di esso; con le tecnologie si penetra al suo interno, si rincorre l'origine di una patologia, fino al più piccolo livello, si impara a cercare all'interno del corpo e a vedere tutto coi propri occhi.

3.2.2 La scrittura

Oltre a ciò, anche la scrittura è uno strumento largamente utilizzato durante la pratica medica. Quella utilizzata nella pratica medica è, infatti, una scrittura sfaccettata: innanzitutto costruisce traccia dell'intero lavoro medico col paziente, dalla refertazione fino alla diagnosi e all'assegnazione di una terapia. In questo senso, la scrittura conferisce autorità al sapere del medico che definisce, diagnostica e prescrive una serie di cure al paziente. La scrittura del medico orienta inoltre l'interazione col paziente, su di essa si basa e si costruisce la conversazione con quest'ultimo, in tutte le fasi della relazione tra un medico e un paziente. Questo scrivere organizza il paziente, la sua patologia e la cura prevista in forma di documento: la scrittura medica risulta essere uno strumento di lavoro fondamentale per il medico, ampiamente utilizzato nella pratica quotidiana: si costituisce, essenzialmente, come una scrittura realizzata in vista della cura del paziente, ma quasi mai destinata direttamente a lui. Se passiamo in esame le principali scritture mediche, notiamo facilmente come esse debbano sempre essere in qualche modo "tradotte" per poter essere fruibili direttamente dal paziente: le ricette sono scritte per essere presentate a un farmacista, che comprende le indicazioni di posologia del farmaco e le consegna al paziente, i referti degli esami sono generalmente scritture incomprensibili a una persona non-medica. Vengono consegnati al paziente dal medico specialista che ha effettuato l'esame, ma, generalmente, il paziente è

³⁶¹ Testimonianza di uno studente di medicina, raccolta nello scritto di L. Zannini, *Il sapere medico*, in G. Bertolini & R. Massa (a cura di), op. cit., p. 156.

invitato a presentarli al suo medico di base per poterne avere una comprensione all'interno del suo quadro clinico generale.

3.2.3 *Il parlare*

Dalla scrittura che caratterizza la pratica medica deriva anche il parlare che contraddistingue la pratica professionale medica: i medici imparano a parlare tra loro dei pazienti come “presentazioni di casi”, in cui le persone vengono spesso descritte come corpi malati e come problemi medici.

L'importante in queste conversazioni é, come scrive Good, andare al “nocciolo della questione”, che «richiede di saperne abbastanza sulla condizione del paziente, sui meccanismi della malattia; sulle possibilità diagnostiche e sulle cure appropriate da scegliere in un ponderoso ricettario di informazioni, significa presentare le questioni scritte in pochi minuti»³⁶².

La “storia narrata” nella presentazione dei casi è una storia dei processi della malattia; la persona, il soggetto della sofferenza, viene rappresentato come il luogo della malattia piuttosto che come protagonista: questo tipo di “narrazioni”, logicamente scambiate dai medici nelle presentazioni dei casi, tendono a rappresentare la malattia come oggetto della pratica medica.

Queste azioni caratterizzano fortemente il modello di disciplina medica maggiormente consolidatosi negli anni nel mondo occidentale, come presentato nel paragrafo precedente. Anche in questo caso è, però, necessario sottolineare come alcuni modelli emergenti relativi alla costruzione di cosa si intenda per “cura” nella professione medica, stiano mostrando ulteriori prospettive e punti di vista per orientare il lavoro del medico, come approfondiremo in un successivo paragrafo. La prospettiva appena presentata è però sicuramente ancora fondamentale e presente all'interno dei piani di studio dei Corsi di Laurea di Medicina e Chirurgia attualmente in vigore in Europa e Italia, come si andrà ora ad argomentare nel corso del successivo paragrafo.

3.3 La formazione della professione medica e infermieristica in Italia: storia dei percorsi formativi

³⁶² Ivi, p.123.

Secondo il Ministero della Salute³⁶³, le professioni sanitarie sono suddivise tra quelle con formazione di corso di laurea specialistico (Medico Chirurgo, Odontoiatra, Veterinario, Farmacista) e le altre professioni sanitarie con formazione differente, a loro volta suddivise in diversi sottogruppi (Professioni Sanitarie Infermieristiche, Professioni Sanitarie Riabilitative, Professioni Tecnico Sanitarie, Professioni Tecniche della Prevenzione).

Sempre secondo il Ministero, le professioni sanitarie sono quelle che «lo Stato italiano riconosce e che, in forza di un titolo abilitante, svolgono attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione»³⁶⁴.

Prima di entrare nello specifico argomento del paragrafo, volto a presentare il percorso formativo italiano per le professioni sanitarie mediche e infermieristiche, si precisa che, tra le Professioni Sanitarie Riabilitative, è compreso anche l'Educatore Professionale, intendendo con tale qualifica la figura professionale formata dal Corso di Laurea di Medicina e Chirurgia, di cui si è precedentemente trattato.

3.3.1 Il percorso formativo per la figura professionale dell'infermiere

A Partire dal 1925 in Italia si sviluppa la regolamentazione della formazione infermieristica. In quell'anno, infatti, nascevano le prime scuole per infermieri, il cui accesso era consentito dal possesso della licenza elementare. Nel 1934 il Testo Unico delle leggi sanitarie prevede l'inserimento ufficiale delle norme sulla formazione infermieristica. Da quella data iniziarono una serie di innumerevoli cambiamenti: nel 1967 l'accordo europeo di Strasburgo stabilisce i requisiti minimi per l'accesso e il monte ore minimo per la formazione degli infermieri, pari a 4600 ore complessive. Nel 1975 avviene una modifica degli ordinamenti didattici, con l'attuazione di un nuovo percorso formativo di 3 anni (e non più due) a cui si accede con una scolarità di 10 anni (biennio di scuola media superiore).

Intorno agli anni Novanta si iniziò a discutere circa la possibilità di sperimentare una formazione infermieristica a livello universitario: la legge del 19 novembre 1990, n. 341, sulla riforma degli ordinamenti didattici universitari, istituì, tra l'altro, il “diploma universitario di primo livello in Scienze infermieristiche”. Secondo questa legge, il nuovo titolo di studio aveva il fine di fornire agli studenti adeguata conoscenza di metodi e contenuti culturali e scientifici orientata al conseguimento del livello formativo richiesto da specifiche aree professionali.

³⁶³ Relativamente a tale argomento si può consultare il sito www.salute.gov.it (consultato in agosto 2013).

³⁶⁴ www.salute.gov.it (consultato in agosto 2013).

L'ordinamento del corso di diploma universitario in Scienze infermieristiche venne stabilito dalla tabella XXXIX ter, inserita nel Dm 2 dicembre 1991. Tuttavia, questo provvedimento, pur creando le premesse per un profondo rinnovamento, non abolì le tradizionali Scuole per infermieri professionali, creando una sorta di “doppio binario” per la formazione degli infermieri. Il corso di laurea universitario costituiva, infatti, un canale formativo parallelo a quello delle Scuole che operavano in ambito regionale, rilasciando diplomi che conservavano integro il loro valore abilitante per l'esercizio professionale.

Per eliminare questa ambiguità formativa, fu necessario aspettare alcuni anni: il Dlgs 502 del 1992, con successive modificazioni sancì il definitivo passaggio alla formazione universitaria. Tra il 1994 e il 1998 le Regioni stipularono i protocolli d'intesa con le Università, che divennero così l'unico canale di accesso alla professione infermieristica.

Il titolo rilasciato dal corso universitario subì un'ulteriore modifica nel 1996 quando, col Dm del 24 luglio, l'ordinamento didattico venne rivisitato e il titolo rilasciato diventò quello di “diploma universitario per infermiere”. Gli anni Novanta videro, dunque, cambiamenti fondamentali anche nelle normative che regolamentavano l'esercizio professionale: i decreti sul profilo professionale dell'infermiere (Dm 739/94) e dell'infermiere pediatrico (Dm 70/97), la legge sull'abrogazione del mansionario (42/99), la legge 251/2000 sulla dirigenza infermieristica. Tutti questi decreti hanno contribuito a definire un profilo professionale dell'infermiere sempre più preciso e delineato, orientandolo verso direzioni di innovazione e formalizzazione sia della formazione, sia delle pratiche professionali. In particolare, l'abolizione del mansionario ha segnato un'importante svolta per la professione infermieristica; fino al 1999, infatti, il mansionario era costituito da quell'elenco di mansioni previste dalla Legge come proprie della pratica infermieristica. Marisa Cantarelli nota come, in una logica lavorativa governata dal mansionario, «il lavoratore ha un ruolo meramente esecutivo, non coordina autonomamente i vari atti lavorativi e non conosce il risultato finale del suo lavoro; conseguentemente non partecipa alla valutazione dei risultati: deve esclusivamente eseguire le mansioni assegnate»³⁶⁵. Abolendo il mansionario, l'infermiere ha acquistato una maggiore dignità professionale che gli ha consentito di padroneggiare il lavoro nella sua interezza, non racchiudendolo in uno schema rigidamente prefissato di attività e richiedendo una responsabilità professionale più elevata: «rispondere dei risultati conseguiti; è dunque responsabile comunque delle azioni messe in atto per raggiungere l'obiettivo di cura,

³⁶⁵ M. Cantarelli, Il cambiamento dell'assistenza infermieristica attraverso l'organizzazione, in *Rivista La Ca'* *Granda* anno XLI, 2000, n° 2, p. 26.

anche se tale risultato prevede la collaborazione di diverse figure professionali»³⁶⁶. In questo senso, risulta evidente come il decreto del 1999 sia stata una tappa fondamentale nella definizione e determinazione del profilo professionale infermieristico.

Venne successivamente prevista anche l'istituzione di una formazione universitaria specialistica per le professioni infermieristiche: il decreto Murst del 2 aprile 2001, infatti, definì le competenze dei laureati specialisti, che devono possedere una formazione professionale avanzata per intervenire con elevate competenze nei processi assistenziali, gestionali, formativi e di ricerca e per esprimere competenze avanzate di tipo assistenziale, organizzativo, gestionale, di ricerca in risposta ai problemi prioritari di salute della popolazione e ai problemi di qualità dei servizi. Nel dicembre 2003, dopo l'approvazione da parte della Conferenza Stato-Regioni dell'Accordo tra il ministero della Salute, le Regioni e le Province, anche il Miur si pronunciò positivamente sull'attivazione delle Lauree specialistiche e ratificò la decisione. Il Consiglio Universitario Nazionale (Cun) costituì, quindi, uno schema di ordinamento didattico per le singole classi specialistiche al fine di assicurare la formazione di figure professionali uniformi sul territorio nazionale. Soltanto nel 2004, però, vennero definiti modalità e contenuti delle prove di ammissione ai corsi di laurea specialistica (decreto del 9 luglio e del 1 ottobre 2004).

L'attuale offerta di formazione a livello universitario per le professioni infermieristiche risulta dunque così composta:

- Laurea in Infermieristica (L), regolamentata dal Dm 19 febbraio 2009. Ha l'obiettivo di formare gli studenti in vista di un'adeguata padronanza di metodi e contenuti scientifici. Questo titolo abilita all'esercizio professionale (sostituisce i precedenti titoli di Infermiere professionale e di diploma universitario in Scienze infermieristiche). La durata accademicamente definita è di 3 anni. Il Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca così descrive il professionista formato in questo Corso di Laurea: «L'infermiere è l'operatore sanitario responsabile dell'assistenza generale infermieristica. Svolge la sua attività professionale in strutture sanitarie pubbliche o private, nel territorio e nell'assistenza domiciliare, in regime di dipendenza o libero-professionale. Le sue principali funzioni sono:

- la prevenzione delle malattie;
- l'assistenza dei malati e dei disabili di tutte le età;
- l'educazione sanitaria.

³⁶⁶ Ivi, p. 28.

L'infermiere partecipa all'identificazione dei bisogni di salute della persona e della collettività, identifica i bisogni di assistenza infermieristica della persona e della collettività e formula i relativi obiettivi; pianifica, gestisce e valuta l'intervento assistenziale infermieristico, garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche, agisce sia individualmente sia in collaborazione con gli altri operatori sanitari e sociali e per l'espletamento delle funzioni si avvale, ove necessario, dell'opera del personale di supporto. La formazione infermieristica postbase per la pratica specialistica è intesa a fornire agli infermieri di assistenza generale delle conoscenze cliniche avanzate e delle capacità che permettano loro di fornire specifiche prestazioni infermieristiche nelle seguenti aree:

- sanità pubblica: infermiere di sanità pubblica;
- pediatria: infermiere pediatrico;
- salute mentale-psichiatria: infermiere psichiatrico;
- geriatria: infermiere geriatrico;
- area critica: infermiere di area critica»³⁶⁷.

- Laurea magistrale (LM), regolamentata dal Dm 270/04 e dal Dm 8 gennaio 2009. Ha l'obiettivo di fornire allo studente una formazione di livello avanzato per l'esercizio di attività di elevata complessità. La durata è di 2 anni. Obiettivi formativi specifici di tale percorso sono: «Assumersi responsabilità, dal punto di vista tecnico, relazionale ed educativo, dell'assistenza infermieristica generale in risposta ai problemi di salute della persona (uomini e donne, secondo le rispettive specificità ed esigenze legate al genere) e della collettività e sotto il profilo preventivo, curativo, palliativo e riabilitativo, con riferimento alla prevenzione delle malattie, all'assistenza dei malati e dei disabili di tutte le età e all'educazione sanitaria; partecipare all'identificazione dei bisogni di salute della persona e della collettività; identificare i bisogni di assistenza infermieristica della persona e della collettività e formulare i relativi obiettivi; pianificare, gestire e valutare l'intervento assistenziale infermieristico; garantire la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche; agire sia individualmente che in collaborazione con gli altri operatori sanitari e sociali, avvalendosi, ove necessario, dell'opera del personale di supporto; svolgere la loro attività professionale in strutture sanitarie, pubbliche o private, nel territorio e nell'assistenza domiciliare, in regime di dipendenza o libero-professionale; contribuire alla formazione del personale di supporto e

³⁶⁷Profilo della professione infermieristica consultabile su: www.miur.it/Documenti/universita/2010/GuidaIstruzioneSuperioreProfessione/Area_sanitaria.pdf (consultato il 25/09/2014).

concorrere direttamente all'aggiornamento relativo al loro profilo professionale e alla ricerca»³⁶⁸.

Si precisa che il dibattito relativo al progressivo miglioramento della formazione infermieristica continua ad essere in atto. A inizio 2013, infatti, il Tavolo Ministero-Regioni ha presentato una proposta relativa all'implementazione delle competenze degli infermieri: si vorrebbe, in particolare, che, per quanto riguarda il loro percorso formativo, venisse prevista la possibilità di arricchire le competenze individuali in materie specifiche, come avviene per il percorso formativo dei medici relativamente ai corsi elettivi di cui si tratterà nella successiva parte del paragrafo.

Si nota, in generale, come anche la professione sanitaria infermieristica abbia di recente affrontato sostanziali cambiamenti nella sua formazione, ma questi hanno di fatto comportato una più chiara configurazione della figura professionale, e del suo percorso formativo, normato legislativamente in modo univoco e chiaro. La formazione universitaria, inoltre, riesce a far sì che la considerazione della figura professionale dell'infermiere, anche nell'immaginario sociale, assumesse nuovo prestigio, in virtù della chiarezza e dell'univocità con cui è stato definito e messo in atto il nuovo percorso formativo.

3.3.2 Il percorso formativo per la figura professionale del medico

Tra il 1938 e gli anni Ottanta del Novecento, in Italia il Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia è stato regolato dal Regio Decreto 4 giugno 1938, n.1269 (Regolamento Studenti), comprendente una Tabella (denominata Tabella XVIII), che ha definito per quasi cinquant'anni l'articolazione del percorso formativo per i medici italiani..

Nella seconda metà degli anni '80 dello scorso secolo si svilupparono fermenti e dibattiti nel mondo accademico che spinsero alla proposta di elaborazione di un nuovo Ordinamento didattico (Decreto del Presidente della Repubblica n. 95/1986). Si giunse, così, nel 1988 all'applicazione nelle Facoltà di Medicina e Chirurgia italiane della cosiddetta "nuova Tabella XVIII", che prevedeva svariati cambiamenti, tra cui l'adozione del numero programmato e, dunque, l'istituzione di un concorso per la selezione degli studenti; con l'istituzione di questa modalità terminava la possibilità illimitata di accesso (indipendentemente dal tipo di Diploma di scuola media superiore) prevista dal decreto Codignola, che aveva portato a un numero molto elevato ed eccessivo di iscrizioni.

³⁶⁸Obiettivi formativi della LM/SNT 01, consultabile su:
www.miur.it/Documenti/universita/2010/GuidaIstruzioneSuperioreProfessione/Area_sanitaria.pdf
(consultato il 25/09/2014).

Novità rilevante era soprattutto l'introduzione di un tipo di insegnamento più attivo, basato sulla "didattica tutoriale", proponendo la confluenza di più insegnamenti in raggruppamenti ampi ed articolati, definiti col termine di "corsi integrati".

Come notano Francesco Dammacco e Giovanni Danieli,

«Nonostante questo nuovo Ordinamento fosse stato proposto con l'intento di realizzare un profondo rinnovamento nella formazione del medico, i risultati conseguiti furono tuttavia largamente inferiori a quelli attesi. Si registrò ad esempio un incremento, anziché una riduzione, del numero degli studenti fuori corso e la percentuale dei giovani che conseguivano la laurea in sei anni rimase grosso modo invariata intorno al 20-25% degli iscritti, ben lungi quindi dalla media europea che era del 90% di studenti che si laureavano al termine dei regolamentari sei anni di corso. Altrettanto deludente fu la constatazione che la nuova Tabella non era riuscita a modificare i comportamenti dei docenti, forse anche per una loro scarsa adesione al progetto»³⁶⁹.

L'accorpamento degli esami si risolse nella somma dei singoli insegnamenti, senza sostanziali variazioni nel numero e nei contenuti per lo più nozionistici; inoltre la connessione tra scienze di base e scienze cliniche non riuscì ad aver luogo. Le ore di didattica formale, previste dalla Tabella in numero molto elevato, continuarono a svolgersi soprattutto attraverso lezioni accademiche frontali e tradizionali.

Negli anni in cui era in vigore questa "nuova tabella XVIII" venne svolta un'importante ricerca sulla formazione medica all'interno dell'Università Statale di Milano, i cui risultati sono stati raccolti nel testo *Clinica della formazione medica*³⁷⁰. Questo progetto prende le mosse da un considerevole lavoro di ricerca multidisciplinare sul campo per esplorare i modelli pedagogici, i risvolti cognitivi, epistemologici e affettivi di chi vive l'esperienza formativa del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia.

Nel capitolo dedicato al percorso formativo universitario vengono presentati alcuni degli elementi critici della revisione della tabella XVIII, precedentemente riportati, raccolti dalle testimonianze dei partecipanti alla ricerca, studenti e docenti del Corso di Laurea. Scrive infatti Maria Grazia Riva: «L'obiettivo ideale di tale ordinamento consisteva nell'auspicare un'integrazione e cooperazione fra docenti [...] tuttavia sono prevalsi gli "individualismi" [...]. Si è tentato di concepire l'insegnamento come l'offerta di un'articolazione di attività didattiche

³⁶⁹ F. Dammacco & G. Danieli, La formazione del medico dalla Tabella XVIII ai nostri giorni, in *Centenario della Costituzione degli ordini dei medici. Cento anni di professione al servizio del Paese*, FNOMCeO, Roma, 2010, p. 356.

³⁷⁰ G. Bertolini & R. Massa (a cura di), *op. cit.*, 1997.

diverse [...]. nella realtà dei fatti la differenza qualificante le varie attività didattiche si è dissolta, venendo sostanzialmente a riconfluire nell'alveo della tradizionale didattica formale»³⁷¹.

In seguito, in riferimento alla Legge 19/11/1990 n.3414, “Riforma degli Ordinamenti Didattici Universitari” e agli accordi europei sviluppati nel corso degli anni Novanta, la Conferenza dei Presidenti dei Consigli di Corso di Laurea, iniziò un lavoro di revisione della nuova Tabella XVIII. La proposta di revisione apparve nella Gazzetta Ufficiale n. 255 del 30/10/1996.

Il D. M. 509 nella Gazzetta Ufficiale del 4 gennaio 2000 (Regolamento per l'Autonomia Didattica degli Atenei), contribuì a ratificare alcuni degli innovamenti che le revisioni del 1996 avevano proposto; tale decreto rappresenta un'ulteriore riforma della formazione medica in Italia, concepita anche nell'ottica di armonizzare tale percorso formativo con quello degli altri principali Paesi europei. «Due erano i capisaldi che caratterizzavano il D.M. n. 509: l'autonomia e la flessibilità. Il Regolamento si limitava ad indicare esclusivamente i principi essenziali di ogni ordinamento, lasciando alle singole Facoltà ed alle loro strutture didattiche la piena libertà di organizzare il percorso formativo secondo le peculiarità e le esigenze di sede»³⁷².

Il Decreto Ministeriale n. 509 introdusse anche l'Attività Didattica Elettiva, che permise di andare oltre la distinzione tra materie fondamentali e complementari, andando verso un'accoglienza delle esigenze degli studenti: «L'attività elettiva personalizza il *curriculum* dello Studente, consentendogli da una parte di approfondire quei temi che più sono congeniali ai suoi interessi culturali e dall'altra di sondare le caratteristiche di possibili scelte professionali future»³⁷³. L'attività elettiva permetteva, inoltre, ai docenti con competenze disciplinari più specialistiche, tradizionalmente confinate “a lato” dei percorsi formativi medici, di offrire il loro sapere e le loro capacità per la formazione degli studenti che dimostravano particolare interesse a riguardo.

Poco tempo dopo quest'ultima riforma, il D.M. n. 270 del 22 ottobre 2004 istituì la Laurea Magistrale per i Corsi di Laurea come Medicina e Chirurgia, prevedendo un ciclo unico di sei anni. Questo decreto apportò alcuni cambiamenti: «a) la conferma del numero massimo di 36 Corsi Integrati e quindi di esami in cui si articola il Corso di Laurea; b) una più razionale distribuzione dei crediti; c) l'attivazione di nuovi ambiti quali Medicina delle attività motorie e del benessere; Inglese scientifico e abilità linguistiche, informatiche e relazionali; pedagogia

³⁷¹ M.G. Riva, *La formazione*, in G. Bertolini & R. Massa, *op. cit.*, 1997, pp. 212-213-214.

³⁷² F. Dammacco & G. Danieli, *op. cit.*, p. 357.

³⁷³ Ivi, p. 359.

medica, tecnologie avanzate e a distanza di informazione e comunicazione; *Scienze Umane, politiche della salute e management*»³⁷⁴.

Queste innovazioni evidenziano come l'Ordinamento formativo introdotto a partire dal 2004 per i futuri medici italiani abbia iniziato a rispondere alla nuova tendenza, già evidenziata in un paragrafo precedente, di prendere in considerazione variabili sociali, culturali, relazionali implicate nel processo di cura e terapia: «L'aderenza a questo principio comporta la necessità di una formazione, opportunamente guidata, parzialmente svolta nel territorio tra ambulatori di Medicina Generale e Distretti e con la piena partecipazione dei Medici attivi in queste strutture, nonché una distribuzione nei sei anni di Corso dell'insegnamento delle Scienze Umane»³⁷⁵. Si sottolinea anche come, in questa direzione, paiano muoversi alcuni progetti intrapresi a partire dal 2012 dalla Conferenza dei Presidi dei Corsi di Laurea in Medicina e Chirurgia, volti all'ipotesi di ristrutturazione dei test di ingresso utilizzati per la selezione dei candidati ai Corsi di Laurea. Alcune proposte, infatti, proporrebbero l'inserimento in queste prove di alcune parti volte all'accertamento di motivazioni, inclinazioni e interessi che spingono a intraprendere la scelta della professione medica, oltre a caratteristiche inerenti alla capacità relazionale, e le abilità di *coping*. Questi criteri, che si andrebbero ad aggiungere alle parti già strutturanti le prove di selezione, sarebbero appunto orientati a sottolineare fin dal principio del percorso formativo il fatto che la professione medica non comprende al suo interno solamente un parte nozionistica e di conoscenza teorica.

Questi obiettivi e queste direzioni di potenziale innovazione del curriculum medico si scontrano con ostacoli di natura pratica, amministrativa e culturale che rendono ardua la loro reale implementazione. Alessandro Liberati, in particolare, in un breve scritto ne ricorda alcuni, tra i quali il tempo sempre più concitato nell'organizzazione quotidiana ospedaliera, il peso della tradizione della cultura medica, relativamente anche al percepire la propria attività come parte di un sistema di cui sono parte altri professionisti, oltreché i pazienti, la concezione di generale sfiducia dei medici verso i potenziali cambiamenti ipotizzati³⁷⁶. Tali ostacoli fanno sì che gli orizzonti di cambiamento spesso restino dichiarati soltanto come intenti, e poco realizzati nella pratica, sottolineando la difficoltà del progetto che regola la formazione medica ad uscire realmente dallo specialismo tecnico e scientifico. Sottolinea in questa direzione Antonio Imbasciati, scrivendo circa la formazione psicologica in area sanitaria: «Nessuna meraviglia, allora, per il fatto che le riforme (ben fatte!), che hanno introdotto le scienze psicologiche nei

³⁷⁴ Ivi, p. 361.

³⁷⁵ Ivi, pp. 361-362.

³⁷⁶ Cfr. A. Liberati, *La crisi dei servizi sanitari e i limiti della epidemiologia: come pensare di innovare il curriculum formativo del medico?*, in G. Bertolini (a cura di), *Diventare medici, op. cit.*, pp. 127-129.

percorsi formativi dei medici e di tutti gli altri dottori che si cominciano a sfornare, siano rimaste sulla carta. E che lo spirito delle facoltà mediche sia tuttora impregnato dei vecchi pregiudizi e dei vecchi stereotipi»³⁷⁷.

Quanto ora riportato consente di mettere in evidenza alcune criticità presenti nel percorso formativo proposto ai futuri medici italiani, evidenziando aree di problematicità e riflessione nella formazione di questa figura professionale. La trattazione tenterà, tra breve, di soffermarsi su questi elementi, non prima, però, di accennare brevemente alla definizione del profilo professionale medico italiano all'interno del più ampio contesto europeo.

3.4 Le professioni mediche e infermieristiche italiane nel contesto europeo

Come già ricordato in un precedente paragrafo, a partire dagli Anni Novanta, la Comunità Europea ha cercato di definire accordi relativi alla formazione e all'accesso per l'esercizio di determinate professioni.

Per quanto riguarda la formazione dei medici, i primi movimenti di adeguamento del Governo italiano risalgono al 1° luglio 1996 quando, col Decreto pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 255 del 30/10/1996, è stata introdotta la Tabella XVIII che contiene alcuni primi riferimenti alle Direttive Europee, relativi, ad esempio, alla normativa di ammissione al Corso di Laurea: «Le norme di ammissione, di pertinenza di ciascun Ateneo, devono essere adeguate alle necessità di fornire agli studenti standard formativi conformi alle normative e raccomandazioni dell'*Advisory Committee on Medical Training* dell'Unione Europea ed alle eventuali disposizioni integrative nazionali»³⁷⁸.

A partire dagli Anni 2000, gli accordi europei circa la regolamentazione della formazione e dell'esercizio professionali hanno iniziato a divenire più precisi e regolamentati. Il Decreto 509 del 2000 ha precisato obiettivi qualificanti e attività formative indispensabili di alcuni Corsi di Laurea, tra cui quello di Medicina e Chirurgia, rispondendo ad accordi definiti a livello europeo. Attraverso la Direttiva 2005/36/CE del Parlamento Europeo e del Consiglio Europeo in data 7 settembre 2005, la Comunità Europea ha inoltre iniziato a creare un accordo per il riconoscimento delle qualifiche professionali sul territorio comunitario, richiedendo agli Stati

³⁷⁷ A. Imbasciati, *La mente medica. Che significa "umanizzazione" della medicina?*, Springer, Milano, 2008, p. 144.

³⁷⁸ Decreto 10 luglio 1996, art. 1, consultabile su www.gazzettaufficiale.it (visitato il 27/09/2014).

membri di rivedere le norme relative a possibilità di accesso e esercizio delle professioni, col fine di adeguarle agli standard definiti.

Nel 2007, col Decreto legislativo n. 206, anche il governo italiano ha determinato l'adeguamento agli standard europei per l'accesso e l'esercizio delle professioni regolamentate. Si sono già definite precedentemente tali professioni come quelle il cui esercizio è consentito solo a seguito di iscrizione in Ordini o Collegi o in albi, registri ed elenchi tenuti da amministrazioni o enti pubblici, se la iscrizione è subordinata al possesso di qualifiche professionali o all'accertamento delle specifiche professionalità. Questo permette di notare ora come le professioni mediche e infermieristiche rientrino facilmente nell'insieme delle professioni regolamentate, avendole descritte come quelle che «lo Stato italiano riconosce e che, in forza di un titolo abilitante, svolgono attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione»³⁷⁹.

I profili professionali dell'infermiere e del medico formati in Italia sono, dunque, ora costruiti secondo direttive e standard definiti a livello europeo. Gli accordi relativi ai percorsi formativi, agli accessi e alle possibilità di esercizio professionale sono stati modificati e perfezionati nel corso del tempo.

Attualmente, il 17 gennaio 2014 è stata pubblicata la direttiva 2013/55/CE che apporta modifiche relative al riconoscimento delle qualifiche professionali: gli standard di formazione delle professioni sono stati rivisti relativamente a competenze e conoscenze, in riferimento da quanto emerso dal Processo di Bologna³⁸⁰ e dall'*European Qualification Framework*³⁸¹.

Queste innovazioni, ad esempio, spostano da sei a cinque gli anni minimi per la formazione del medico, consistenti in almeno 5500 ore.

Relativamente agli infermieri, invece, vengono previsti 12 anni di istruzione generale per gli infermieri di assistenza generale, mantenendo 10 anni solo se indirizzati per successivi specifici percorsi professionalizzanti. La formazione di infermiere responsabile dell'assistenza generale comprende almeno tre anni di studi complessivi, consistenti in almeno 4 600 ore di insegnamento teorico e clinico in cui l'insegnamento teorico rappresenta almeno un terzo e quello clinico almeno la metà della durata minima della formazione.

³⁷⁹ www.salute.gov.it (consultato in agosto 2013)

³⁸⁰ Il processo di Bologna ha riguardato una proposta di riforma internazionale dei sistemi di istruzione superiore della Comunità Europea. Ha avuto inizio nel 1999, dopo che 29 ministri dell'istruzione europei si erano incontrati il 18 e 19 giugno dello stesso anno a Bologna. Per maggiori informazioni è possibile consultare il sito www.bolognaprocess.it (consultato in data 26/09/2014).

³⁸¹ European qualification framework (Quadro Europeo delle qualificazioni per l'apprendimento permanente): è un quadro di riferimento definito a livello comunitario, elaborato col fine di mettere in relazione i sistemi e i quadri nazionali delle qualificazioni dei Paesi membri. È stato istituito con la Raccomandazione del Parlamento Europeo e del Consiglio del 23 aprile 2008. Per maggiori informazioni è possibile consultare il sito www.isfol.it (consultato in data 26/09/2014).

L'articolazione del percorso universitario italiano per formare medici e infermieri si è dunque modellata e costruita, soprattutto dall'inizio del nuovo millennio, seguendo normative e standard definiti a livello comunitario. I profili professionali così formati risultano quindi ben regolamentati sia a livello nazionale attraverso esami di stato per certificare le competenze e la conseguente iscrizione a albi, sia a livello europeo attraverso l'adeguamento dei corsi di laurea ad accordi comunitari circa la loro durata, strutturazione e relativamente alle conoscenze, competenze ed abilità da raggiungere per l'esercizio professionale.

3.5 Riflessioni sulla formazione del medico

A questo punto della presente trattazione, al termine del ripercorrimento storico dell'articolazione del percorso formativo del medico in Italia e all'interno del contesto europeo, pare necessario porre in evidenza alcune considerazioni trasversali alla formazione della figura medica in generale. Nonostante alcuni recenti cambi organizzativi e di ordinamento, il percorso universitario di Medicina ha sempre mantenuto in Italia caratteristiche accademiche e costitutive costanti, per formare una figura professionale universalmente riconosciuta, sia socialmente, sia regolata sotto il profilo istituzionale.

È pur vero anche che, sebbene la figura del medico non soffra una carenza di riconoscimento sociale e istituzionale, nella formazione di tale profilo professionale siano presenti ambiguità e questioni che la attraversano costituzionalmente.

Si può subito accennare, in questo senso, alla tensione e alla difficoltà che accompagnano la formazione dello sguardo del medico, menzionato in un precedente paragrafo. Lo sguardo sul corpo del paziente, infatti, è una delle componenti essenziali della professionalità medica, che si forma attraverso una specifica capacità di vedere, come già sottolineato. Preme qui sottolineare come la formazione allo sguardo contenga in sé svariate direzioni di attenzione: da una parte il medico deve saper vedere il dettaglio, la malattia nei suoi precisi elementi, dall'altra parte non va mai perso nemmeno lo sguardo sul volto del paziente, sulla persona considerata come un tutto unico. Scrive a proposito Zannini: «Sembra di scorgere un messaggio di doppia ingiunzione allo studente: analizza il dettaglio, il particolare, perché su di essi si fonda la malattia, ma considera il paziente come un tutto unico; scomponi la malattia nelle sue componenti morfologiche, qualitative, ma ricomponi i segni e i sintomi in un tutto organico»³⁸².

³⁸² L. Zannini, *Il sapere medico*, in G. Bertolini & R. Massa, *op. cit.*, 1997, p. 151-152.

Esiste poi una ambiguità epistemologica nel percorso formativo medico. Relativamente a questo aspetto, Foucault, nel suo testo *La nascita della clinica*, propone la figura del patologo Bichat come il collegamento tra il positivismo medico e la nascita dell'anatomia patologica, che ha dato un fondamento oggettivo alla descrizione delle malattie. «Da uno sguardo sul corpo di tipo clinico, basato sostanzialmente su percezioni soggettive, sempre suscettibili di essere tradotte in linguaggio, si passa ad un'analisi di tipo oggettivo, descrittiva»³⁸³. Il sapere medico si costruisce sul tavolo anatomico, in cui la conoscenza è basata su quanto risulta visibile in seguito alla morte, in cui l'attenzione per una vita ancora in divenire è ormai assente. Quanto riportato finora mette in evidenza la complicata connessione tra due piani della medicina, quello anatomo-patologico e quello clinico, interrelati ma fondati su logiche completamente differenti. Foucault nel testo precedentemente ricordato, definisce tale elemento come “volume anatomo-clinico”, che deriva dall'esigenza dello sguardo medico di accordare tra loro le due dimensioni fondamentali del corpo, quella dei tessuti e quella dei sintomi.

Zannini, in seguito alla ricerca effettuata e in precedenza citata, ben descrive tale ambivalenza e difficoltà nella formazione allo sguardo medico: «Lo sguardo sul corpo aperto non è mai soltanto uno sguardo oggettivante e analitico, ma è uno sguardo in cui i sentimenti, le paure, soprattutto verso la morte che giace di fronte ai propri occhi, costituiscono una componente importante della visione. Talvolta la necessità di uno sguardo puramente oggettivante è quasi una reazione ad un disagio che viene prima della visione sul corpo aperto, che se vogliamo, è per certi versi rassicurante»³⁸⁴. Tale esigenza di oggettività può portare a una formazione che punti al posarsi dello sguardo su di un corpo che non ha più una storia, ma semplicemente osserva un corpo che è un oggetto. Nel momento in cui tale sguardo è consapevole dell'ottica oggettivante in cui si pone, come emerge dalla ricerca raccolta in *Clinica della formazione medica*, tale atteggiamento viene vissuto con ambivalenza: «Lo sguardo non vuole abituarsi a quell'unica messa a fuoco oggettivante, ma vuole auto-comprendersi come uno sguardo stupito, emozionato ed estetico, che “vede dentro”»³⁸⁵. Quando invece tale consapevolezza non è presente, lo sguardo si distanzia da contaminazioni emotive, diventando al contempo cinico e distaccato: «È questo lo sguardo mortificante sul corpo aperto, in cui lo stupore per la conoscenza viene messo da parte per la conoscenza fine a se stessa»³⁸⁶.

Pare, quindi, di poter notare come tale sguardo, nell'accezione appena descritta, ben si collochi all'interno la teoria biologica della malattia, che procede in un modello ordinato che va dal

³⁸³ Ivi, p.153.

³⁸⁴ Ivi, p. 155.

³⁸⁵ Ivi, p. 155-156.

³⁸⁶ Ivi, p. 156.

semplice al complesso, dalle cause fisiche, chimiche e fisiologiche alle malattie come quadri sindromici, configurandosi come un modello culturale di riferimento molto forte per la formazione medica.

Eppure questa stessa teoria biologica, da certezza conoscitiva e formativa, diventa anche ambito concettuale dell'incertezza, sia a livello di costruzione della conoscenza, sia a livello formativo: «Dall'emergenza del tema della complessità, dell'imprevedibilità e dell'impossibilità di controllo diretto su tutte le variabili implicate nel processo interpretativo dei fenomeni medici si arriva all'esigenza di un "approccio globale" al malato, ad un superamento del riduzionismo implicito nella teoria biologica della malattia»³⁸⁷.

Ulteriori riflessioni necessitano di essere riferite anche al pensiero di Karl Jaspers, che concentra un'ampia trattazione sulla formazione del medico nell'attuale contesto occidentale, considerando tale figura in uno stretto legame sia con la cultura del tempo, sia con l'evolversi della scienza e della tecnologia, variabili su cui si basa una parte importante del proprio agire professionale. Contributo fondamentale per questa traiettoria di riflessione risulta il testo *Il medico nell'età della tecnica*, che raccoglie una serie di saggi scritti da Jaspers all'inizio del Novecento.

Jaspers ha contribuito a illustrare come, negli ultimi secoli, la concezione costruita alla base della figura del medico poggia sulla convinzione che la malattia sia un evento naturale indesiderato e che il medico possa aiutare il paziente a fronteggiarlo attraverso la sua abilità scientificamente fondata. L'autore ha ricordato, però, che tale aiuto non poggia soltanto sull'abilità e sulle conoscenze scientifiche del medico: se da una parte queste ultime sono necessarie, insieme alle capacità tecniche, dall'altra parte il processo è guidato anche dall'*ethos* umanitario, da quella dimensione etica e morale che costituiva parte fondamentale della professione medica delle origini, come tematizzato in una precedente parte.

Il medico deve essere pertanto formato a tali dimensioni, entrambe costitutive della sua professione:

«La scienza viene trasmessa mediante l'insegnamento, in modo esplicito, nella misura più ampia possibile. L'umanità del medico, per contro, si tramanda grazie alla sua personalità, impercettibilmente, istante dopo istante, attraverso il suo modo di agire e di parlare, attraverso lo spirito che regna in una clinica, in quell'atmosfera silenziosa e pur tacitamente presente che è necessaria all'esercizio della professione medica. L'insegnamento va pianificato e si fa via via più chiaro, didatticamente migliore. La

³⁸⁷ Ivi, p. 165.

ricerca scientifica accresce il sapere e l'abilità; si fa più critica e metodica. L'umanità, al contrario, non è pianificabile»³⁸⁸.

Jaspers ha sottolineato poi come tale concezione vacilli a causa dei recenti sviluppi della tecnica: la scienza medica si sta incamminando verso una specializzazione sempre più crescente, che tende a confinare il medico specialista entro modalità di pensiero determinate e definite: «Il paziente viene sottoposto alla lunga serie di indagini metodiche e terapie specialistiche che, però, contraddicono le loro buone intenzioni se non trovano un punto di sintesi nello sguardo superiore di un medico che abbia dinanzi ai propri occhi il tutto dell'uomo nella sua situazione reale»³⁸⁹.

Questa tendenza trova importanti risvolti anche nel processo formativo del medico; anche le materie di insegnamento si fanno sempre più specialistiche: «Il tempo dello studente è talmente occupato dagli orari di lezione che una riflessione più approfondita risulta impedita dalla dispersione nell'infinità degli argomenti da studiare. [...] Gli esami mettono sempre meno alla prova la capacità di giudizio [...] Vengono educate persone che sanno moltissimo, che hanno acquisito particolare destrezza, ma la cui autonomia di giudizio, la cui capacità di indagare e di sondare i propri malati è minima»³⁹⁰.

Anche tale tendenza alla specializzazione ha conseguenze e ripercussioni sulla professione medica, evidenziate ad esempio nella ricerca condotta da Guido Bertolini, Riccardo Massa e i loro gruppi di ricerca, già precedentemente citata. Scrive infatti a proposito Riva in un capitolo dedicato alla formazione del medico:

«Il sapere medico si sta estendendo sempre più, divenendo sempre più settorializzato, specialistico e la sua trasmissione sempre più attuata all'insegna della frammentazione e della parcellizzazione. Il paradigma del sapere medico così come la sua semeiotica si stanno progressivamente spostando da una dimensione clinica, concreta ed empirica, implicante il contatto con il malato, ad una di tipo tecnologico, in cui si fa sostanzialmente affidamento sugli esami di laboratorio e su tecniche più o meno sofisticate per proporre sia la diagnosi sia la terapia»³⁹¹.

³⁸⁸ K. Jaspers, *Il medico nell'età della tecnica*, tr. it. Cortina, Milano, 1991, p. 2.

³⁸⁹ Ivi, p. 3.

³⁹⁰ *Ibidem*.

³⁹¹ M.G. Riva, *La formazione*, in G. Bertolini & R. Massa, *op.cit.*, p. 217.

Si sottolinea come tale fatto non sia legato soltanto a motivi organizzativi e legislativi, ma sia indicativo di una trasformazione profonda della figura del medico e della sua formazione, su cui è necessario riflettere per poterne essere consapevoli.

Sembra rilevante, in questo senso, ipotizzare, che l'aumento della capacità tecnica, scientifica e tecnologica abbia consentito un miglioramento della conoscenza medica che non ha visto uguali nella storia dell'umanità. Allo stesso tempo, questo ha reso possibile una specializzazione esperta e settoriale della figura del medico, tecnologicamente e scientificamente formato in un determinato e specifico settore, correlato dalla sua apposita tecnologia. In questo modo, l'accuratezza diagnostica e terapeutica, basata su esami sempre più numerosi e specifici, rischia di perdere di vista la figura del malato come corpo vivente, con una storia e un'interessa, che richiamano quella parte di *ethos* umanitario del medico, richiamata precedentemente come costitutiva della formazione professionale.

Questa è la parte che, come si è scritto precedentemente citando lo scritto di Zannini, permette al medico di mettere in atto uno sguardo incuriosito e interessato sul paziente, che, consentendo anche l'espressione e la gestione di emozioni e sensazioni, rende possibile un'azione su un corpo che non è solo "oggetto".

Alla riflessione su tale aspetto, Jaspers dedica una parte precisa del proprio scritto. Sostiene infatti che per giungere a "completezza" della propria professione, è necessario che il medico diventi "filosofo", citando il celebre detto di Ippocrate "*Iatros philosophos isotheos*", il medico che si fa filosofo diventa pari a un dio. Questa è la condizione grazie alla quale, secondo Jaspers, un medico riesce ad andare oltre ad alcune tendenze tipiche della professione: quella al naturalismo, al veder soltanto l'evento causale, la crudeltà della natura, il continuo divenire e morire in cui ogni singolo individuo diviene indifferente; la tendenza allo scetticismo, dal momento che, scorgendo tutte le sventure e le debolezze, si trasforma disgustato in un cinico; tali possibili tendenze negative, non accompagnate da una riflessione, da un pensiero su se stesso, possono portare al fatto che «così spesso debba farsi carico da solo del sapere che lo mette in condizione di scoprire il velo che avvolge gli uomini, in modo da indurlo al disprezzo dell'uomo. Solo se preserva la sua bontà originaria, nonché la consapevolezza circa la fragilità della natura umana, e pertanto circa la propria caducità e la propria insufficienza, può anche sottrarsi al pericolo connesso con un rovinoso senso di superiorità»³⁹².

In questo senso, ci pare interessante soffermare la riflessione su come i recenti sviluppi verso un'idea di paradigma bio-psico-sociale per la scienza medica, facciano fatica a trovare reale

³⁹² K. Jaspers, *Il medico nell'età della tecnica*, op. cit., 1991, p.15.

attuazione nell'itinerario formativo medico, anche da parte degli stessi studenti. In un convegno organizzato dalla Caritas Monza e dalla Scuola di Medicina dell'Università di Milano-Bicocca in occasione della Giornata Mondiale del Malato 2014, si è proposta una riflessione sul concetto di “sofferenza” nel percorso formativo medico. Sono intervenuti alcuni studenti sottolineando aspetti del cammino di formazione che stanno vivendo³⁹³: la sofferenza del paziente viene incontrata dagli studenti per la prima volta nel tirocinio del terzo anno, in cui ci si trova a seguire un medico nella routine ospedaliera. Tale incontro col paziente è preparato da un breve corso che tratta anche gli aspetti della relazione col paziente, solo in linea teorica, senza alcuna parte pratica. Viene sottolineato anche che la parola “sofferenza” non è mai stata ascoltata in aula durante una lezione, se non nella sua accezione di dolore come sintomo fisico. Queste, che possono essere vissute come lacune formative del curriculum, vengono però presentate anche come aspetti che alla maggior parte degli studenti interessano poco: si riporta, infatti, come la parte di corso del secondo anno relativa alla relazione medico-paziente sia seguita con scarsissima partecipazione dagli studenti e come il corso elettivo sugli elementi psicologici della pratica medica sia scelto in media da cinque studenti all'anno sui centoventi che ne avrebbero il diritto. Gli studenti intervenuti sottolineano di aver trovato elementi ed occasioni per riflettere sul tema della sofferenza umana, formandosi a questo aspetto come futuri medici, soltanto in esperienze personali, familiari, comunque esterne al percorso universitario. Quanto riportato nella sede del convegno a cui si sta facendo riferimento evidenzia la criticità che il sapere medico incontra allorquando viene interrogato dalla sofferenza della persona, che va oltre il piano della patologia analizzata in termini fisici e biologici. Nota Vanna Iori a riguardo:

«Accade così che proprio laddove la sofferenza avrebbe maggiormente bisogno di dare e ricevere conforto, ci sia il *vuoto di sapere e di competenze*. Lì tutto il tempio del sapere medico si frantuma, si rivela sprovvisto di risposte e nessuno conosce gli alfabeti che raccolgono le lacrime. Lì sarebbe indispensabile conoscere e coltivare il sapere dei sentimenti per non esserne travolti, sapendo deporre le maschere dei ruoli. Lì occorrerebbe poter essere persone, ciascuna con le sue competenze, ma anche ciascuna con la sua umana esistenza. Le competenze mediche non saranno sminuite ma arricchite da una disposizione psicologica ed umana capace di mettersi in gioco nella relazione con

³⁹³ Quanto viene scritto relativamente a questo specifico convegno, viene riportato dagli appunti personali raccolti durante la partecipazione all'iniziativa citata, svoltasi nella Scuola di Medicina dell'Università Milano-Bicocca, a Monza, l'8 febbraio 2014.

un'altra persona, malata e sofferente, nella sua interezza di persona, anziché ridurla ai suoi organi e apparati»³⁹⁴.

Anche un medico, Professore nella stessa Scuola degli studenti citati, specifica alcuni aspetti della situazione: la formazione universitaria attuale non ha sufficienti strumenti per formare alla sofferenza anche sotto l'aspetto emotivo, insegnando come costruire un rapporto con una persona sofferente. Si specifica in particolare che tale percorso non può insegnare tutto, comprendendo anche l'etica e la cultura della professione. In questo senso, tale direzione di azione, sembri andare in verso contrario rispetto a quanto evidenziato dal pensiero di Cosmacini, ovvero l'importanza del formare una filosofia della medicina che accompagni la parte tecnica e scientifica sempre più preponderante. Questo aspetto viene fortemente tematizzato anche nello scritto di Daniele Bruzzone, relativamente alla necessità di una formazione del medico che sappia agire una cura attenta non solo alla patologia, ma all'intera persona, considerando anche i vissuti relativi alla sofferenza. «Un conto è la mera disfunzione organica (*disease*), altro è la percezione soggettiva della malattia (*illness*): le due dimensioni, però, non sono separate e giustapposte, ma rappresentano i volti ambivalenti di un medesimo fenomeno [...]. Ciò comporta l'impossibilità di *curare* una malattia “nei fatti” senza *prendersi cura* dei significati (esistenziali ed emotivi) che essa riveste per chi la vive»³⁹⁵.

In particolare, in riferimento all'esperienza reale e pratica ascoltata a Monza, viene chiaramente indicata una frattura tra idee, obiettivi, e quanto viene effettivamente realizzato: se, infatti il docente intervenuto sottolinea l'importanza del considerare la persona del medico anche per quanto riguarda la sua consapevolezza emotiva negli anni della formazione, con l'obiettivo di rendere i futuri medici in grado di relazionarsi coi pazienti, nota anche come tali obiettivi siano difficilmente realizzabili. Gli ospedali assumono un'organizzazione sempre più aziendalistica, in cui non vi è tempo per nulla che esuli dal compito professionale primario. Inoltre, il veloce progresso della tecnologia, l'iper-specializzazione scientifica in corso tendono a svalutare le dimensioni psicologiche, sociali in gioco nel rapporto coi pazienti, in quanto, difficili da quantificare, sono viste come potenziali fattori disturbanti l'azione del medico. In questo contesto, dunque, diventa possibile comprendere come, anche per uno studente, diventi difficile mostrare interesse verso corsi centrati su tali dimensioni. Bruzzone scrive relativamente a questi aspetti:

³⁹⁴ V. Iori, Il sapere dei sentimenti, in V. Iori (a cura di), *Emozioni e sentimenti nel lavoro educativo e sociale. "In lista per vivere" e altre narrazioni autobiografiche tra famiglie e servizi*, Guerini, Milano, 2003, p. 206.

³⁹⁵ D. Bruzzone, Tecnici della vita o esperti di umanità?, in D. Bruzzone & E. Musi (a cura di), *Vissuti di cura. Competenze emotive e formazione nelle professioni sanitarie*, Guerini, Milano, 2007, pp. 147-148.

«Lo sviluppo delle conoscenze mediche in età moderna e l'affinamento delle competenze tecniche si è accompagnato a un processo di oggettivazione (la medicina come scienza delle patologie organiche e non delle persone ammalate) e di specializzazione disciplinare (il medico come esperto di una singola parte dell'organismo e non come il "guaritore ferito" di un'esistenza che soffre) che, in ultima analisi, sono andate a detrimento dell'anima stessa della cura: quella relazione tra operatore della salute e paziente che, una volta esposto alle logiche anaffettive di una "tecnica della vita" priva delle scomode implicazioni emotive, psicologiche ed etiche che il rapporto interumano comporta, stenta a ritrovare la sua vocazione originaria di accompagnamento dell'*homo patiens* nelle situazioni limite del dolore, della malattia e della morte»³⁹⁶.

In particolare, viene presentato come punto cruciale della formazione medica il primo tirocinio del terzo anno, in seguito al quale, uno studente dovrebbe individualmente, attraverso una riflessione sull'esperienza e sul sapere accumulato, raggiungere un proprio equilibrio e un proprio posizionamento circa l'approccio al paziente e la pratica medica sul campo.

Tale azione di meta-riflessione necessita evidentemente di un'importante ruolo esercitato da un docente-tutor, che accompagni gli studenti a trarre conoscenza dall'esperienza attraversata. Queste riflessioni ci consentono di notare due elementi critici della formazione del medico, evidenziati anche da Guido Bertolini. Il primo richiama la coscienza e la responsabilità dei medici docenti, come quelli citati dagli studenti, che ricoprono il ruolo di tutor nel tirocinio: Bertolini sottolinea la «necessità che essi prendano coscienza di questa responsabilità che caratterizza, volenti o nolenti, la loro attività e, nel contempo, che possano sviluppare le necessarie competenze pedagogiche per gestirla in maniera consapevole»³⁹⁷.

L'altro elemento di criticità è quello relativo alla necessità di formare al "saper sapere" nella formazione medica, costruendo dei contesti formativi critici e dialogici in cui tale capacità possa essere costruttivamente creata, rendendone esplicita ed evidente l'utilità anche in relazione ad esperienze pratiche e reali come quella del tirocinio: «Offrire agli studenti, nel momento in cui apprendono, l'opportunità di sviluppare contemporaneamente quegli strumenti intellettuali utili per riflettere consapevolmente e rigorosamente sulle stesse conoscenze apprese»³⁹⁸. Lo stesso concetto, denominato "meta conoscenza", è indicato da Sergio Nordio come fondamentale nella pratica medica: «In medicina è il saper conoscere che

³⁹⁶ Ivi, p. 144.

³⁹⁷ G. Bertolini & P. Carinci, *Il saper sapere nella formazione del medico: una prospettiva da approfondire*, in G. Bertolini (a cura di), *Diventare medici*, op. cit., p. 35.

³⁹⁸ *Ibidem*.

irrinunciabilmente deve precedere, per guidarli, il saper fare e il saper essere. [...]. Senza meta-conoscenza i concetti rimangono disgiunti e il pensiero si fa ineluttabilmente più convergente. Ci si immerge nell'empiricità, si perde il bisogno di emergervi, si va nel meccanicismo»³⁹⁹.

Quanto riportato nel corso del paragrafo argomenta, dunque, ulteriormente alcuni fattori di problematicità che caratterizzano la figura del medico e della sua formazione ai giorni nostri. Tali aspetti di criticità e ambivalenza sono trattati da Pierre-Bernard Schneider in un testo dedicato alla pratica della professione medica, così definita in un'accezione che ne evidenzia la fondamentale complessità che è stata ripercorsa nel corso del paragrafo:

«La vera identità del medico è costituita, al tempo stesso, sia dal riconoscimento della sua scienza medica e delle sue capacità da parte della società, che gli concede dei privilegi ma gli impone degli obblighi, sia dalla *presa di coscienza da parte di sé medesimo* del proprio sapere e delle proprie capacità, nonché dalle potenzialità psicoaffettive e psicodinamiche che si sono a poco a poco sviluppate in lui e che gli permettono di riflettere, di prendere delle decisioni e di agire, tenendo conto dei propri limiti, in tutte le situazioni in cui incontra l'uomo malato»⁴⁰⁰.

Queste riflessioni, inoltre, permettono di tratteggiare la possibilità di un confronto tra il sapere medico e quello pedagogico, che verrà affrontato nel prossimo capitolo. Se, infatti, il sapere medico si è costruito su modelli epistemologici maggiormente legati al metodo scientifico e sperimentale, è stato ampiamente evidenziato, anche attraverso le ultime riflessioni, quanto non possa fuggire dall'affrontare criticità e problematicità relative all'incontro con l'uomo e i suoi vissuti. Medicina e pedagogia, infatti, seppure evolutesi nel tempo seguendo filosofie e paradigmi differenti, risultano essere entrambe centrate sull'uomo e sul suo "essere nel mondo", come si è evidenziato nei precedenti capitoli. Risulta, dunque, interessante, proporre un confronto tra queste, evidenziando possibili punti di incontro tra due saperi che formano professionisti operanti, appunto, sull'uomo e sul suo "essere nel mondo", secondo prospettive ed epistemologie specifiche.

³⁹⁹ S. Nordio, *Epistemologia della e nella educazione medica*, in G. Bertolini (a cura di), *Diventare medici, op. cit.*, p. 83.

⁴⁰⁰ P. B. Schneider, *Fare il medico. Vocazione, formazione e professione del medico oggi e domani*, tr. it. Franco Angeli, Milano, 1994, p. 67.

4 Pedagogia e medicina: un possibile confronto

4.1 Educazione, pedagogia e medicina

I fondamenti epistemologici dei campi del sapere relativi a medicina e pedagogia, ad un primo sguardo, paiono essere profondamente diversi, eppure, seguendo una direzione di analisi più approfondita, analitica e attenta alla storia e all'evoluzione di tali discipline, si possono scoprire intersezioni, punti di contatto, direzioni di azione. Seguendo questa traiettoria di indagine potrebbe risultare possibile far intravedere, auspicare e, perché no, iniziare a tratteggiare, un possibile incontro epistemologico ma anche rivolto all'azione pratica, tra medicina e pedagogia.

4.1.1 Educare e curare: due caratteristiche costitutive della società umana

In ogni tempo, in ogni società ritroviamo l'educazione, in quanto intimamente connessa ai rapporti che gli uomini instaurano tra loro: una delle caratteristiche che distingue l'uomo dagli altri esseri viventi è, infatti, quella di riuscire a trasmettere alle generazioni successive un patrimonio culturale, oltretutto genetico, costituito da tradizioni, valori, credenze, sistemi di pensiero e comprensione della realtà, tramandato anche attraverso l'attività volta a educare le generazioni più giovani.

Se intendiamo "educazione" come "trarre fuori", ma soprattutto come "insegnare a divenire", possiamo dire, come scrive Anna Maria Di Giorgio, che l'azione educativa sia «l'esigenza di progettare un futuro che possa essere realizzato sia per l'individuo, sia per la società»⁴⁰¹. L'esperienza educativa si muove in questa direzione, seguendo un modello di cura che, come si vedrà in un successivo paragrafo, si alterna tra il tentativo di mettere in atto una cura rivolta all'esistenza stessa dei soggetti con cui opera, e lo sforzo di costruirla su caratteristiche specificamente educative, creando quello che descriveremo essere un dispositivo complesso, che attraversa la materialità e la quotidianità dell'esistenza.

La pedagogia come scienza si propone di dare una sistemazione alle variabili che compongono la complessa esperienza educativa, espresse ed analizzate col contributo delle altre scienze che si occupano, dal loro punto di vista, del problema educativo.

Quella pedagogica è una scienza pratica perché in continua e dialettica relazione con l'esperienza educativa, ma senza sostituirsi e confondersi con essa. Piuttosto, pensa Di Giorgio, «deve offrire gli strumenti concettuali sia per comprendere più profondamente il fatto educativo,

⁴⁰¹ A. M. Di Giorgio, *Pedagogia e medicina*, Cappelli, Bologna, 1981, p. 13.

sia per orientare in modo più corretto e più critico la conseguente azione educativa»⁴⁰². Si pone quindi in tensione di rinnovamento e di continuo superamento della situazione data, volta, come scrive Bertolini, a rendere possibile «compiere in ogni momento storico ed in ogni circostanza scelte educative che non siano estemporanee o di piccolo respiro, ma siano al contrario “scelte decisive” capaci di orientare in modo sicuro l’azione educativa»⁴⁰³.

Anche la medicina ha origini remotissime, perché da sempre l’uomo ha cercato, con gli strumenti a sua disposizione, di guarire e risolvere i suoi mali.

Inoltre, si sono analizzate precedentemente la storia e l’evoluzione della medicina nei secoli, notando come fosse legata all’epoca in cui veniva studiata e praticata, assumendo precisi connotati sociali, economici e politici: si può dunque sottolineare come la scienza medica sia arrivata ad essere oggi «l’insieme dei rimedi rivolti a combattere, prevenire, curare i fatti morbosi: è dunque la scienza che tratta delle malattie e della maniera di prevenirle e combatterle»⁴⁰⁴.

Evolvendo nel corso dei secoli, dunque, anche la scienza medica ha sempre accompagnato l’uomo nel tentativo di conoscere, curare e prevenire la malattia, costituendosi quale disciplina da sempre presente e costitutiva del sapere umano.

4.1.2 Il concetto di diagnosi come elemento di confronto

Venendo ora ad accostare e confrontare più da vicino e nel particolare il sapere pedagogico e il sapere medico, con riferimento anche alla realtà contemporanea, è possibile agganciarsi al concetto di “diagnosi”, per iniziare a tratteggiare spunti di confronto tra tali discipline. La diagnosi medica di determinati soggetti, ad esempio, si trova strettamente intrecciata in molteplici servizi sanitari, sociali, socio-educativi, col lavoro dei professionisti dell’educazione, consentendo di notare una propensione all’interdisciplinarietà, quasi costitutiva, per entrambi i saperi di cui ci stiamo occupando. Come scrive Zannini sull’argomento, «diagnosi medica ed educazione si trovano, di fatto, a convivere in molti servizi, non solo sanitari, ma anche socio-educativi. Pensiamo, ad esempio, all’area della disabilità, dove il lavoro educativo costantemente si deve confrontare con quella che è la menomazione o il deficit di alcuni utenti, ovvero il danno –irreversibile- con il quale essi si trovano a dover convivere e sulla base del

⁴⁰² Ivi, p. 14.

⁴⁰³ P. Bertolini, *Pedagogia e scienze umane*, Cooperativa Libreria Universitaria, Bologna, 1973, p. 33.

⁴⁰⁴ A. M. Di Giorgio, *op. cit.*, p. 16.

quale vanno, insieme agli educatori, a individuare nuove aree di progettualità»⁴⁰⁵. Tale diagnosi, importante per il paziente in quanto conferisce socialmente uno statuto di malattia, e basilare per orientare la pratica di qualsiasi professionista che con tale soggetto opera, costituisce un punto di partenza sul quale impostare un lavoro di collaborazione interdisciplinare tra professionisti della sanità e professionisti dell'educazione qualora, grazie alla presenza di una diagnosi medica, le loro attività professionali si trovino intrecciate: «Sarebbe tuttavia a nostro avviso inopportuno stendere un progetto educativo senza considerare il deficit e la disabilità di cui un utente è portatore, se non altro perché noi tutti non solo abbiamo un corpo, ma siamo il nostro corpo, con tutte le affezioni e i disagi che lo caratterizzano e che ciascun individuo mentalizza anche a partire dalla cultura in cui è inserito, la quale è altresì, nelle società occidentali, di tipo biomedico»⁴⁰⁶. Partendo dunque dalla considerazione del concetto di diagnosi, si può allargare l'oggetto del discorso a un'interdisciplinarietà più ampia e a un legame più circoscritto tra pedagogia e medicina, sottolineando possibili punti di incontro e di reciproco richiamo tra pratica medica ed educativa:

«La diagnosi in medicina, per essere una pratica di qualità deve avere *anche* una componente fortemente relazionale ed educativa (ossia di *comprensione* del paziente), come, per converso, il lavoro educativo assume, spesso inconsapevolmente, modalità e strategie di intervento che appartengono anche ad alcuni campi della medicina particolarmente avanzati (ad esempio, gli ultimi sviluppi della medicina generale o di alcune discipline riabilitative, come la terapia occupazionale). Il rilevare queste assonanze (ma anche dissonanze) tra conoscenza e trattamento del paziente nei contesti sanitari e approccio educativo potrebbe essere uno dei modi per riallacciare un dialogo tra medicina e pedagogia da tempo interrotto, se non, addirittura, mai cominciato»⁴⁰⁷.

In questo senso, dunque, si può sottolineare come la tendenza all'interdisciplinarietà, complessa, talora fonte di interrogativi circa la direzione epistemologica della disciplina stessa, sia una caratteristica comune al campo medico e a quello pedagogico.

4.1.3 Un'interdisciplinarietà costitutiva e un oggetto di indagine comune

⁴⁰⁵ L. Zannini, *La diagnosi in medicina: identificazione e spiegazione della malattia o ricerca del suo significato?*, in C. Palmieri & G. Prada (a cura di), *La diagnosi educativa. La questione della conoscenza del soggetto nelle pratiche pedagogiche*, Franco Angeli, Milano, 2005, p. 121.

⁴⁰⁶ Ivi, p. 122.

⁴⁰⁷ Ivi, p. 122-123.

La pedagogia, come si è precedentemente accennato, non può ignorare le altre scienze umane, ma interagisce e collabora con esse. Il discorso pedagogico si presenta come un discorso autonomo, anche se non separato dalle altre scienze, come unità di senso e di direzione intenzionale: analizza l'esperienza educativa per comprenderla. Per fare ciò, le molteplici scienze dell'educazione di cui si è trattato in precedenza costituiscono punti di vista e osservazione interdisciplinare per illuminare e comprendere le situazioni educative.

Allo stesso modo, la scienza medica non può rifiutarsi al dialogo interdisciplinare, perché molteplici sono le variabili da considerare nella cura di un evento di malattia, prima fra tutti l'unità di corpo e psiche, che caratterizza l'essere umano. In questo senso, tale disciplina non può isolarsi sul solo dato tecnico, non può disconoscere la componente sociale e il valore del dolore come vissuto esistenziale, perseguendo lo scopo di guarire e non solo di "riparare" un organo fisico mal ridotto. In questo senso, Piero Bertolini delinea in pedagogia e medicina la caratteristica legata all'essere definibili "scienze eidetiche", in quanto non registrano e descrivono soltanto esperienze di pertinenza disciplinare, ma, tentano di evidenziare e tematizzare le costanti che percorrono il proprio agire, descritte da Bertolini come le direzioni intenzionali delle due discipline, dando attraverso esse, un senso più ampio alla disciplina stessa⁴⁰⁸. Infatti, come sottolineato precedentemente attraverso le parole di Zannini, alcune componenti dell'agire medico, per essere di qualità, auspicano al loro interno caratteristiche proprie di altre discipline, quali quelle delle scienze umane. Le parole di un medico, Edoardo Parma, evidenziano questa ipotesi relativa alla pluralità delle caratteristiche presenti nella disciplina medica:

«Sul piano scientifico si struttura come una scienza della natura, ossia è orientata all'analisi dei fenomeni biologici e alla derivazione di leggi generali caratterizzate dal potere previsionale e normativo. Quando invece è calata sul piano applicativo, essa si trova nella necessità di utilizzare paradigmi caratteristici delle scienze umane e storiche, in base ai quali può essere in grado di integrare tutte le prospettive biologiche, psicologiche e sociali che si manifestano nel corso della consultazione per poter gestire al meglio gli irripetibili incontri medico-paziente»⁴⁰⁹.

⁴⁰⁸ Cfr. P. Bertolini, *Un possibile (necessario?) incontro tra pedagogia e medicina*, in G. Bertolini (a cura di), *Diventare medici. Il problema della conoscenza in medicina e nella formazione del medico*, Guerini, Milano, 1994.

⁴⁰⁹ E. Parma, *La medicina generale: un ponte tra la medicina come scienza della natura e come scienza umana*, in G. Bertolini, *op. cit.*, 1994, p. 150.

Questa “doppia epistemologia” presente nella disciplina medica sembra dunque chiamare in causa un possibile incontro con le scienze umane, tra le quali la pedagogia, che può offrire elementi per ampliare l’incontro tra medico e paziente: «Il medico che vuole aiutare un paziente a gestire con la massima autonomia possibile la sua malattia [...] deve effettuare oltre a una diagnosi bio-medica una diagnosi educativa, cioè volta a comprendere fenomenologicamente e dialogicamente chi è l’individuo che ha di fronte, come impatta la malattia sulla sua esistenza a quale “storia del futuro” può realisticamente essere co-costruita con quel paziente»⁴¹⁰.

L’interessamento per ciascuna individualità (sia soggetto di educazione, sia paziente) deve essere la preoccupazione principale delle due discipline, quando rimangono fedeli al loro orientamento di fondo e al loro spirito originario. «L’uomo è il referente principale sia della scienza pedagogica sia della scienza medica anche se questo non vuole significare che esse debbano ignorare o sottovalutare le problematiche culturali, sociali, economiche e politiche che ne condizionano, positivamente o negativamente, l’esistenza e di conseguenza anche l’ambito del suo sapere e il suo stesso vissuto del dolore»⁴¹¹. In questo senso, Bertolini, nel saggio citato inerente l’incontro tra pedagogia e medicina, auspicato come necessario, le definisce entrambe come “scienze dell’uomo e per l’uomo”.

Inoltre, questa individualità umana di cui entrambe le discipline si occupano, risulta essere una creatura costituita di per se stessa sulla molteplicità, sulla mutevolezza e sulla compresenza di diversi elementi nel proprio funzionamento, quale ad esempio, come ricordato, il dualismo corpo-psiche nell’esperienza umana. Tale attenzione alla “mutevolezza” dell’oggetto di studio della medicina e delle scienze umane ci viene ricordata da Nussbaum, nel suo tentativo di ricostruire la pratica filosofica ellenistica, paragonata a una terapia medica in grado di curare l’anima e le vite dell’uomo. Scrive, infatti, l’autrice a tal riguardo: «Sia l’etica, sia la medicina, contrariamente, ad esempio, alla matematica, si occupano di creature mutevoli e del loro mondo. [...] Il mondo del cambiamento mette gli esseri umani davanti a una varietà disorientante di nuove configurazioni: in medicina si tratta di nuove combinazioni di sintomi, in etica di nuove situazioni di scelta»⁴¹². Si potrebbe aggiungere, in questa direzione, che per la pedagogia si tratta di fronteggiare nuove sfide educative. Questa mutevolezza e questa complessità, che conducono all’intrinseca necessità di interdisciplinarietà prima evidenziata, investono i campi di azione di

⁴¹⁰ L. Zannini, in Palmieri & Prada, 2005, *op. cit.*, p. 141.

⁴¹¹ A. M. Di Giorgio, *op. cit.*, p. 17.

⁴¹² M. Nussbaum, *op. cit.*, p. 72.

pedagogia e medicina, in quanto sono entrambe discipline interessate all'uomo e al suo "essere-nel-mondo", riprendendo un concetto caro alla filosofia di Heidegger⁴¹³.

La medicina e la pedagogia, con le relative e peculiari strutture epistemologiche, hanno in comune questo campo d'indagine: l'uomo, le sue relazioni, i suoi contenuti; una si occupa in maniera specifica del suo aspetto fisico, cercando di eliminare dal corpo la malattia per mantenerne la salute, l'altra si concentra sul suo aspetto formativo. All'interno di questo comune oggetto di indagine sono individuabili due ulteriori elementi di connessione tra pedagogia e medicina, richiamati anche da Bertolini in un suo scritto sull'argomento: innanzitutto l'uomo come oggetto di studio è inserito da medicina e pedagogia in una dimensione temporale ben precisa, orientata al futuro. La medicina è focalizzata sull'obiettivo della guarigione, che deve essere il più possibile vicino e precisamente individuabile, mentre la pedagogia è orientata al futuro costituirsi dell'uomo in formazione, obiettivo questo lontano e difficilmente individuabile con precisione. In questo senso, secondo Bertolini, l'orientamento al futuro è un tratto costitutivo e caratterizzante le due discipline, ma l'autore nota come questo si concretizzi in maniera differente nella loro pratica. Si evidenzia, infatti, che la medicina sia tesa a un futuro che si manifesti in una guarigione temporalmente prossima, concreta e visibile, mentre l'atto educativo, orientato alla formazione e al cambiamento dei soggetti, come si è già mostrato, sia per sua natura invisibile. Queste diverse componenti della dimensione futura a cui medicina e pedagogia sono orientate, secondo Bertolini, contribuiscono all'instaurarsi di un peso sociale differente attribuito alle due discipline: il fine temporalmente vicino e concretamente visibile della medicina, in questo senso, è facilmente valorizzabile e considerabile in termini sociali, mentre l'incertezza e l'invisibilità che caratterizzano i processi educativi rendono più problematico e complesso il loro riconoscimento.

4.1.4 Il rapporto con la prassi

Inoltre, pedagogia e medicina, essendo focalizzate sull'uomo, basano gran parte della loro azione sulla creazione di un rapporto tra persone costruendo, con finalità e specificità diverse, due situazioni in cui è necessario fare riferimento a una soggettività e dunque a metodologie in qualche modo individualizzate, che prendano in esame le dimensioni esistenziali e personali:

«Ciò significa sostenere che tanto per la medicina quanto per la pedagogia la preoccupazione principale consiste nello studio e nell'interessamento per ciascuna

⁴¹³ Il concetto di "essere-nel-mondo" è rintracciabile nell'opera "Essere e tempo" di Heidegger (Cfr. M. Heidegger, *Essere e tempo*, tr.it. P. Chioldi, Longanesi, Milano, 2005).

singola individualità (paziente o educando che sia), e che dunque esse debbono fare riferimento *anche a una metodologia individualizzata* [...]. Il necessario ricorso ad una metodologia individualizzata richiama le necessità per entrambe le scienze di far riferimento alla (e quindi rispettare la) *soggettività* degli individui con cui hanno a che fare»⁴¹⁴.

Infine, si sottolinea come, sia per il sapere medico, sia per quello pedagogico, sia fondamentale il rapporto con la prassi, in particolare con l'idea di un fine pratico a cui tendere: la scienza medica risulta essere necessariamente volta a migliorare la capacità diagnostica, di cura e terapia. Scrive a proposito la Nussbaum: «Giudichiamo qualcuno un buon medico non se è ben informato o se ottiene risultati teoricamente eleganti – anche se questo fa ovviamente parte della sua preparazione – ma se è bravo a curare, o se ha portato validi contributi a cure future [...] E accordiamo alla sua disciplina un posto di rispetto nella nostra comunità in virtù dei suoi contributi alla salute, cioè a un fine pratico»⁴¹⁵. Dunque, il fine pratico legato al sapere medico risulta essere fortemente connesso con quanto riguarda il miglioramento della salute dell'uomo e delle cure per promuoverla e tutelarla.

Analogo discorso può essere proposto, seppur su piani molto diversi, per quanto riguarda la pedagogia e il suo rapporto con quanto possa essere definito un suo legame con la prassi e con fini pratici. Riprendiamo in questo senso l'idea di una pedagogia intesa come “discorso sull'educazione”, basata sull'intuizione di John Dewey⁴¹⁶, secondo cui i problemi reali e concreti dell'educazione devono costituire il punto di partenza per la trattazione pedagogica, e allo stesso tempo l'orizzonte di riferimento a cui tendere. Scrive a questo riguardo Cambi: «Il coordinamento pedagogico dei saperi o scienze dell'educazione è attuato attraverso una riflessività [...]. La pedagogia generale non solo si interroga su questi processi [dell'educare e del formare], ma anche li affronta in situazione attivando una serie di pedagogie o di problemi emergenti»⁴¹⁷. Il discorso della disciplina pedagogica deve, pertanto, essere modellato su quanto avviene nel concreto mondo dell'educazione, anche in riferimento al contesto sociale, culturale, economico e politico di riferimento, poiché essa «è finalizzata alla costruzione del sapere dell'educazione, un sapere prassico che trova il suo senso nel riuscire a fornire

⁴¹⁴ P. Bertolini, *Un possibile (necessario?) incontro tra la pedagogia e la medicina*, in G. Bertolini, *op. cit.*, 1994, pp. 63-64.

⁴¹⁵ M. Nussbaum, *op. cit.*, p. 66.

⁴¹⁶ Cfr. J. Dewey, *Le fonti di una scienza dell'educazione*, tr. it. La Nuova Italia, Firenze, 1984.

⁴¹⁷ F. Cambi, *Introduzione alla filosofia dell'educazione*, Laterza, Roma-Bari, 2008, pp. 4-5.

indicazioni per orientare al meglio la pratica formativa»⁴¹⁸. Questo, ovviamente, non può tradursi in una pedagogia pensata come direttamente traducibile in regole universali spendibili nell'azione. Il sapere dell'educazione mantiene un carattere di ipoteticità, di apertura a nuove interpretazioni, sempre legate alla pratica educativa. In questo senso dunque diventa possibile affermarne una rilevante componente in dialogica connessione con dimensioni prassiche, come ben argomenta Luigina Mortari, relativamente alla ricerca pedagogica e alla costruzione del suo sapere, che risulta doversi muovere lungo due traiettorie:

«Non solo, però, la ricerca deve svilupparsi sia sul versante teoretico sia su quello empirico, ma inoltre questi due piani della ricerca debbono essere strettamente interconnessi, nel senso che il processo di elucidazione teoretica delle questioni educative deve stare in una relazione vitale con una ricerca rigorosa sull'esperienza, alla quale il lavoro del pensiero deve rimanere legato per poter trovare una misura reale della validità delle teorie che elabora [...]. È necessario che le riflessioni teoretiche siano sempre ancorate a ricerche che hanno per oggetto la pratica educativa»⁴¹⁹.

Riprendendo questo tema, Bertolini accosta a entrambe le scienze le caratteristiche di *empiricità* e *praticità*⁴²⁰, sottolineando come entrambe le discipline inizino la loro azione a partire dalla concretezza dei loro ambiti di azione e siano dirette a un fine pratico, incarnato nella funzione trasformatrice delle loro realtà.

4.1.5 Ipotesi di nessi nella pratica

In conclusione, riferendosi ai possibili punti di incontro che abbiamo brevemente accennato, è possibile intravedere alcuni nessi tra la disciplina medica e quella pedagogica nella loro pratica. Rilevante è in tale direzione l'opera di Giuseppe Annacontini, *Dalla mano al pensiero*, in cui viene ripresa la storia di Édouard Sèguin e Jean Itard, figure di medici che hanno tenuto presente, nel loro agire terapeutico, una certa attenzione per il pensiero pedagogico. Annacontini analizza la possibilità di costruire un nesso nella pratica tra tali saperi, basandosi sullo studio di alcune figure considerate esemplari e paradigmatiche in questo senso, auspicando dunque l'intreccio tra le discipline mediche e pedagogiche, in vista di una cura globale della persona. Scrive a proposito Annacontini:

⁴¹⁸ L. Mortari, *Introduzione*, in *Cultura della ricerca e pedagogia. Prospettive epistemologiche*, Carocci, Roma, 2007, p. 11.

⁴¹⁹ Ivi, p. 13.

⁴²⁰ Cfr. P. Bertolini, *Un possibile (necessario) incontro tra pedagogia e medicina*, in G. Bertolini, *op. cit.*, 1994, p. 58.

«Il senso comune attribuisce, all'uno – il sapere medico – l'attributo dell'esattezza, all'altro – il sapere pedagogico – la qualità interpretativa; all'uno, l'intento nomotetico, all'altro l'idiografico e così via. Nel mentre scriviamo già sappiamo dell'impossibilità di tale differente, rigida imputazione; già sappiamo della necessità scientifica e pratico-operativa di integrare e coniugare le diverse istanze e caratteristiche di tali domini. Articolazione possibile a partire dalla centralità indiscussa che per entrambi ha la *cura per la persona*. È il *telos* specifico dei due saperi che rende impossibile che si mantengano tali compartimentazioni. È il loro essere orientati alla “cura per la persona” che, in prima istanza, critica e regola i dispositivi interpretativi che sottendono il pensiero e l'azione (anche la comunicazione e l'eticità) delle rispettive professionalità»⁴²¹.

Come ben sottolineano a riguardo Maria Grazia Strepparava e Emanuela Iacchia, scrivendo relativamente alla psicopatologia dello sviluppo, la necessità è quella di creare contesti in cui professioni sanitarie, educative e psicologiche possano lavorare in maniera sinergica, partendo anche dalla reciproca conoscenza e dal reciproco rispetto delle diverse professionalità: «Un terzo aspetto che condividiamo in modo importante è il rispetto delle specificità di ciascuna delle professioni coinvolte nella gestione delle situazioni difficili. Insieme all'importanza di avere un linguaggio condiviso, deve sempre essere presente la chiara percezione dei propri confini di intervento: lo psicoterapeuta non è un insegnante e viceversa, ma ciascuno dei due ha una preziosa specificità, una diversa prospettiva sul problema che è una ricchezza quando si lavora per individuare (e fare) il meglio»⁴²².

In questo senso, avendo tratteggiato per sommi capi alcuni nuclei tematici che permettono un confronto tra la disciplina medica e pedagogica, la trattazione può dirigersi, nel corso del prossimo paragrafo, verso l'analisi di alcuni concetti specifici, come quelli di “clinica”, “terapia” e “cura”, che risultano centrali e fondamentali per entrambi i saperi in oggetto.

4.2 Clinica, terapia, cura

Il termine “cura” riguarda oggi più ambiti semantici, di cui due sono i più rilevanti: uno è quello interno al campo medico, col significato di terapia, trattamento, guarigione, l'altro si riferisce

⁴²¹ G. Annacontini, *Dalla mano al pensiero. Nessi pedagogia e medicina*, Pensa MultiMedia, Lecce-Brescia, 2012, pp. 124-125.

⁴²² M. G. Strepparava & E. Iacchia, *Psicopatologia cognitiva dello sviluppo. Bambini difficili o relazioni difficili?*, Cortina, Milano, 2012, p. 8.

alla preoccupazione, all'attenzione, all'interesse per l'altra persona; "cura", dunque, come "guarigione" e "cura" come "prendersi cura".

Il riferimento al concetto di cura del contesto medico e sanitario è utile per riuscire a tratteggiare con chiarezza la peculiarità della cura educativa. A questo riguardo, per esplorare compiutamente le declinazioni del termine cura, è necessario soffermarsi sui cambiamenti raggiunti dalla scienza medica nel corso dei secoli, che declinano il suo atteggiamento "clinico" in modi diversi.

4.2.1 Il concetto di "clinica"

Il termine "clinico" deriva dal sostantivo greco *klinè* (letto) e dal corrispondente verbo *klinèin* (piegarsi, chinarsi); esso indica sia il gesto del medico di chinarsi sul letto, sia lo stato del malato che giace nel letto. In questo rapporto, si realizza un particolare processo di conoscenza che compendia e unisce l'arte e la tecnica del medico con la sua capacità di mettersi in relazione col malato. Questa unione di competenze, tra la tecnica medica e la capacità di mettersi in relazione col paziente, si è articolata nel corso dei secoli in maniera diversa, seguendo l'evoluzione progressiva della scienza medica.

Riferendosi qui all'evoluzione e alle dimensioni dei termini "clinica", "cura" e "terapia", è necessario ora fare riferimento all'opera *La nascita della clinica*, di Foucault, in quanto in quest'opera, l'autore tenta di ricostruire un'archeologia dello sguardo medico occidentale, analizzando la sua progressiva formazione all'interno della pratica clinica medica.

Foucault, ripercorrendo i passaggi della medicina occidentale, come si è proposto nel precedente capitolo, mostra come la pratica clinica medica nella cultura occidentale si sia costruita su un tipo di sguardo sempre più orientato sulla scomposizione del corpo per ricercare la malattia.

In particolare l'autore nota come, quando François Broussais intorno al 1820 fondò la conoscenza medica sulla fisiologia, piuttosto che solamente sull'anatomia, e spiegò le febbri come reazioni patologiche dovute a danneggiamenti nei tessuti, la malattia sostituì il corpo malato in qualità di oggetto di percezione medica.

Questo mutato sguardo veniva sostenuto anche da una mutata concezione della morte e della finitudine dell'uomo, all'interno della scienza medica; attraverso lo studio del cadavere veniva fondata una nuova esperienza della morte, che diventava positivo fondamento per aprire il sapere sulla conoscenza razionale dell'individuo. Nello stesso tempo, la morte specifica individualizzava quel singolo corpo e rivelava la sua concreta finitudine: «La struttura

antropologica che appare allora svolge insieme il ruolo critico di limite e il ruolo fondatore di origine»⁴²³.

Questo sapere specifico viene cercato attraverso l'analisi del corpo-cadavere offerto allo sguardo del medico e su questo paradosso si basa la medicina clinica centrale nella cultura occidentale: «Resterà senza dubbio decisivo per la nostra cultura che il primo discorso tenuto sull'individuo abbia dovuto passare attraverso questo momento della morte. Questo perché l'uomo occidentale non ha potuto costituirsi ai propri occhi come oggetto di scienza [...] che in riferimento alla propria distruzione [...]; dalla integrazione della morte nel pensiero medico è nata una medicina che si dà come scienza dell'individuale»⁴²⁴.

Quanto notato in riferimento all'opera di Foucault, consente di mettere in luce il modello di medicina clinica occidentale, fortemente centrato sulla malattia: nell'esercizio di questo l'attenzione per la parte tecnica e scientifica può non necessariamente disgiungersi dal gesto relazionale del medico che si mette in rapporto con la persona intera.

4.2.2 Diverse accezione del concetto di "cura"

Nella cultura occidentale, l'aver basato la scienza medica, come descritto, principalmente sulla malattia piuttosto che sulla persona nella sua interezza, porta a scindere con più facilità la parte della cura che si occupa della malattia e della sua guarigione rispetto alla cura intesa come "prendersi cura" globale, non solo della componente fisica dell'uomo.

In questo senso, nella cultura occidentale, è diverso il valore che è attribuito alle due modalità di cura: alla cura terapeutica, come intervento mirato alla guarigione, è attribuito un valore sociale forte, derivante dal forte statuto trasmesso attraverso la cultura professionale medica che ne legittima le procedure. L'aggettivo "terapeutico", infatti, nella cultura occidentale è prevalentemente associato a questo tipo "forte" di cura, come sottolineato anche da Massa: «Si intende il termine terapia solo in una accezione, peraltro legittima, ma non unica, che sta tutta dentro solo e soltanto a un modello medico e farmacologico»⁴²⁵. Massa sottolinea come questa attribuzione univoca di tale accezione del termine "terapia" escluda molte altre accezioni di una "cura terapeutica": alla cura intesa come "prendersi cura" della persona, come far crescere, accompagnare, promuovere le capacità delle persone, come agire per creare condizioni ambientali e relazionali affinché queste capacità siano esercitate, viene attribuito invece un basso e debole riconoscimento sociale, correlato al debole statuto del lavoro di riproduzione

⁴²³ M. Foucault, *La nascita della clinica. Una archeologia dello sguardo medico*, Einaudi, Torino, 2007, p. 199.

⁴²⁴ Ivi, p. 210.

⁴²⁵ R. Massa & M. Catella, *Prevenzione: un alibi minimalista. Intervista-saggio di Marino Catella e Riccardo Massa*, Centro Ambrosiano, Milano, 2000, pp. 28-29.

svolto in ambito domestico e familiare, che ne è la matrice. Scrive infatti, Massa: «Tutta la storia e la tradizione psichiatrica, tutta la tradizione psicologica clinica, tutta la tradizione delle scienze umane e delle scienze sociali indicano la presenza di un'altra accezione di terapia, dove il “prendersi cura” è sostanzialmente legato a un processo di relazione interpersonale, alla qualità della relazione che si instaura, al tipo di esperienze che si interpretano e che si costruiscono»⁴²⁶.

La divisione costruitasi nella cultura occidentale tra queste accezioni del termine “cura” ha evidentemente portato a un riconoscimento sociale maggiore dell'accezione terapeutica del termine cura, presente nella clinica medica, mentre il “prendersi cura” appartenente alla disciplina pedagogica, pensata da Massa come fondata su un paradigma clinico, viene scarsamente riconosciuto, socialmente e culturalmente:

«Io ad esempio propongo da sempre un paradigma clinico per la pedagogia perché propongo la totale liberalizzazione della dimensione clinica come dimensione che permette di uscire dall'impasse tra ciò che è umanistico, spiritualistico, personalistico e ciò che è, come dire, positivistico, oggettivistico, sperimentalistico. Quindi dal mio punto di vista tutta la pedagogia è clinica, tutto il sapere pedagogico è un sapere clinico, cioè un sapere che si costruisce sull'esperienza diretta, con casi individuali e concreti»⁴²⁷.

In questo modo, si crea facilmente una netta divisione culturale tra il concetto di “cura terapeutica” e quello di “prendersi cura”, per come è stato appena descritto in relazione alla disciplina pedagogica, come sottolinea il pensiero di Daniele Bruzzone, orientato a far luce sulle caratteristiche della cura educativa:

«L'*educazione* si distingue dalla *terapia* non tanto per i luoghi in cui viene agita o le qualifiche professionali di chi l'esercita, quanto per il paradigma (clinico o pedagogico) che le due azioni suppongono: nella terapia, infatti, prevale un modello “difettivo” (incentrato su una lacuna o una mancanza) e un'intenzione riparativa o preventiva, con l'obiettivo di ristabilire un livello ottimale [...]; il lavoro educativo, invece, opera sulla parte “intatta” della persona e si appella alle risorse di ordine noetico (residuali o potenziali) di cui essa dispone»⁴²⁸.

⁴²⁶ Ivi, p. 29.

⁴²⁷ *Ibidem*.

⁴²⁸ D. Bruzzone, *Farsi persona. Lo sguardo fenomenologico e l'enigma della formazione*, Franco Angeli, Milano, 2012, p. 108.

Lo spessore dell'accezione di cura relativo al "prendersi cura", però, è ben altro, rispetto alla riduzione di esso operata dalla cultura occidentale, che, come detto, lo costituisce prevalentemente intorno alla cura delle relazioni familiari: «Il prendersi cura è un processo complesso ed è riduttivo considerare che si appiattisca unicamente sull'aspetto relazionale»⁴²⁹.

Il concetto di "to care", di prendersi cura, è molto vicino alla dimensione educativa e pedagogica della cura, di cui si approfondiranno il significato e le implicazioni in un successivo paragrafo. Questo concetto ha soprattutto il significato di favorire una progettualità, che orienta l'intervento educativo non solo alle "mancanze" (di adultità, di salute, di benessere, di educazione...), non solo alla soddisfazione di un bisogno, ma anche all'aiutare a vivere la condizione di educabilità che è propria dell'uomo. In questo senso la cura intesa come *care* si connota come un autentico interesse verso l'uomo agito dall'uomo stesso.

Annacontini, nel suo testo *Lo sguardo e la parola*, cercando di istituire un confronto teorico tra le scienze mediche e le scienze pedagogiche, incentra una specifica riflessione proprio sul concetto di cura. Intravedendo in tale termine non solo la sua essenza definita «medico-normativa»⁴³⁰, volta principalmente alla guarigione fisica, ma elementi che aprono a un incontro, a una relazione, Annacontini propone proprio il concetto di cura come possibile luogo di incontro tra medicina e pedagogia. Infatti, l'idea di una cura non solo fisica all'interno di una relazione medica apre la possibilità affinché anche l'incontro tra un medico e un paziente si connoti con delle caratteristiche di formazione: «La cura, allora, diventa formazione quando, abbandonata la sua essenza puramente medico-normativa, diventa "luogo" di incontro, di riflessione, di riprogettazione. Luogo in cui, ancora una volta, si incontrano medicina e pedagogia»⁴³¹.

Si può intuire, dunque, quanto l'intervento assistenziale e quello educativo nei contesti sanitari siano fortemente intrecciati l'uno con l'altro: «Assistere significa intrinsecamente sviluppare le possibilità dell'altro e quindi in qualche modo "formarlo", come educare significa inevitabilmente "aver cura" del poter essere dell'altro nella dimensione materiale della vita, nel suo "essere-nel-mondo" e quindi, per certi versi, anche assisterlo»⁴³². Queste riflessioni avvicinano al tema della cura educativa e al suo possibile incontro con altri modelli di cura, come quelli presenti in contesti sanitari. Prima di affrontare lo specifico aspetto della cura

⁴²⁹ G. Colombo, E. Cocover & L. Bianchi, *Il lavoro di cura. Come si impara, come si insegna*, Carocci, Roma, 2004, p. 19.

⁴³⁰ G. Annacontini, *Lo sguardo e la parola. Etnografia, cura e formazione*, Progreedit, Bari, 2006, p. 93.

⁴³¹ *Ibidem*.

⁴³² L. Zannini, *Salute, malattia e cura. Teoria e percorsi di clinica della formazione per gli operatori sociosanitari*, Franco Angeli, Milano, 2003, p. 231.

educativa, però, si intende ancora approfondire come possa essere intesa e messa in atto la cura nella professione medica e nell'incontro col paziente.

4.3 La cura nel mestiere di medico e il rapporto tra medico e paziente: dal modello bio-medico a quello bio-psico-sociale

Il focus del paragrafo sarà centrato sulla cura che caratterizza l'agire del medico all'interno della relazione col paziente. Verranno dunque prese in considerazione le caratteristiche che determinano un tale tipo di interazione, in modo da focalizzare in seguito l'attenzione sui modelli di cura che possono costruire questo incontro.

4.3.1 L'incontro tra medico e paziente

L'incontro tra un medico e un paziente è basato su un fondamentale punto di partenza: l'interazione ha inizio quando il paziente si reca dal medico a chiedere un aiuto per risolvere un problema, un "qualcosa" che lo disturba. La relazione quindi si configura come "asimmetrica": «Al ruolo del medico competono conoscenze tecniche, specifica formazione. [...] Per il proprio status il malato è invece legittimato a presentare incompetenza tecnica, debolezza e bisogno di aiuto».⁴³³

Altre caratteristiche evidenti che costituiscono generalmente la relazione tra medico e paziente sono, come scrive Antonio Virzi⁴³⁴:

- *Un'implicita contrattualità*: indipendentemente da esplicitazioni legali e deontologiche, i membri hanno attese reciproche, rispetto a cui possono verificarsi discrepanze tra offerte e aspettative.
- *Una limitazione della relazione di cura*, nel tempo (orari, festività...), nello spazio (ambulatorio, domicilio...), nei contenuti (malattia, terapia...)
- *Una ritualizzazione* della relazione, che avviene attraverso strumenti (camice, setting...) e regole che consentano il raggiungimento dell'obiettivo, anche attraverso deroghe rispetto alle norme vigenti per altre relazioni interpersonali, come ad esempio il diritto all'inviolabilità dell'intimità corporea.

4.3.2 Anamnesi e diagnosi: l'inizio della costruzione di una storia di cura

⁴³³ A. Virzi, *La relazione medico-paziente. Come riumanizzare il rapporto: un manuale introduttivo*, Franco Angeli, Milano, 2007, p. 13.

⁴³⁴ Ivi, p. 14.

Entrando nell'analisi della relazione specifica tra medico e paziente, si deve innanzitutto considerare che il “qualcosa” che affligge il paziente si presenta al medico sotto forma di una *storia*, in cui sono presenti disturbi e interpretazioni, vissuti di essi.

Questa storia portata dal paziente, a cui si aggiunge un'osservazione diretta del suo corpo, viene “tradotta” dal medico in informazioni scientifiche, cioè in una *storia clinica* in cui sono presenti sintomi e segni, considerati indici di un processo che sta alterando un equilibrio. La storia del paziente viene raccolta dal medico attraverso il processo chiamato *anamnesi*. Il termine, derivato dal verbo greco ἀναμνήσκω (anamimnèsko), che significa ricordare, rimanda ai concetti di reminiscenza e ricordo e spesso viene attuato attraverso il recupero della genealogia individuale e familiare del paziente, relativamente alla patologia in oggetto. Considerare, invece, tale momento come una fondamentale occasione di venire a stretto contatto con il vissuto del paziente, per poter iniziare a costruire la storia della relazione tra medico e paziente, volta alla guarigione di quest'ultimo, può essere il primo passaggio per la creazione di un rapporto costruttivo, sia per il paziente, che affida la sua storia di malattia al medico, sia per il dottore, che prende in carico una storia di sofferenza. Scrive a tal riguardo Annacontini:

«Un approccio anamnestico che vada oltre la raccolta di dati oggettivi per rivalutare l'orizzonte storico-culturale - le storie di vita - della persona malata è, dunque, una fase essenziale per realizzare un rapporto, tra medico e paziente, individualizzato e orientato a facilitare il “compito educativo” della professionalità medica. Compito che si sostanzia nella promozione nel malato di specifiche competenze cognitive, comportamentali, emotivo-affettive e relazionali finalizzate a rendere praticabile un ventaglio di possibilità autorealizzative funzionali, in generale, alla promozione della salute e, nel caso specifico in cui si trovi in una situazione di malessere, alla realizzazione di cambiamenti degli stili di vita, di pensiero, di relazione, a partire dalla conoscenza, oltre che della patologia, anche del senso che essa ha e può avere per se stesso oltre che per il mondo nel quale il malato progetta la propria esistenza»⁴³⁵.

In seguito al processo anamnestico e a una prima eventuale visita clinica, il medico formula una *diagnosi*, cioè una conoscenza attraverso una serie di fenomeni, mettendo in atto un processo di tipo ipotetico-deduttivo. Il compito del medico è ora quello di comprendere

⁴³⁵ G. Annacontini, *op. cit.*, 2006, p. 111.

perché un equilibrio si è rotto (compito diagnostico) e poi curarlo per cercare di ricostituire quell'equilibrio perduto (compito terapeutico).

In primo luogo, il disturbo che il paziente porta viene ricondotto all'interno di un modello biologico di malattia, affermatosi grazie all'applicazione del metodo scientifico. «Lo studio della dimensione biologica del disturbo del paziente è considerata la componente *hard* della medicina, l'asse portante su cui si sviluppa il ragionamento diagnostico e la pratica terapeutica del medico»⁴³⁶.

Il momento della diagnosi, fondamentale all'interno della relazione di cura tra medico e paziente, è dunque quello con cui tale interazione si apre.

Come già identificava Augusto Murri (il maggior clinico medico in Italia tra Ottocento e Novecento), la diagnosi delle malattie è un “esercizio razionale” con cui il medico cerca di ricondurre segni e sintomi a “quadri noti”, in modo coerente alle caratteristiche di una certa malattia (deduzione). Il medico ricerca poi ulteriori elementi per verificare le ipotesi formulate (verifica). Descritto dalle parole di Zannini, il processo diagnostico risulta essere così costituito:

«Esso consiste, a partire della raccolta della storia di malattia (anamnesi) e dalla visita del paziente (esame obiettivo) nell'*ipotizzare* il collegamento tra determinati sintomi, ossia gli aspetti di espressione soggettiva della malattia (es. il dolore) e segni, ossia gli aspetti di espressione oggettiva della malattia, in quanto tali misurabili (es. un'eventuale ipertensione), a un determinato quadro sindromico per poi andare a *dedurre* altri sintomi e segni –da verificare con gli opportuni test diagnostici- che dovrebbero essere presenti, anche se non ancora nominati/rilevati, nella storia clinica del paziente»⁴³⁷.

Per compiere questo processo è molto importante per il medico *categorizzare* un problema, tramite il ricorso ad analogie. Questa categorizzazione di una situazione può anche avvenire attraverso un processo più immediato, come quello di *pattern recognition*, cioè del “colpo d'occhio”: «In questo caso l'expertise diagnostica non si caratterizza come generica capacità di risolvere problemi clinici, ma come specifica abilità nel risolvere questo problema, questo singolo caso, alla luce di altri analoghi incontri nella pratica clinica»⁴³⁸. Quest'ultima considerazione evidenzia la forte presenza della dimensione esperienziale e soggettiva nel ragionamento medico ed anche la presenza di forme di pensiero narrativo: la capacità di

⁴³⁶ L. Zannini, *op. cit.*, 2003, p. 210.

⁴³⁷ L. Zannini, in C. Palmieri & G. Prada, *op. cit.*, 2005, pp. 124-125.

⁴³⁸ Ivi, p. 219.

categorizzazione prima descritta mette in luce degli aspetti di complessità ulteriore, poiché essa non è basata solo sul ricorso ad analogie o ad informazioni e conoscenze generali.

Inoltre, come evidenzia Zannini nel testo citato, il processo diagnostico, per quanto appaia costituito da caratteristiche fortemente rigide e schematiche, si avvale anche di un certo grado di creatività, intesa come pensiero abduittivo, collegato alla capacità di costruire conoscenza e ipotesi su uno specifico e unico soggetto, all'interno però di un sapere e di categorie codificate dalla disciplina medica. Infatti, in riferimento alla potenziale creatività dell'azione diagnostica, si può notare come, di fronte alle categorizzazioni scientifiche il medico dovrebbe essere consapevole che esiste sempre una dimensione individuale da considerare nella diagnosi e poi nella cura scelta, perché la singolarità non è mai completamente omologabile a standard teorici predefiniti che, pur essendo indispensabili per una pratica clinica efficace, non possono esaurirne la complessità.

4.3.1 Elementi di riflessione per una cura olistica del paziente

Per affrontare tale complessità, è necessario che all'“anima biologica” della cura medica, che si orienta sull'analisi di fenomeni biologici, si affianchi l'“anima clinica” della medicina, che sa chinarsi sul singolo paziente e sulla sua storia, di cui fa parte anche l'esperienza di malattia. Sul piano scientifico, la medicina si struttura come una scienza orientata all'analisi dei fenomeni biologici, ma quando essa, come scrive Parma, «è calata sul piano applicativo, essa si trova nella necessità di utilizzare paradigmi caratteristici delle scienze umane e storiche, in base ai quali può essere in grado di integrare tutte le prospettive biologiche, psicologiche e sociali che si manifestano nel corso della consultazione per poter gestire al meglio *gli irripetibili incontri medico-paziente*»⁴³⁹. In questo senso, anche Maria Grazia Contini, in un breve scritto inerente l'incontro tra medico e paziente, evidenzia come sia necessario un intreccio tra processi cognitivi ed emotivi, in vista dell'articolazione di questa relazione secondo una cornice tale per cui sia medico sia paziente possano essere parte attiva del processo: «L'incontro tra il medico e il paziente può tradursi in una sorta di rappresentazione ritualistica e un po' avvilente o in un rapporto ricco di possibilità, a seconda dell'approccio scelto dal medico che, all'interno del rapporto, ha un ruolo preminente»⁴⁴⁰.

Nonostante lo sviluppo della medicina, come abbiamo analizzato in precedenza, abbia portato a uno spostamento del fuoco di interesse dal malato alla malattia, si può notare che in questa

⁴³⁹ E. Parma, in G. Bertolini, *op. cit.*, p. 85.

⁴⁴⁰ M.G. Contini, *Il medico e il paziente: principi metodologici per la costruzione di un incontro*, in G. Bertolini (a cura di), *Diventare medici, op. cit.*, p. 182.

disciplina l'incontro col paziente, con la persona che "porta", che racconta la *sua* malattia, con le dimensioni di vissuto, le conseguenze relazionali e sociali, sia una parte altrettanto fondamentale, che richiama la capacità di comprendere la storia di malattia portata dal paziente. In questo senso, la pedagogia può offrire uno sguardo competente sull'argomento ermeneutico e significante, concependo una caratteristica di tale disciplina nelle transazioni di significato che investono la progettualità dei soggetti, come scrive Caronia: «La riflessione epistemologica in pedagogia ha da tempo individuato il suo oggetto –l'evento educativo– come fenomeno costituito da transazioni di significato tra gli attori coinvolti. L'attività intenzionale del soggetto, come attribuzione di senso al mondo è riconosciuta infatti come centrale almeno all'interno di una pedagogia come scienza fenomenologicamente fondata»⁴⁴¹. In tal senso, questa dimensione della medicina che riguarda l'incontro clinico tra medico e paziente e l'ascolto di una storia di malattia, apre la possibilità, ad esempio, al soffermarsi su alcuni aspetti legati alla narrazione che possono caratterizzare il rapporto tra medico e paziente.

Ogni volta che un medico incontra un malato, si imbatte necessariamente nella storia del paziente, la interroga trasformandola in un'informazione medica utile per individuare la malattia. Questo processo di traduzione e trasformazione della storia del paziente è un processo ermeneutico, in cui la storia del malato viene usata come un "testo" su cui svolgere un'attività interpretativa. Le storie dei pazienti sono «racconti autobiografici», come scrive Carlo Peruselli, «sono le storie così come vengono raccontate nella vita quotidiana, dai malati e dai loro familiari: sono il modo più naturale con il quale le persone descrivono la propria esperienza legata alla malattia»⁴⁴². Nel raccontare la sua storia di malattia, il paziente si riferisce sempre alla sua storia di vita, di cui fornisce una rapida immagine al medico durante il loro incontro. Anche per questo la storia del paziente, come scrive Zannini, «è carica di emotività, nonché di vissuti, di rappresentazioni, di influenze da parte del contesto culturale e sociale di appartenenza»⁴⁴³. Il paziente non sa quale sia il problema in termini medici nella sua storia, per questo chiede l'intervento del medico, ma la sua aspettativa non riguarda solo il ricevere una spiegazione, bensì anche la possibilità di raccontare gli eventi, i sentimenti della sua esperienza di malattia.

⁴⁴¹ L. Caronia, *op. cit.*, p. 8.

⁴⁴² C. Peruselli, *Approccio narrativo alle cure sanitarie*, in "Arco di Giano", n.14, 1997, p. 42.

⁴⁴³ L. Zannini, *op. cit.*, 2003, p. 141.

In questo senso, nella pratica clinica medica, i sintomi possono essere analizzati non solo oggettivamente, ma possono essere interpretati, collegando singoli fatti di tipo biologico a un quadro più generale, di tipo storico ed esistenziale.

Una pratica medica di questo tipo non si basa quindi solo su dati e modi di analisi biologici e scientifici, ma fa riferimento ad una disposizione di costante ascolto di ogni paziente e della sua particolare ed unica storia di malattia. In questo modo un medico può cercare di comprendere in modo olistico ogni paziente, inserendo la malattia all'interno di una storia più ampia.

4.3.2 Modello di cura *doctor-centred* e *patient-centred*

Seguendo tale traiettoria, è possibile distinguere tra relazioni di cura basate su un'idea di *medicina disease-centred* o *doctor-centred* e su un'idea di *medicina patient-centred*⁴⁴⁴.

Come già detto, secondo il modello bio-medico, basato sulla biologia molecolare e dominante nella cultura occidentale, la medicina è centrata sulla malattia (*disease centred*), intesa come alterazioni di variabili biologiche e somatiche misurabili che il medico deve diagnosticare e trattare, rigidamente separate da tutto ciò che concerne la mente, le componenti affettive, emotive, relazionali.

Il modello bio-medico non si basa solo su presupposti teorici, ma presenta anche un riscontro pratico per cui, durante una visita *disease centred*, il medico individua i sintomi e li conferma con i segni, con gli esami di laboratorio, con adeguate tecniche diagnostiche, dà nome alla malattia, suggerisce la relativa cura e infine valuta l'eventuale guarigione. «Tale valutazione non viene fatta considerando come si sente il paziente, ma sulla base di dati obiettivi riscontrati dal medico. Il vero protagonista di questo tipo di visita è il medico, quindi la visita è correttamente definita *doctor-centred*»⁴⁴⁵. Anche nel colloquio medico-paziente, secondo il suddetto modello, è il medico che dirige la comunicazione: il sapere e la posizione del medico sono “inaccessibili” per chi necessita di cura: «Anche dopo la rivoluzione ippocratica e dopo l'incontro della medicina con la scienza moderna, il medico si è frequentemente posto su un piano inaccessibile ai comuni mortali. Ai tempi di Molière lo faceva parlando latino, oggi impiegando i termini tecnici del linguaggio scientifico in modo tale da rendere impossibile ogni spiegazione»⁴⁴⁶. Il paziente non è il protagonista di questa relazione, in quanto è solamente il “portatore” di sintomi e segni di una malattia, analizzata e interpretata dal

⁴⁴⁴ Cfr. A. Virzì, *op. cit.*, p. 10.

⁴⁴⁵ A. Virzì, *op. cit.*, p. 31.

⁴⁴⁶ G. Cosmacini & C. Rugarli, *op. cit.*, p. 128.

medico: per un successo di questa relazione terapeutica si suppone che il ruolo del paziente sia quello di seguire pedissequamente quanto prescritto dal medico.

Constatando il fatto che il modello bio-medico sia la base fondante della medicina occidentale sarebbe opportuno, sulla base di tali riflessioni, ampliarlo, rispettandone la connotazione scientifica e rivalutando il ruolo del paziente, in modo che non sia più solo una figura ausiliaria, ma sia il vero protagonista della visita medica; perché questo avvenga è necessario introdurre il concetto di medicina *patient-centred*. Questa concezione viene introdotta, solo teoricamente, da Karl Jaspers negli anni '50, che condanna la disumanizzazione della medicina, sottolineando l'importanza di una comunicazione più profonda. Proprio durante gli anni centrali del Novecento, dunque, teatro di profondi rivolgimenti culturali nel continente europeo, si avanzano i primi pensieri che mettono in discussione anche il modello su cui la pratica e il sapere medico avevano fino ad allora impostato la relazione terapeutica tra medico e paziente.

Le prime proposte operative relative al modello *patient-centred* vengono formulate da Michael Balint e George L. Engel. Balint nel 1957 inizia a sostenere che la persona del medico è la prima cura per il paziente e tale azione terapeutica si instaura in relazione con un adeguato rapporto medico-paziente. Secondo lui l'atteggiamento medico asettico proposto dal modello *disease centred* non può davvero avvenire, in quanto è sempre influenzato dalle esperienze, dai valori del medico. Per utilizzare quest'influenza a suo vantaggio e soprattutto per non esserne sopraffatto, il medico deve in primo luogo esserne consapevole.

Engel propone, invece, l'idea che il modello *disease centred* sia così radicato nella nostra cultura da essere visto come l'unico possibile, tanto da non essere solo un "modello", quanto un "dogma", paradigma indiscusso e indiscutibile. Per intervenire su questo dogma occorre creare un modello alternativo. Nasce quindi la proposta di un modello definito "*bio-psico-sociale*", modello che vede l'uomo come insieme di sistemi (organi, tessuti...) ed esso stesso come parte di un sistema più complesso (famiglia, società...). In tale modello, il paziente stesso non viene più considerato solamente portatore di una patologia, ma si parte dal fatto che, come ricordano Vittorio Cigoli e Mauro Mariotti, «un individuo fa parte di una rete di relazione, famiglia, amici e comunità»⁴⁴⁷. Tale presupposto permette di prendere in considerazione la rete di legami e relazione come un aspetto importante all'interno del processo diagnostico. Non solo, l'importanza di una rete di relazioni che vada oltre all'individualità viene estesa anche al contesto curante, considerando che diversi punti di vista

⁴⁴⁷ V. Cigoli & M. Mariotti (a cura di), *Il medico, la famiglia e la comunità. L'approccio biopsicosociale alla salute e alla malattia*, Franco Angeli, Milano, 2002, p. 39.

integrati in un sistema coerente possano costituire un miglior approccio alla cura: «Nell'approccio biopsicosociale, l'obiettivo è quello di formare un gruppo di lavoro che comprende le persone chiave dei sistemi degli operatori e del paziente. Questa rete serve a mantenere un ambiente olistico in cui fare le valutazioni e prendersi cura dei pazienti»⁴⁴⁸.

Analizzando il modello di relazione e di cura, in atto nella medicina orientata a un tal tipo di modello, assumono pari importanza la diagnosi di malattia ed il vissuto soggettivo di malattia da parte del paziente. Il medico deve tenere conto del rapporto tra aspetti biologici, psicologici, sociali, avendo come obiettivo sia il trattamento della malattia, sia la cura del malato; si ha, cioè, in tale senso, uno spostamento dell'obiettivo dal *to cure* al *to care*.

Il paziente durante la visita viene coinvolto attivamente e il suo punto di vista non è più considerato superfluo, ma viene utilizzato nel processo clinico del medico che può completare le sue competenze.

Entra in gioco la differenza tra “avere la malattia” ed “essere malato” (*illness* e *disease*), in cui il secondo termine include una dimensione soggettiva del vissuto di malattia che manca nel primo. Questo aspetto non può essere appreso dal medico se non interpella il paziente e se non modifica il colloquio che non deve essere monodirezionale, ma deve avvalersi di scambi comunicativi.

Con questo modello si possono indagare aree come quelle della dimensione soggettiva della malattia, senza che la medicina rinunci alla sua scientificità.

La più importante differenza tra il modello *disease centred* e *doctor-centred* rispetto a quello *patient centred* è rappresentata dall'importanza che hanno assunto la relazione e la comunicazione tra medico e paziente. Il medico deve acquisire anche abilità relazionali e di comunicazione, finora trascurate.

I punti di forza di una relazione e cura tra medico e paziente definibile come *patient centred* sono quindi:

- «Conservazione: mantiene inalterato l'approccio alla malattia rispetto al modello bio-medico;
- ampliamento: amplia gli obiettivi del medico che non sono più limitati alla malattia;
- specificità: specifica gli obiettivi dell'area della malattia, introducendo ciò che serve per rendere la visita *patient-centred*;

⁴⁴⁸ *Ibidem*.

- verificabilità: gli obiettivi sono verificabili sia in termini di raggiungimento che a livello sperimentale;
- insegnabilità: gli strumenti di relazione e comunicazione possono essere insegnati»⁴⁴⁹.

Si tiene a sottolineare come il modello biopsicosociale apra a una serie di possibili incontri tra la disciplina medica e altri ambiti di saperi, creando la possibilità di intrecci, scambi di punti di vista e competenze tra professionisti diversi.

4.4 La cura infermieristica come assistenza alla persona

Abbiamo notato come, in un precedente capitolo, la nozione di “professioni sanitarie” racchiuda al suo interno molteplici profili, tra cui quello infermieristico. Oltre alla professione medica, infatti, quella infermieristica è una delle più antiche professioni che hanno abitato il mondo della sanità, creando una specificità della cura e dell’assistenza agite dagli infermieri.

4.4.1 Breve storia della cura infermieristica

Come descrivono Giorgio Cosmacini e Claudio Rugarli in merito al funzionamento e all’organizzazione dei primi ospedali medievali, «coloro che gestivano in prima persona il rapporto con gli infermi non erano i medici e i chirurghi, ma gli *infirmarii*»⁴⁵⁰. Chi si prendeva cura dei malati era quindi l’infermiere, caratterizzato dall’essere *servus infirmorum*, “servente degli infermi”, pronto nell’*ad-sistere*, nello stare accanto ai malati. Spesso l’opera dell’infermiere si prestava attraverso mansioni molto concrete e quotidiane: preparare il letto, somministrare il cibo, consolare, e così via. Le cure prestate dagli infermieri erano tendenzialmente cure *generiche*, non *specifiche*, spesso costruite intorno a una “vocazione a servire” strettamente collegata al substrato religioso da cui è storicamente iniziata la pratica infermieristica.

Con lo sviluppo della medicina e l’evoluzione dell’istituzione ospedaliera in Occidente, a partire dal Cinquecento la presenza del medico in ospedale diventò sempre più consistente e l’assistenza degli infermieri iniziò a contaminarsi col sapere medico: «Ai medici stessi viene affidato l’insegnamento dei fondamenti dell’anatomia e della medicina necessari per mettere

⁴⁴⁹ A. Virzì, *op. cit.*, p. 34.

⁴⁵⁰ G. Cosmacini & C. Rugarli, *op. cit.*, p. 27.

in grado gli infermieri di eseguire le prescrizioni terapeutiche impartite»⁴⁵¹. In questo senso, anche le mansioni svolte dagli infermieri iniziarono ad acquisire maggior specificità, necessitando anche una formazione a quella che presto sarebbe diventata una specifica professione.

L'Inghilterra fu il primo Paese europeo dove l'assistenza infermieristica cominciò a costituirsi e a definirsi in maniera professionale, partendo da quella che era stata una spinta al servizio al prossimo promossa dagli ordini religiosi. Come scrive Roy Porter: «L'Istituto delle Diaconesse, fondato nel 1836 da Theodore Fliedner, pastore luterano di Kaiserswerth vicino Düsseldorf, segnò un notevole progresso: era finalizzato all'istruzione delle giovinette di buona famiglia che volevano diventare infermiere-diaconesse, una categoria di specie superiore. Nel 1840 Elizabeth Fry vi fece visita e al suo ritorno a Londra fondò l'Istituto per infermiere»⁴⁵². Tradizionalmente si indica in Florence Nightingale (1823-1910) la fondatrice della moderna assistenza infermieristica. Durante la guerra in Crimea la Nightingale ebbe contatto diretto con i feriti, in qualità di capoinfermiera del campo ospedaliero: si rese conto in questa situazione delle condizioni disastrose dell'assistenza negli ospedali da campo e stabilì le proprie regole per ottenere ciò che era necessario per assistere gli ammalati in modo ottimale. In seguito al suo lavoro venne attuata una riflessione sulla necessità di riformare e definire chiaramente la professione infermieristica sul territorio nazionale, costituendo un percorso formativo specifico e definito per chi volesse intraprendere la formazione da infermiere: «Le sue *Notes on Nursing* e *Notes on Hospitals* ponevano l'accento su igiene, aria fresca, ferrea disciplina, spirito di corpo e devozione al servizio infermieristico come si trattasse di una vocazione. Le scuole di Florence Nightingale divennero centri per la formazione di quei sovrintendenti che, nel giro di vent'anni, esportarono il sistema in tutta l'Inghilterra, in Australia, Canada, Nuova Zelanda e Stati Uniti»⁴⁵³. In seguito all'opera della Nightingale, dunque, l'assistenza infermieristica iniziò a costituire un suo carattere autonomo: con la *Carta dei doveri degli infermieri*, redatta sempre dalla Nightingale in seguito alla guerra di Crimea, si avviò la costituzione di un suo specifico *corpus* epistemologico. In essa si affermava che «era assunto l'impegno di condurre una vita irreprensibile, di praticare la professione con lealtà e riserbo, di elevarne continuamente il contenuto tecnico, di coadiuvare il medico nel suo lavoro e di offrirsi con dedizione e cura al benessere dei malati»⁴⁵⁴. Da quel

⁴⁵¹ L. Zannini, *op. cit.*, 2003, p. 227.

⁴⁵² R. Porter, *Breve ma veridica storia della medicina occidentale*, trad. it. G. C. Brioschi, M. Mascarino, Carocci, Roma, 2004, p. 178.

⁴⁵³ Ivi, p. 180.

⁴⁵⁴ L. Zannini, *op. cit.*, 2003, p. 227.

momento, sempre più l'azione di assistenza infermieristica si costituì come differente e specifica rispetto alla pratica e all'agire proprio dei medici.

A partire dagli anni Sessanta del Novecento, la pratica infermieristica allargò anche il suo sguardo alle scienze psicosociali: si cominciò a pensare all'assistenza come un sapere che non ha a che fare solo con dimensioni tecniche, ma anche con le dimensioni umane e relazionali della cura.

4.4.2 Specificità della cura infermieristica

Per chiarire il concetto di cura negli interventi di assistenza infermieristica, è utile ricorrere alla duplice traduzione del termine cura in inglese, già precedentemente ricordata: curare con valenza terapeutica (*to cure*) e curare come presa in carico globale (*to care*), sottolineando che sempre più oggi, l'assistenza infermieristica cerca di mettere in atto un'azione di cura globale: «L'intervento assistenziale si configura, in ultima istanza, come *care*»⁴⁵⁵. La pratica assistenziale infermieristica sembra oggi tentare di coniugare la dimensione di assistenza materiale e relazionale delle origini, con le conoscenze scientifiche e tecniche costruite grazie al progresso scientifico avvenuto tra il 1800 e oggi. Questa tendenza pare essere il risultato di un processo di fondazione epistemologica dell'assistenza, attuato a partire sia dalla riflessione sulle pratiche assistenziali, sia dal confronto con diversi saperi implicati in tali pratiche (biologico, fisiopatologico, ma anche psicosociale, pedagogico, antropologico). Basandosi su queste premesse, Luigina Mortari così definisce l'essenza del *caring* infermieristico: «Se la cura in generale è mossa dall'intenzione di procurare beneficio all'altro, la cura infermieristica intende favorire il ripristino di una buona condizione di salute e di promuovere il ben-essere di chi si trova a patire una situazione di sofferenza nel corpo e/o nell'anima»⁴⁵⁶

Per comprendere lo statuto epistemologico della cura infermieristica oggi vanno poi considerati due elementi fondamentali. Il primo riguarda la definizione del processo di assistenza a partire dalla centralità del bisogno del paziente. Sull'individuazione di questo bisogno, l'infermiere costruisce interamente il suo intervento che si concretizza in un "piano assistenziale" focalizzato sulla singola persona, che richiede competenze di tipo differenziato (tecniche, relazionali, organizzative), il cui raggiungimento viene poi valutato.

Per attuare questo intervento dev'essere messo in atto un processo con azioni concrete, pratiche e relazionali volte a mantenere, recuperare, garantire uno stato di benessere,

⁴⁵⁵ Ivi, p. 231.

⁴⁵⁶ L. Mortari, Per una teoria del buon caring, in L. Mortari & L. Saiani, *Gesti e pensieri di cura*, Mc Graw Hill, Milano, 2013, p. 28.

contribuendo il più possibile alla qualità di vita del paziente, attuando una presa in carico globale. «Sul piano organizzativo, realizzare l'assistenza in termini di processo di *nursing* vuol dire sviluppare un approccio globale alla persona e superare completamente l'ottica della vecchia assistenza "per compiti"»⁴⁵⁷. Tutte le attività e le azioni di cura attuate nel piano assistenziale individualizzato dovrebbero essere pensate e agite in funzione del singolo paziente.

Un secondo importante elemento per la cura svolta dalla professione infermieristica è la *diagnosi infermieristica*, che, per come viene oggi concettualizzata, definisce specificità e peculiarità dell'assistenza infermieristica, rispetto ad altri campi del sapere.

Si è precedentemente accennato al tema del processo diagnostico attuato dai medici: nel concetto di cura infermieristica, pur considerando la diagnosi medica, la quale ha una sua rilevanza per l'agire dell'infermiere, la diagnosi ha tutto un altro tipo di impostazione; essa, infatti, indica «le potenziali o le effettive alterazioni della soddisfazione dei bisogni della persona, a partire dalle osservazioni effettuate»⁴⁵⁸. Attraverso questa "sua" diagnosi, l'infermiere descrive l'insieme dei segni e dei sintomi che indicano un problema sanitario reale o potenziale da trattare, partendo dal punto fondamentale del *bisogno* della persona. Per rispondere al bisogno del paziente, Mortari evidenzia differenti direzioni di azione che la cura infermieristica può assumere, basate sia su un saper agire, sia su un saper pensare al proprio operato: prestare attenzione, sentirsi responsabile, comprendere l'altro, sentire empaticamente l'altro, agire con delicatezza, avere fermezza, indignarsi di fronte all'incuria, coltivare una pensosità riflessiva⁴⁵⁹.

Quanto finora scritto permette di evidenziare come questa professione non dovrebbe avere un approccio incentrato solo sul "fare", sull'esecuzione di "tecniche" a supporto del processo terapeutico impostato dal medico, ma dovrebbe utilizzare un approccio globale alla persona, basato sull'osservazione e sull'interpretazione di eventi. In questo senso si può richiamare quanto notato in precedenza relativamente alla connotazione sociale delle professioni: il ruolo dell'infermiere, nato come professione di "servizio" a partire da motivi religiosi, viene diffusamente legato a una bassa considerazione sociale, in virtù delle azioni pratiche, non specifiche e senza una peculiare formazione.

Il percorso formativo per la professione infermieristica ha contribuito a costruire una professione che sempre più cerca di costruire la sua specificità e l'importanza delle

⁴⁵⁷ Zannini, *op. cit.*, 2003, p. 232.

⁴⁵⁸ *Ibidem*.

⁴⁵⁹ Cfr. Mortari, in Mortari & Saiani, *op. cit.*, pp. 28-41.

caratteristiche che la costituiscono, sottolineando quanto non sia da ritenere un ruolo meramente esecutivo degli ordini del personale medico, ma possa mettere in atto azioni guidate da un pensiero e da competenze specifiche, in vista della cura del paziente.

Ad esempio, l'analisi delle possibili cause che hanno portato all'alterazione del bisogno del paziente è parte importante della diagnosi infermieristica, che si concentra su caratteristiche non solo biologiche. Una volta definita la diagnosi, un infermiere può formulare gli obiettivi di cura e assistenza basati su azioni e interazioni volte a raggiungere il benessere ottimale del singolo individuo.

Per chiarire meglio la differenza rispetto alla cura agita dal medico, va sottolineato che «la pianificazione dell'intervento verrà quanto più possibile condivisa con le persone che si trovano nel contesto di vita della persona per cercare di attivare tutte le risorse possibili per far fronte all'alterazione del bisogno»⁴⁶⁰. In Italia questo modello di assistenza infermieristica sta iniziando ad essere proposto con sempre maggior insistenza, in riferimento anche all'abolizione del mansionario nel 1999 e all'istituzione del percorso formativo universitario che, come precedentemente ricordato, contribuiscono a una formazione di qualità e specifica per l'infermiere. Questo nuovo profilo dell'infermiere ha fatto sì che la sua professione passasse dalla denominazione di “professione sanitaria ausiliaria” a quella di “professione sanitaria”; questo significa che l'infermiere è responsabile del proprio operato e delle funzioni peculiari della sua professionalità, attribuitegli anche dalla Legge.

In questo senso, dunque, con un riconoscimento chiaro anche da parte della Legislazione, la professione infermieristica ha effettivamente modo di definire in modo specifico e competente il suo operato, formando le nuove generazioni a un modello di cura quale quello tratteggiato nel corso del paragrafo.

4.5 La cura esistenziale

Il paragrafo sarà volto a delineare il concetto di “cura esistenziale” che colloca la dimensione della cura come fondante e costitutiva della stessa esistenza umana. Il riferimento alle caratteristiche di autenticità o inautenticità che possono caratterizzare la cura consentirà di mettere in luce direzioni differenti che la cura esistenziale può assumere, anche in riferimento alle discipline medica e pedagogica.

⁴⁶⁰ Zannini, *op. cit.*, 2003, p. 234.

4.5.1 Una cura fondante l'esistenza umana

Nella favola di Igino, utilizzata anche da Heidegger per comprendere e spiegare filosoficamente il significato della nostra esistenza, si racconta che la Cura, attraversando un fiume, vide del fango e da questo costruì e plasmò l'uomo. Nacque poi una disputa sulla paternità dell'uomo tra Giove, che vi aveva infuso lo spirito, e la Terra, che aveva fornito la materia prima. Elessero, quindi, come giudice Saturno, il Tempo, che risolse in questo modo la disputa: lo spirito dell'uomo, alla sua morte, fu assegnato a Giove, e il suo corpo alla Terra. «Ma poiché fu la Cura che per prima diede forma a questo essere, fin che esso vive lo possiede la Cura»⁴⁶¹. Questa lettura, ripresa da Heidegger, introduce una visione della cura molto interessante dal punto di vista pedagogico: essa è molto più di un modo di trattamento o di relazione che gli uomini agiscono verso il mondo o verso gli altri uomini; la cura è presentata come caratteristica strutturale e fondante dell'esistenza stessa.

L'esistenza dell'uomo si fonda e si compie nella cura, che è ciò che ha dato forma materica a una sostanza informe, offrendole la possibilità di esistere, proiettandosi nel mondo e nel tempo. Seguendo la favola di Igino, l'esistenza umana non esisterebbe e non troverebbe significato all'interno della materialità del mondo: è in questo senso che essa è considerata la struttura dell'esistenza. Scrive a proposito Cristina Palmieri: «L'esistenza è fatta di corpo e spirito, di materia e di qualcosa che vivifica questa materia[...]. Ciò che distingue l'essere umano dagli altri esseri è proprio questa stretta e strutturale relazione tra la propria effettività (il proprio corpo), ovvero la propria materia, ciò che è già dato[...] e la propria possibilità, quell'apertura al possibile che è intrinseca nel divenire dell'essere umano»⁴⁶².

Questa apertura al possibile e al divenire, che risulta fondamentale nel concetto di cura esistenziale, ha le sue radici nel concetto di temporalità, centrale nel pensiero di Heidegger. Il tempo risulta essere la modalità costitutiva, il *come* che rende possibile l'essere dell'uomo, le sue caratteristiche. Scrive, infatti, Heidegger: «Il tempo è il vero *principium individuationis*...Nell'essere futuro del precorrere l'esserci che è nella dimensione della medietà diventa se stesso; nel precorrere esso si palesa come l'essere unicamente questa volta del suo unico destino, nella possibilità del suo unico non più»⁴⁶³. È dunque il tempo a permettere il divenire, il possibile, l'aprire al futuro, come scrive Palmieri: «Nel tempo si dà infatti la possibilità di ricostruire il senso della propria esistenza, della propria cura, del

⁴⁶¹ M. Heidegger, *Essere e tempo*, tr.it. Longanesi, Milano, 1970, p. 247.

⁴⁶² C. Palmieri & G. Prada, *Non di sola relazione. Per una cura del processo educativo*, Mimesis, Milano, 2008, p. 34.

⁴⁶³ M. Heidegger, *Il concetto di tempo*, trad. it. Adelphi, Milano, 1998, p. 49.

proprio esser cura ritrovando di volta in volta se stessi, assumendo il proprio “destino”, accettando la propria effettività e lasciando agire il proprio poter essere in quanto tale»⁴⁶⁴.

Ritornando al pensiero di Heidegger, dunque, possiamo notare come la cura che contraddistingue l'esistenzialità umana si gioca proprio in questo rapporto tra effettività e possibilità e da essa, quindi dalla combinazione di queste condizioni, scaturisce per l'uomo il suo “più proprio poter essere”, quell'unicità che si attua in una forma vivente.

Essere uomini significa allora, per costituzione, avere delle possibilità: «L'uomo non *ha* semplicemente delle possibilità, ma *è* possibilità»⁴⁶⁵. Queste possibilità non sono infinite perché la nostra effettività, il nostro corpo, sono già dati, sono materia e costituiscono per ognuno il proprio limite; le potenzialità che l'uomo ha sono quelle che possono portarlo a diventare ciò che può essere a partire da sé, da quella idea di *gettatezza*, cara al pensiero di Heidegger, che porta a considerare l'esistenza umana come *gettata* nel mondo, con specifiche caratteristiche anche materiali che ne determinano e condizionano l'esistenza.

Si può, quindi, pensare alla cura da un lato come struttura dell'esistenza della singola persona, per il fatto che connette effettività e possibilità in modo concreto ma in evoluzione; dall'altro lato, però, anche come struttura dell'esistenza di altri, in modo che sostenga o possa sostenere il percorso di formazione, che è la continua evoluzione nella configurazione del rapporto che si attua nell'altro tra possibilità ed effettività, cercando l'emergere di possibilità a partire dall'effettività: «Curare, nel senso di “preoccuparsi di”, [...] vuol dire lavorare sul massimo sviluppo possibile della progettualità nelle condizioni date»⁴⁶⁶.

Per meglio comprendere cosa significhi pensare la cura come struttura dell'esistenza di altri, ci si può riferire nuovamente al pensiero di Heidegger. La cura si manifesta con atti e modalità diverse. Può concretizzarsi in un “aver cura del mondo e dei suoi elementi”, che porta il soggetto ad usare le cose, ad avere con esse un rapporto sia strumentale sia di attribuzione di significato, nel senso che fa uso degli oggetti nella propria sfera di azione e attribuisce loro un valore. La cura può manifestarsi altrimenti come “aver cura degli altri”, accezione che però rischia di portare a trattare le persone come oggetti, creando con loro un rapporto centrato sulla funzionalità, sull'utilizzo. Tali modalità di rapporto di cura con gli oggetti e con le persone «possono essere, a seconda di come viene declinato il possibile, autentici o inautentici»⁴⁶⁷: si può aver cura degli altri agendo perché imparino a riconoscere e

⁴⁶⁴ C. Palmieri, *La cura educativa. Riflessioni ed esperienze tra le pieghe dell'educare*, Franco Angeli, Milano, 2000, p. 37.

⁴⁶⁵ D. Bruzzone, *op. cit.*, 2012, p. 107.

⁴⁶⁶ L. Zannini, *op. cit.*, 2003, p. 304

⁴⁶⁷ Ivi, p. 303.

coltivare le loro proprie ed uniche possibilità, oppure si può curare un altro sostituendosi a lui nella sua capacità di cura, di scelta, del divenire stesso.

4.5.2 Cura autentica e cura inautentica

Una cura che libera, rendendo capaci di riconoscere le proprie possibilità, può essere definita “autentica”, «nella misura in cui produce individuazione e autenticità»⁴⁶⁸, mentre una cura che invece domina e imprigiona sarebbe “inautentica”, quando «ingenera meccanismi di dipendenza e dispersione di sé»⁴⁶⁹. Elena Pulcini, nel suo testo *La cura del mondo*, propone la riflessione secondo cui, per agire una cura “autentica”, un soggetto debba considerarsi «soggetto in relazione»⁴⁷⁰, intrinsecamente correlato ad altri soggetti. Proprio la consapevolezza e la responsabilità per questo legame relazionale porterebbero, secondo Pulcini, un soggetto ad agire una cura autentica verso gli altri e verso il mondo, che significa «non solo *pre-occuparsi* delle sue sorti, ma anche, e soprattutto, *occuparsene*, porvi attenzione, *prenderlo in cura*»⁴⁷¹. In questo senso, la prospettiva di una cura autentica, accostata da Pulcini alla *responsabilità*, contiene in sé sia la dimensione di *apprensione*, sia quella di *sollecitudine*, andando oltre alle azioni suscitate dalla sola *preoccupazione* per l’altro. Risulta così possibile tratteggiare un’etica relativa alla cura fondata su queste dimensioni, definita come «un’etica *concreta, contingente e contestuale*: essa privilegia l’attenzione all’unicità dell’altro, alla specificità della situazione, alle relazioni nelle quali il soggetto si trova di volta in volta a delle quali non può fare a meno di tenere conto in quanto significative per la sua stessa identità e per il suo stesso progetto di vita»⁴⁷².

Il riferimento alle idee di cura autentica e inautentica, permette di tornare a ipotizzare un rapporto tra la disciplina medica e quella pedagogica. Riferendosi, ad esempio, al campo pedagogico, si può affermare che una pratica è educativa quando suscita nei soggetti delle reazioni che vanno verso un cambiamento, un ampliamento delle possibilità esistenziali a partire dalla condizione data in cui ognuno si trova: «La cura è educazione. E quindi la relazione attraverso cui essa si manifesta è educativa, nel momento in cui è quel necessario occuparsi degli altri in cui si apre il loro campo di possibilità»⁴⁷³.

⁴⁶⁸ D. Bruzzone, *op. cit.*, 2012, p. 108.

⁴⁶⁹ *Ibidem*.

⁴⁷⁰ E. Pulcini, *La cura del mondo. Paura e responsabilità nell’età globale*, Bollati Boringhieri, Torino, 2009, p. 251.

⁴⁷¹ *Ibidem*.

⁴⁷² *Ivi*, pp. 257-258.

⁴⁷³ C. Palmieri & G. Prada, *op. cit.*, 2008, p. 36.

Chiedendosi come questa relazione di cura avvenga, con che orizzonte di possibilità venga agita e pensata, si noterà che spesso la tendenza comune è quella di sostituirsi, nelle azioni e nelle espressioni agli altri di cui ci si sta prendendo cura, senza lasciare loro possibilità di sperimentazione, desiderio, emozione, cambiamento. Questo non avviene per scarso interesse verso i soggetti che si stanno, appunto, curando, ma, nella maggior parte dei casi, per una sollecitudine nei loro confronti che porta però a un blocco delle loro possibilità.

Collegandosi al campo della medicina, tale accezione di cura viene agita molto spesso quando ci si riferisce a un modello di tipo bio-medico, affermatosi nel campo medico del mondo occidentale: tale modello enfatizza, infatti, un'idea di cura in cui la relazione terapeutica funziona se il paziente viene configurato come una "mancanza", in questo caso di salute, che può essere colmata dalla sola competenza scientifica e tecnica del medico. In questo senso, una siffatta relazione di cura prevede la "passività" del paziente che può soltanto attendere fiduciosa le azioni e le decisioni terapeutiche del medico: «Elementi di "inautenticità" nella cura (nelle forme dell'assistere, del prevenire e del sostituire l'altro) sono inevitabili nella misura in cui l'altro è "mancante" nelle diverse forme in cui può esserlo (piccolo, fragile, indigente, malato, disorientato ecc.)»⁴⁷⁴.

Questa idea si è fortemente radicata anche nella professione educativa, come sottolinea Giorgio Prada: «L'educatore giunge fino ad autorappresentarsi come figura di supporto, di stimolo all'acquisizione di quanto manca all'altro per essere pienamente se stesso. L'idea forte della necessità della presenza di un bisogno da soddisfare, di un problema da risolvere, rimanda in ogni caso alla figura della mancanza, della carenza, fino a considerare il difetto; tali figure finiscono per governare l'atto educativo»⁴⁷⁵. In questo senso, tornando ad accostare medicina e pedagogia, si può notare come entrambe le discipline possano manifestare declinazioni inautentiche e ambivalenti del concetto di cura: «Da questo punto di vista s'introduce, non visto, nei comportamenti e nelle strategie educative, qualcosa che ha a che fare con la dimensione sanitaria così come comunemente almeno essa viene intesa e praticata. La definizione del problema o del bisogno, che permette al dispositivo sanitario di attivarsi, risiede nell'ammissione dello stato di bisogno del paziente, il quale si rivolge del resto alla struttura sanitaria con la relativa fiducia di poter essere "curato"»⁴⁷⁶.

È qui che si manifesta l'ambivalenza della cura, come dimensione esistenziale della nostra umanità: le azioni di cura sono sempre in potenza ambivalenti, anche contrariamente alla

⁴⁷⁴ D. Bruzzone, *op. cit.*, 2012, p. 109.

⁴⁷⁵ G. Prada, *Metodologicamente parlando, diagnosi ed educazione*, in C. Palmieri & G. Prada (a cura di), *op. cit.*, p. 60.

⁴⁷⁶ Ivi, p. 61.

nostra volontà; ad esempio, se le azioni di protezione non sono agite in modo adeguato, si rischia di bloccare e impedire l'autonomia personale.

È necessario comprendere e riconoscere questa dimensioni di cura inautentica, averne consapevolezza, per poter meglio comprendere in cosa invece consiste una cura agita in modo autentico: «Se cura autentica implica creare un contesto in cui i soggetti possano essere riconosciuti come interlocutori responsabili della propria esistenza, qualunque sia la loro condizione (fisica, psicologica, sociale) ma anche a partire da essa, forse occorre anche comprendere cosa significhi costruire un tale contesto»⁴⁷⁷. La cura autentica è quindi il risultato di una scelta, richiede determinate condizioni e una vigilanza adeguata. Per comprendere come ciò possa accadere è necessario prolungare la riflessione verso la specificità della cura educativa che, come si vedrà nel corso del prossimo paragrafo, deve continuamente confrontarsi con le caratteristiche di autenticità o meno della cura esistenziale, appena delineate, per costruire azioni che vadano effettivamente verso l'educazione dei soggetti a cui si rivolge.

4.6 La cura educativa come base per la costruzione di pratiche educative

In questo paragrafo si vuole porre l'attenzione sull'accostamento del termine "cura" all'aggettivo "educativa", per comprendere che cosa significa e che cosa si intende con l'espressione di "cura educativa". Inoltre, nella trattazione di tale concetto, si vuole sottolineare come una certa accezione dell'idea di cura sia da considerare una base irrinunciabile per progettare e costruire pratiche educative.

4.6.1 Il concetto di cura educativa

Si è tratteggiato il concetto cura come struttura fondante dell'esistenza umana stessa, del rapportarsi dell'uomo con il mondo, i suoi oggetti e i soggetti che incontra: «Che l'uomo sia l'ente (o l'animale) di cui sono tipici e sostanzialmente esclusivi comportamenti, atteggiamenti e sentimenti di cura è riconosciuto a molti livelli. L'*homo faber*, che fa tutt'uno con l'*homo sapiens*, è eminentemente – e in fondo esclusivamente – l'essere (l'ente) capace di cura»⁴⁷⁸. Inoltre si è tematizzato come l'educazione, in quanto apertura al cambiamento, alla formazione e al divenire dell'uomo, sia radicata nelle dimensioni propriamente esistenziali dell'esperienza umana, come evidenziato dalle parole di Alberto Granese: «L'educazione è

⁴⁷⁷ C. Palmieri & G. Prada, *op. cit.*, 2008, p. 38.

⁴⁷⁸ A. Granese, *Il labirinto e la porta stretta. Saggio di pedagogia critica*, La Nuova Italia, Firenze, 1993, p. 229.

essenzialmente caratteristica del formar-si umano [...] per il motivo [...] che non si dà formazione umana in assenza della cura e della lunga coltivazione, e quindi dell'educazione»⁴⁷⁹. In questo senso, anche le direzioni intenzionali dell'esperienza educativa descritte relativamente all'opera di Bertolini, in particolar modo quelle della sistematicità e della possibilità, ricordano lo stretto legame che sussiste tra esistenza ed educazione.

È necessario, dunque, sottolineare come la cura educativa abbia le sue radici nel concetto di cura esistenziale presentato a partire dalla filosofia di Heidegger; o meglio, bisogna notare come, per pensare una cura specificamente educativa, è indispensabile fare riferimento a quella cura pensata come fondante per l'esistenza stessa dell'uomo.

Intendendola in senso educativo, la cura esistenziale, per come descritta nel precedente paragrafo, può essere pensata come la ricerca per l'uomo di un "darsi forma", tra la libertà, l'azione personale, e l'azione educativa di altri, siano essi eventi o persone. Questo viene espresso chiaramente anche da Rita Fadda, relativamente alla cura necessaria ad ogni uomo per acquisire una "sua" propria forma:

«Da un lato l'uomo non è, non si costituisce come tale, non diventa uomo senza che qualcuno si prenda cura di lui, interagisca con lui, abbia volontà e intenzionalità di formarlo e di educarlo [...] Per molti versi e in molti sensi è vero che, pur dipendendo totalmente da un Altro che si prenda cura di lui educativamente, quell'essere neotenic che è l'uomo si può tuttavia considerare artefice e protagonista del suo processo di formazione in quanto dipende da lui non solo il tenere o non tenere conto dell'informazione ma anche l'interpretare i messaggi [...], il vivere il suo processo di formazione»⁴⁸⁰.

Seguendo il pensiero di Palmieri e Prada, quindi, la cura è educazione quando «è pratica che consente all'altro di scoprire e sperimentare le proprie potenzialità, iniziando così a costruire la propria forma»⁴⁸¹; in questo senso, dunque, la cura educativa dischiude possibilità di significazione per i soggetti, con un'attenzione particolare alle loro storie di vita in divenire: «Se si classifica la situazione all'interno di un "già dato", non si riesce a favorire l'apertura al "possibile ancora". Questa esigenza di *senso* è l'apertura al progetto di sè»⁴⁸².

⁴⁷⁹ Ivi, p. 193.

⁴⁸⁰ R. Fadda, *La cura, la forma, il rischio. Percorsi di psichiatria e pedagogia critica*, Unicopli, Milano, 1997, p. 80.

⁴⁸¹ *Ibidem*.

⁴⁸² V. Iori, Il tempo del *caring* nella vulnerabilità, in V. Iori & M. Rampazi, *Nuove fragilità e lavoro di cura*, Unicopli, Milano, 2008, p. 187.

Su questa stessa concezione anche Laura Formenti, trattando della cura educativa, la riferisce al termine greco ἐπιμέλεια (*epimeleia*), per sottolinearne la caratteristica di attenzione, cioè di un tipo particolare di sguardo sul mondo, sulle azioni, sugli altri: una pratica che porta ad un agire con attenzione, esercitando in ogni momento la scelta; è attraverso questa qualità di attenzione che «chi pratica la cura può provare davvero a promuovere nell'altro le possibilità di attualizzare il suo essere più proprio»⁴⁸³.

Per permettere ad un soggetto di costruire una propria forma è necessario che la cura educativa sappia, in certe situazioni e in certi momenti, dare una direzione e un contenimento, «consentendo all'altro, in condizioni di totale mancanza di autonomia o di necessaria dipendenza, di sopravvivere e quindi di sentire di “poter essere”»⁴⁸⁴.

Relativamente all'apertura al possibile, Formenti rappresenta il movimento generato dalla cura con l'immagine della spirale su cui si instaurano quattro passaggi volti al raggiungimento di possibilità ulteriori: l'esperienza autentica, come attenzione al fatto che un soggetto è in contatto con ciò che avviene, con l'esperienza che vive, con le proprie emozioni e sensazioni corporee; la rappresentazione estetica, vale a dire l'uso di un linguaggio estetico per creare «rappresentazioni dell'esperienza in forma di metafore, simboli, gesti pre-verbali»⁴⁸⁵. Si tratta di un passaggio importante in quanto «l'esperienza in sé non è nominabile, raccontabile; per poterla trasformare in segno, in qualcosa di visibile anche per gli altri, per rendere visibile l'invisibile, serve un linguaggio adeguato»⁴⁸⁶. Con la comprensione intelligente si attribuisce senso e significato all'esperienza. Viene usato il termine “intelligente” «perché esprime una razionalità integra, olistica, che tiene conto del contesto e della cultura nella quale avviene»⁴⁸⁷. L'ultimo passaggio è l'azione deliberata, la quale rappresenta la comprensione che apre possibilità di azione. Con la nuova azione si dà inizio a un nuovo giro della spirale, con nuove esperienze, rappresentazioni e comprensioni. Questa comprensione è «il risultato ma anche la fonte di un agire pensato, ispirato, aperto verso nuove forme e occasioni di esperienza»⁴⁸⁸. In questo senso, l'utilizzo dell'immagine della spirale da parte di Formenti, consente di visualizzare un movimento di azioni di cura che, alla fine della spirale, aprono nuovamente al costituirsi di ulteriori possibilità di azione.

⁴⁸³ L. Formenti (a cura di), *Attraversare la cura. Relazioni, contesti e pratiche della scrittura di sé*, Erickson, Trento, 2009, p. 9.

⁴⁸⁴ C. Palmieri & G. Prada, *op. cit.*, 2008, p. 38.

⁴⁸⁵ L. Formenti, *op. cit.*, 2009, p. 33.

⁴⁸⁶ *Ibidem*.

⁴⁸⁷ *Ivi*, p. 34.

⁴⁸⁸ *Ivi*, p. 35.

4.6.2 Il carattere di relazionalità della cura educativa

Come già definito in precedenza, anche in riferimento all'azione educativa, il concetto di cura educativa presuppone una situazione relazionale. Aspetto determinante, però, per tematizzare cosa sia da intendere col concetto di "cura educativa", è il non confonderla e il non "appiattirla" circoscrivendola solamente al piano della relazione; è quanto sostengono Grazia Colombo, Emanuela Cocever e Letizia Bianchi nel testo *Il lavoro di cura*, riflettendo sulla peculiarità del gesto di cura educativa. Questo gesto, infatti, non dovrebbe suscitare in chi lo riceve solo una soddisfazione del bisogno o il mero apprendimento di un fenomeno: dovrebbe promuovere soprattutto la capacità di conoscere se stesso in relazione a quel fenomeno e a quel bisogno, alimentandone la creatività, la voglia di fare. La disposizione empatica e una certa attitudine relazionale non sono sufficienti affinché quel gesto di cura sia propriamente educativo: è necessaria anche un'attenzione a dimensioni concrete, progettate, che descriveremo più avanti. Come scrivono a riguardo Colombo, Cocever e Bianchi, «quando parliamo di relazione parliamo di un aspetto dello scambio in cui la corrente affettiva non è organizzata da, o viene prima di, mediazioni intenzionali (materiali o organizzative), quando parliamo di cura in educazione parliamo di una situazione di scambio in cui il fare viene prima e, quindi, dà forma alla corrente affettiva»⁴⁸⁹.

Anche Palmieri e Prada dedicano il testo *Non di sola relazione* ad una puntuale e approfondita riflessione proprio sul fatto che il carattere di relazionalità sia spesso indicato come unico specifico elemento caratterizzante la cura all'interno del lavoro educativo: «La relazione – educativa – è uno degli oggetti pedagogici per eccellenza. Di relazione parlano gli educatori, quando vogliono qualificare il lavoro educativo come un lavoro diverso da quello di altri: l'educazione è un lavoro di relazione con le persone, non un lavoro di produzione, né amministrativo, né tecnico. Ma di relazione»⁴⁹⁰. Gli autori propongono di capovolgere questo binomio tra relazione e educazione, in modo da non definire l'educare sulla base dell'essere in relazione, ma facendo intravedere la possibilità che la peculiarità educativa di una situazione debba costruire una relazione di un certo tipo: «Forse non è tanto la relazione a definire l'educativo, ma l'educativo a indicare la specificità di una particolare relazione»⁴⁹¹. In questo senso, dunque, la cura educativa è abitata da un particolare tipo di relazione, che è quella volta al cambiamento, allo sviluppo di possibilità e potenzialità dei soggetti a cui si rivolge, ma che non è l'unico elemento a costituirne la natura educativa: «L'educazione sembra non essere

⁴⁸⁹ G. Colombo, E. Cocever, & L. Bianchi, *op. cit.*, p. 55.

⁴⁹⁰ C. Palmieri & G. Prada, *op. cit.*, 2008, p. 77.

⁴⁹¹ *Ibidem*.

riducibile alla relazione, ma consistere in un determinato “campo di esperienza”, di cui la relazione è parte»⁴⁹². Seguendo questa prospettiva, quindi, l’azione di una cura educativa andrà anche nella direzione di costruire, progettare e realizzare campi di esperienza che possano essere teatro di azioni educative.

4.6.3 *Il campo di esperienza per agire una cura educativa*

Prima di passare ad analizzare le dimensioni concrete che vengono messe in atto per attuare la cura educativa, è necessario un accenno ad una condizione che accomuna e circoscrive qualsiasi azione di questo tipo di cura; ogni azione di cura avviene, infatti, in un contesto, che è basato e costruito sulle logiche di quello che Massa⁴⁹³ chiama “dispositivo pedagogico” e di cui abbiamo già accennato precedentemente. Questo, utilizzando le parole usate da Riva, «presidia l’organizzazione dei tempi, degli spazi, della dimensione prossemica, della collocazione e della gestione dei corpi degli educatori e degli educandi, delle relazioni, delle attività, dei metodi e delle tecniche, dei mezzi e degli strumenti, dei simboli»⁴⁹⁴. Il dispositivo in atto veicola una certa idea di cura, rendendo così pensabili e agibili certe pratiche, certe azioni per mettere in atto la cura. È sulla base del dispositivo presente che si metteranno in atto e si manifesteranno in un determinato modo alcune delle dimensioni pragmatiche con cui la cura viene agita, di seguito descritte. Come propongono Palmieri e Prada, si possono evidenziare quattro piani, intrecciati e irriducibili l’uno all’altro, attraverso cui la cura avviene. In primo luogo la dimensione pragmatica e materiale: affinché ci sia cura occorre innanzitutto un ambiente predisposto, in cui possa avvenire un’esperienza che consenta all’educando di scoprire e sperimentare le proprie potenzialità. Attraverso la predisposizione di uno spazio specifico, progettato e pensato, la cura consente un’esperienza particolare, distinta qualitativamente dalle esperienze della vita quotidiana; a riguardo Barbara Mapelli scrive: «L’educativo è un “là” che ha il carattere del “non ancora là”, di un luogo in cui realizzare la pienezza del proprio essere-nel-mondo»⁴⁹⁵. Lo spazio della cura educativa ha a che vedere con questo luogo intenzionale, ma è al tempo stesso un luogo reale, concreto, di incontro, dove i soggetti che lo abitano mettono in comune i propri progetti. Come scrive Vanna Iori, allora, luogo di cura educativa sarà quello

⁴⁹² Ivi, p. 95.

⁴⁹³ Relativamente alla nozione di “dispositivo pedagogico” elaborata da R. Massa si possono consultare i seguenti testi : R. Massa, *Le tecniche e i corpi*, Unicopli, Milano, 1986; R. Massa, *Cambiare la scuola*, Laterza, Roma-Bari, 1990.

⁴⁹⁴ M. G. Riva, *Il lavoro pedagogico come ricerca dei significati e ascolto delle emozioni*, Guerini, Milano, 2004, p. 173.

⁴⁹⁵ B. Mapelli, *Cura e educazione*, in D. Demetrio, E. Donini, B. Mapelli, S. Natoli, M. Piazza & A. Segre, *Il libro della cura, di sé, degli altri, del mondo*, Rosenberg&Sellier, Torino, 1999, p. 159.

«in cui i rapporti tra i soggetti rivelino e attuino il progetto di sé entro un progetto comune che cerca i modi e gli ambiti spaziali entro cui potrà realizzare i suoi obiettivi e le sue mete. All'interno di ogni progetto i soggetti si muovono cioè in un orientamento direttivo che traccia le vie spaziali secondo cui dirigersi là dove si dà autentico rapporto educativo, il luogo della piena espressione di sé, dell'autentico progetto di sé, dell'accoglienza, della “cura”»⁴⁹⁶.

Ricerca la cura educativa, trovarla in una particolare situazione vuol dire anche riflettere sui modelli, sulle logiche che vi sono sottese e che determinano la forma assunta dall'ambiente educativo, il modo in cui accoglie e propone esperienze alle persone.

All'interno di questa dimensione pragmatica e materiale, fondamentale però per lo svolgersi dell'azione educativa in quella che è anche la sua materialità, risulta fondamentale considerare, così, altri aspetti, che connotano la cura di quell'agire educativo: come è connotato lo spazio, come sono usati e scanditi i tempi, quali gli oggetti presenti e in che modo viene proposto il loro uso, quali regole di comunicazione vigono e quali linguaggi vengono usati, in che modo e quali ritualità si sono consolidate.

Va poi sottolineato l'aspetto della cura educativa che cerca di prendersi cura delle persone, nelle molteplici e differenti sfaccettature che caratterizzano l'esserci specifico di ognuna di loro. In questo senso, le dimensioni relative alla presenza corporea⁴⁹⁷, prossemica degli attori sulla scena educativa sarà espressione della cura insita nel loro agire. La presenza del corpo, infatti, è il primo e più importante “luogo” di interazione, contatto con l'ambiente, tramite cui si fa esperienza di sé, degli altri, del mondo, da considerare sia per quel che riguarda gli educatori, sia per ciò che concerne gli educandi, entrambi attivi partecipanti dell'azione educativa in atto.

Attraverso lo *sguardo*, poi, appare il nostro modo di rapportarci con una specifica persona. Possiamo ipotizzare che già nel modo reciproco di guardarsi in una situazione educativa si evidenzia un certo modo di proporre la cura: lo sguardo accompagna l'agire, suggerisce alle persone come posizionarsi, orientando la loro possibile esperienza.

Alla dimensione corporea è connessa anche la considerazione dei bisogni delle persone, e alla parola “bisogno” è solitamente, nella rappresentazione comune, legato il concetto di “mancanza”; questo concetto circonda l'idea di bisogno con un alone di privazione, che porta

⁴⁹⁶ V. Iori, *Lo spazio vissuto*, La Nuova Italia, Firenze, 1996, p. 102.

⁴⁹⁷ Relativamente all'importanza della dimensione corporea nell'azione educativa, rimandiamo il lettore, per ulteriori approfondimenti, ai testi di Ivano Gamelli, tra i quali *Pedagogia del corpo*, Cortina, Milano, 2011.

ad orientare in maniera molto prescrittiva il nostro agire: il bisogno va estinto. Una cura davvero educativa, invece, cerca di agire nei confronti dei bisogni in modo da dare la possibilità di trasformare qualcosa che ha solo valore privativo e negativo in un elemento che costruisca una prospettiva progettuale: il desiderio⁴⁹⁸. In questo senso, come propone Marina Piazza, si potrebbe sovrapporre il concetto di cura a quello di “immaginazione”, associandolo quindi a potenzialità creative, al piacere della scoperta, alla valorizzazione del potenziale di possibilità. Questo significato di cura come immaginazione e reinvenzione può anche assumere una determinata valenza di rischio: «Rischio come avventura, come passo oltre, come possibilità di fuoriuscita creativa da *routines* spersonalizzanti»⁴⁹⁹.

Tutti questi aspetti considerati devono poi sfociare, affinché ci sia cura delle persone, nell'individuazione di percorsi educativi. La cura si esplicita concretamente attraverso questi, ma è proprio l'idea-base di cura che porta a pensare e svolgere determinati percorsi e progetti. Non solo, la ricerca della cura educativa è anche volta a comprendere come, educativamente, vengano gestite queste dimensioni nelle concrete situazioni.

Cercando di delineare gli aspetti salienti di quella cura che può essere definita educativa, è opportuno ricordare la cura di sé, soffermandosi sulle pratiche che sanciscono e mostrano il rapporto che un soggetto curante può avere con se stesso e con le dimensioni della cura già citate. Questo significa comprendere se, in un contesto educativo, sia possibile usufruire di strumenti che consentano a chi “agisce” la cura di riconoscere, esprimere ed elaborare la propria percezione emotiva, affettiva nelle situazioni di messa in atto di cura educativa. Ciò va, evidentemente, nella direzione di sviluppare quella consapevolezza, anche epistemologica, di azione e di progettualità, che si è presentata come una delle caratteristiche che dovrebbero contraddistinguere un educatore in azione, secondo il pensiero di Caronia.

Tale cura di sé, infatti, è funzionale al problematizzare il proprio agire educativo, al renderlo più coerente con le finalità di cura; si sottolinea qui un'attenzione non per le modalità in cui si attua la cura verso gli altri, ma per gli strumenti e le strategie di supporto ad essa, che hanno a che fare con la cura di sé dell'operatore.

Infine, quale elemento fondante lo stesso agire educativo, è necessaria una cura delle relazioni: come scrive Mapelli, «cura e attenzione nel luogo educativo, che può essere simbolico di molti altri luoghi, si traducono, nella pratica della relazione, in capacità ed

⁴⁹⁸ Cfr. C. Palmieri & G. Prada, 2008, *op. cit.*

⁴⁹⁹ M. Piazza, *Dal lavoro di cura al lavoro professionale. Sinergie, contaminazioni, perversioni*, in D. Demetrio, E. Donini, B. Mapelli, S. Natoli, M. Piazza & A. Segre, *Il libro della cura, di sé, degli altri, del mondo*, Rosenberg&Sellier, Torino, 1999, p. 84.

esperienza di ascolto»⁵⁰⁰. La cura educativa è anche cura delle relazioni, o meglio, dell'esperienza della relazione all'interno dell'accadere educativo, consci che «l'educazione sembra non essere riducibile alla relazione, ma consiste in un determinato “campo di esperienza”, di cui la relazione è parte»⁵⁰¹.

Base della cura agita è il modo in cui si presta attenzione alle modalità in cui, nei diversi contesti⁵⁰², le relazioni educative sono pensate, impostate, vissute. Non è importante solo il riconoscimento di queste dinamiche, ma soprattutto il modello tramite cui tali dinamiche sono raccolte e interpretate: l'ipotesi è che la cura, in contesti educativi, si esprima anche attraverso i modelli e gli strumenti utilizzati all'interno del dispositivo in atto per governare la dimensione relazionale, comprendendola o meno come possibilità educativa. Quello che è in gioco è la possibilità di rendere possibile la costruzione di una situazione educativa all'interno di un dispositivo che permetta determinate condizioni: aprire un'esperienza in cui, a partire da una determinata relazione, vista e interpretata in un certo modo, la persona possa “fare da sé”, senza sentirsi vincolata e limitata dalla relazione.

Tutti gli aspetti brevemente trattati in questo paragrafo permettono, quindi, di soffermarsi sugli aspetti principali che consentono di considerare un certo tipo di cura come educativa, in relazione al dispositivo in atto in un certo contesto, alle pratiche attraverso cui la cura viene messa in atto, alle relazioni che possono crearsi tra i soggetti coinvolti. Questa cornice risulta anche essere quella all'interno della quale possono essere costruite pratiche e azioni educative coerentemente orientate ad un'idea di “cura educativa” autentica.

⁵⁰⁰ B. Mapelli, *Cura e educazione*, in D. Demetrio, E. Donini, B. Mapelli, S. Natoli, M. Piazza & A. Segre, *Il libro della cura, di sé, degli altri, del mondo*, Rosenberg&Sellier, Torino, 1999, p. 161.

⁵⁰¹ C. Palmieri & G. Prada, op. cit., 2008, p. 95.

⁵⁰² Relativamente alla progettazione e all'organizzazione del contesto materiale e progettuale entro cui l'accadere educativo trova compimento, è di riferimento l'opera di Igor Salomone, *Il setting pedagogico. Vincoli e possibilità per l'interazione educativa*, Carocci, Roma, 1997.

5. La psichiatria: luogo di incontro tra professioni sanitarie e professioni educative

5.1 Concezione e gestione della malattia mentale prima della nascita della psichiatria

5.1.1 Dalla mitologia classica al Medioevo: nessi tra malattia mentale e mondo divino

Sin dagli albori della medicina, come si è visto nei paragrafi precedenti, l'uomo si è interrogato sulle possibilità e sulle pratiche per lenire i dolori ed anche le sofferenze non fisiche. Diversi studiosi di storia della medicina concordano sul definire tale medicina dei primordi come una sorta di psichiatria antica⁵⁰³: il medico, figura in origine equivalente a uno stregone, a un mago, era in primo luogo colui che, chinandosi sul letto del malato, portava a questo un conforto alle sue ansie e alle sue paure: «È evidente che in nessuna epoca l'uomo ha potuto fare a meno dell'opera di qualcuno che lo aiutasse a superare le ansie, le ossessioni, i turbamenti dell'animo»⁵⁰⁴.

Inoltre, nella medicina antica le malattie mentali non venivano distinte da quelle fisiche: magia, stregoneria, aspetti religiosi venivano usati come possibili rimedi per qualsiasi male.

Poiché da sempre la sofferenza mentale fa parte dell'esperienza umana, diverse figure specializzate, esperte e professionali si sono occupate di questi aspetti nel corso dei secoli. I rimedi per curare tali sofferenze, le figure addette a ciò e gli spazi adibiti a tali cure sono notevolmente mutati nel tempo, rispecchiando, di volta in volta, un contesto sociale, culturale, politico ed economico che le poneva in condizione di esistere e svilupparsi lungo determinate direzioni.

Un riferimento alla psichiatria dei primordi, inoltre, si può trovare nella mitologia classica: Asclepio, figlio di Apollo, veniva addestrato alle arti mediche dal Centauro Chirone e, attraverso il suo culto, si sviluppò una scuola medica che tramandava una pratica molto vicina alla magia e alla religione: erano gli Asclepiadi, infatti, a istituire il “tempio della guarigione” come luogo deputato alla terapia medica, che veniva messa in atto attraverso l'uso della suggestione, l'interpretazione dei sogni, la somministrazione di erbe quali oppio, mandragora ed elleboro, bagni, musiche e rappresentazioni teatrali per alleviare angosce, deliri e ansie umane.

⁵⁰³ Cfr. F.G. Alexander & S. Selesnick, *Storia della Psichiatria*, tr. it. Newton Compton, Roma, 1975; D. De Caro, *La psichiatria attraverso i secoli*, Idelson Gnocchi, Napoli, 1997; R. Ottaviani, D. Vanni & P. Vanni, *Trenta lezioni di storia della medicina*, op. cit.

⁵⁰⁴ R. Ottaviani, D. Vanni & P. Vanni, op. cit., p. 68.

Il mondo classico sviluppò alcuni primi pensieri relativi alla malattia mentale: Omero, ad esempio, e i grandi scrittori di tragedie della cultura greca consideravano la follia come la punizione scaturita dall'ira degli dèi verso una trasgressione umana dei loro voleri. Si ricorda, tra gli altri, Bellerofonte nell'Iliade che, in seguito al tentativo di raggiungere le dimore divine celesti, venne punito per tale tracotanza: «Egli, in odio a tutti gli dèi, errava solo, triste, consumandosi il cuore, per la pianura Alea, fuggendo la vista degli uomini»⁵⁰⁵.

La scuola filosofica platonica, inoltre, offrì riflessioni relative alla cura delle sofferenze mentali, ad opera di una saggia guida che proponesse svariate attività terapeutiche, senza ritenere che altri farmaci potessero essere in alcun modo di aiuto: «[la musicoterapia e la danza] combattendo le passioni e la follia fanno sì che la luce della mente prenda il posto del furore»⁵⁰⁶.

Fu Ippocrate, già presentato come colui che iniziò la pratica di una medicina clinica che considerava la malattia come estranea da tutto ciò che riguarda dèi, divinità e fenomeni magici-naturali, ad esprimere anche, come notano Raimonda Ottaviani, Duccio Vanni e Paolo Vanni, una prima ipotesi circa la genesi della malattia mentale, la quale «esprime una disarmonia umorale che colpisce tutto l'organismo»⁵⁰⁷. In aggiunta a tale causa, relativamente al disturbo psichico, nell'epoca di Ippocrate si continuava comunque a pensare a una sorta di causa "divina" dovuta all'intervento di un dio che induceva a compiere gesti o pronunciare parole folli. Questi atti, che oggi potremmo attribuire a cause di ordine psicologico, erano caratteristiche particolari che venivano attribuite a chi soffriva di disturbi psichici, rendendolo in qualche modo assimilabile agli dèi: in questo senso, dunque, nel mondo della civiltà greca e romana il malato mentale era ritenuto essere in comunicazione con il mondo divino, generando verso di lui sensazioni di rispetto e di paura insieme.

I rimedi principalmente usati per tali malattie erano riconducibile a pozioni e unguenti creati con erbe, applicazioni di panni freddi o caldi sul capo, salassi. La società non aveva istituito luoghi particolari in cui contenere i malati: la famiglia, o la cerchia sociale di riferimento, si facevano carico delle persone affette da disturbi psichici. Va segnalata, però, la presenza di templi per la guarigione in cui sacerdoti particolari potevano interpretare sogni, pensieri, deliri dei malati, senza però proporre rimedi o ragionare sulle cause dei disturbi. La medicina dell'epoca greco-romana, comunque, si occupava anche della malattia mentale, in quanto lo

⁵⁰⁵ *Iliade*, VI, 200-203.

⁵⁰⁶ Platone, *Gorgia*, 451 E.

⁵⁰⁷ R. Ottaviani, D. Vanni, P. Vanni, *op. cit.*, p. 71.

stesso diritto romano esprimeva il riconoscimento della follia in seguito a una diagnosi medica.

Con la fine dell'Impero Romano e l'avvento del Medioevo, in Europa la creazione e la diffusione della cultura vissero un periodo molto particolare, di arresto e poca espansione da un lato, mentre dall'altro si ebbe la contaminazione con il mondo religioso. Anche la concezione della follia seguì questa direzione: il "folle" medievale non veniva più considerato solamente un malato, ma una persona contaminata dal peccato e dalla colpa. Il suo trattamento veniva, pertanto, affidato principalmente a religiosi, che cercavano di intervenire sul peccato considerato la vera causa della pazzia. La battaglia medievale della Chiesa contro le cosiddette "streghe" può essere considerata in questa prospettiva: le donne ritenute pazze e colpevoli di esercitare arti di stregoneria dovevano essere bruciate per purificare quanto la loro pazzia aveva generato. Se il medico conservava ancora un certo ruolo nell'identificazione e nel trattamento di certe manifestazioni di follia, nei secoli centrali del Medioevo, la pazzia travalicò la conoscenza medica, spostandosi verso il campo religioso, connotandosi in qualità di *status* peccaminoso.

Nonostante tale concezione, portata all'estremo nella battaglia contro le streghe, durante il Medioevo il folle non veniva allontanato dalla società per essere in qualche modo curato: esso conservava ancora un carattere in qualche modo "affascinante", che l'arte e la simbolica del periodo non mancavano di rappresentare, anche in maniera allegorica. Seppur peccaminosa, la follia era comunque considerata una forma della ragione, motivo per il quale il sistema sociale medievale includeva ancora al suo interno le persone considerate "matte", senza necessità di creare un contesto specifico. Scrive a riguardo Michel Foucault: «La verità della follia è una sola e stessa cosa con la vittoria della ragione e il suo definitivo dominio: perché la verità della follia è di essere all'interno della ragione, di esserne un aspetto, una forza e come un bisogno momentaneo per diventare più sicura di se stessa»⁵⁰⁸.

5.1.2 Tra Medioevo e Rivoluzione Industriale: la malattia mentale come minaccia da isolare

L'opera di Foucault, appena citata in chiusura del precedente sotto-paragrafo, si rivela essere di estrema importanza per comprendere la concezione della malattia mentale tra il tardo Medioevo e la Rivoluzione industriale. Nelle prossime pagine, dunque, si ripercorreranno tratti del testo di Foucault, per illustrare gli elementi principali che hanno caratterizzato i processi di gestione e cura dei malati mentali in Europa nel periodo indicato.

⁵⁰⁸ M. Foucault, *Storia della follia nell'età classica. Dementi, pazzi, vagabondi, criminali*, tr. it. Rizzoli, Milano, 1992, p. 42.

Come nota l'autore nel primo capitolo della *Storia della follia*, è in seguito alle grandi epidemie di peste, tormento dell'Europa medievale, che iniziò a delinearsi una necessità di costruire luoghi di isolamento, chiusura e separazione per le persone malate, che in qualche modo si volevano allontanare dalla vita sociale comunitaria.

Anche la malattia mentale, rispetto alla concezione che di essa si aveva nei secoli precedenti, come è stato illustrato, cominciò ad essere avvertita come una minaccia o come elemento di fastidio per la comunità, da allontanare e rinchiudere. Le strutture utilizzate per raccogliere gli appestati medievali, luoghi isolati, decentrati rispetto alla città, si prestarono in maniera ottimale a tale scopo. In esse iniziò dunque ad essere racchiusa tutta la popolazione considerata pericolosa o fastidiosa per la vita sociale, creando il fenomeno che viene ricordato con il nome di "grande internamento". In tali strutture avvenne, dunque, l'isolamento di masse assolutamente eterogenee di individui, allontanati per motivi sociali, sanitari, criminali e anche relativi alla follia, categoria ancora non definibile né in maniera sociale, né medica. L'unico elemento che accomunava gli internati era quello che determinava la loro reclusione, il fatto cioè che la loro presenza sociale andava contro alle forme di razionalità socialmente condivise e accettate: «Quella reversibilità della ragione, che la *Renaissance* sentiva ancora così vicina, deve essere dimenticata e i suoi scandali devono sparire»⁵⁰⁹. Tutte le stravaganze libertine, quali la magia, l'omosessualità, la sodomia venivano considerate elementi di follia, sufficienti per l'internamento. In particolare, a partire dal XVII secolo circa, quanto viene considerato folle, iniziò a perdere le caratteristiche morali che possedeva nella concezione precedente. La follia cominciò a costituirsi come uno *status* che chiamava in causa il mondo sociale, dal momento in cui in qualche modo, il folle disturbava e interrogava la società nei suoi ordinamenti e nelle sue manifestazioni:

«A partire dal XVII secolo, al contrario, l'uomo di sragione è un personaggio concreto, tratto da un mondo sociale reale, giudicato e condannato dalla società di cui fa parte. Ecco dunque il punto essenziale: la follia è stata bruscamente investita in un mondo sociale, nel quale essa trova ora il suo luogo privilegiato e quasi esclusivo di apparizione; quasi da un giorno all'altro (in meno di cinquant'anni in tutta Europa) le è stato attribuito un territorio limitato dove ognuno può riconoscerla e denunciarla – lei che è stata vista errare a tutti i confini, abitare furtivamente i luoghi più familiari -; a partire da

⁵⁰⁹ Ivi, p. 156.

quell'istante, e in ciascun personaggio in cui essa si incarna, sarà possibile esorcizzarla con un solo tratto per mezzo di misure d'ordine e di precauzioni poliziesche»⁵¹⁰.

Anche la concezione religiosa relativa al folle, al diverso, al povero, che legava tali condizioni all'idea di "bene" messo in atto per l'accoglienza e l'aiuto di tali soggetti, venne a cadere. Un certo rinnovamento culturale portato dalla Riforma di Lutero iniziò a far concepire la diversità esclusivamente come colpa di chi si trovava in tale condizione: in questo modo si instaurò una concezione morale che condannava la diversità, tra cui la malattia mentale.

Lo Stato divenne il primo soggetto giuridico chiamato a curarsi dei cittadini in qualche modo diversi, attraverso delle leggi chiare e in grado di allontanare i problemi. Le case di internamento venivano dunque pensate in questa direzione, contribuendo a creare una separazione tra i soggetti reclusi al loro interno distinti, di nuovo, secondo un criterio morale di "bene"/"male". Iniziò, infatti, a delinearsi un'idea di "povero buono" come colui che, colpevole, della sua povertà e della sua diversità, si sottometteva all'ordine, alla legislazione e alla reclusione che venivano imposti, mentre, dall'altra parte, si definiva "povero cattivo" colui che si ribellava e cercava di sottrarsi all'imposizione di istituzionalizzazione e isolamento:

«L'opposizione tra poveri buoni e cattivi è essenziale alla struttura e al significato dell'internamento. L'Hopital General li designa come tali e la follia stessa è ripartita secondo questa dicotomia, e può entrare in tal modo, a seconda dell'atteggiamento morale che essa sembra manifestare, tanto nella categoria della beneficenza quanto in quella della repressione. Ogni internato è posto nel terreno di questa valorizzazione etica, e molto prima di essere un oggetto di conoscenza o di pietà viene trattato come un *soggetto morale*»⁵¹¹.

L'Hopital General di Parigi, appena menzionato nella citazione, è la struttura, fondata nel 1656, che Foucault presenta come simbolo di questo grande internamento senza criteri distintivi. In esso si ritrovavano diverse professioni ad occuparsi di questi internati, di cui, si ricorda, una considerevole parte era costituita da chi soffriva di malattie mentali. Questa istituzionalizzazione eterogenea avveniva in una struttura che non aveva in nessun senso caratteristiche mediche: il potere assoluto del re dell'epoca l'aveva, infatti, organizzata come un'entità chiusa e autosufficiente in se stessa, in cui polizia e istituzioni della giustizia erano

⁵¹⁰ Ivi, p. 106.

⁵¹¹ Ivi, p. 66.

le principali professioni in attività, avvicinando, dunque, tale istituzione a quella carceraria. D'altro canto, la follia, in questo momento della storia del pensiero e della cultura occidentale, non era oggetto dello sguardo di nessuna disciplina medica; essa non era pensata come patologia indagabile da uno sguardo medico: in questo senso, le prime strutture create per contenere i folli non erano pensate per essere amministrate e guidate da personale medico: «Un fatto è chiaro fin dall'inizio: l'Hopital gèneral non è un'istituzione medica. [...] È uno strano potere che il re crea tra la polizia e la giustizia, ai limiti della legge»⁵¹².

Fino all'epoca del Rinascimento, dunque, la prevalenza delle figure professionali presenti a contatto con la follia apparteneva al mondo giudiziario e poliziesco: la pazzia era considerata un problema della società e, dunque, venivano chiamate ad occuparsene le professioni allora previste per il lavoro sociale. Anche la decisione relativa all'internamento a causa della follia non veniva effettuata in seguito a una diagnosi medica, bensì da quanto definiva una professione giuridica o poliziesca. Scrive Foucault a riguardo: «In Francia l'internamento è talvolta decretato da una sentenza di tribunale [...]. Fino al 1652 tutti gli internamenti a Saint-Lazare sono stati fatti su ordine del magistrato e recano, al di fuori di ogni significato medico, le firme del primo presidente, del luogotenente civile, del luogotenente allo Châtelet, o dei luogotenenti generali di provincia; quando si tratta di religiosi gli ordini sono firmati dal vescovo e dal corpo dei canonici»⁵¹³. Il sapere medico, dunque, non era considerato competente relativamente alla malattia mentale, era chiamato all'interno delle case di internamento solamente per problemi di salute di chi era già internato. In questo senso, relativamente alla follia, non si riteneva minimamente di rinchiudere delle persone in quanto malate: «Se all'Hôpital gèneral c'è un medico, ciò non è dovuto al fatto che si ha coscienza di rinchiudere dei malati, ma al fatto che si teme la malattia per coloro che sono già internati [...]. Le cure mediche si innestano sulla pratica dell'internamento per prevenirne certi effetti; esse non ne costituiscono né il senso né lo scopo»⁵¹⁴.

In questo senso, dunque, nell'età presa in considerazione dall'opera di Foucault, la pazzia risultava fortemente concentrata nella sfera delle discipline sociali e giuridiche e, anche il sapere medico, si collocava all'interno di questi due contesti: «Si ha l'impressione che vi siano due usi, quasi due piani di elaborazione della medicina, a seconda che essa venga presa nel contesto del diritto, o che sia sottomessa alla pratica sociale dell'internamento»⁵¹⁵.

⁵¹² Ivi, p. 55.

⁵¹³ Ivi, p. 129.

⁵¹⁴ Ivi, p. 117.

⁵¹⁵ Ivi, p. 132.

Su tale impostazione, sociale e giuridica, si creò comunque la base che permise un ingresso della medicina come sapere che possa rendersi esperto e fortemente attivo nel campo della cura della follia, rendendosi disciplina egemone nella costituzione della psichiatria successiva, fino a renderla una disciplina con un proprio statuto scientifico, parte del sapere medico, come si vedrà nel corso del prossimo paragrafo.

Quanto scritto relativamente alle diverse professioni chiamate ad operare all'interno delle istituzioni per gestire e curare la cosiddetta "follia", consente di sottolineare, in chiusura della presente trattazione, come la malattia mentale sia un oggetto che investe differenti ambiti dell'esistenza umana, sociale in primo luogo, fisico, giuridico, civile: in questo senso si è notato come, ripercorrendo la concezione e il trattamento della follia nel corso dei secoli del mondo europeo, essa tenda a uscire dai confini disciplinari dei saperi che, di volta in volta, si occupano di lei, denotando, quasi costitutivamente, la necessità di un'interdisciplinarietà di fondo che abbracci una cura autentica di un fenomeno così complesso.

5.2 La disciplina psichiatrica: nascita, fondamenti ed evoluzione

Appare chiaro, dopo il precedente paragrafo, come il problema della malattia mentale sia sempre stato presente nella storia dell'uomo, interrogando la società e i saperi che con esso interagivano. In particolare, si è notato come, fino al 1700, nessuna disciplina sia stata in grado di racchiudere completamente, all'interno delle sue competenze, lo studio e il trattamento della follia.

Proprio all'interno delle case di internamento di cui si è detto precedentemente, il sapere medico, allora presente solo marginalmente, iniziò a costruire una competenza medica specifica sul disturbo mentale, fino a costituire la nascita della psichiatria intesa come disciplina del sapere medico.

5.2.1 Il fondamento medico della disciplina psichiatrica: verso istituzioni manicomiali con valenza terapeutica

Verso la fine del 1700, in seguito anche al brusco aumento di poveri dovuto alla diminuzione delle terre comunali coltivabili, la massa di persone potenzialmente internabili accrebbe fortemente. Movimenti sociali e di opinione pubblica iniziarono ad andare contro all'internamento senza distinzioni: per la prima volta le case di internamento iniziarono ad ospitare solamente i folli, intesi come malati mentali, andando verso l'istituzione di quello che sarà il cosiddetto "manicomio", struttura specializzata nella reclusione dei malati mentali,

all'interno della quale si svilupperanno sia la concezione moderna della follia, sia la disciplina psichiatrica come campo del sapere medico.

In questo spazio si creò dunque la possibilità per la medicina di affermarsi per la cura e il trattamento di quelli che iniziarono ad essere identificati come “malati”. Seguendo questa direzione di pensiero, come nota Edward Shorter, anche l'istituzione che ospitava i malati mentali cominciò ad assumere una valenza terapeutica nei loro confronti: «Mutò il concetto che gli istituti stessi avrebbero potuto svolgere una funzione terapeutica e che l'internamento, anziché semplicemente liberare una famiglia infastidita o gli anziani del villaggio da un peso, avrebbe potuto migliorare le condizioni del paziente»⁵¹⁶.

Foucault richiama due personalità di spicco che andarono nella direzione di riformare le case di internamento in strutture dedicate alla cura della follia: una è quella di Samuel Tuke, un quacchero inglese, non medico, che fondò l'Asilo, inteso come istituzione comunitaria per ospitare i malati mentali all'interno di un clima che rieccheggiasse quello della famiglia. L'altra figura, più rilevante in questa sede ai fini della trattazione, è quella di Philippe Pinel, medico francese, che nel 1793 prese servizio nella grande casa di internamento parigina di Bicêtre. Il suo ruolo, come evidenzia Foucault, era probabilmente quello di portare lo sguardo medico all'interno dell'istituzione per iniziare a verificare quali detenuti fossero effettivamente malati: «Si può supporre che, essendo un medico già molto famoso, fosse stato scelto proprio per “neutralizzare” la follia, per prenderne l'esatta misura medica, per liberare le vittime e denunciare i sospetti, per fondare rigorosamente quell'internamento della follia, di cui si conosceva la necessità»⁵¹⁷.

Pinel è ritenuto essere la figura emblematica che diede inizio alla psichiatria come disciplina medica, anche se tale denominazione sarà coniata dallo psichiatra tedesco Johann Christian Reil (1759-1813), dando inizio a quella che viene definita la “psichiatria moderna”. La figura di Pinel viene considerata fondatrice della psichiatria, in quanto questi «merita più di ogni altro il titolo di fondatore della psichiatria moderna sia per l'importanza oggettiva della sua opera teorica e pratica sia per il significato simbolico che essa è venuta ad assumere nel corso del tempo»⁵¹⁸. Il suo sguardo medico, entrato con autorevolezza e con un preciso mandato istituzionale all'interno dell'istituzione, portò un sostanziale rinnovamento della struttura, che si diffonderà presto ben oltre la Francia. In primo luogo, egli teorizzò il presupposto della guaribilità anche per le malattie mentali, partendo dall'idea che nessun caso clinico, a priori,

⁵¹⁶ E. Shorter, *Storia della psichiatria. Dall'ospedale psichiatrico al Prozac*, Edizione Italiana a cura di C. Mencacci, Masson, Milano, 2000, p. 7.

⁵¹⁷ M. Foucault, *op. cit.*, 1992, p. 401.

⁵¹⁸ A. Civita, *Introduzione alla storia e all'epistemologia della psichiatria*, Guerini, Milano, 1996, pp. 56-57.

possa essere giudicato inguaribile. Egli sostenne, inoltre, che il trattamento terapeutico doveva essere realizzato basandosi su un'approfondita e diretta conoscenza della personalità, della biografia, dei sintomi e della salute del paziente: «Ho abbandonato il tono dogmatico del medico; visite frequenti, che duravano talvolta parecchie ore al giorno, mi hanno aiutato a familiarizzarmi con le deviazioni, gli urli e la pazzia dei pazienti più violenti. Ho conversato ripetutamente con chiunque conoscesse a fondo il loro stato precedente e le loro idee deliranti»⁵¹⁹. Per questo sono necessarie una conoscenza e un'osservazione sistematica e prolungata di ogni caso, nonché un certo ordine, una certa regolarità nell'organizzazione stessa dell'istituzione; per tale obiettivo, il sapere della disciplina medica risulta essere fondamentale: «La condizione dello sguardo medico, la sua neutralità, persino la possibilità per esso di accedere all'oggetto, e dunque lo stesso rapporto di oggettività, che è costitutivo del sapere medico ed è criterio della sua validità, ha come sua condizione effettiva di possibilità un certo rapporto d'ordine, una certa distribuzione del tempo, dello spazio, degli individui»⁵²⁰. In questo modo lo sguardo medico chinato sulla malattia mentale iniziò a costituirsi come scienza empirica, cercando conferma nell'esperienza. Bisogna ricordare, però, che l'ingresso del sapere medico nelle case di internamento non fu sufficiente a costituire il nuovo sguardo e la nuova conoscenza che serviranno per arrivare a creare la nuova istituzione manicomiale, dedicata solamente alla malattia mentale, richiamando nuovamente l'eccedenza della follia rispetto a un solo e unico campo disciplinare: tornando alla figura di Pinel, infatti, è da ricordare il suo incontro, a Bicêtre, con Jean-Baptiste Pussin⁵²¹, persona entrata nell'istituzione per problemi di salute, ma che, dopo tempo, conquistò una tale fiducia da essere nominato governatore. Pussin, infatti, aveva sviluppato un'ampia conoscenza della situazione, dell'organizzazione all'interno dell'ospedale e della vita quotidiana dei malati. Lo sguardo medico di Pinel aveva bisogno di un sapere esperto della quotidianità, vicino all'esistenza dei malati, per poterla comprendere e modificare. Non fu dunque solo grazie alla conoscenza medica che Pinel arrivò alla ristrutturazione del manicomio e dell'assistenza in esso offerta: un altro sguardo gli fu necessario per “vedere” alcuni aspetti che accompagnano la follia; la figura di Pussin si rivelerà centrale, tanto che quando lui stesso si sposterà alla casa della Salpêtrière chiederà il trasferimento anche di Pussin, in qualità di governatore.

⁵¹⁹ P. Pinel, Introduzione al *Traité médico-philosophique*, citata in G. Zilboorg & G. W. Henry, *Storia della psichiatria*, tr. it. Feltrinelli, Milano, 1973, pp. 298-299.

⁵²⁰ M. Foucault, *Il potere psichiatrico. Corso al Collège de France (1973-1974)*, tr. it. Feltrinelli, Milano, 2003, p. 14.

⁵²¹ A tale riguardo, un contributo importante relativamente all'incontro tra Pinel e Pussin può essere trovato in D. B. Weiner, *Pinel e Pussin à Bicêtre: cause et conséquences méthodologiques d'une rencontre*, in J. Garrabè (sous la direction de Philippe Pinel), *Les empêchements de penser en rond*, Les Plessis-Robinson, 1994.

Emanuela Cocever e Angela Chiantera, in uno scritto dedicato in particolare all'analisi della scrittura messa in atto da Pussin, notano come sia possibile paragonare la sua figura a quella degli operatori che operano oggi nel campo della salute mentale, tra cui l'educatore: un tipo di conoscenza vicina alla pratica e all'esistenza quotidiana si rese necessaria allo sguardo medico per una cura globale della malattia mentale: «Jean Baptiste Pussin può essere considerato come un antenato degli operatori»⁵²² e

«solo con l'arrivo di Pussin [a la Salpêtrière] l'organizzazione della quotidianità inizia ad essere la condizione per cui le conoscenze di Pinel possono avere una qualche riuscita pratica. Sembra quindi che vi sia una necessità di alleanza fra due dimensioni della conoscenza, per realizzare quella che in anni più recenti si è potuta chiamare una psicoterapie e una pedagogia istituzionale, cioè un'organizzazione delle istituzioni che permetta alle conoscenze di applicarsi in maniera costruttiva»⁵²³.

Grazie a questa unione di sguardi cambiò notevolmente la visione dell'istituzione dedicata ai malati mentali: essa iniziò ad assumere una funzione perlopiù sanitaria indirizzata alla cura del disturbo mentale e, quindi, non considerata esclusivamente un luogo di reclusione. In questa concezione del manicomio rientrò anche l'inizio della considerazione per il rispetto e la dignità umana dei malati mentali.

Secondo le osservazioni e gli studi di Pinel, la malattia mentale era causata in primo luogo dalle passioni che, se portate all'estremo, possono condurre l'uomo verso la pazzia. Il luogo di origine della malattia mentale era, dunque, la mente, coi suoi movimenti e i suoi eccessi, mentre non vi erano, a suo dire, connessioni con eventuali alterazioni strutturali del cervello o del cranio. Tali teorizzazioni erano supportate da ricerche sul cranio che dimostravano come solo in rari casi sussistesse una certa correlazione tra malformazioni craniche e malattia mentale: «Su 36 autopsie fatte negli ospizi, io attesto di aver trovato all'interno del cranio solo ciò che si trova nell'autopsia di persone morte di epilessia, di apoplezia, di febbri atassiche, di convulsioni, e quindi non vedo quali insegnamenti se ne potrebbero trarre per l'alienazione mentale. [...] Ecco un ulteriore motivo per essere circospetti e prudenti riguardo alle cause fisiche dell'alienazione mentale»⁵²⁴.

Pinel considerava, dunque, la dimensione passionale e morale degli individui come l'origine della malattia mentale: «Può forse il medico tralasciare di studiare la storia delle passioni

⁵²² E. Cocever & A. Chiantera, (a cura di), *Scrivere l'esperienza in educazione*, Clueb, Bologna, 1996 p. 17.

⁵²³ Ivi, p. 20.

⁵²⁴ Ivi, pp. 94-95.

umane? Queste passioni sono le cause più frequenti delle aberrazioni mentali»⁵²⁵. La cura della follia, dunque, secondo Pinel, andava costruita attraverso un trattamento morale, possibile solo attraverso l'internamento in manicomio. L'organizzazione di questa istituzione, progettata da Pinel con l'aiuto di Pussin, seguiva una linea pedagogica di opposizione del bene al male, in cui i malinconici sono posizionati in luoghi luminosi, i maniaci in sedi silenziose, in modo da averne un'istituzione in cui creare una "vita quotidiana" che potesse essere terapeutica rispetto alle passioni, ritenute patologiche, dei pazienti: «Forse l'aspetto terapeutico più importante dell'ospizio progettato da Pinel [...] era quello della comunità terapeutica: pazienti e medici vivevano come i membri di una comunità all'interno di un istituto psichiatrico»⁵²⁶. Scrivono, inoltre, Gregory Zilboorg e George Henry relativamente alla cura messa in atto da Pinel per le dimensioni pratico-organizzative del manicomio: «Si può dire, senza paura di esagerare, che è l'organizzazione di ospedali adeguati per malattie mentali che rese possibile la "cura morale", cioè la psicoterapia»⁵²⁷.

La figura del direttore, nel suddetto progetto, aveva una specifica rilevanza, in quanto si poneva come un demiurgo, con caratteristiche morali, fisiche e intellettuali tali da essere riconosciuto come leader dell'istituzione. Foucault legge nella logica organizzativa di tale dispositivo l'instaurazione di quella relazione asimmetrica, che sarà la base del rapporto di potere della medicina all'interno della psichiatria, sancita dalla presenza fisica del medico:

«La stessa istanza medica, come vedrete, funziona in quanto potere molto prima di funzionare come sapere [...]. È tale presenza fisica, con le sue qualità ben precise, a funzionare come condizione dell'asimmetria assoluta all'interno dell'ordine regolare dello spazio manicomiale. Ed è proprio tale presenza a far sì che esso non sia tanto [...] un'istituzione che funziona secondo determinate regole, quanto piuttosto un campo polarizzato secondo un'asimmetria essenziale del potere, che assume pertanto la sua forma, la sua figura, la sua iscrizione fisica nello stesso corpo del medico»⁵²⁸.

Il medico, però, non era l'unica professione operante nel contesto manicomiale proposto da Pinel: Foucault descrive la presenza di sorveglianti, figure senza competenze specifiche, chiamate a sottostare agli ordini dei medici ed eseguirli, e ad osservare al contempo i malati e gli inservienti: «Il sorvegliante è dunque al contempo il padrone dei più infimi tra i padroni e

⁵²⁵ P. Pinel, Introduzione al *Traité médico-philosophique*, citata in Zilboorg & Henry, *op. cit.*, p. 290.

⁵²⁶ E. Shorter, *op. cit.*, p. 12.

⁵²⁷ G. Zilboorg & G. W. Henry, *Storia della psichiatria*, Feltrinelli, Milano, 1973, p. 287.

⁵²⁸ M. Foucault, *Il potere psichiatrico*, *op. cit.*, pp. 15-16.

colui che con i discorsi, gli sguardi, le osservazioni e i rapporti consente la costruzione del sapere medico»⁵²⁹. Infine, vi erano gli inservienti, addetti all'assistenza ai malati, che condividevano con questi ultimi la vita quotidiana. Foucault nota da parte loro un utilizzo strumentale di quanto osservato sui malati: «I malati saranno così in un certo senso aggirati dagli inservienti, che potranno osservarli sul piano della loro quotidianità [...]; l'inserviente riferirà poi ciò che è degno di considerazione al sorvegliante, che a sua volta lo trasmetterà al medico [...]. In un'unica mossa il malato, che si trova aggirato dall'osservazione dell'inserviente, si troverà sotto l'azione della volontà del medico»⁵³⁰.

5.2.2 Spinte positiviste nella psichiatria del 1800.

Nel corso del 1800 quanto lasciato da Pinel a livello di organizzazione manicomiale e di conoscenze mediche in psichiatria continuò ad essere approfondito: un'altra personalità importante in campo psichiatrico negli anni successivi a Pinel è quella di Jean-Étienne Dominique Esquirol. Egli infatti, contribuì a rafforzare la costituzione del manicomio come luogo terapeutico in se stesso, in quanto pensato come apparato panottico, in cui il malato è costantemente visibile e controllato: «L'ospedale guarisce, ma in quanto apparato panottico [...]. Ad avere in sé valore terapeutico, cioè, è il fatto di sapere che si è costantemente controllati [...]. Nelle indicazioni di Esquirol relative al modo di costruire i manicomi, troviamo una trasposizione molto fedele del principio del panottismo»⁵³¹.

Sul piano legislativo, poi, è proprio grazie all'opera di Esquirol che venne redatta la prima moderna legislazione relativa alla malattia mentale. Fu, infatti nel 1838 che in Francia venne votata la legge che disciplina l'organizzazione e la gestione del manicomio, legge dalla quale molte altre nazioni (compresa l'Italia nel 1904) prenderanno spunto.

Inoltre la psichiatria ottocentesca mise in atto lo sforzo di sviluppare una rigorosa disciplina scientifica, tendenza già avviata nel secolo precedente da Pinel. Le due esigenze di fondo che guidarono questo tentativo erano orientate in due direzioni: da una parte il perfezionamento della concettualizzazione e della comprensione dei sintomi psichici; dall'altra l'urgenza di classificare le diverse malattie mentali con indagini sistematiche.

La tendenza sviluppatasi nell'Ottocento si mosse verso l'organicismo, puntando all'assimilazione della psichiatria alle neurologia: tale spinta tendeva a una totale

⁵²⁹ Ivi, p. 17.

⁵³⁰ *Ibidem*.

⁵³¹ Ivi, pp- 102-103.

medicalizzazione della psichiatria, in modo da poterla considerare a tutti gli effetti una disciplina medico-biologica e specialistica.

La linea anti-organicista che, come introdotta da Pinel nel secolo precedente vedeva la causa della malattia mentale nella mente, intesa come morale e non cerebrale, venne portata avanti dalla corrente identificata col termine “romantica”, tra cui ricordiamo Johann Christian Reil e Johann Christian August Heinroth; questi psichiatri romantici consideravano l’anima come sede della follia. Seguendo questo principio, Heinroth, ad esempio propose come terapia per le malattie psichiatriche una sorta di rieducazione morale: «Heinroth abbracciò la visione psicosociale a causa della sua ossessione per la moralità e il peccato. Egli sosteneva che le passioni portano a scegliere il male, e che questa scelta conduce ad una sorta di corruzione interiore. Una volta corrotti, eventi esterni come uno spavento, una contrarietà o una delusione possono precipitare una malattia mentale»⁵³².

Nel corso dell’Ottocento le politiche sociali spinsero per un massiccio internamento delle persone considerate folli, ma l’idea del trattamento morale ideata da Pinel e portata avanti dalla corrente romantica divenne impossibile da attuare in contesti manicomiali ospitanti un elevato numero di pazienti, dal momento che richiedeva un tipo di cura personalizzato e con tempistiche individuali molto lunghe.

Si giunse così alla seconda metà del 1800: il clima sociale e culturale dell’epoca era quello del positivismo, già presentato precedentemente, che creò l’idea di un progresso scientifico idealizzato e totalmente positivo. All’interno di tale clima culturale, anche la psichiatria cercò di costituirsi il più possibile in quanto scienza costruita su un modello sperimentale. Quel periodo fu dominato da una concezione della psichiatria “positivista”, così descritta da Alfredo Civita:

- « - Organicismo e tendenziale assimilazione della psichiatria alla neurologia;
- Interesse per il tema dell’ereditarietà;
- Rifiuto di ogni eziologia psicologica e disinteresse verso gli aspetti interiori e individuali della vita psichica. Promozione di indagini psicologiche basate sull’osservazione obiettiva, sull’esperimento, sull’uso di test psicometrici.
- Centralità delle indagini anatomo e fisio-patologiche volte all’identificazione di alterazioni cerebrali correlabili alle malattie mentali;

⁵³² E. Shorter, *op. cit.*, p. 30.

- Grande sviluppo della ricerca clinica in due direzioni: verso una sempre più approfondita comprensione delle maggiori patologie psichiche; verso la costruzione di una completa e rigorosa nosografia psichiatrica;
- Piena medicalizzazione della psichiatria e assunzione di una concezione antaomo-clinica della malattia»⁵³³.

I progressi più rilevanti della psichiatria di quel periodo vennero, perciò, raggiunti nel settore delle malattie mentali organiche, ritenendo che il modello anatomo-clinico (interessato ad individuare causa, lesione e forma clinica di una patologia) veniva considerato applicabile a tutte le malattie mentali. Al tempo stesso, l'applicazione del suddetto modello rendeva inesplorabile quanto sfuggiva ad esperimenti e osservazioni laboratoriali. Schizofrenia, depressioni, manie, disturbi ossessivi e di personalità restavano poco conosciuti in quanto non emergevano cause specifiche e reperti anatomo-patologici sufficientemente significativi. Una delle figure più rilevanti della psichiatria di questo periodo è Emil Kraepelin. La sua concezione della malattia psichiatrica era totalmente naturalistica: «Fu l'assertore convinto del metodo biologico nello studio della psichiatria»⁵³⁴. Insieme al suo gruppo di ricerca svolse un ingente e accuratissimo lavoro di ricerca clinica, che lo portò alla formulazione di alcuni postulati considerati “certezze” del sapere psichiatrico.

La causa delle malattie mentali era individuata, per la maggioranza dei casi, in alterazioni cerebrali, non note nella totalità delle loro manifestazioni. Tali malattie si rendevano evidenti attraverso la manifestazione di sintomi messi in atto dal malato. La scuola di Kraepelin concepiva tali sintomi come eventi obiettivi, osservabili e descrivibili attraverso parametri quantitativi: «Vi è una legge naturale che governa la malattia mentale, ed è questa che deve essere studiata dalla psichiatria. Il lato puramente personale della malattia del paziente non è che incidentale o accidentale»⁵³⁵.

Tralasciando l'attenzione all'istituzione manicomiale, per concentrarsi su studi di natura classificatoria, Kraepelin esclude, inoltre, dalla sua sfera di interesse tutte le variabili soggettive, legate al significato, alla storia di formazione dei pazienti, che non potevano essere comprese dentro a un modello positivistico di scienza.

Tale corso positivistico intrapreso dalla disciplina psichiatrica subirà un forte capovolgimento nel corso del Novecento. I cambiamenti epistemologici avvenuti in questo secolo, infatti, come abbiamo già considerato, invaderanno fortemente anche il campo psichiatrico.

⁵³³ A. Civita, *op. cit.*, p. 79.

⁵³⁴ G. Zilboorg & W. H. Henry, *op. cit.*, p. 401.

⁵³⁵ Ivi, p. 403.

5.3 I cambiamenti nella psichiatria del Novecento

I profondi cambiamenti storici, sociali e culturali che attraversarono il Novecento, già trattati precedentemente, influirono fortemente anche sulla disciplina psichiatrica, evidenziando nuove direzioni di ricerca e nuove modalità di approcciare la malattia stessa, come si cercherà di esplicitare nel corso del paragrafo.

5.3.1 Dalla psicoanalisi di Freud alla critica di Jaspers: movimenti intorno alla nozione di “inconscio”

Già nel corso del primo capitolo, evidenziando i mutamenti epistemologici relativi alla concezione della conoscenza e della scienza, avvenuti nel corso del Novecento, si è avuto modo di citare l'opera di Freud e i presupposti che la reggono. Si ribadisce in questa sede che, anche e soprattutto all'interno di un discorso relativo all'inquadramento della disciplina psichiatrica, l'opera di Freud ha segnato l'inizio di una svolta, con il ricorso a categorie mai ammesse prima di allora all'interno di una psichiatria che volesse porsi come scientifica: un inconscio come causa motrice di pulsioni, passioni, sentimenti e, in secondo luogo, il ruolo giocato dal “significato” che contraddistingue ogni evento psichico⁵³⁶.

Un siffatto tipo di approccio risultava innovativo rispetto a una psichiatria positivista concentrata sulle variabili misurabili, oggettivabili della malattia mentale, quali erano i sintomi o le alterazioni del sistema nervoso e cerebrale osservabili tramite autopsia.

In una simile visione della malattia mentale, dunque, tornava ad essere centrale la relazione e il rapporto tra paziente e psichiatra. Secondo l'approccio di Freud, infatti, come scrive Civita, tale legame è lo strumento attraverso il quale l'analista osserva il paziente, lo ascolta, cerca di comprenderlo e comunicare con lui. La relazione psicoanalitica, in particolare, «unisce i membri della coppia in una corrente vitale nella quale pensieri, emozioni, ricordi e fantasie si intrecciano nei più diversi modi. La conoscenza psicoanalitica sorge da questa intricata corrente: sorge dalla percezione e dal pensiero, ma anche dalla sensazione, dall'emozione, dal lavoro dell'inconscio e della fantasia»⁵³⁷.

Fortemente influenzata dal pensiero di Freud è l'opera di Jacques Lacan: egli, infatti, rifacendosi alla nozione di inconscio presentata da Freud, costruì una proposta terapeutica

⁵³⁶ Per ulteriori approfondimenti circa il concetto del significato nel pensiero freudiano, si può consultare S. Freud, *Osservazioni psicoanalitiche su un caso di paranoia (dementia paranoides) descritto autobiograficamente (caso clinico del presidente Schreber)*, OSF, vol. VI, Bollati Boringhieri, Torino.

⁵³⁷ A. Civita, *op. cit.*, p. 98.

volta a rendere possibile l'accesso alla parte inconscia, che si traduce in parola in seguito all'azione psicoanalitica. La nozione di "Io", secondo Lacan, è, pertanto, il risultato di una costruzione psichica: i suoi famosi studi sul riconoscimento dei bambini nella loro immagine riflessa allo specchio vanno appunto in tale senso. Il riconoscersi allo specchio, fenomeno che avviene tra i sei e i diciotto mesi, è la prima tappa della costruzione soggettiva dell'io, costituendo una sorta di identificazione primaria.

In seguito si accederà anche all'ordine simbolico di una società e di una cultura, che contribuiranno alla costruzione di un'unità personale immaginaria, un'immagine di sé che Lacan chiamava "Me" e che estranea quanto proviene dal mondo inconscio. Secondo lo psicanalista risulterebbe impossibile la ricomposizione dell'io col Me, divisi da un immaginario connesso con la pulsione di morte.

Anche la malattia mentale veniva ricondotta e ricompresa in un quadro di questo genere da Lacan, costruendo, sulla scia del pensiero di Freud, una direzione nuova nel pensiero della conoscenza psichiatrica.

Altro riferimento fondamentale del panorama del primo Novecento è Karl Jaspers, il quale dedicò parte della sua riflessione ai metodi di conoscenza della patologia psichica. Egli si soffermò sulla specificità della pratica psichiatrica e della psicopatologia, pensate nei loro scopi pratici e conoscitivi, unite tra loro da un profondo legame tra teoria e prassi: la prima viene pensata come la professione pratica che mette a contatto col singolo paziente per obiettivi concreti quali diagnosi, terapia, riabilitazione, custodia. La psicopatologia, invece, è la disciplina che studia l'accadere psichico patologico, con il fine di determinare concetti e regole con validità generale. Quanto acquisito in termini di conoscenza dalla psico-patologia, è perciò continuamente chiamato a un riscontro e ad un'applicazione nel campo della pratica: «Una pretesa, e non di rado un rimprovero, che si rivolge alla psicopatologia è che essa dovrebbe servire alla pratica»⁵³⁸. In questo senso, Jaspers auspicò l'instaurarsi di una continua circolarità tra teoria e prassi per la psichiatria: «Il sapere non interessa se non a scopi terapeutici [...]. La pratica diventa a sua volta uno strumento di conoscenza [...]. Dai propositi di guarigione e dalle esperienze che solo a partire dall'attività terapeutica vengono effettuate, è possibile ricavare un'idea della psicopatologia che fin da principio orienta le conoscenze al fine pratico e in base a esso valuta e stabilisce gerarchie»⁵³⁹. Rispetto alla teoria dell'inconscio proposta da Freud, Jaspers si pose in una posizione critica: nel suo pensiero, la nozione di inconscio è collocata ai confini di quanto risulta conoscibile, in una

⁵³⁸ K. Jaspers, *Il medico nell'età della tecnica*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 1991, p. 92.

⁵³⁹ Ivi, pp. 93-94.

zona irraggiungibile anche per la stessa psichiatria: «Da lungo tempo la critica ha mostrato che cosa nelle sue [di Freud *n.d.a.*] esposizioni, interpretazioni e tesi ha significato conoscitivo, quanto è procedimento pseudoscientifico, quanto nell'evoluzione del suo pensiero, non costituisce il progresso di una teoria sostenibile, bensì un semplice cambiamento nelle trovate dell'autore. Freud partecipa del senso della scienza moderna. Con le sue rivelazioni provoca egli stesso nuovi offuscamenti»⁵⁴⁰.

5.3.2 Dalla psichiatria fenomenologica ai movimenti anti-psichiatrici

Opera praticamente coeva a quella di Jaspers è, infine, quella di Ludwig Binswanger, con la quale la filosofia entrò con forza nel campo psichiatrico. Il suo pensiero, fortemente influenzato dall'opera di Martin Heidegger, tentò di applicare la filosofia proposta in *Essere e tempo* ai temi della psichiatria. Coerentemente con questi presupposti, per lui la struttura fondamentale dell'uomo era quella dell' *essere-nel-mondo*: «Finchè la psichiatria non aveva riconosciuto che il suo autentico fondamento e terreno, in cui solo essa può “metter radici”, è l'esserci umano come essere-nel-mondo, era destinata a rimanere un puro e semplice conglomerato di progetti e metodi scientifici eterogenei, risultanti dalla prassi scientifica»⁵⁴¹. Nei malati psichici, dunque, le categorie dell'*essere-nel-mondo* si declinano e si costruiscono in modo distorto, discostandosi da ciò che i “sani” reputano “normale”. Quanto Binswanger sottolineò è, però, il fatto che la costruzione della visione del mondo delle persone affette da patologie psichiche non avviene in assenza di logica, perchè è governata da un sistema di norme diverso. Binswanger invitò, dunque, ad una relazione e comunicazione col paziente, che sapesse facilitare l'accesso alla visione del mondo: «Il punto di partenza dell'indagine analitico-esistenziale sul *delirio* non è dunque l'intonazione affettiva, né la formulazione linguistica, né il comportamento, ma *l'intera storia della vita*. Solo in essa si può mostrare in qual punto, come e quando il “terribile” *erompe* dalla conformazione originaria dell'esserci nella sua interezza»⁵⁴². Tale pensiero risulta costruito su concetti prettamente filosofici, poco argomentati con esempi empirici, ma, nonostante ciò, l'approccio di Binswanger ha dato avvio a una corrente di pensiero denominata “psichiatria fenomenologica”. Il riferimento alla filosofia fenomenologica è utilizzato come un principio di metodo, nel senso che

⁵⁴⁰ Ivi, pp. 71-72.

⁵⁴¹ L. Binswanger, *La psichiatria come scienza dell'uomo*, tr. it., B. M. D'ippolito, Mimesis, Milano, 2013, p. 41.

⁵⁴² Ivi, p. 51.

«lo psichiatra fenomenologico deve sospendere il suo normale e naturale atteggiamento verso il mondo, verso gli uomini e le cose; deve rinunciare, almeno in questa prima fase, a ogni obiettivo pratico, sia esso scientifico o terapeutico; deve cancellare dalla sua mente qualsiasi presupposto teorico o interpretativo, e deve avvicinarsi al malato e ascoltarlo al solo scopo di cogliere la *sua* esperienza del mondo»⁵⁴³.

Le correnti di pensiero, fino ad ora descritte, che hanno percorso il Novecento, hanno portato ad una ridefinizione della psichiatria così come sino ad allora concepita, a partire dal rifiuto dell'oggettivazione del paziente e della sua catalogazione in etichette diagnostiche; si iniziò a concepire e a trattare la malattia mentale come una forma di vita con un proprio senso ed una propria logica. Ciò introduce il tema etico inerente il rispetto per la dignità dei malati, del loro mondo e dei loro sintomi. A partire dalla metà del Novecento, un movimento a cui verrà dato il nome di "antipsichiatria" condurrà alla messa in discussione della disciplina psichiatrica in generale e delle istituzioni da essa prodotte. La critica teorica, terapeutica e politico-istituzionale si intrecciarono in un unico movimento, basato sull'idea della malattia mentale come generata dalla società capitalistica, che cercherebbe di eliminare gli individui che contraddicono i valori del sistema. In questa idea la psichiatria era vista come un apparato repressivo, al servizio del potere capitalistico. L'antipsichiatria viene quindi descritta, secondo le parole di D. Cooper «un movimento politico di resistenza alla violenza psichiatrica»⁵⁴⁴.

La stessa istituzione manicomiale veniva considerata uno strumento di repressione: già dagli anni Cinquanta vennero avviate esperienze sperimentali di strategie terapeutiche alternative al manicomio. Il modello era, a questo riguardo, quello ideato da Maxwell Jones, con il nome di comunità terapeutica⁵⁴⁵. Questa si configurava come un contesto in cui sia malati sia operatori professionali coinvolti vivevano insieme e gestivano la quotidianità e la vita istituzionale attraverso assemblee e momenti comunitari.

In Italia, in particolare, come si vedrà nel prossimo paragrafo, tale movimento assumerà un ruolo chiave per l'introduzione di cambiamenti strutturali nella legislazione per la cura della malattia mentale. Nel prossimo paragrafo, dunque, si andranno approfondendo le direzioni di sviluppo del suddetto movimento nel contesto italiano.

5.4 La psichiatria italiana nel secolo dei cambiamenti

⁵⁴³ A. Civita, *op. cit.*, p. 128.

⁵⁴⁴ D. Cooper, *Il linguaggio della follia*, tr. it. Feltrinelli, Milano, 1979, p. 129.

⁵⁴⁵ Il testo di riferimento a tale riguardo è M. Jones, *The therapeutic Community*, Basic Books, New York, 1953.

Focalizzandosi sulla realtà italiana, il paragrafo presenterà l'evoluzione del sapere psichiatrico e della gestione dell'assistenza alla malattia mentale nel corso del Novecento. Importanti movimenti rivoluzionari nella seconda metà del secolo, come si vedrà, caratterizzeranno, infatti, il contesto nazionale in maniera peculiare e innovativa, portando ad una completa e strutturale riorganizzazione del sistema psichiatrico.

5.4.1 Gestione e organizzazione della psichiatria nella prima metà del Novecento

All'inizio del XX secolo, in Italia non era ancora presente una legge che regolasse in maniera univoca le istituzioni che si occupavano di malati mentali. Esistevano, infatti, sul territorio nazionale addirittura quattro tipi di strutture per la loro cura: manicomi sotto la giurisdizione delle province, altri manicomi gestiti da opere pie, sezioni di ospedali statali e strutture private. All'interno di tutte queste strutture, la gestione e l'amministrazione venivano governate in maniera assolutamente eterogenea, come fa notare Valeria Babini: «La gestione varia da caso a caso: così, in alcuni istituti il direttore medico ha pieni poteri sanitari e amministrativi; in altri non esercita alcuna influenza sulla parte economica e dunque sull'ordine delle spese; in altri, ancora, dispone di totale autorità sull'assistenza e sul personale sanitario avendo un controllo solo parziale del settore amministrativo, di cui non ha tuttavia la responsabilità»⁵⁴⁶.

Le condizioni di vita dei malati in tali istituzioni erano assai critiche, dovute a fattori quali sovraffollamento, scarsità del personale medico e inadeguatezza di quello infermieristico, che agiva per lo più come agente carcerario, locali mal mantenuti, igiene e alimentazione scarse e insufficienti. Vi era infine un uso massiccio di mezzi coercitivi e di contenzione fisica, quali cinghie, catene, camicie di forza⁵⁴⁷.

A inizio Novecento, però, alcuni intellettuali iniziarono a sottoporre all'attenzione dell'opinione pubblica il "problema" dei manicomi: comparvero articoli inerenti a ciò sul Corriere della Sera nel 1902⁵⁴⁸ e Edmondo De Amicis pubblicò *Nel giardino della follia*⁵⁴⁹. L'opinione pubblica cominciava dunque a rivolgere l'attenzione al mondo della psichiatria, interrogandone una delle tematiche costitutive, quella cioè del doppio mandato scientifico e sociale di cui si trova investita. Si faceva pressante, così, la necessità della formulazione di

⁵⁴⁶ V. Babini, *Liberi tutti. Manicomi e psichiatri in Italia: una storia del Novecento*, Il Mulino, Bologna, 2009, p. 9.

⁵⁴⁷ Relativamente alla descrizione dei manicomi italiani a inizio Novecento e dell'organizzazione vigente al loro interno, è possibile consultare il testo di R. Canosa, *Storia del manicomio in Italia dall'Unità a oggi*, Feltrinelli, Milano, 1979.

⁵⁴⁸ *L'inchiesta sui manicomi. Come si difende padre Moretti*, in "Corriere della Sera", 2 dicembre 1902, p. 2.; P. Lioy, *Nelle case del dolore*, in "Corriere della Sera", 9 dicembre 1902, p. 1.

⁵⁴⁹ E. De Amicis, *Nel giardino della follia*, ETS, Pisa, 1902.

una legge che normasse in maniera chiara la disciplina e l'istituzione psichiatrica. Tale disegno di legge, denominato legge n. 36, venne approvato il 12 febbraio 1904 e promulgato due giorni più tardi: tramite esso, la principale autorità sulle prestazioni sanitarie psichiatriche veniva affidata agli psichiatri, che sorvegliavano anche la gestione economica e finanziaria delle istituzioni, detenendo il potere disciplinare al loro interno. In questo senso, «con la legge n. 36 la psichiatria italiana vedeva sancito il proprio dominio totale sulla follia, a partire da quel momento metodi nuovi e approcci diversi alla cura sarebbero potuti venire solo dall'interno della corporazione»⁵⁵⁰. Nel 1909, poi, l'articolazione della Legge 36 venne ulteriormente approfondita con un regio decreto che approvò il “Regolamento per la esecuzione della legge 14 febbraio 1904, n. 36”: attraverso novantatré articoli veniva meglio articolato e specificato quanto già era contenuto nel disegno di legge originario.

La parte di interesse sociale associata alla disciplina psichiatrica era ben presente in questa prime proposte di legge, in quanto i criteri di internamento erano basati sulla pericolosità e il disturbo sociale: «Si entra dunque in manicomio non perché si è malati, ma perché nocivi, pericolosi, improduttivi, oziosi, di pubblico scandalo»⁵⁵¹. Tali criteri richiamano la connessione tra le malattie mentali e il mondo esistenziale, le storie, i contesti di vita delle persone da ricoverare: questi elementi causavano l'internamento, disposto da una procedura giudiziale, ma venivano in seguito curati e disciplinati dal sapere medico. I saperi e le competenze che in questa fase si occupavano del problema psichiatrico erano quelli medici e, marginalmente, giuridici.

In Italia gli studi psichiatrici internazionali, come le idee emergenti di Kraepelin, faticavano a diffondersi. Inoltre, nel corso della prima guerra mondiale, la gran parte dei medici presenti in Italia vennero richiamati per prestare servizio a favore dell'esercito e delle esigenze militari. Anche a seguito di ciò, nei manicomi venne lasciato pochissimo personale medico, tra cui principalmente i medici più anziani. La pratica psichiatrica, così come quella medica, spostò dunque il suo campo di azione nelle trincee: «Con la prima guerra mondiale si apre un capitolo importante per la psichiatria italiana. Eccezionale agente patogenetico per i corpi e le menti, il conflitto bellico si rivela uno straordinario laboratorio, una clinica senza precedenti»⁵⁵². In questo senso, il conflitto mondiale creò la possibilità di ampliare le conoscenze in campo medico e, principalmente, psichiatrico.

⁵⁵⁰ V. Babini, *op. cit.*, p. 20.

⁵⁵¹ Ivi, p. 19.

⁵⁵² Ivi, p. 51.

Tra le due guerre mondiali si diffuse poi anche in Italia il metodo psicanalitico, ufficialmente riunito nella Società Psicanalitica Italiana, costituita il 7 giugno 1925. Questa Società contribuì a creare la possibilità per un'apertura a tematiche di natura filosofica, psicologica all'interno della formazione psichiatrica, promossa però da pochi medici, operanti in istituzioni periferiche. Tale spinta, infatti, fu subito sopita dalla riforma Gentile del 1923, la quale eliminava i rudimenti di psicologia dal processo formativo per i medici. La riforma Gentile fu particolarmente rilevante per l'indirizzamento della disciplina medica e psichiatrica italiana, direzionandola in maniera chiara e univoca verso lo studio delle dimensioni organiche e biologiche anche delle malattie mentali:

«L'insegnamento della psicologia era stato tolto dal corso di laurea in medicina e lasciato solamente in quello di filosofia; le cliniche psichiatrica e neurologica erano state accorpate nell'unico insegnamento di clinica delle malattie nervose e mentali. Era una scelta politica che tuttavia sembrava corrispondere allo spirito scientifico della comunità psichiatrica italiana, lontana da ogni apertura verso la psicologia e la psicoanalisi, e ormai più orientata sulla ricerca delle cause organiche e biologiche [...]. Di fatto la riforma Gentile decretava che il sapere psichiatrico, svoltosi e cresciuto storicamente nei manicomi, venisse accorpato alle conoscenze neuropatologiche sviluppatesi nei laboratori e nelle cliniche universitarie. Si appiattiva così la conoscenza della malattia mentale nello studio scientifico delle sue cause, oltre all'evidente risultato anacronistico di riunire due branche della medicina già separate, psichiatria e neurologia, laddove il progresso medico suole segnalarsi attraverso la distinzione e separazione di saperi sempre più specialistici»⁵⁵³.

Diretta in tale senso, la psichiatria italiana si mosse, così, in maniera tempestiva negli anni del Fascismo, per rispondere alle richieste di efficienza e ordine richieste dal Regime.

I manicomi, in questi anni, rimasero governati dalle legge del 1904, e, attraverso l'istituzionalizzazione di un numero crescente di malati mentali garantirono un cospicuo aiuto alla richiesta di tutela sociale rivolto dalla collettività, configurandosi, però, come luoghi in cui non si riusciva ad offrire una cura reale per chi vi risiedeva: i tre strumenti terapeutici a cui ancora maggiormente si ricorreva erano la «clinoterapia, sorveglianza e idroterapia»⁵⁵⁴. Nonostante la direttrice biologista e organicista che orientava la psichiatria in quel periodo

⁵⁵³ Ivi, p. 66.

⁵⁵⁴ Ivi, p. 79. La clinoterapia consisteva in un riposo forzato a letto, mentre l'idroterapia prevedeva bagni lunghi e ripetuti in acque molto calde o molto fredde.

alla ricerca delle cause biologiche della follia, i manicomi rivestivano in quegli anni un carattere prevalentemente carcerario e di reclusione. In accordo con l'ideologia e la teoria politica fascista, anche nel settore psichiatrico, dunque, si rafforzarono gli aspetti autoritari e di controllo. Seguendo tale linea di pensiero, dunque, la psichiatria dell'epoca si opponeva in maniera assoluta a trattamenti della follia non istituzionali.

Il codice penale Rocco del 1930 rendeva espliciti tali orientamenti: il manicomio giudiziario veniva definito esplicitamente come "carcerario", gli strumenti repressivi previsti venivano affinati e veniva decretato l'obbligo di iscrivere ogni persona ricoverata in manicomio nel casellario giudiziario. Inoltre, durante il periodo fascista, vennero costruite nuove strutture adibite all'istituzionalizzazione psichiatrica, passando dalle sessantamila registrate nel 1926 dall'Istituto di statistica delle malattie mentali, alle novantaseimila del 1941. Il manicomio del periodo fascista è riconducibile dunque a quel carattere istituzionale che Erving Goffman definisce come "totale", basato principalmente su una caratteristica «inglobante o totale»⁵⁵⁵. In questo senso, le istituzioni manicomiali dell'epoca racchiudevano al loro interno un numero di persone costrette per determinati motivi a risiedere nel luogo, isolate dal mondo esterno anche attraverso barriere fisiche quali porte chiuse a chiave, muri, recinzioni... Alcune caratteristiche descritte da Goffman in riferimento alle istituzioni definite "totali", ben si adattano ai manicomi di epoca fascista:

«Tutti gli aspetti della vita si svolgono nello stesso luogo e sotto la stessa, unica autorità. Secondo, ogni fase delle attività giornaliere si svolge a stretto contatto di un enorme gruppo di persone, trattate tutte allo stesso modo e tutte obbligate a fare le medesime cose. Terzo, le diverse fasi delle attività giornaliere sono rigorosamente schedate secondo un ritmo prestabilito che le porta dall'una all'altra, dato che il complesso di attività è imposto dall'alto da un sistema di regole formali esplicite e da un corpo di addetti alla loro esecuzione. Per ultimo, le varie attività forzate sono organizzate secondo un unico piano razionale, appositamente designato al fine di adempiere allo scopo ufficiale dell'istituzione»⁵⁵⁶.

Tali caratteristiche riprendono, infatti, gli elementi contenitivi e carcerari presenti nell'istituzione manicomiale dell'età fascista, guidata principalmente da una funzione di carattere di ordine sociale che le viene rivolta.

⁵⁵⁵ E. Goffman, *Asylums. Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza*, tr. it. Einaudi, Torino, 2010, p. 34.

⁵⁵⁶ Ivi, pp. 35-36.

Sul fronte terapeutico si assistette in questi anni alla enorme diffusione delle terapie somatiche, tra cui l'elettroshock, rivolte principalmente agli obiettivi di rispondere medicalmente alla follia, con dei rimedi pensati come risolutivi. Si diffusero dunque in quegli anni le terapie basate sullo shock, come lo shock ipoglicemico proposto da Sakel in Austria o l'elettroshock, che partì proprio dall'Italia: queste cure non miravano a risolvere le cause della malattia, le quali restavano ignote, piuttosto cercavano di agire sul loro meccanismo.

La formazione medica italiana era ben disposta ad accogliere tale orientamento: i modelli di cura di orientamento fenomenologico e psicoanalitico faticavano a diffondersi e non erano ancora riusciti a creare forti scuole in Italia, alimentando la costruzione di un ideale medico, orientato alla realizzazione di una guarigione biologica. In particolare, l'elettroshock venne inventato alla fine degli anni Trenta in Italia dallo psichiatra Ugo Cerletti, con l'idea di utilizzare la corrente elettrica per scatenare una crisi convulsiva, applicandola solo al circuito cranico ed eliminando in questo modo i rischi di fibrillazioni cardiache o di decesso. La diffusione della terapia era enorme, sia in Italia sia all'estero.

Lo studio scientifico sugli effetti e i benefici dell'elettroshock venne pubblicato da Cerletti nel 1940: la scarica di corrente elettrica, a un determinato voltaggio di 125 volt per uno/cinque decimi di secondo causava l'instaurarsi di una crisi epilettica, che aveva una duplice funzione, come scrive Babini riportando parti degli scritti di Cerletti:

«Distruggeva le sinapsi morbose a livello corticale (azione prettamente sintomatica) e scatenava una scarica del sistema neurovegetativo diencefalico (azione curativa), attivando i sistemi primordiali di "estrema difesa" dell'organismo [...]. Ipotizzando che sia nelle psicosi affettive (melanconia, mania) sia nella schizofrenia fosse sopravvenuto un perturbamento o in eccesso o in difetto dell'ipotalamo-diencefalo, Cerletti connetteva la sua scoperta con una nuova concezione psico-patogenetica delle malattie mentali»⁵⁵⁷.

L'impiego massiccio dell'elettroshock caratterizzò ampiamente la cura per la malattia mentale nel periodo fino alla seconda guerra mondiale, orientando dunque la psichiatria verso l'ideale di una guarigione fondata su cause biologiche.

L'avvio del secondo conflitto portò, in seguito, ulteriori difficoltà alla gestione e all'organizzazione della cura psichiatrica. Si vide un progressivo deterioramento delle cure e delle istituzioni psichiatriche, in quanto scarseggiava qualsiasi risorsa, umana e materiale. La mortalità nei manicomi aumentava esponenzialmente, così come la scarsità di personale,

⁵⁵⁷ V. Babini, *op. cit.*, p. 112.

anche medico, non consentiva nessun avanzamento della disciplina. Gli studi e le riflessioni sui traumi, le nevrosi e le psicosi generate dal conflitto bellico, effettuate anche nel contesto italiano, rimasero inizialmente ancorate a un paradigma organicista: la follia era già inserita nel corpo del paziente, nella sua struttura; le condizioni ambientali, la guerra e gli stenti erano viste come le occasioni scatenanti di qualcosa che era già presente.

Alcune voci fuori dal coro rispetto all'utilizzo di tali terapie somatiche iniziarono debolmente a porre l'attenzione su questioni riguardanti i danni dei metodi basati sullo shock, nonché su tematiche quali quelle del consenso del malato e della violenza morale che tali tecniche causavano.

La situazione italiana, però, rimasta fortemente legata alla visione culturale degli anni del fascismo, faticava parecchio, nel settore psichiatrico, ad allargare la prospettiva organicista su cui era stata costruita.

Certo, esistevano posizioni più vicine alle dimensioni psicanalitiche, psicoterapeutiche e di psichiatria fenomenologica, ma erano minoritarie; si ricordano, ad esempio, alcuni esponenti che, verso l'inizio degli anni Cinquanta, provarono ad abbracciare l'orizzonte della fenomenologia psichiatrica: Giovanni Enrico Morselli, Bruno Callieri, Franco Basaglia.

5.4.2 Gli inizi di una stagione di cambiamenti

Intorno agli Anni Cinquanta, dal Nord-Europa e dalla Gran Bretagna cominciarono a circolare alcune iniziali esperienze di gestione della psichiatria non totalmente istituzionalizzata, attraverso l'esperimento di alcuni reparti *open-door*, in cui venivano ridotti gli strumenti di isolamento e contenzione e venivano proposte cure in regime di *day hospital* ad alcune tipologie di pazienti.

In Italia, l'inizio della riflessione circa la necessità di ripensare l'istituzione manicomiale fu portato proprio dall'inventore dell'elettroshock⁵⁵⁸; Cerletti, infatti, attraverso la scrittura di un articolo su una rivista non specialistica, "Il Ponte", per coinvolgere l'opinione pubblica, propose un'analogia tra il manicomio e il campo di concentramento, insistendo sul fatto che i lager avevano prodotto psicopatie e, dunque, non si poteva pensare di curare le stesse con un trattamento simile in una struttura pressoché identica. In questo senso, egli indicava come l'esperienza della guerra e dell'orrore dei campi di concentramento, avevano permesso di svelare l'errore commesso dalla psichiatria e dalla società nel costruire tale forma di istituzionalizzazione per curare la malattia mentale. Cerletti non criticava errori della scienza

⁵⁵⁸ Cfr. Babini, *op. cit.*, pp. 137-142.

praticata all'interno dei manicomi, quanto l'istituzione manicomiale intesa come reclusione e segregazione delle persone internate.

All'inizio degli anni Cinquanta un'altra grossa novità scosse la psichiatria italiana: dalla Francia, in seguito al primo congresso mondiale di psichiatria, giunsero i primi articoli sulla sperimentazione dei neurolettici per la cura delle malattie mentali. Questo segnò l'inizio di quella che negli anni diventò una vera e propria rivoluzione nel campo terapeutico psichiatrico, ossia la possibilità di affidarsi a dei farmaci anche in tale disciplina.

L'inizio di una riflessione sull'istituzione manicomiale e la scoperta degli psicofarmaci crearono lo spazio per l'introduzione di importanti cambiamenti nella cura della follia sul territorio nazionale. I farmaci permettevano, infatti, di portare i malati in condizioni migliori, sedandoli o consentendo loro di vivere in maniera più tranquilla. Questo permise di ripensare e rivoluzionare il manicomio e la sua organizzazione: gli infermieri, ad esempio, potevano non essere più intenti esclusivamente al controllo e alla contenzione fisica dei pazienti. Altre professioni, tra cui quelle educative in tempi più recenti, iniziavano a essere pensate come utili all'interno di un percorso terapeutico per la malattia mentale. In questo senso, si possono collocare gli anni Sessanta dello scorso secolo in quella che viene definita una seconda fase delle politiche psichiatriche italiane⁵⁵⁹ in cui il manicomio cercò di essere trasformato in Ospedale Specializzato in Psichiatria. Vennero introdotte, inoltre, a livello legislativo, alcune novità di rilievo, tra cui la possibilità di ricovero volontario, che continuava ad affiancare la permanenza del ricovero coatto. Relativamente all'obbligatorietà del ricovero, però, venne abolita l'annotazione del paziente nel casellario giudiziario: in questo senso sembrava iniziare una separazione tra la malattia psichiatrica e la pericolosità sociale, seppur persisteva l'obbligo di comunicare eventuali dimissioni dall'Ospedale Psichiatrico all'Autorità di Pubblica Sicurezza. Si iniziò a considerare la necessità di migliorare gli standard qualitativi all'interno di tali strutture, a partire dal personale in esse operante: erano, infatti, presenti in ogni Divisione Ospedaliera, un Direttore, un igienista, uno psicologo, un primario, con aiuti ed assistenti. Inoltre venne definito lo standard di un infermiere ogni tre posti letto e di un assistente sanitario o assistente sociale ogni cento posti letto.

Pratiche quali il colloquio, la psicoterapia, la socioterapia, le terapie ri-socializzanti e occupazionali iniziavano ad essere prese seriamente in considerazione. Paradossalmente, l'inizio della diffusione degli psicofarmaci, introdusse anche la possibilità di una prima reale considerazione di visioni quali quella fenomenologica all'interno della psichiatria, minoritaria

⁵⁵⁹ Cfr. P. Ferrario, *Le politiche psichiatriche*, consultabile su www.segnalo.it.

fino ad allora e sorta in netto contrasto con l'indirizzo organicista e naturalistico da cui derivavano gli psicofarmaci. Questa nuova traiettoria, che appare una connessione causale paradossale, può evidenziare come gli approcci naturalistici e fenomenologici, all'interno della disciplina psichiatrica, possano lavorare in maniera sinergica e non oppositiva, creando in tale visione, risultati terapeutici più funzionali alla cura del paziente. Le cure farmacologiche, infatti, consentendo un maggiore tranquillità e docilità fisica nei pazienti, creavano le condizioni perché ci si potesse relazionare ad essi attraverso la parola, l'attività sociale, psicoterapeutica. A loro volta, queste modalità di cura permettevano l'instaurarsi di abilità e capacità nei pazienti, che potevano migliorare il loro benessere, anche fisico, e la loro qualità di vita.

Tali innovazioni, va precisato, non escludono istantaneamente quanto veniva precedentemente praticato nei manicomi: terapie somatiche, strumenti di contenimento continuavano ad essere utilizzati, al fianco, però, di nuove proposte organizzative e terapeutiche fortemente sponsorizzate qualche anno più tardi anche grazie ai movimenti sociali e politici di fine Anni Sessanta. Un esempio può essere rappresentato dalla prima istituzione di Centri medico-psicopedagogici (CMPP), costituiti sulla base di esperienze realizzate in Svizzera e Francia. La conoscenza di tali esperienze «permise ad un gruppo di psichiatri ed educatori italiani un fertile scambio di esperienze da cui derivò l'ispirazione ad organizzare anche in Italia istituzioni analoghe»⁵⁶⁰: i CMPP, promossi da enti privati e pubblici tra cui, soprattutto, l'Onmi (Opera Nazionale Maternità e Infanzia), erano rivolti principalmente alla presa in carico e alla cura psicoterapica dei minori. I primi centri apparvero subito dopo la Seconda Guerra Mondiale: «Nel 1947, infatti, venivano costituiti in Italia i primi due veri CMPP: l'uno, a Milano, ad opera della Croce Rossa Italiana (rilevato poi dall'Opera nazionale maternità e infanzia) e diretto dallo psichiatra Virginio Porta e l'altro a Roma, a cura dell'Opera nazionale maternità e infanzia (ONMI), diretto dallo psichiatra Giovanni Bollea»⁵⁶¹.

Proprio in questo settore vennero a costituirsi i primi gruppi di lavoro multi-disciplinari, formati da quelle professioni che potevano portare le loro specifiche competenze nella cura dei minori con problemi psichiatrici. Medici, psicologi, pedagogisti, assistenti sociali affrontavano per primi in questi centri sperimentali la sfida del lavorare insieme, unendo profili professionali differenti: «La prassi del lavoro in *équipe*, inoltre, portò alla

⁵⁶⁰ IL CMPP. Centro Medico Psico Pedagogico, *Sussidi tecnici per i servizi sociali*, Fascicolo numero 15, Tipografia Atena, Roma, 1969, p. 13.

⁵⁶¹ *Ibidem*.

configurazione di nuovi professionisti nei diversi settori di competenza»⁵⁶². Erano, ad esempio, soprattutto le assistenti sociali, prevalentemente donne, a giocare un ruolo da protagoniste in questo lavoro: erano formate dalla scuola per assistenti sociali, promossa nel 1944, che forniva loro competenze teoriche di tipo psicologico e capacità pratiche di progettazione e gestione di intervento in campo sociale molto più avanzate rispetto a quelle di cui disponevano gli psichiatri italiani dell'epoca. Nella seconda fase delle politiche psichiatriche italiane, tra la Seconda Guerra Mondiale e gli Anni Settanta, iniziò a svilupparsi una rete di servizi territoriale definita come Servizi di Igiene Mentale, tendenzialmente autonomi e legati al mondo religioso o privato, in cui professionisti diversi (psichiatri, psicologi, assistenti sociali, assistenti sanitari, infermieri) iniziavano a creare gruppi inter-professionali per la cura della malattia mentale.

Questi primi fermenti in campo psichiatrico proseguirono negli Anni Sessanta, fino ad arrivare agli Anni Settanta della psichiatria italiana, facilmente identificati con la figura di Franco Basaglia.

Da questo psichiatra, infatti, prenderà nome anche la legge del 1978 che rivoluzionerà l'assistenza psichiatrica nazionale, rendendo l'Italia un modello e un laboratorio eccezionale relativamente all'esperimento di anti-istituzionalizzazione, guardato con interesse da tutto il mondo, proprio per la radicalità dei cambiamenti proposti.

5.4.3 L'opera di Franco Basaglia e i movimenti anti-psichiatrici

Quanto era avvenuto alla fine degli Anni Sessanta sul piano sociale, politico e istituzionale, aveva creato la premessa per una rivoluzione in campo psichiatrico: la denuncia contro il potere dell'istituzione psichiatrica che azzerava libertà e diritti dei malati, contro l'autoritarismo ed un certo modello di scienza ben si accompagnavano con le battaglie sociali, lavorative e politiche che una pluralità di forze portavano avanti in quegli anni in Italia.

Alcuni temi cari all'opera di Basaglia, quali le dinamiche di potere nelle istituzioni, erano estremamente vicini a quanto riportato anche da Foucault, ad esempio nei testi *Storia della follia nell'età classica* e *Il potere psichiatrico*, precedentemente citati in questa sede. Secondo la prospettiva di Foucault, ad esempio, come nota Giovanni Mierolo in uno scritto che ripercorre i legami tra i due autori, Basaglia leggeva il legame di potere che si crea tra psichiatra e paziente, in seguito al ruolo della figura medica all'interno del manicomio promosso da Pinel. Scrive in tal senso Giovanni Mierolo: «L'esperienza psichiatrica moderna

⁵⁶²Ivi, p. 18.

ha scoperto, infatti, con l'ingresso del medico tra le mura dell'ospedale psichiatrico, un personaggio fino a quel momento assente, che è diventato la figura essenziale del trattamento e si è assunto il compito di trasformare il manicomio in uno spazio medicalizzato»⁵⁶³.

Basaglia, laureato in psichiatria e particolarmente interessato alla fenomenologia e all'esistenzialismo, tentando di conciliare la psicopatologia tradizionale con la psichiatria antropofenomenologica, diventò Direttore dell'Ospedale psichiatrico di Gorizia nel 1961. La sua formazione lo portò a considerare intollerabile l'istituzione manicomiale così come era concepita e organizzata, in vista della cura dei malati e della considerazione della loro dignità umana: «Arrivando come direttore nel manicomio di Gorizia, Basaglia ha collegato la rottura epistemologica nei confronti del positivismo con l'impegno pratico-istituzionale mirante a "umanizzare" il rapporto con la follia, e a ritrovare così le condizioni di una dimensione autenticamente "terapeutica"»⁵⁶⁴. Nell'ospedale di Gorizia, dunque, Basaglia mise in atto una serie di movimenti volti alla distruzione dell'istituzione manicomiale, per trasformarla in un altro modello: si proposero, dunque, una nuova organizzazione, che rifiutava sia le contenzioni fisiche, sia le terapie basate sull'elettroshock. Grande attenzione venne posta alla considerazione delle condizioni di vita dei pazienti, alle loro necessità. Si cominciò a interpellare i malati stessi, istituendo momenti assembleari in cui proporre un confronto tra loro e il personale curante. La vita comunitaria dell'ospedale venne arricchita con attività laboratoriali, feste, gite, per le quali fu necessario aprire le porte dell'ospedale verso il mondo "esterno".

Il modello proposto da Basaglia in alternativa al manicomio proveniva dal mondo anglosassone e, più precisamente, dalla comunità terapeutica creata da Maxwell Jones in Scozia, visitata da Basaglia a inizio Anni Sessanta. Lo colpì, di quella esperienza, l'interazione dialogica coi pazienti e la considerazione dell'importanza dell'ambiente sociale nell'insorgere e nel decorso della malattia mentale.

Basandosi su tale modello, oltre che su riferimenti teorici quali quelli di Foucault, già nominato, sugli studi sociologici di Goffmann relativamente al concetto di istituzione totale, sulla psichiatria fenomenologica di Binswanger ripresa dalla filosofia di Husserl, Basaglia costruì il suo approccio⁵⁶⁵ alla malattia mentale, ben descritto da Babini: «Ma è proprio

⁵⁶³ G. Mierolo, *Basaglia, Foucault e il potere psichiatrico*, in F. Leoni (a cura di), *Franco Basaglia. Un laboratorio italiano*, Mondadori, Milano, 2011, p. 82.

⁵⁶⁴ P. Di Vittorio, *Gestione o rivoluzione. L'esperienza di Franco Basaglia tra critica e politica*, in Leoni, *op. cit.*, p. 118.

⁵⁶⁵ Citiamo in nota alcuni riferimenti alle opere di Basaglia, non direttamente citate nel corso del nostro scritto, che possono essere consultate per un approfondimento maggiore circa il suo pensiero, non esauribile nel corso del paragrafo: F. Basaglia, (a cura di), *L'istituzione negata. Rapporto da un ospedale psichiatrico*,

l'orientamento fenomenologico a indicargli la "messa tra parentesi" della malattia mentale stessa. Questo non significa in alcun modo negazione della malattia mentale e della sua realtà, bensì sospensione, attesa: rinuncia di un sapere e di una tecnica terapeutica in vista della liberazione di quell'oggetto, il malato, su cui quel sapere potrà, solo in un secondo momento, operare e ridefinirsi»⁵⁶⁶. Siffatto orizzonte necessitava di una struttura diversa da quella manicomiale per poter trovare possibilità terapeutiche, come esplicitava lo stesso Basaglia:

«Il manicomio rappresenta il "luogo della follia" e nessuno è folle in città dal momento che tutti i folli stanno in manicomio. È il gioco dei fantasmi. Voler distruggere l'ospedale significa minacciare l'istituzione ospedale e anche minacciare di portare la follia sulle strade. [...] La follia può essere l'espressione di una situazione, di una condizione folle. Ci è stato insegnato che abbiamo bisogno di conoscere le malattie per dare significato al sintomo, che dobbiamo cioè inscrivere un elemento in un quadro. Dobbiamo avere questa medesima attitudine pedagogica per cambiare la relazione fra il medico e il cittadino, fra il medico e il paziente»⁵⁶⁷.

E ancora: «Voce confusa con la miseria, l'indigenza e la delinquenza, parola resa muta dal linguaggio razionale della malattia, messaggio stroncato dall'internamento e reso indecifrabile dalla definizione di pericolosità e dalla necessità sociale dell'invalidazione, la follia non viene mai ascoltata per ciò che dice o vorrebbe dire»⁵⁶⁸.

Certamente, quella goriziana di Basaglia non fu l'unica realtà psichiatrica italiana a muoversi verso la de-istituzionalizzazione, ma quella prima realtà funzionò come modello per altre esperienze. Contemporaneamente al tentativo basagliano, infatti, altre realtà territoriali si concentrarono su altri aspetti della rivoluzione psichiatrica: a Milano, ad esempio, Pier Francesco Galli e il suo gruppo di ricerca avevano intensamente lavorato intorno all'aggiornamento tecnico e culturale dei professionisti operanti in campo psichiatrico. Tale proposta, orientata in senso interdisciplinare, muoveva dalla sempre maggiore apertura della psichiatria alle scienze umane, stimolata anche dalla diffusione della traduzione del volume *Psicopatologia generale* di Karl Jaspers, che apriva le strade all'utilizzo dell'orizzonte fenomenologico nella pratica psichiatrica nei manicomi.

Einaudi, Torino, 1968; F. Basaglia, *Scritti: 1968-1980. Dall'apertura del manicomio alla nuova legge sull'assistenza psichiatrica*, Einaudi, Torino, 1982; F. Basaglia, *L'utopia della realtà*, Einaudi, Torino, 2005.

⁵⁶⁶ V. Babini, *op. cit.*, p. 206.

⁵⁶⁷ F. Basaglia, *Conferenze brasiliane*, Cortina, Milano, 2008, p. 98.

⁵⁶⁸ F. Basaglia, *Follia/delirio*, in *Scritti, op. cit.*, vol. II, p. 430.

Una delle dimensioni fondamentali della rivoluzione psichiatrica di quegli anni, connessa al clima culturale del momento, fu di certo legata alla sua diffusione popolare, che vedeva interrogarsi sul tema non solo gli esperti e gli specialisti della disciplina, ma tutti i cittadini e le forze politiche. Scriveva a proposito Basaglia:

«Progressivamente la situazione politica è proceduta e, man mano, si sono affermati movimenti di lotta sempre più vicini ai temi che noi dibattevamo. In questo modo è cominciato allora un consenso alternativo o – se vuoi – un dissenso alternativo. Esso non era più dibattuto da poche persone, bensì da larghe fasce di popolazione, sempre più in grado di poter comprendere la situazione, non contenibile e non contenuta, che era il nostro lavoro. Progressivamente abbiamo visto che tutto questo si rifletteva nelle stesse organizzazioni politiche, creava fratture al loro interno, portava i politici a discutere su questi temi»⁵⁶⁹.

Il lavoro di Basaglia, portò, infine, al concreto risultato legislativo della legge 180 del 1978, conosciuta spesso come “Legge Basaglia”, che ha fortemente rivoluzionato l’assistenza psichiatrica fino ad allora presente sul territorio italiano. Nel corso del 1978, infatti, furono approvati due importanti Leggi: la 833 e la 180. La prima, ratificata il 23 dicembre, definiva l’istituzione del servizio sanitario nazionale, in cui era compresa anche l’assistenza psichiatrica, contenendo al suo interno la specifica Legge 180, ratificata il 13 maggio e specificamente rivolta al settore psichiatrico. Infatti, abrogando la Legge manicomiale del 1904 e il suo regolamento di attuazione del 1909, la Legge 180 affrontava l’inserimento del settore psichiatrico nell’assistenza sanitaria nazionale, collocando anche i presidi psichiatrici nel territorio e nelle nuove unità sanitarie locali, abolendo le istituzioni manicomiali come luoghi di segregazione e reclusione. Nell’articolo 6 di tale Legge, ad esempio, si può leggere che:

«Gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione relativi alle malattie mentali sono attuati di norma dai servizi e presidi psichiatrici extra ospedalieri [...]. I servizi di cui al secondo comma del presente articolo - secondo quanto è previsto dal decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1969, n°128, per i servizi speciali obbligatori negli ospedali generali e che non devono essere dotati di un numero di posti letto superiore a 15 - al fine di garantire la continuità dell'intervento sanitario a tutela della salute mentale

⁵⁶⁹ F. Basaglia, citato in E. Venturini (a cura di), *Il giardino dei gelsi. Dieci anni di antipsichiatria italiana*, Einaudi, Torino, 1979, p. 240.

sono organicamente e funzionalmente collegati, in forma dipartimentale, con gli altri servizi e presidi psichiatrici esistenti nel territorio».

Nell'articolo 7, inoltre, si legifera espressamente che: «È in ogni caso vietato costruire nuovi ospedali psichiatrici, utilizzare quelli attualmente esistenti come divisioni specialistiche psichiatriche di ospedali generali o sezioni psichiatriche e utilizzare come tali divisioni o sezioni neurologiche o neuropsichiatriche». Il ricovero era limitato a casi di particolare gravità, chiaramente normato e limitato nel tempo.

Tale Legge ha segnato un punto trasformativo di notevole importanza nella concezione e nella gestione delle patologie psichiatriche in Italia. Oltre che per i malati, destinatari primari delle cure in tale ambito, la Legge, costruita sui principi di libertà e di attribuzione di diritti che avevano guidato i cambiamenti di quegli anni, coinvolgeva direttamente la stessa società, chiamata a creare un nuovo immaginario e una nuova concezione della follia e della sua gestione. Come ben scrive Babini a tale proposito, «alla terapia della libertà dovrà accompagnarsi una pedagogia della libertà»⁵⁷⁰.

5.4.4 La riorganizzazione del settore psichiatrico in seguito alla Legge 180

Intorno al ripensamento della malattia mentale appena descritto, fortemente voluto dall'opera di Basaglia, dunque, si orientò tutta la ri-organizzazione del sistema psichiatrico in Italia. Le strutture sanitarie locali si organizzarono, a partire dal 1978, nella direzione indicata dalla Legge 180, andando verso una progressiva de-istituzionalizzazione delle persone ricoverate.

La Legge 180 segnò solo il punto di partenza legislativo per un cambiamento che, però, doveva essere attuato in maniera concreta e a livello organizzativo. In questo senso, dunque, il cambiamento è avvenuto nel corso di molti anni e ha richiesto una notevole ristrutturazione dell'impianto finora costruito per il settore psichiatrico.

Il primo passaggio, orientato alla chiusura dei manicomi, vide il blocco di nuove ammissioni al loro interno e l'individuazione dell'Ospedale Generale come sede per effettuare Trattamenti Sanitari Obbligatoriosi (TSO). Contemporaneamente, poi, fu necessario progettare e implementare una rete di servizi alternativi al ricovero: la prima formulazione, ancora generica, dell'impianto dei servizi psichiatrici, vide definire come il circuito ospedaliero, il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC), dedicato al ricovero delle acuzie per l'effettuazione del TSO. La durata di ricovero in SPDC e l'iter procedurale per l'attivazione

⁵⁷⁰ V. Babini, *op. cit.*, p. 294.

del TSO furono rigidamente definiti a livello normativo (articolo 34 e 35 della Legge 833/1978).

Oltre al Circuito Ospedaliero venne ipotizzato un circuito di servizi a livello territoriale, che potesse funzionare con un'idea di "rete", secondo una logica psico-socio-educativa, principalmente focalizzata sulla riabilitazione degli utenti. Tra questi servizi territoriali vennero pensati sportelli consulenziali e centri diurni, anche residenziali, costruiti attorno al modello comunitario.

Questa riorganizzazione del settore psichiatrico impiegò quasi un ventennio per essere messa a punto e, soprattutto attuata: infatti, a livello Nazionale, il Progetto Obiettivo "Tutela della Salute Mentale" 1994-1996 è stato il primo a definire degli standard nazionali circa l'articolazione e l'organizzazione dei servizi, che dovevano essere attuati in tutte le Legislazioni Regionali in materia⁵⁷¹.

Nel 1994, dunque, dopo quasi vent'anni dalla promulgazione della Legge 180, era pronto un progetto relativo alla nuova articolazione dei servizi per la Salute Mentale, che venne costruito e implementato da quel momento in poi. Si riporta, dunque, ora l'organizzazione dei servizi psichiatrici proposta dal Progetto Obiettivo del 1994, in modo da concludere la trattazione della gestione del settore psichiatrico italiano nel corso del Novecento; successivamente, trattando più specificamente il tema della costruzione delle politiche socio-sanitarie italiane, si riprenderà anche una descrizione più approfondita di questa rete di servizi. Ogni Azienda Sanitaria Locale, a partire dal 1994, ha dovuto dotarsi di un Dipartimento di Salute Mentale per ogni 150.000 abitanti. Questo Dipartimento risultava dover essere composto dalle seguenti strutture:

- Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (un posto letto ogni 10.000 abitanti);
- Un Centro di Salute Mentale, aperto almeno 12 ore al giorno per sei giorni settimanali;
- Strutture residenziali, caratterizzate come piccole strutture con 20 posti letto massimi (uno ogni 10.000 abitanti);
- Strutture semi-residenziali con un posto ogni 10.000 abitanti, quali Day Hospital, Centro Diurno.

Inoltre, si è progettata una sinergica interazione di tale rete di servizi con una serie di altre strutture, quali la Medicina di Base e Scolastica, la Neuropsichiatria Infantile, i Servizi per le

⁵⁷¹ In un successivo paragrafo, si approfondirà il tema della costruzione delle politiche sociali italiane in ottica prettamente socio-sanitaria, quale si è sviluppata nel corso dell'ultimo ventennio, al cui interno si colloca anche il settore della Salute Mentale.

Tossicodipendenze, la Guardia Medica, l'Assistenza Sociale di Base, i Servizi ospedalieri e il Pronto Soccorso⁵⁷².

Dopo aver descritto l'articolazione che ha assunto il sistema nazionale per la cura della malattia mentale in seguito alla Legge 180, è necessario concentrare l'attenzione su un concetto introdotto presentando il Progetto Obiettivo 1994-1996, ossia quello di "salute mentale" che, costruitosi grazie ai cambiamenti avvenuti, ha permesso in Italia di allargare il termine "psichiatria", costruito e focalizzato sull'idea di patologia.

5.5 Oltre il termine psichiatria: formulazione del concetto di salute mentale in Italia

In seguito al cambiamento sociale ed istituzionale portato dall'opera di Basaglia nel settore psichiatrico, si è fatto strada anche in Italia un ripensamento della malattia mentale in sé: in questo senso, basandosi sulla corrente fenomenologica all'interno della psichiatria, sviluppatasi in Italia, come si è visto, soltanto nei cambiamenti di fine Novecento, si è aperta la possibilità per pensare la malattia mentale come connessa alla storia esistenziale e di formazione del malato. Questo ha consentito in primo luogo la proposta di una forte sinergia tra la psichiatria e discipline quali la pedagogia e la filosofia, argomento questo che verrà specificamente affrontato in un successivo paragrafo; inoltre, tale direzione di pensiero ha permesso l'impostazione di un sistema sociale e organizzativo dell'ambito psichiatrico che ruoti intorno a quello che è stato formulato come il concetto di "salute mentale", non focalizzato solamente sul carattere patologico della psichiatria, ma sul legame esistenziale che intercorre tra la vita e la salute della mente.

Benedetto Saraceno definisce la salute mentale come «l'insieme delle azioni di promozione, prevenzione e cura riferite al miglioramento o al mantenimento o alla restaurazione della Salute Mentale di una popolazione»⁵⁷³.

In questo senso, dunque, il concetto di "salute mentale" include al suo interno tutti gli individui di una popolazione di riferimento, senza dividerli necessariamente tra malati di mente e non, costruendosi intorno al principio che ricorda Cristina Palmieri: «La salute mentale possiamo intenderla come quel delicato equilibrio che ci sforziamo ogni giorno di raggiungere tra i limiti, le nostre fragilità, e le nostre possibilità, le nostre aspirazioni. Se la salute mentale è questo, capiamo che abbiamo a che fare con la salute mentale in ogni ambito

⁵⁷² Cfr. P. Ferrario, *Politica dei Servizi Sociali*, Carocci, Roma, 2001, pp. 443-451.

⁵⁷³ B. Saraceno, *La fine dell'intrattenimento. Manuale di riabilitazione psichiatrica*, Etas libri, Milano, 1995, p. 106.

di lavoro educativo, perché tutta l'esistenza delle persone attraversa degli equilibri diversi che hanno a che fare con la salute mentale»⁵⁷⁴.

Tale idea nasce con l'obiettivo di ampliare l'ambito della "psichiatria", senza cancellarlo: infatti, questa rimane un settore della medicina focalizzato sulle dimensioni biologiche della malattia mentale, con l'obiettivo di curarle. Il concetto di salute mentale permette, però, di concentrarsi anche sulle dimensioni sociali e psicologiche comprese nell'esperienza di salute e malattia, anche mentale: «Va intesa come qualcosa di assai più complessivo, che consideri cioè le dimensioni psicologiche e sociali della salute e i fattori psico-sociali che determinano salute e malattia»⁵⁷⁵. A livello legislativo, tale concetto sostituisce il termine "psichiatria" a partire dal 1980: in questo senso, dunque, per "rendere viva" tale espressione, è necessaria una nuova organizzazione dei servizi, capace di comprendere e considerare dimensioni sociali, psicologiche, culturali, formative, coinvolgendo diversi professionisti oltre a quelli sanitari, come ha ricordato Luigi Benevelli⁵⁷⁶. Soprattutto, il concetto di salute mentale porta a considerare fondamentale la storia di vita dei pazienti e il loro apporto in un processo volto alla prevenzione, al mantenimento o alla restaurazione della salute mentale: «La nozione di salute mentale include la problematica della salute e della malattia, la sua ecologia, l'utilizzo e la valutazione delle istituzioni e delle persone che le usano, lo studio dei loro bisogni e delle risorse necessarie, la organizzazione e la programmazione dei servizi per la cura e la prevenzione delle malattie, e per la promozione della salute»⁵⁷⁷.

In questo senso, dunque, andrà anche la ricerca di possibili nessi, che si proporranno poco più avanti, tra psichiatria e pedagogia, in vista della traiettoria del progetto di ricerca che verrà esposto.

Il concetto di salute mentale, inoltre, riferendosi alla qualità di salute di una popolazione, permette di allargare il gruppo di persone a cui si rivolge: «Utente non è più solo il singolo, ma è o può essere utente, oltre alla persona, la coppia, la famiglia, il gruppo, l'organizzazione, il territorio, come oggetti/soggetti con bisogni, risorse, cultura, stili di vita propri e con modalità di risposta, dove bisogni e risorse s'intrecciano in forme specifiche»⁵⁷⁸. L'unico paziente non è più soltanto chi manifesta gravi sintomi acuti, per i quali deve essere "curato" e

⁵⁷⁴ Si fa riferimento all'intervento di Cristina Palmieri tenutosi durante la Giornata di Studio "L'esperienza di cura educativa in Salute Mentale", il 2 aprile 2014 presso l'Università degli Studi di Milano Bicocca.

⁵⁷⁵ *Ibidem*.

⁵⁷⁶ Si fa riferimento all'intervento effettuato dal Dott. Luigi Benevelli nel corso della Giornata di Studio "L'esperienza di cura educativa in Salute Mentale", svoltosi in data 02/04/2014 presso l'Università degli Studi di Milano-Bicocca.

⁵⁷⁷ B. Saraceno, 1995, op. cit., p. 106.

⁵⁷⁸ G. Carabelli, M. Cacioppo & L. Grasso, *Reti di cura in psichiatria. Strumenti di lettura e d'intervento*, Franco Angeli, Milano, 1999, p. 14.

controllato, ma l'organizzazione della salute mentale prevede azioni di prevenzione e mantenimento di un raggiunto benessere, in cui anche il termine "guarigione" possa assumere connotazioni personali e legate alla qualità di vita, non soltanto legate a standard e risultati medici e biologici.

Anche la componente territoriale, infine, assume notevole importanza all'interno del concetto di salute mentale, in quanto, nella sua stessa definizione, si riferisce alla salute di una particolare popolazione, abitante un preciso territorio. La rete dei servizi dovrà dunque essere collocata in maniera strategica: in luoghi raggiungibili, conosciuti, ben pubblicizzati, allontanandosi dal modello di reclusione tipico dello stile manicomiale che relegava il "diverso" in spazi distanti da quelli della collettività. Inoltre, tali servizi dovranno costruire una rete con altri servizi ed enti, diversi per scopo e settore di occupazione, presenti sul territorio, in modo da inserire anche la cura della Salute Mentale all'interno della vita territoriale, a livello lavorativo, occupazionale, del tempo libero e così via.

La riorganizzazione dei servizi avvenuta a partire dal 1978, tra difficoltà e criticità, ha cercato di proporre tale modello. Avendo chiarito tale termine, risulterà possibile comprendere che, nei prossimi paragrafi, sottintenderemo che termini quali "psichiatria", "assistenza psichiatrica" fanno riferimento a un sottoinsieme del più globale concetto di salute mentale.

In particolare, ci si avvierà, nel corso del prossimo paragrafo, a considerare alcune prime riflessioni in seguito a quanto realizzato e ottenuto nel campo della salute mentale nei trent'anni successivi alla Legge 180.

5.6 Primi bilanci e riflessioni dopo la Legge 180

Dopo i primi trent'anni dall'attuazione della Legge 180 si è cercato di tracciare un primo bilancio della situazione nel campo della salute mentale. I cambiamenti introdotti, infatti, hanno portato una tale rivoluzione nel settore, da rendere complicato, per svariati motivi, la completa ristrutturazione del sistema in vista delle novità richieste dalla nuova normativa. Inoltre, successive legiferazioni, quali l'aziendalizzazione delle strutture sanitarie con rimandi specifici al settore psichiatrico (D.lgs 299/99) e la Legge quadro 328/2000 per l'integrazione tra servizi sociali, sanitari ed educativi, hanno introdotto ulteriori vincoli e possibilità per la strutturazione dei servizi nell'area della salute mentale.

5.6.1 I miglioramenti delle condizioni di vita dei pazienti

In primo luogo, è necessario evidenziare la constatazione di un miglioramento apportato dalla rivoluzione basagliana. Come scrivono Gilberto Corbellini e Giovanni Jervis in occasione del trentennale della Legge, «La situazione attuale è molto migliore di quella di trent'anni fa, ed enormemente, incomparabilmente migliore di quella di quaranta o cinquant'anni fa. Gli strumenti organizzativi e clinici di difesa della salute mentale sono assai più efficaci»⁵⁷⁹. Questi forti mutamenti organizzativi, gestionali e di concezione della malattia mentale e della sua cura, attuati nel corso del ventennio successivo alla 180, hanno permesso all'Italia di posizionarsi tra i Paesi all'avanguardia e più innovatori dell'ambito, in cui, soprattutto, la triangolazione malattia-pericolosità-istituzione sembra oggi meglio attraversabile, come ricorda Giuseppe Dell'Acqua⁵⁸⁰.

Inoltre, a distanza di trent'anni, sono stati monitorati⁵⁸¹ i pazienti passati dall'istituzione manicomiale alle nuove forme di assistenza territoriale, evidenziando un miglioramento delle loro condizioni patologiche e di qualità di vita. In questo senso, dunque, la nuova gestione della malattia mentale è migliorativa per gli stessi soggetti di cura, destinatari principali degli interventi terapeutici. La nuova organizzazione, in aggiunta a ciò, riesce a includere in sé anche il mandato di controllo sociale attribuito da sempre alle forme di gestione della malattia mentale: creando una forte sinergia tra la sfera del pubblico e i professionisti, medici, sanitari, sociali implicati nel settore, si è cercato di costituire una rete integrata di servizi e operatori in grado di prendersi cura dei malati mentali. La società è così messa nelle condizioni di percepire lo sforzo istituzionale, medico, sociale, per costruire un nuovo sistema territoriale volto alla presa in carico della malattia mentale più vicino e più centrato sul singolo territorio, quietando le ansie legate alla pericolosità sociale, da sempre associate a questo tipo di malati. In questo senso, dunque, un lavoro congiunto permette anche il progredire degli studi della psichiatria intesa quale settore della medicina, come nota Giuseppe Micheli: « Il secondo lascito importante è poi il mutamento nel mandato sociale della psichiatria: caduto il compito di controllo disciplinare sui comportamenti pericolosi o di pubblico scandalo, la psichiatria può oggi maggiormente concentrarsi sulle funzioni inerenti alla sua veste di branca medica specialistica»⁵⁸².

⁵⁷⁹ G. Corbellini & G. Jervis, *La razionalità negata. Psichiatria e antipsichiatria in Italia*, Bollati Boringhieri, Torino, 2008.

⁵⁸⁰ Si fa riferimento all'intervento effettuato dal Prof. G. Dell'Acqua nel corso della Giornata di Studio "L'esperienza di cura educativa in Salute Mentale", svoltosi in data 02/04/2014 presso l'Università degli Studi di Milano-Bicocca.

⁵⁸¹ A. Barbato *et al.*, *A study of Long-Stay Patients Resettled in the Community After Closure of a Psychiatric Hospital in Italy*, *Psychiatric Services*, (2004), 55, 1, 67-70.

⁵⁸² G. A. Micheli, *Il vento in faccia. Storie passate a sfide presenti di una psichiatria senza manicomio*, Franco Angeli, Milano, 2013, p. 60.

5.6.2 Gruppi di lavoro multi-disciplinari nel settore della Salute Mentale

Tale sinergia creata conduce direttamente a un ulteriore punto di attenzione: la molteplicità di professioni coinvolte nella cura e nell'assistenza psichiatrica. Si è già precedentemente notato come tale settore sia stato il primo a veder formare al proprio interno *équipe* multi-professionali intorno agli Anni Cinquanta: il passaggio dalla struttura istituzionale manicomiale a una gestione territoriale della malattia mentale si indirizza fortemente verso la direzione intravista dai primi Centri Medico-Psico-Pedagogici. I professionisti della medicina non sono più i soli coinvolti nella cura psichiatrica: si cerca di orientare la cura verso orizzonti di riabilitazione dei pazienti, in una logica di autonomizzazione. Sottolinea a tal riguardo Angelo Fioritti: «Oggi circa un milione di cittadini ricevono assistenza presso i Centri di salute mentale e in linea di massima ciò viene fatto da *équipe multidisciplinari* che garantiscono per lo meno livelli di competenza professionale ed etica incomparabili con quelli degli ospedali psichiatrici del 1978»⁵⁸³. In tale multi-professionalità sono comprese le figure sanitarie dello psichiatra e dell'infermiere, con ruoli molto diversi rispetto a quelli ricoperti nel manicomio. Lo psichiatra non è più il detentore del potere totale come nel manicomio: si occupa della gestione clinica e farmacologica dei pazienti, ma in molte strutture, come quelle di protezione non alta, non coordina l'*équipe* professionale e non è presente nel servizio per un alto numero di ore. Gli infermieri, come si specificherà meglio tra breve, ricoprono ora un ruolo molto più vicino al percorso riabilitativo degli utenti rispetto al ruolo contenitivo e custodialistico ricoperto in precedenza.

Inoltre, fortemente presenti nei percorsi riabilitativi sono attualmente le figure degli Educatori Professionali (provenienti dal corso di laurea della Facoltà di Medicina e Chirurgia, L/SNT 2, precedentemente descritto), figure fondamentali nella progettazione di progetti educativi e di riabilitazione per gli utenti, così come i nuovi profili denominati Terapisti della Riabilitazione Psichiatrica, laurea sanitaria di tre anni centrata sulle capacità riabilitative specifiche del settore psichiatrico.

Gli psicologi sono chiamati in causa nei Dipartimenti di Salute Mentale per accompagnare il lavoro psichiatrico, così come gli Assistenti Sociali per seguire la parte sociale del percorso riabilitativo degli utenti.

Tale poliedricità professionale porta con sé anche alcune criticità di gestione, ricordate da Cinzia Migani: «La scarsa valorizzazione di alcuni gruppi professionali (vedi, per esempio,

⁵⁸³ A. Fioritti, Riportare i servizi di salute mentale a contatto con le sfide dell'oggi. Oltre le volontà restaurative e sentimenti nostalgici, in *Animazione sociale*, Dicembre 2009, anno 39, nr. 238 (seconda serie), p. 52.

infermieri, educatori e assistenti sociali, psicologi) o, al contrario, la smisurata valorizzazione di altri; la difficoltà a riconoscere le competenze professionali di alcune figure professionali»⁵⁸⁴, difficoltà queste legate anche a quello che Micheli chiama «La perdita di un baricentro nel circuito di gestione della cura»⁵⁸⁵. Per superare realmente il sistema monopolizzante del manicomio è necessario ridefinirlo, attraverso la perdita dell'istituzione che per secoli era stata il principio basilare della gestione psichiatrica.

5.6.3 Ridefinizioni di ruoli e azioni delle professioni infermieristiche

Il mutamento nelle forme istituzionali di assistenza ha obbligato le professioni operanti nel settore a una importante ridefinizione del proprio agire, anche in seguito all'instaurarsi di gruppi inter-professionali di lavoro, come si è visto. Il caso dell'infermiere psichiatrico, in questo senso, ha subito una radicale ridefinizione; il suo ruolo nel contesto manicomiale, era, infatti, quello di “custodire”, anche fisicamente, i malati: «Compito fondamentale degli infermieri era sorvegliare e assistere i malati, vigilare attentamente affinché questi non “nuocciano a sé o agli altri”, provvedere ai loro bisogni e tenerli impegnati in occupazioni ritenute idonee (art. 34 legge del 1904)»⁵⁸⁶. Tale ruolo viene a decadere nella nuova proposta di gestione della malattia mentale; già nel 1984 viene condotta una prima indagine sugli infermieri psichiatrici, che evidenzia notevoli modifiche nel loro lavoro:

«L'assistenza psichiatrica consiste prevalentemente ora nella terapia farmacologica, la cui distribuzione rientra in quelle mansioni abituali della giornata dell'infermiere come la distribuzione del pasto o le pulizie. Se, terminate queste attività rimane del tempo, gli infermieri svolgono un lavoro più di tipo terapeutico, in cui viene privilegiato il rapporto diretto con il paziente attraverso una maggior disponibilità nei suoi confronti e un tentativo di coinvolgerli in lacune attività»⁵⁸⁷.

Con il passare degli anni, e con l'instaurarsi di un modello sempre più territoriale e multi-professionale dell'assistenza psichiatrica, il ruolo dell'infermiere, sempre previsto dalla normativa, si costruisce in maniera specifica rispetto alla tradizionale professione infermieristica ospedaliera. L'infermiere operante nel campo della salute mentale sarà sempre più un professionista, con competenze sanitarie, integrate però sul piano relazionale, sociale

⁵⁸⁴ C. Migani, Il ruolo degli operatori della salute mentale, in *Prospettive Sociali e Sanitarie*, n. 21/2006, p. 5.

⁵⁸⁵ G. A. Micheli, *op. cit.*, p. 61.

⁵⁸⁶ B. Zani, M., Ravenna & M. A. Nicoli, *Da custodi dei matti a operatori di salute mentale. Un'indagine sugli infermieri psichiatrici*, Franco Angeli, Milano, 1984, p. 29.

⁵⁸⁷ Ivi, p. 110.

dell'azione terapeutica, guidato da quella che, già nell'indagine del 1984 viene definita come capacità di «“inventarsi” il lavoro, giorno dopo giorno»⁵⁸⁸. Indagini e articoli più recenti continuano a evidenziare caratteristiche di innovazione e ripensamento nel ruolo professionale infermieristico nella salute mentale, soprattutto al di fuori dell'istituzione ospedaliera, configurandolo come un profilo fortemente da riprogettare in seguito agli importanti mutamenti avvenuti nel settore⁵⁸⁹.

Il cambiamento del ruolo dei professionisti nel settore della salute mentale, come nel caso degli infermieri appena descritto, è, quindi, un aspetto evidente nel cercare di tratteggiare un primo bilancio dopo trent'anni dall'approvazione della Legge 180.

5.6.4 Il settore della salute mentale all'interno dell'attuale gestione aziendalistica della Sanità

Infine, proponendo un sintetico bilancio in seguito alla Legge 180, va notato che la progressiva gestione della Sanità in maniera aziendalistica e appaltata anche a servizi afferenti al cosiddetto “terzo settore” del privato sociale, ha creato una maggiore negoziazione tra l'offerta di servizi e il malato, ora più libero, con la sua domanda di cura. Questo sicuramente produce una maggiore complessità nel panorama dell'assistenza. Se la maggiore libertà ha comportato una serie inestimabile di benefici tra gli utenti, conduce però anche a tale poliedricità nel mercato dell'offerta che può condurre alla difficoltà più elevata nella costruzione di un percorso di cura unitario, come ricorda Micheli:

«Conseguenza non di poco conto della policentricità della rete e dell'assenza di un baricentro regolatore del circuito è che la (relativamente) scarsa differenziazione del prodotto tende a spingere le agenzie a diversificare la propria offerta, e a ritagliarsi segmenti di mercato, specializzando la propria risposta a differenti tipologie di bisogni: l'acuto e il cronico, il curabile, il riabilitabile e il non curabile. C'è chi ha sottolineato il rischio di perdere per strada uno dei principi forti della nuova psichiatria, e non solo di quella di settore: il principio della continuità terapeutica»⁵⁹⁰.

All'interno della poliedricità della nuova rete di servizi creatasi successivamente al 1978, il ruolo del mondo sanitario, in virtù dell'egemonia che ha avuto in passato nel settore, rimane

⁵⁸⁸ Ivi, p. 177.

⁵⁸⁹ Cfr. A. Farmakas, E. Papastavrou, O. Siskou, G. Karayiannis & M. Theodorou, *Challenges in mental health nursing: working in institutional or community settings?*, Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 2014, 21, 39–45.

⁵⁹⁰ G. A. Micheli, *op. cit.*, p. 64.

comunque presente e forte. Anche a causa del passaggio brusco da quello che abbiamo definito come il forte baricentro sull'area medica prima della Legge 180 a un sistema gestito da plurimi attori professionali, si può notare nel settore psichiatrico una tendenza sempre possibile ad orientarsi verso orizzonti di medicalizzazione che, in un certo senso, possono dare la sensazione di una tutela sanitaria, terapeutica e di custodia sociale.

È quanto notano Giovanna Del Giudice, Angelo Fioritti, Franco Rotelli e Giuseppe Saccottelli in un articolato inserto apparso sulla rivista *Animazione Sociale* nel dicembre del 2009: «L'approccio alla sofferenza mentale corre oggi il rischio di essere sempre più medicalizzante. È un rischio figlio dello “spirito del tempo”, che tende a enfatizzare le basi biologiche del disagio e ad allargare la definizione di “malattia mentale” a forme di sofferenza che in realtà derivano dalle condizioni di vita delle persone»⁵⁹¹. Tale tendenza, come sottolineato, è legata al cambiamento del clima sociale, politico e culturale rispetto agli anni in cui si è costruita la Legge 180. Quanto è stato creato allora, in uno scenario culturale differente, deve oggi essere re-interpretato:

«Un tempo c'era una forte spinta politica e valoriale a prendersi cura delle persone sofferenti psichiche. Si riusciva a stare con la loro sofferenza, a incontrarla. C'era un'atmosfera sociale che teneva in vita la motivazione a incontrare persone con storie di vita segnate dall'esperienza manicomiale. Oggi che quella tendenza non c'è più, diventa importante riaprire la ricerca di senso del lavoro di cura nella salute mentale»⁵⁹².

A tal proposito, anche Dell'Acqua ricorda la possibilità, talvolta messa in atto, del ritorno di una certa cultura psichiatrica caratterizzata da distanza, oggettivazione, induzione di cronicità, caratteristiche queste che appartengono a una cultura pervasiva della medicina, in cui si corre il rischio di non riuscire a mettere tra parentesi la malattia per incontrare la persona⁵⁹³.

In questo senso, dunque, la rete dei servizi per la salute mentale necessita ancora di un ripensamento rispetto ai suoi principi orientativi, facendo i conti con il clima sociale e culturale attuale, con la nuova tipologia di utenza, con la cronicità delle malattie mentali che

⁵⁹¹ G. Del Giudice, A. Fioritti, F. Rotelli & G. Saccottelli, (a cura di), I servizi di salute mentale come laboratorio, in *Animazione Sociale*, Dicembre 2009, anno 39, nr. 238 (seconda serie), p. 31.

⁵⁹² G. Saccottelli, I servizi di salute mentale oltre la logica dell'ambulatorio. Note a partire da un seminario tra operatori della salute mentale, in *Animazione Sociale*, Dicembre 2009, anno 39, nr. 238 (seconda serie), p. 60.

⁵⁹³ Si fa riferimento all'intervento effettuato dal Prof. G. Dell'Acqua nel corso della Giornata di Studio “L'esperienza di cura educativa in Salute Mentale”, svoltosi in data 02/04/2014 presso l'Università degli Studi di Milano-Bicocca.

interrogano oggi la psichiatria, concependo i servizi di tale settore in un'ottica laboratoriale dove poter creare continue esperienze di ricerca da interrogare e valutare.

5.7 Il legame possibile tra psichiatria e pedagogia

Il tentativo del paragrafo di argomentare la possibilità di una forte correlazione tra le due discipline psichiatrica e pedagogica, si iscrive all'interno del più ampio legame tra medicina e pedagogia, già trattato in precedenza. Il settore psichiatrico è parso, infatti, essere una parte della medicina per certi versi privilegiata per esplorare l'incontro tra sapere medico e pedagogico nella pratica professionale quotidiana: si cercherà, dunque, di descrivere nel corso del paragrafo gli aspetti e gli elementi che possono rendere particolarmente significativo e interessante un accostamento tra la disciplina psichiatrica e quella pedagogica.

Avendo esplicitato precedentemente la nozione di Salute Mentale come più ampia e complessiva rispetto alla disciplina psichiatrica, che risulta in essa compresa, sottolineiamo che questo paragrafo è costruito intenzionalmente intorno alla ricerca di nessi tra psichiatria e pedagogia, in quanto la traiettoria di ricerca mira a studiare l'incontro tra i saperi dei professionisti dell'area medica e pedagogica. In questo senso, dunque, si farà ora riferimento alla psichiatria intesa come settore specifico della medicina.

5.7.1 La necessità di uno sguardo interdisciplinare

In primo luogo si richiama alla mente del lettore il legame forte con il mondo sociale che la gestione della malattia mentale porta da sempre con sé. Tali patologie, infatti, si è visto come abbiano sempre coinvolto una pluralità di attori e saperi. Le opere di Foucault, ampiamente citate in questa tesi, evidenziano la forte componente del controllo sociale che ha caratterizzato la gestione della malattia mentale, con il coinvolgimento delle professioni poliziesche e giuridiche. Inoltre, il mondo sociale, familiare, culturale, la formazione stessa dell'individuo sono parte attiva nell'insorgenza e nel decorso delle sofferenze psichiche, creando uno strettissimo nesso tra componente fisica e componente sociale di quanto riguarda la psichiatria. Come scrive Lisa Brambilla,

«la dimensione socio-ambientale e relazionale della salute mentale ricoprono infatti il ruolo di *complice* dell'insorgenza psichiatrica o di suo *alleviatore*. Il contesto abitato e di formazione, le relazioni che interessano il nucleo familiare e la cultura o il “clima educativo” che si sono “respirati” costituiscono i termini di *rischio* e *risorsa* entro cui il

sintomo psichiatrico erode i confini epidermici del paziente per gettare luce sul contesto più ampio, sia in termini di diagnosi che di cura, in cui era ed è inserita la persona»⁵⁹⁴.

La necessità di considerare elementi quali il contesto di vita, la storia di formazione, le relazioni in essa presenti come aspetti importanti per comprendere e prendersi cura della malattia mentale di un soggetto, chiama fortemente in causa la disciplina pedagogica nel settore psichiatrico; il sapere pedagogico, dunque, è parte integrante della conoscenza da mettere in atto per impostare un processo terapeutico in psichiatria, soprattutto nel contesto attuale in cui, concentrandosi sul carattere riabilitativo dei servizi della salute mentale, l'accento è posto in modo particolare sul tentativo di portare i soggetti all'obiettivo formativo di vivere la loro vita nella maniera più autonoma e libera possibile:

«La *psichiatria* che ha saputo rideclinarsi entro il concetto di salute mentale e la *pedagogia sociale* sembrano dunque incontrarsi laddove viene riconosciuto, nella trama che lega individuo e società, un nesso ricorsivo fondamentale, e la concomitante necessità di costruire quelle garanzie atte a sostenere e implementare la *formazione* di un soggetto che, nel tempo, nello spazio e attraverso relazioni umane e sociali, possa contribuire alla definizione e al possesso della propria consapevolezza e della titolarità di sé, costruendo o ridefinendo i contorni della propria salute mentale e della sua peculiare identità»⁵⁹⁵.

Addentrando nella specificità delle due discipline, vi sono alcuni elementi che permettono di osservare il nesso tra le due discipline ancor più da vicino. Molte discipline, tra le scienze umane e non solo, si occupano dell'uomo, e si sono specializzate nel guardare a quest'ultimo da punti di vista diversi. La psicologia studia l'uomo come entità psichica, la sociologia studia l'uomo in società e così via. L'aspirazione della pedagogia è, invece, quella di collocarsi in una dimensione che investa l'uomo nella sua totalità e unità, studiandone la costituzione e progettandone la crescita in quanto uomo. L'oggetto della pedagogia, infatti, si identifica con la formazione dell'uomo nella sua integralità, con quella peculiarità descritta da Rita Fadda, che la porta a «interrogarsi criticamente su come i soggetti “diventano ciò che sono”, su come si costituiscono in quanto soggetti umani assumendo una determinata *forma* e su come sia possibile intervenire su questo processo *globale* [...] suscitando e promuovendo ma anche

⁵⁹⁴ L. Brambilla & C. Palmieri, *Educare leggermente. Esperienze di residenzialità territoriale in salute mentale*, Franco Angeli, Milano, 2010, p. 24.

⁵⁹⁵ Ivi, p. 27.

orientando e correggendo, intervenendo intenzionalmente su un percorso di sviluppo, di crescita»⁵⁹⁶.

La psichiatria ha chiaramente un oggetto e un campo d'azione diversi dalla pedagogia, in quanto si occupa delle patologie e dei disagi psichici dell'uomo, ma essa è comunque costretta, come scrive Fadda, a «riproporsi lo stesso problema generale del come il soggetto si forma e delle modalità del suo costituirsi come soggetto nella totalità delle sue dimensioni, comprese quelle che maggiormente sfuggono all'analisi oggettivante e scientifica, come la sfera affettiva, emozionale, patica, esistenziale»⁵⁹⁷.

Seguendo il pensiero di Fadda, rimane ferma e centrale la funzione di stimolo che la pedagogia può esercitare sulla psichiatria, «ricordando a quest'ultima l'ineliminabilità delle sue implicanze educative, con tutto ciò che questo comporta sul piano dell'impegno e delle responsabilità morali che non è detto debbano entrare in conflitto con il principio dell'eliminazione della sofferenza»⁵⁹⁸.

5.7.2 La vicinanza alla filosofia

Karl Jaspers, in *Il medico nell'età della tecnica*, offre interessanti spunti utili per illuminare il possibile legame tra psichiatria e pedagogia. L'autore sottolinea che il limite della conoscenza della natura corporea si presenta quando si annuncia la realtà di un'interiorità, che entra in comunicazione con altre nature razionali. Si riferisce in questo senso a elementi diversi rispetto alla terapia tecnica e alla cura biologica, tipiche della pratica medica, citando esplicitamente l'educazione e l'auto-educazione. Ribadisce che «Il medico deve sapere dove sa e agisce in conformità con le scienze naturali e dove accede a quest'altro ambito: lo spazio del senso che può esser compreso, scambiato fra gli uomini e da esso inteso»⁵⁹⁹.

Jaspers introduce a questo riguardo l'esempio della psichiatria: «La medicina scientifica vede che l'uomo non è solo un animale, bensì un essere razionale e che anche come essere razionale pare potersi ammalare, ossia che l'uomo soffre di malattie mentali. Alla fine del XVIII secolo la psichiatria fu accolta nella cerchia delle discipline medico-scientifiche. Ma rimase una disciplina strana».⁶⁰⁰

⁵⁹⁶ R. Fadda, *La cura, la forma, il rischio. Percorsi di psichiatria e pedagogia critica*, Unicopli, Milano, 1997, p. 269.

⁵⁹⁷ Ivi, p. 271.

⁵⁹⁸ Ivi, p. 276.

⁵⁹⁹ K. Jaspers, *Il medico nell'età della tecnica*, Cortina, Milano, 1991, p. 54.

⁶⁰⁰ *Ibidem*.

Il carattere che secondo Jaspers determina la “stranezza scientifica” della psichiatria è che «essa rientra tanto nelle scienze dello spirito, quanto in quelle naturali»⁶⁰¹. Inizialmente la psichiatria scientifica ritenne decisivo e sufficiente per la conoscenza e il trattamento delle malattie mentali lo studio del cervello e del corpo nel suo complesso, ma Jaspers sottolinea che la maggior parte dei processi psicopatologici è rimasta finora inaccessibile per tale via.

Decisivo fu capire che, nella psichiatria, oltre alla conoscenza scientifica, vi è un modo di vedere che si affida alla comprensione: «Con la ricerca nel senso delle scienze naturali si compiono dei progressi, con gli strumenti del comprendere si dischiude invece un mondo di contenuti di senso, dove non si hanno progressi come nella scienza, bensì un variare del livello della formazione personale»⁶⁰².

Seguendo il pensiero di Jaspers appare evidente che il pensiero pedagogico, relativo alla formazione, all’educazione dell’uomo, può essere di stimolo e supporto a quella parte specifica e particolare della medicina che si occupa delle malattie psichiche.

La consapevolezza dell’importanza del concetto di “comprensione” all’interno dell’orizzonte della cura psichiatrica permette di sottolinearne un ulteriore elemento di vicinanza con la disciplina pedagogica. La corrente, a cui anche Jaspers si riferisce, che fonda la psichiatria come disciplina interessata al senso e al significato della patologia e dei suoi sintomi ha un riferimento essenziale nella filosofia. In questo senso, ricordiamo il legame intrinseco e fondativo della pedagogia con la filosofia, a cui è stato dedicato un intero paragrafo all’inizio di questo scritto. La possibilità di una vicinanza con la disciplina filosofica pone entrambi i sapere su un piano di riflessività, di interrogazione dell’esperienza, del proprio statuto scientifico e del proprio operato orientato in termini di comprensione dell’uomo. Scrive a riguardo Ludwig Binswanger, filosofo di cui già si è scritto: «Il fondamento e il terreno su cui la psichiatria come *scienza* autonoma può radicarsi non è né l’anatomia e la fisiologia del cervello, né la biologia, né la psicologia, la caratteriologia e tipologia in genere, né ancora la scienza della “persona”, ma *l’uomo*»⁶⁰³.

Anche Sigmund Freud, nella rivoluzione apportata dalla psicanalisi e già ricordata aveva posto attenzione sulla componente ermeneutica in campo psichiatrico, come ricorda lo stesso Binswanger: «Freud ha fondato per la prima volta l’ “operazione ermeneutica” sull’esperienza, in quanto ciò che egli chiama interpretare non contiene solo atti di

⁶⁰¹ *Ibidem*.

⁶⁰² Ivi, p. 55.

⁶⁰³ L. Binswanger, *La psichiatria come scienza dell’uomo*, tr. it. B. M. D’Ippolito, Mimesis, Milano, 2013, p. 37.

esperienza»⁶⁰⁴. Nel contributo di Binswanger, però, così come nella successiva corrente che ne deriva, è molto più marcato l'aspetto sulla necessità di una contaminazione della psichiatria con la disciplina filosofica, per assumere consapevolmente un modo di procedere orientato alla riflessività e all'apertura interdisciplinare che la gestione della malattia mentale richiede. Rispetto al periodo storico in cui si sviluppa, tale impostazione apre ad un raccordo inter-disciplinare tra la disciplina medica psichiatrica e, ad esempio, la pedagogia, orientata alla formazione globale ed esistenziale dell'individuo: «Ma se v'è una scienza che, per la configurazione polimorfa dei suoi campi oggettuali e per la varietà dei metodi che la caratterizza, *deve* prender coscienza dei *presupposti* filosofico-trascendentali o apriorici ed esserne edotta – di là dai suoi fondamenti ontici o empirici – questa è la psichiatria»⁶⁰⁵. In questo senso, dunque, una psichiatria fondata su una forte interrelazione con un sapere filosofico, permette di intravedere un processo di cura globale su un'esistenza umana complessa, in cui la cura di una patologia mentale non può che fare i conti anche con l'esigenza di orientarla a un processo formativo che la accompagni nello sviluppo del suo più proprio *poter essere*, compito questo, che risulta essere fondante della disciplina pedagogica. Anche l'importante opera di Victor Frankl va nella direzione di proporre l'intrinseca necessità di un approccio integrato in psichiatria per giungere alla comprensione e alla cura dell'uomo, andando oltre il riduzionismo tra mente e corpo. Tale riduzionismo, infatti, seguendo le parole di Frankl, «riduce l'uomo né più né meno di un'intera dimensione, e cioè della dimensione umana, proiettando lo specifico umano dall'ambito dell'umano in una dimensione sub-umana. In una parola il riduzionismo è un sub-umanesimo»⁶⁰⁶. Seguendo tale pensiero, secondo Frankl non è possibile approcciare l'uomo, in nessuna disciplina, né con intento conoscitivo, né con intento terapeutico, se non si tiene presente e vivo un approccio integrato. Daniele Bruzzone, commentando il pensiero di Frankl, scrive infatti: «L'essere umano, in quanto unità e totalità, (*unitas multiplex*) bio-psico-noetica, può essere compreso, curato e formato soltanto attraverso un approccio integrato»⁶⁰⁷.

Proprio il ripensamento del concetto della disciplina psichiatrica in connessione con l'esistenza, con la storia di vita, come abbiamo già richiamato in precedenza, con l'essere complesso dell'uomo, consente una forte connessione tra il sapere psichiatrico e discipline quali la filosofia e la pedagogia, aprendo la possibilità per la costruzione dell'idea di “salute

⁶⁰⁴ Ivi, p. 67.

⁶⁰⁵ Ivi, pp. 44-45.

⁶⁰⁶ V. E. Frankl, *La vita come compito*, tr. it. Sei, Torino, 1997, p. 38.

⁶⁰⁷ D. Bruzzone, Victor E. Frankl e la ricerca di significato come intenzionamento del mondo, in A. Bobbio (a cura di), *Pedagogie dialogali e relazioni di aiuto. Teorie, azioni, esperienze*, Armando, Roma, 2012, p. 57.

mentale” come un concetto che vada oltre la caratterizzazione esclusivamente patologica su cui per secoli ha insistito la catalogazione psichiatrica della follia. In questo senso, dunque, un concetto di salute mentale inteso come benessere esistenziale permette in maniera molto ampia la connessione di questo con discipline quali la pedagogia e la filosofia, centrando l’attenzione sulla connessione tra il disordine mentale e la storia di vita e formazione, considerando le implicazioni esistenziali, formative, e non soltanto quelle patologiche, neurologiche e biologiche del disagio mentale.

5.7.3 Importanza del contributo pedagogico alla disciplina psichiatrica

In maniera ancor più profonda, Riccardo Massa, ripartendo dall’analisi delle opere foucaultiane tenute nel suo ultimo corso universitario nel 1999, evidenzia un legame generale tra la medicina, la morale e la psicologia, discipline tra cui si muovono sia la follia, sia l’articolazione del discorso pedagogico, che si configurerà, secondo il suo pensiero, come la vera archeologia dello sguardo psichiatrico. Massa afferma:

«La medicina, la morale e poi la psicologia – come scienza che si sviluppa a partire da una medicina dell’anima – hanno in comune un progetto sull’uomo. Quindi hanno un progetto pedagogico. Ciò che Foucault mette bene in luce è la profonda intenzione pedagogica delle scienze umane e della medicina stessa come scienza dell’uomo [...]. L’effetto di tutto questo progetto è la possibilità di istituire l’uomo come oggetto scientifico, ma io posso istituire me stesso come oggetto scientifico solo alienandomi, cioè oggettivandomi e dandomi una forma. Quindi la mia lettura della nascita delle scienze umane è quella di un’archeologia del sapere pedagogico»⁶⁰⁸.

Massa articola ulteriormente questo intreccio di nessi costitutivi in riferimento alla psichiatria. Seguendo, infatti, la lettura foucaultiana della genesi e della costituzione della psichiatria, appare chiaro come la follia chiami presto in causa sia un discorso legato alla morale e all’etica dei comportamenti, connessi anche al mondo sociale già richiamato, sia un discorso con pretese di scientificità legato al sapere psicologico. La stessa pedagogia si muove all’interno di tale dialetticità, costituendosi secondo Massa come la base, la riflessione di partenza di qualsiasi psichiatria che si assuma il compito di prendersi cura globalmente delle persone non solo negli aspetti fisici e biologici, ma in un’ottica multi-disciplinare orientata alla formazione globale della loro esistenza:

⁶⁰⁸ P. Barone, J. Orsenigo & C. Palmieri, *Riccardo Massa. Lezioni su L’esperienza della follia*, Franco Angeli, Milano, 2002, pp. 85-86.

«L'età classica declina l'esperienza della follia all'interno di una percezione morale [...]. Questa preoccupazione morale si prolungherà poi in una conoscenza psicologica. L'asse su cui ci muoviamo è dunque quello che collega la sensibilità morale al sapere psicologico: la follia sarà presa in questa trappola, tra una morale che pretende di darsi uno statuto scientifico e una scienza, la psichiatria, che in realtà è una morale camuffata. Il punto che ci interessa è che, se la follia è presa tra morale e psicologia, in questa trappola siamo presi anche noi come pedagogisti e come educatori, perché la pedagogia è precisamente quel discorso che si muove tra dimensione morale e dimensione psicologica. In questo senso la pedagogia si rivela come l'archeologia della psichiatria: archeologia che ha il merito di svelare la vera natura delle scienze umane»⁶⁰⁹.

Secondo il punto di vista di Massa, dunque, l'incontro con la disciplina pedagogica risulta fondante per una psichiatria che intenda prendersi cura dell'uomo e non della patologia: in questo senso, dunque, il legame tra pedagogia e psichiatria può essere letto come costitutivo per una certa idea di cura della sofferenza mentale, che consideri costitutivo uno sguardo pedagogico capace di abbracciare con il suo sguardo disciplinare tutta la storia esistenziale e di formazione, all'interno della quale si colloca anche la specifica patologia mentale. Inoltre, in riferimento alla specificità pedagogica circa la formazione dell'uomo, vi è da richiamare un importante ruolo che può essere svolto dalla pedagogia e dalle professioni educative rispetto alla sofferenza e alla patologia psichica, ossia quello preventivo. L'attenzione e la tematizzazione di questo aspetto è ben espressa da Maria Antonella Galanti nel testo *Sofferenza psichica e pedagogia*⁶¹⁰. Come si è già sottolineato, la malattia mentale ha sempre avuto una stretta relazione con il contesto storico, sociale, culturale: «Ogni epoca storica è considerata capace di esprimere, insieme ai modelli di normalità (al ventaglio di possibili modelli della normalità), anche quelli della patologia. Esiste in un certo qual modo un invisibile, inafferrabile decalogo dello stare male psichico, correlato alla cultura nella quale si è inseriti»⁶¹¹. A questo riguardo, menzionando i cambiamenti storici, sociali, culturali del Novecento, viene delineato il nesso che sussiste tra questi e la diffusione di diversi tipi di patologie mentali, la loro definizione, diagnosi e proposta di cura: «Abbiamo assistito, nel corso del XX secolo (con una particolare accelerazione soprattutto nella seconda metà di esso) a numerosi cambiamenti relativi alla maggiore diffusione di alcune patologie rispetto ad altre,

⁶⁰⁹ Ivi, pp. 62-63.

⁶¹⁰ Cfr. M. A. Galanti, *Sofferenza psichica e pedagogia. Educare all'ansia, alla fragilità e alla solitudine*, Carocci, Roma, 2007.

⁶¹¹ Ivi, p. 9.

ma anche al modo di definire la condizione stessa di malattia»⁶¹². In questo forte e costitutivo legame della sofferenza psichica con il tessuto sociale, culturale, con la storia di formazione, si situa il ruolo che la pedagogia è chiamata a svolgere in relazione con la patologia psichiatrica. Una riflessione della pedagogia sulle malattie mentali presenti e diffuse nell'attuale momento storico, infatti, risulta fondamentale per poter progettare e mettere in atto un'educazione capace di agire su quegli elementi sociali, culturali che favoriscono l'insorgere di tali patologie, trasformandoli in occasioni formative. In questo modo, la pedagogia verrebbe a ricoprire una fondamentale funzione di prevenzione rispetto alla possibile insorgenza di quelle sofferenze psichiche particolarmente legate ad aspetti sociali e culturali dell'attuale momento storico: «È infatti possibile lavorare, sia in via teorica che in via educativa e didattica, su quanto può costituire un elemento positivo teso a prevenire il verificarsi [...] di processi autodistruttivi, intessuti di sensi di morte. L'aspetto preventivo dovrebbe riguardare la capacità di attraversare affetti ineliminabili e ambivalenti, come la tristezza o il dolore, senza appiattirli in una dimensione soltanto negativa»⁶¹³.

In riferimento all'epoca contemporanea, seguendo questa linea di pensiero, la pedagogia è chiamata a formulare un pensiero e ipotesi di azione rispetto a temi quali l'ansia, la fragilità, la solitudine, l'identità, il conflitto, presenti e fortemente tematizzanti sia la società attuale, sia alcune delle patologie psichiatriche più diffuse. Scrive a questo proposito Galanti, relativamente all'esperienza di ansia:

«L'ansia fa parte della vita, e ciascuno di noi ha a che fare con essa [...]. È necessario imparare a convivere con un certo grado di ansia, non solo perché serve per attivarci e reagire efficacemente agli stimoli ambientali, ma anche perché questo affetto così temuto, se non eccessivo quantitativamente e qualitativamente, è alla base delle stesse esperienze creative [...]. Anche nel riuscire a separare l'ansia fisiologica, necessaria e talvolta persino benefica, dall'ansia distruttiva e patologica, risiede il compito preventivo della pedagogia»⁶¹⁴.

In questo senso, dunque, la pedagogia è chiamata in primo luogo a tematizzare l'esperienza dell'ansia, in riferimento alle rappresentazioni che la cultura attuale dà di esse, per poter progettare e mettere in atto azioni educative capaci di presentare e far vivere questa esperienza come occasione formativa, di accrescimento di potenzialità esistenziali:

⁶¹² Ivi, p. 10.

⁶¹³ Ivi, p. 12.

⁶¹⁴ Ivi, pp. 105-106 e 109.

«Ci siamo abituati, d'altra parte, a considerare l'ansia solo nella sua accezione negativa, di affetto che può coartare o ostacolare, anche pesantemente, la vita di relazione, introducendo il dubbio che rallenta la decisionalità efficiente e mina la sicurezza troppo facilmente esibita [...]. Attraversare i territori dell'ansia fisiologica ci renderebbe forti e più adeguati in termini di buona salute psichica [...]. Solo educando ad attraversare i territori della solitudine e dell'ansia si rende possibile la costruzione di un'identità forte, capace di relazioni adeguate e sicura rispetto a ogni possibile deriva patologica»⁶¹⁵.

Una pedagogia capace di riflettere sulle direzioni principali assunte dalla cultura e dalla società, identificandone gli aspetti di criticità, potenziali generatori di sofferenza psichica, si rivela, quindi, un essenziale contributo alla disciplina psichiatrica, sia nella prevenzione, sia nella comprensione, nella significazione e nella cura della malattia mentale.

Il nesso tra psichiatria e pedagogia, è, dunque, stato tratteggiato nel corso del paragrafo, confrontando a livello teorico ed epistemologico le due discipline. Questo legame verrà ulteriormente sviluppato tra breve seguendo diverse traiettorie: presentando, infatti, l'organizzazione delle politiche sociali italiane e, successivamente, lombarde, si cercherà di mostrare il legame tra psichiatria e pedagogia nella concreta gestione e organizzazione della rete di assistenza socio-sanitaria italiana e lombarda.

5.8 La costruzione dell'integrazione sociosanitaria nelle politiche sociali italiane

Il possibile legame tra psichiatria e pedagogia, evidenziato finora a livello teorico ed epistemologico, verrà ora esplorato, anche in relazione all'incontro tra i professionisti delle due discipline. In questo senso, gli ultimi due paragrafi del capitolo cercheranno di offrire un quadro relativo alla tematica dell'integrazione sociosanitaria nel contesto italiano, all'interno della quale si colloca anche il settore della salute mentale dove, come si vedrà, sono chiamati ad operare professionisti dell'area sanitaria, sociale ed educativa.

5.8.1 La legislazione italiana in materia di integrazione sociosanitaria

Con la Legge 833 del 1978 è stato istituito un sistema sanitario nazionale che puntava alla costituzione di un diritto per la cittadinanza alla tutela della salute, configurando tale compito come una competenza primariamente appartenente allo Stato, gestito in maniera locale

⁶¹⁵ Ivi, pp. 114-115.

attraverso l'Unità Sanitaria Locale (USL) che riuniva in sé diversi enti gestori settoriali di ambito sanitario e socio-sanitario (mutue, ospedali, uffici d'igiene, consultori) ed era "governata" direttamente dal Comune di appartenenza. Già attraverso la creazione di questa unità locale iniziava ad essere avanzata la proposta di una prima integrazione tra ambito sanitario e ambito sociale, implementata negli ordinamenti successivi, che cominciava a costruire la necessità di gruppi di lavoro pluri-professionali.

La legislazione che è seguita, infatti, si è diretta verso un progressivo protagonismo delle Regioni in materia sanitaria e sociale: col D.lgs 502 del 1992, ad esempio, la struttura sanitaria basata sulle USL, pensate come gli unici enti gestori dei servizi sanitari governati dai Comuni, è stata sostituita da quella dell'Azienda Sanitaria Locale, costruita come ente aziendale amministrativo della Regione dotato di elevata autonomia economica. A livello politico, dunque, si è assistito a un progressivo spostamento dalle funzioni statali in materia sanitaria e socio-sanitaria verso quelle regionali, ulteriormente sancito dal D.lgs 112 del 1998, come ben sottolinea Paolo Ferrario:

«Se osserviamo il sistema dei servizi sociosanitari in prospettiva storica, possiamo mettere in evidenza alcune tendenze generali:

- Crescente e progressivo *decentramento delle politiche sociali*, ai limiti della frammentazione decisionale e organizzativa;
- Rilevanti *mutamenti delle funzioni legislative* dello Stato e delle Regioni;
- *Forte differenziazione funzionale* tra Comuni, titolari delle competenze sociali, e ASL, titolari delle competenze sanitarie e sociosanitarie;
- *Importanza strategica delle connessioni interistituzionali*»⁶¹⁶.

Con la Legge 328 del 2000, *Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali*, il tema dell'integrazione socio-sanitaria è stato ulteriormente posto al centro dell'attenzione politica e legislativa⁶¹⁷: tale disegno di legge, infatti, è stato rivolto a regolare l'assistenza delle persone, basata su interventi sociali, assistenziali e socio-sanitari. Fondi nazionali sono stati destinati a questi scopi ed elargiti alla programmazione regionale. Infatti la riforma portata dalla Legge 328 ha istituito un sistema locale di servizi regolato da

⁶¹⁶ P. Ferrario, *Gli attori dell'integrazione sociosanitaria e la rete dei servizi*, in G. Bissolo & L. Fazzi (a cura di), *Costruire l'integrazione sociosanitaria. Attori, strumenti, metodi*, Carocci, Roma, 2007, p. 68.

⁶¹⁷ Relativamente alle modifiche apportate dalla Legge 328 del 2000, un riferimento importante è l'opera di Paolo Ferrario, rintracciabile nei seguenti contributi: P. Ferrario, *Dalla Legge 328/00 a oggi: riforma costituzionale e Piano nazionale dei servizi sociali*, in "Prospettive sociali e sanitarie", 3, 2002; P. Ferrario, *Dalla Legge 328/00 a oggi: gestione dei servizi sociali e accreditamento sociale*, in "Prospettive sociali e sanitarie", 6, 2002; P. Ferrario, *Dalla Legge 328/00 a oggi: integrazione sociosanitaria e distribuzione della spesa fra Comuni e ASL*, in "Prospettive sociali e sanitarie", 12, 2002.

una legislazione esclusiva regionale in cui i Comuni, che partecipano alla programmazione, risultano i diretti gestori. In questo senso, l'integrazione tra sociale e sanitario è stata indicata come un risultato da realizzarsi attraverso una sinergia tra enti locali, Regioni e Stato, ognuno nell'ambito delle proprie competenze in programmazione di interventi e gestione di risorse. In particolare, la Legge 328 ha puntato sul coinvolgimento per l'erogazione dei servizi di enti pubblici e privati. Questi ultimi devono essere autorizzati e accreditati (per essere parte della rete di fornitori di servizi dell'amministrazione pubblica), sulla base di requisiti definiti dalle Regioni sul riferimento dei requisiti minimi fissati dallo Stato. Sono poi i Comuni gli enti che hanno il compito effettivo di autorizzare e accreditare i soggetti privati che ne fanno richiesta. L'anno successivo, la Riforma del Titolo V della Costituzione del 18 ottobre 2001 si è mossa nella stessa direzione, definendo l'autonomia e i poteri di Regioni, Comuni, Province relativamente a certi aspetti, con potestà legislativa. In questo senso, lo Stato determina i livelli essenziali delle prestazioni relative a diritti sociali e civili da garantire su tutto il territorio nazionale e mantiene la possibilità esclusiva di legiferare nelle materie che richiedono unitarietà nazionale (politica estera, politiche migratorie, difesa, forze armate, sicurezza, moneta, cittadinanza, previdenza sociale, norme generali sull'istruzione). Su altri livelli, quali la tutela della salute, la legislazione avviene in maniera concorrente tra Stato e Regioni, garantendo una potestà regionale basata sulla definizione dei criteri minimi statali. Una legislazione solamente regionale è prevista in merito a ogni materia non espressamente riservata alla definizione statale: relativamente ai servizi sociali, ad esempio, le Regioni hanno potestà esclusiva.

5.8.2 Le prestazioni sociosanitarie

All'interno di tale complesso scenario legislativo e normativo, si è costruita dunque quella che viene definita come "integrazione sociosanitaria". Annamaria Perino descrive tale concetto con queste parole: «L'integrazione sociosanitaria può essere definita come sinergia di responsabilità nel coordinamento dei fattori produttivi e dei processi assistenziali tra servizi sanitari e sociali facenti capo a istituzioni pubbliche o private, nonché nella ripartizione dei costi a essi inerenti, al fine di rispondere in modo globale e unitario ai bisogni di salute della popolazione»⁶¹⁸. Le normative che si sono brevemente presentate evidenziano la tendenza a una progressiva e sempre maggior integrazione tra interventi sociali e sanitari, in un'ottica di cura globale, costruiti però su una complessa rete di enti responsabili e soggetti erogatori di

⁶¹⁸ A. Perino, *I livelli dell'integrazione sociosanitaria*, in G. Bissolo & L. Fazzi (a cura di), *op. cit.*, p. 78.

servizi. In particolare, due sono i soggetti fondamentali per la realizzazione dell'integrazione socio sanitaria: i Comuni, enti autonomi con competenza specifica nella programmazione e nella gestione dei servizi sociali, e le ASL, enti Regionali chiamati a gestire i servizi sanitari. L'articolazione delle prestazioni sociosanitarie è definita dal D.lgs 229/1999 e D. P. C. M. 14 febbraio 2001, suddividendole in tre ampie categorie:

- Le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale: sono di competenza delle ASL e riguardano le cure mediche e specialistiche per promuovere salute, prevenire e rimuovere esiti di malattie invalidanti, permettendo ai cittadini di partecipare alla vita sociale.
- Le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria: sono di competenza dei Comuni e a loro carico. Riguardano attività socio-assistenziali per supportare i cittadini con problemi che condizionano il loro stato di salute.
- Le prestazioni sociosanitarie a elevata integrazione sociosanitaria: di pertinenza delle ASL, sono attuate in risposta a bisogni complessi, che rientrano nei livelli essenziali di assistenza definiti dallo Stato. Rientrano in tale categoria, ad esempio, la riabilitazione di malati psichici, tematica di cui si occuperà il progetto di ricerca che esporremo⁶¹⁹.

Per realizzare queste prestazioni, costituite sia da elementi sociali sia da elementi sanitari, è evidente come sia necessaria un'elevata integrazione a diversi livelli. Innanzitutto sul piano istituzionale, per costruire una rete tra servizi sociali e sanitari, enti differenti quali ASL e amministrazioni comunali, direttamente chiamati in causa nella gestione di tali aree. In questo senso, il D. Lgs 229/1999 ha normato la composizione di due organi appositamente pensati per gestire e organizzare l'integrazione sociosanitaria; il primo di questi è la Conferenza permanente per la programmazione sociale e sanitaria, che «è composta dai sindaci [...], dai rappresentanti delle associazioni regionali delle autonomie locali e dai membri stabiliti dalle leggi regionali»⁶²⁰. La suddetta Conferenza verifica il piano attuativo locale attraverso cui l'ASL fissa la programmazione sociosanitaria e monitora il Piano sanitario regionale che fissa obiettivi di salute e criteri per il funzionamento dei servizi.

Vi è poi, a livello istituzionale, un Comitato di distretto, «organo politico, con competenza sociale diretta e competenza sanitaria indiretta, che svolge funzioni di proposta e di verifica della gestione a livello distrettuale. È composto dai sindaci e/o dagli assessori dei Comuni del distretto»⁶²¹. Gli strumenti operativi che caratterizzano questo piano di integrazione sono il

⁶¹⁹ Cfr. A. Perino, in G. Bissolo & L. Fazzi, op. cit., pp. 80-81.

⁶²⁰ Ivi, pp. 82-83.

⁶²¹ Ivi, p. 83.

Piano di zona triennale, attraverso cui, sul piano dei servizi sociali i Comuni gestiscono tale area, in attuazione del piano regionale, e il programma delle attività territoriali che determina le attività, l'organizzazione dei servizi e la determinazione delle risorse per l'integrazione sociosanitaria.

La sinergia istituzionale necessaria per la gestione del settore sociosanitario richiama immediatamente un altro livello di integrazione, ossia quello relativo alle gestione, organizzativa, progettuale e operativa del sistema di servizi. In questo senso è il Comitato di distretto, precedentemente nominato, ad essere il primo protagonista, conoscendo i bisogni della popolazione. In tale area gestionale, le principali traiettorie di azione da mettere in atto riguardano una buona organizzazione dell'intero distretto, per progettare ed offrire servizi che, a loro volta, dovranno sempre più essere caratterizzati da un'elevata multidisciplinarietà.

5.9 L'incontro tra professioni diverse nei contesti sanitari e sociosanitari

Quanto definito dall'andamento delle politiche sociali italiane relativamente all'organizzazione dell'area sociosanitaria, come appena descritto, porta sempre più verso un'elevata integrazione tra le due aree di intervento, creando i presupposti per l'articolazione di gruppi di lavoro sempre più multi-professionali impegnati nella gestione dei servizi di tali settori. In questo senso, come scrive Perino, «l'integrazione professionale fa riferimento al rapporto tra operatori sanitari, sociali e socioassistenziali e si basa su conoscenza e fiducia reciproche, sul rispetto delle diverse opinioni, sulla consapevolezza che per realizzare l'integrazione tra servizi sociali e sanitari è necessario il lavoro congiunto degli operatori dei due settori»⁶²².

5.9.1 Riflessioni sulla direzione intrapresa per realizzare l'integrazione sociosanitaria

È, dunque, all'interno dell'andamento delle politiche sociali italiane appena descritto che viene a costituirsi un laboratorio sperimentale di creazione di gruppi di lavoro inter-professionali tra settore sanitario e settore sociale ed educativo. L'integrazione tra queste aree, fortemente proposta a partire dalla fine degli anni Settanta, è andata costruendosi sempre più verso logiche e modelli del mondo sanitario, con l'attuale connotazione aziendale che il settore sta assumendo. In questo senso, nota Roberto Franchini: «Il quadro generale dei servizi alla persona in Italia si articola in due distinte macroaree, il servizio sociale e quello

⁶²² Ivi, p. 85.

sanitario, variamente definitesi all'interno di un rapporto dialettico che, per ora, pare giovare solo al secondo, tradizionalmente più forte, sulla base di un ritaglio in definitiva semplice del suo oggetto e del prestigio più consolidato delle professioni che in vario modo lo esercitano»⁶²³. Seguendo questa direzione di pensiero, l'integrazione sociosanitaria appare realizzata principalmente sul modello del mondo sanitario, delineando l'ipotesi di una maggiore considerazione di quanto proviene dai professionisti di aree considerate scientificamente più affermate e consolidate, quali quella medica. Tali concezioni fanno diretto riferimento alla costruzione epistemologica del sapere occidentale, descritta nei capitoli di apertura, che trova concreto e diretto riscontro nel caso pratico dell'incontro tra tali tipi di professioni nell'area sociosanitaria. Come scrive Franchini, infatti,

«l'introduzione dei meccanismi tipici del welfare ha agevolato tuttavia l'affermarsi del modello medico nella organizzazione e nel funzionamento istituzionale dei servizi, in sostituzione del precedente modello educativo, fondato sui valori morali e religiosi del secolo precedente. In ragione delle esigenze di standardizzazione dei livelli di salute che costituiscono l'essenza dello stato del benessere è invalso un paradigma di origine scientifico-medica prima di tutto e psicologica in subordine, centrato sul noto scandirsi del processo di diagnosi e conseguente trattamento»⁶²⁴.

Ciò introduce ad alcune riflessioni. Innanzitutto il focus presente alla fine degli anni Settanta sulle dimensioni sociali ed educative come costitutive di un'area di servizi definibile come sociosanitaria viene sempre più spostato verso il concetto di "riabilitazione", intendendolo come un'azione volta a riportare il soggetto alle condizioni di salute del corpo con il miglior recupero possibile dell'efficienza senso-motoria e mentale. L'obiettivo del lavoro dei professionisti sociali ed educativi presenti nei servizi socio-sanitari viene, così, sempre più spostato verso la medicalizzazione e la patologia: non si parla di percorsi educativi, quanto di percorsi "riabilitativi", ossia volti al superamento di una condizione patologica e delle conseguenze fisiche e comportamentali ad essa connesse. L'attenzione a un lavoro educativo inteso come formazione esistenziale dell'individuo sembra non interessare l'attuale organizzazione e gestione dei servizi dell'area socio-sanitaria.

All'interno di tale orizzonte, dunque, pare rilevante sottolineare un altro elemento che caratterizza l'interprofessionalità attuale che abita i servizi, ossia i tipi di professionisti che

⁶²³ R. Franchini, *Costruire la comunità-che-cura. Pedagogia e didattica nei servizi di aiuto alla persona*, Franco Angeli, Milano, 2001, p. 29.

⁶²⁴ Ivi, p. 30.

sono ora chiamati a prestare servizio in essi. Se nel corso degli Anni Settanta, agli inizi dell'integrazione tra sociale e sanitario, la figura dell'educatore professionale era la sola professione del mondo sociale ad abitare i contesti sanitari, ora assistiamo a un proliferare di diversi titoli professionali previsti per l'area del settore sociosanitario. La figura dell'educatore professionale, riconosciuta agli inizi in servizi quali quelli per le tossicodipendenze, assommava in sé le azioni di assistenza e supporto ai bisogni primari quali igiene personale, abbigliamento, alimentazione, e la progettualità educativa. Il titolo professionale era allora rilasciato da scuole regionali; in seguito, il differenziamento professionale nel settore sociosanitario si è fatto sempre più elevato, con un focus specifico sulle caratteristiche sanitarie delle professioni. Basti ricordare, a questo proposito che il titolo di educatore professionale oggi previsto per accedere a un lavoro nell'area sociosanitaria è esclusivamente quello rilasciato dal Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia, come già evidenziato, creando uno specifico canale formativo sanitario per tale professione, rispetto all'educatore formato dal Corso di Laurea in Scienze dell'Educazione. Ciò può condurre ad un possibile rischio di medicalizzazione per i servizi sociosanitari, dal momento che i professionisti in essi presenti provengono per lo più, secondo le vigenti normative, da percorsi formativi dell'area sanitaria. In questo senso viene a perdersi la caratteristica di formazione pedagogica quale elemento unificante e caratterizzante le figure professionali educative. Duccio Demetrio proponeva, ad esempio, il titolo di operatore pedagogico, quale «meta-definizione, in grado di accreditare il livello di professionalità e l'origine formativa comune a diverse figure d'ambito»⁶²⁵. Sulla stessa scia di pensiero, all'interno del dibattito sulla figura professionale dell'educatore, Bertolini definisce la «competenza pedagogica»⁶²⁶ quale caratteristica fondamentale dell'operatore pedagogico, inteso come figura professionale specifica in grado di costruire azioni educative intenzionalmente fondate, in riferimento «a quell'insieme di orientamenti operativi e di vere e proprie capacità conoscitive e pratiche che egli deve saper seguire o possedere nel momento in cui imposta il proprio lavoro e che lo distinguono da ogni altro operatore o professionista»⁶²⁷.

5.9.2 I gruppi di lavoro multi-professionali in area sociosanitaria: composizione ed elementi di complessità

⁶²⁵ D. Demetrio, *Educatori di professione. Pedagogia e didattiche del cambiamento nei servizi extra-scolastici*, La Nuova Italia, Firenze, 1990, p. 12.

⁶²⁶ P. Bertolini, *op. cit.*, 1999, p. 307.

⁶²⁷ *Ibidem*.

La costruzione dei gruppi di lavoro in area sociosanitaria si è orientata verso la differenziazione dei profili professionali, per lo più provenienti dal mondo formativo sanitario, volta a garantire un'elevata specializzazione in risposta ai bisogni della persona, ma creando, al contempo, una forte frammentazione delle competenze e delle specifiche professionali. Scrivendo con particolare riferimento ai servizi socio-sanitari che si occupano di dipendenze, Ivo Lizzola ben sottolinea questi aspetti: «Il pluriverso di prospettive e di paradigmi compresenti (e non necessariamente in contrasto tra loro) nelle Unità d'offerta, si presenta come interessante luogo di ricerca. Negli anni, a volte con elementi di frammentarietà, pare si siano prodotte storie di “comunità professionali” dei saperi poliedrici»⁶²⁸.

Seguendo ora l'analisi offerta da Franchini, possono essere individuate le seguenti principali figure professionali presenti nei servizi sociosanitari, in aggiunta a quelle tradizionalmente sanitarie quali medici, infermieri e fisioterapisti:

- L'operatore sociosanitario (OSS): formato da specifiche scuole regionali, è principalmente addetto alla cura dei bisogni primari degli ospiti.
- L'assistente sociale: formato dal Corso di Laurea in Servizio Sociale, è una figura professionale proveniente da un percorso formativo totalmente separato dal mondo sanitario. Si occupa della regia relativa alle attività di assistenza e protezione degli utenti.
- L'educatore professionale: formato dal Corso di Laurea di Medicina e Chirurgia, è la professione specificamente rivolta al progetto educativo/riabilitativo per ogni ospite.
- Il pedagogo: formato dai Corsi di Laurea Magistrale in Scienze Pedagogiche, dovrebbe essere il regista, a un secondo livello, della progettualità educativa messa in atto dagli educatori.
- Il Terapista occupazionale: prevede un percorso universitario triennale, gestito dalla Facoltà di Medicina e Chirurgia, per un professionista che si occupa di prevenzione, cura e riabilitazione di soggetti affetti da malattie fisiche e psichiche, disabilità, utilizzando abilità espressive, manuali, ludiche, appartenenti alla vita quotidiana.
- Tecnico della riabilitazione psichiatrica e psicosociale: è un operatore definito come sanitario, in possesso di un titolo di laurea triennale, che opera all'interno di un progetto terapeutico con interventi riabilitativi ed educativi per soggetti con patologie psichiche⁶²⁹.

⁶²⁸ I. Lizzola, *Interagire nelle dipendenze: un percorso di ricerca e formazione*, in I. Lizzola (a cura di), *Interagire nelle dipendenze. Un percorso di ricerca e formazione*, Unicopli, Milano, 2005, p. 42.

⁶²⁹ Cfr. R. Franchini, *op. cit.*, pp 58-82.

I gruppi di lavoro dell'area sociosanitaria sono dunque chiamati a costruire un lavoro di *équipe* multi-disciplinare e largamente composito, basato sull'obiettivo di fondo di costruire i servizi come «luoghi in cui confluiscono, s'incontrano, dialogano molteplici saperi impegnati attorno a un bisogno di cura e sostegno»⁶³⁰.

Elliot Freidson, scrivendo circa i contesti professionali in cui è presente la professione medica presenta una tendenziale dominanza messa in atto da tale figura, basata sui concetti di *autonomia professionale* e la *posizione dominante*⁶³¹. Con la prima espressione si intende la detenzione, da parte della professione medica, di un elevato grado di autonomia funzionale, agendo anche il controllo del lavoro svolto. Con l'espressione di "posizione dominante" si intende invece la tendenza delle figure mediche ad assumere un posizionamento superiore e "più elevato" rispetto agli altri professionisti. Un'ulteriore caratteristica ascrivibile alla tendenziale dominanza medica definita da Freidson è relativa alla dimensione del potere esercitato sui pazienti, nel controllo e nella piena gestione della definizione della diagnosi e nella gestione del trattamento. Lucia Ridolfi, riflettendo proprio circa il lavoro di professioni sociali e sanitarie, nota come: «la strategia della dominanza medica ha concorso alla nascita di un sistema fortemente stratificato che ruota attorno al lavoro dei medici che godono di prestigio maggiore rispetto a quello attribuito dalla società alle altre professioni»⁶³². Quanto ora presentato relativamente al ruolo della professione medica all'interno di gruppi interdisciplinari si iscrive all'interno della specificità culturale e sociale occidentale che, nel corso dei secoli, ha costruito una diversa gerarchia sociale delle professioni: parlando di contesti multi-professionali, però, la possibilità di chiusura e tendenza alla dominanza può essere messa in atto anche da altre professioni. La stessa cultura che si crea all'interno di uno specifico servizio può agevolare o ostacolare la costituzione di dominanze di un certo tipo di professioni rispetto ad altre, creando condizioni materiali, organizzative e culturali che evidenziano una maggiore importanza attribuita a determinate competenze. Simonetta Simoni aiuta a comprendere tale aspetto con un esempio:

«Il funzionamento dei Servizi e lo svolgimento concreto dell'attività sono continuamente influenzati e caratterizzati dalle richieste che i diversi destinatari pongono, ma soprattutto da come vengono colte ed elaborate attraverso i quadri di riferimento culturali, espliciti e impliciti, sedimentati all'interno dell'organizzazione: da qui si individuano gli obiettivi,

⁶³⁰ I. Lizzola, *op. cit.*, p. 43.

⁶³¹ Cfr. E. Freidson, *La dominanza medica*, tr. it. Franco Angeli, Milano, 2002.

⁶³² L. Ridolfi, *Le professioni sociali e sanitarie nelle loro differenze di ruolo: nuovi modelli e strumenti di integrazione professionale*, paper per Espanet Conference "Innovare il welfare. Percorsi di trasformazione in Italia e in Europa", Milano, 29 settembre-1 ottobre 2011, p.8.

le differenziazioni tra i ruoli [...]. Se in un Servizio (per i minori, per la salute mentale ecc.) prevale un quadro di riferimento che privilegia i saperi professionali rivolti alla terapia [...] i ruoli centrali saranno quelli di chi possiede le competenze più elevate per condurre le terapie; l'organizzazione dello spazio dovrà prevedere delle stanze adeguate per la terapia [...]»⁶³³.

La cultura e la considerazione sociale dei diversi ruoli professionali presenti in un servizio è, così, un primo aspetto da tenere ben presente nell'impostare e nell'analizzare il lavoro di un gruppo multi-disciplinare.

A partire da queste iniziali considerazioni di partenza relative alla composizione di gruppi inter-professionali, la trattazione si focalizzerà ora sulla gestione della multi-professionalità presente oggi nei contesti socio-sanitari.

Infatti, con l'idea di una condivisione interprofessionale della cura, quale quella sempre più abbracciata dalle politiche sociali italiane, si richiede un processo di perfezionamento della qualità organizzativa e professionale deputata a garantirlo: si persegue l'obiettivo di progettare e realizzare un'organizzazione sociosanitaria in cui tutti i diversi tipi di professionisti possano rinnovare l'impegno ad interagire ed essere in grado di rinegoziare i rispettivi ambiti di competenza.

La stessa multifattorialità del disagio che attraversa oggi la società occidentale e che sempre più spesso vede coincidere disagio fisico, sociale, psichico, richiede una nuova cultura della salute e nuove metodologie di intervento per ricollocare in un processo unitario i vari apporti sanitari, psicologici, socio assistenziali ed educativi. Questo processo può essere costruito in base ad un processo di collaborazione che, in termini organizzativi, viene chiamata "integrazione".

L'integrazione viene costruita e proposta con l'intento di mettere al centro dell'azione di cura la persona nella sua interezza: questo potrebbe essere il primo elemento distintivo di un gruppo multi-professionale, in cui i diversi professionisti devono bene essere consapevoli di "sfruttare" le proprie specificità e competenze, rivolgendole a un obiettivo. Come ben evidenzia Ridolfi, però, questo obiettivo chiama in causa la gestione di una sempre più elevata differenziazione professionale: «Il concetto di centralità dei bisogni della persona implica infatti non solo l'integrazione di servizi ed attività destinate alla promozione, al mantenimento e al recupero della salute fisica e psichica, ma anche una gestione condivisa degli interventi

⁶³³ S. Simoni, *Le culture organizzative dei servizi. La sociologia dell'organizzazione e i servizi alla persona*, Carocci, Roma, 2003, p. 72.

assistenziali e sociali, per dar coerenza e unitarietà al lavoro delle *équipe* multiprofessionali»⁶³⁴. L'*équipe* multi professionale sembrerebbe, dunque, essere la modalità più coerente per raggiungere un siffatto obiettivo all'interno delle prestazioni previste dai progetti di salute territoriale e comunitaria. Per gestire un gruppo professionale composito un primo fattore di rischio può derivare proprio dalla disposizione dei membri ad un confronto e un'apertura verso professioni diverse. Come sottolinea Maurizio Motta, infatti, lo sforzo del gruppo di lavoro dovrebbe essere quello di costruire una "professionalità collettiva", non basata su una semplice somma delle competenze presenti, ma in cui «la massima efficacia del lavoro di *équipe* pluriprofessionanli si ottiene quando l'interazione di competenze funge da catalizzatore per produrre letture e progetti più ricchi di quanto può emergere dalla semplice sequenza dei contributi di ogni professione»⁶³⁵. I vari professionisti possono reagire alla creazione di questa sinergia di gruppo con atteggiamenti contrapposti, su una scala che oscilla tra l'arroccamento nel proprio sapere professionale, senza la disponibilità a metterlo in dialogo con altri punti di vista, o, al contrario, un adattamento cognitivo e operativo da quanto emerge di volta in volta dal confronto inter-professionale⁶³⁶.

Questi atteggiamenti, oltre che da caratteristiche personali, possono essere favoriti o ostacolati da culture professionali o connotazioni sociali attribuite a ruoli e saperi. Alcuni fattori possono aiutare a costruire una reale integrazione professionale in un'*équipe*, all'interno della quale la forte differenziazione possa diventare autenticamente una risorsa per lo sviluppo e l'articolazione della cura rivolta agli utenti:

- il reciproco riconoscimento delle identità professionali e delle competenze specifiche;
- lo sviluppo di una cultura comune per gestire unitariamente processi che sono comuni⁶³⁷.

In quest'ottica, i membri delle *équipe* multi-professionali nei contesti sociosanitari dovrebbero possedere competenze particolari, come riportato da Ridolfi⁶³⁸:

- Competenze relazionali: gestendo una relazione terapeutica risultano fondamentali nel creare un coinvolgimento attivo della persona che si trova ad affrontare una malattia. Comprendono, ovviamente, anche capacità comunicative volte alla gestione della

⁶³⁴ L. Ridolfi, *op. cit.*, p. 15.

⁶³⁵ M. Motta, *Le relazioni tra differenti servizi ed operatori: alcuni snodi rilevanti*, in R. Albano & M. Marzano (a cura di), *L'organizzazione del servizio sociale. Strumenti di analisi e proposte operative*, Franco Angeli, Milano, 2000, p. 202.

⁶³⁶ Cfr. M. Motta, *op. cit.*

⁶³⁷ Cfr. V. Ducci, *Percorsi di integrazione nei servizi sociosanitari*, in: *Il Dipartimento di salute mentale. Integrazione delle professionalità e dei servizi nella comunità locale*, Contributi dal seminario, Volterra 4-10 marzo 1990.

⁶³⁸ Cfr. L. Ridolfi, *op. cit.*, p. 17.

relazione tra operatori e con gli utenti, i familiari e gli ulteriori servizi implicati in un'eventuale logica di rete tra servizi diversi.

- Competenze organizzative: conoscenza dei meccanismi procedurali e amministrativi del sistema; capacità di integrare le proprie pratiche professionali con quelle degli altri professionisti all'interno dei percorsi di cura progettati.
- Capacità tecniche: quelle relative alle specifiche competenze per l'esercizio efficace della propria professione.

Un ruolo fondamentale nella gestione e dell'impostazione del lavoro di un'*équipe* multi professionale è quello messo in atto dal coordinatore. Non vi è una definizione normativa univoca per il profilo professionale di quest'ultimo in qualsiasi tipologia di servizi socio-sanitari: obbligatoriamente in possesso di un titolo di laurea, possono essere sia medici, sia professionisti del settore sociale o educativo. Il compito fondamentale del coordinatore si situa propria nella regia del lavoro del gruppo, come ricorda Vittore Mariani: «La figura del coordinatore è in questo caso decisiva perché, indipendentemente dalla sua qualifica professionale di base, si pone *super partes* o *primus inter pares* e favorisce la serena, proficua, costruttiva unione delle forze»⁶³⁹.

Parte fondamentale delle modalità di lavoro di un gruppo è data dall'impostazione costruita da chi coordina il gruppo, che deve essere in grado anche di creare un significato condiviso e comune del lavorare insieme, in una logica volta a interrogarsi continuamente sul senso delle pratiche progettate e messe in atto. Questo, chiaramente, aiuta a creare le basi per l'instaurarsi di una sinergia e di una efficacia inter-professionale che, riconoscendo le specifiche competenze professionali, riescono a comprendere e a farsi carico anche delle caratteristiche personali e caratteriali delle singole persone che compongono il gruppo: «Inoltre, non bisogna solo evidenziare le capacità legate alla professione, ma valorizzare anche le qualità umane, i vari doni che le persone mettono a disposizione [...] oltre una sterile, arida e fuorviante valutazione tecnicistica dei collaboratori»⁶⁴⁰.

Come appare, dunque, evidente, gli aspetti di complessità dei gruppi inter-professionali sono molteplici: nel corso del paragrafo, infatti, si è provato ad affrontare alcuni aspetti gestionali, organizzativi e legati alle competenze lavorative che rendono estremamente complessa l'esperienza di lavoro di un gruppo multi-disciplinare. Il ruolo del coordinatore, la creazione di un universo semantico per interpretare il lavoro del gruppo, insieme alla considerazione

⁶³⁹ V. Mariani, *Il lavoro d'équipe nei servizi alla persona. Metodologia e indicazioni operative*, Del Cerro, Pisa, 2006, p. 79.

⁶⁴⁰ *Ibidem*.

delle qualità umane dei membri dell'*équipe* sono gli aspetti finali che il paragrafo ha tentato di mettere in luce, presentando la complessità di tali gruppi di lavoro.

Pur consapevoli dell'ulteriore approfondimento che potrebbe essere rivolto alla tematizzazione del lavoro di un'*équipe* multi-professionale, il paragrafo ha provato a offrire, in maniera sintetica e sommaria, una prima presentazione delle complessità che attraversano tali gruppi lavorativi. In questo senso, questa prima descrizione servirà come riferimento per il lettore per meglio comprendere quanto si andrà tematizzando nel progetto di ricerca che presenteremo, che studierà nello specifico due esperienze di gruppi multi-professionali in servizi dedicati alla salute mentale nella più vasta area dei servizi socio-sanitari. L'assistenza alla malattia mentale in Italia, infatti, come si vedrà tra breve, è basata su una forte integrazione tra interventi sanitari e sociali, che comporta un'elevata multi-professionalità nei gruppi di lavoro operanti nel settore.

5.9.3 L'organizzazione dell'assistenza alla malattia mentale in Italia: luogo di integrazione tra professioni sanitarie, sociali ed educative

A partire dalla Legge 833 del 1978, già ricordata, è stato portato avanti il cosiddetto principio di integrazione tra interventi e servizi di tipo sanitario e sociale, fondamentali nel settore della salute mentale. Nel corso degli Anni Ottanta è stata definita la progettazione di un piano di servizi sul territorio, ponendone la gestione sotto diversi livelli istituzionali, principalmente regionali, grazie all'istituzione dei Piani Sanitari Regionali. In particolare, in Lombardia, è a partire dal 1984 che viene normata la chiusura dei manicomi, attraverso il blocco dei nuovi ingressi. Inoltre, fondamentale per comprendere appieno l'articolazione attuale dei servizi per la salute mentale italiani, è necessario ricordare al lettore la Legge Quadro 328 del 2000, già precedentemente presentata, incentrata sulla costruzione di un sistema integrato di servizi, soprattutto nel settore socio-sanitario.

Le novità apportate dalla Legge 180 nel settore psichiatrico hanno iniziato ad essere costruite nella realtà nazionale solo attraverso il Progetto Obiettivo "Tutela della salute mentale 1994-1996", che ha impostato un'importante innovazione nell'insieme dei servizi offerti sul piano nazionale relativamente a quattro punti, come viene spiegato sul sito del Ministero della Salute:

«- la costruzione di una rete di servizi in grado di fornire un intervento integrato, con particolare riguardo alla riabilitazione e alla gestione degli stati di crisi;

- lo sviluppo dell'organizzazione dipartimentale del lavoro, dotando la rete dei servizi di una precisa responsabilità tecnica e gestionale in grado di garantire il funzionamento integrato e continuativo dei servizi stessi;
- l'aumento delle competenze professionali degli operatori per far fronte a tutte le patologie psichiatriche, con particolare riguardo a quelle più gravi, attraverso interventi diversificati che prevedono la partecipazione di più soggetti, ivi compresi i familiari:
- il definitivo superamento dell'ospedale psichiatrico mediante l'attuazione di programmi mirati ad una nuova sistemazione dei degenti»⁶⁴¹.

Sulla base di tali intenti programmatici, è stata elaborata una struttura sanitaria specifica per l'assistenza della patologia mentale, su un piano nazionale, attuata poi in maniera specifica e peculiare dalle singole Regioni attraverso il Piano Sanitario Regionale.

A livello nazionale la tutela e la cura della Salute Mentale fa capo principalmente al Dipartimento di Salute Mentale (DSM), che raggruppa tutti i servizi del settore, all'interno dei confini del territorio di pertinenza dell'Azienda Sanitaria Locale (ASL). È dunque una struttura territoriale, operante su uno specifico contesto, ben definito. Comprende al suo interno cinque diversi tipi di servizi⁶⁴²:

- Il Centro di Salute Mentale (CSM): è il luogo dove viene organizzato e gestito l'insieme degli interventi di prevenzione, cura, riabilitazione di tutta l'ASL. Qui vengono raccolte le domande e le richieste dell'utenza, per le quali vengono effettuate una diagnosi e la definizione di un programma terapeutico volto alla riabilitazione attraverso il servizio più adeguato al caso. Nel Centro di Salute Mentale, inoltre, si cerca di mantenere un raccordo coi medici di medicina generale, nel caso di richieste di consulenze psichiatriche.
- Il Centro Diurno (CD): come si evince dal nome, tale servizio è costruito in maniera non residenziale, centrandolo su funzioni terapeutico-riabilitative, gestite da una specifica *équipe*. Tale centro può essere gestito direttamente dal DSM o anche da enti appartenenti al privato sociale e imprenditoriale.
- Le Strutture Residenziali (SR): tali servizi sono strutture extra-ospedaliere in cui viene portato avanti il progetto di cura riabilitativa anche sotto l'aspetto sociale ed educativo. La residenzialità è temporanea, pertanto tali servizi non sono da intendere come luoghi abitativi definitivi per gli utenti, configurandoli in questo senso come delle piccole

⁶⁴¹ www.salute.gov.it/salutementale, consultato il 24/02/2014.

⁶⁴² Cfr. R. Carli & R. M. Paniccia, *La cultura dei servizi di salute mentale in Italia. Dai malati psichiatrici alla nuova utenza: l'evoluzione della domanda di aiuto e delle dinamiche di rapporto*, Franco Angeli, Milano, 2011, pp. 98-100.

istituzioni manicomiali. Proprio per gli obiettivi di riabilitazione sociale, è importante anche la loro collocazione geografica in aree non isolate e ben raggiungibili. Anche tali strutture possono essere gestite direttamente dal DSM oppure dal privato sociale e imprenditoriale.

- Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC): questo è l'unico servizio di ricovero ospedaliero per l'area della salute mentale, nel quale vengono effettuati agli utenti trattamenti psichiatrici volontari o obbligatori. Il numero di letti previsti è comunque risotto (16), in modo da assicurare e prevedere ricoveri brevi dovuti a situazioni di acuzie e di crisi emergenziale, indirizzabili in seguito a servizi previsti sull'area territoriale.
- Day Hospital (DH): prevede un tipo di assistenza rivolta a prestazioni diagnostiche particolari, compresi trattamenti farmacologici, in un periodo di breve o medio termine. L'accesso degli utenti è concordato con gli operatori del DSM ed è pensato in modo da ridurre il più possibile la necessità dei ricoveri in SPDC.

Tale articolazione dei servizi, realizzata prevalentemente nel corso degli Anni Novanta, ha coinciso con quella che viene definita come la cosiddetta "aziendalizzazione" dei servizi, regolamentata dal D. Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, *Riordino del Sistema Sanitario Nazionale*, e D. Lgs. 7 dicembre 1993, n. 517. Questa tendenza a considerare i servizi come aziende ha generato un'elevata complessità in campo psichiatrico, dove, proprio in seguito alla Legge 180, si è cercato di articolare un sistema complesso in cui l'integrazione socio-sanitaria e il ricorso a una forte interdisciplinarietà tra i professionisti risultano fondamentali. In questo senso Lorenzo Gasperi scrive:

«Se i processi di trasformazione avviati da un modello aziendale hanno necessariamente implicato una valorizzazione della responsabilità gerarchica e un contenimento della dialettica e dei percorsi decisionali interpersonali, la cultura e la prassi della psichiatria sono profondamente legate al confronto quotidiano in un'instancabile, faticosa ma necessaria ricerca del consenso e della condivisione dei processi, dal momento che la "tecnologia" a disposizione della psichiatria è riconducibile essenzialmente alle risorse umane e alle competenze degli operatori, con un carattere fortemente "artigianale" dei processi di cura»⁶⁴³.

⁶⁴³ L. Gasperi, *L'integrazione sociosanitaria in psichiatria*, in G. Bissolo & L. Fazzi (a cura di), *Costruire l'integrazione sociosanitaria. Attori, strumenti, metodi*, Carocci, Roma, 2007, p. 297.

L'insistenza sulla necessità fondante dell'integrazione sociosanitaria nell'area della salute mentale risulta un cardine della pianificazione nazionale in materia, particolarmente centrato sui seguenti obiettivi, ricordati da Gasperi:

- «- costruire un programma di lavoro condiviso e di cui sia possibile verificare periodicamente l'andamento;
- Favorire una programmazione sistemica e integrata attraverso la predisposizione di linee guida;
- Promuovere attività di informazione, sensibilizzazione e aggiornamento continue, a vari livelli;
- Garantire la tutela dei diritti economici dei malati e delle loro famiglie predisponendo normative e ridefinendo le procedure di attuazione delle leggi esistenti»⁶⁴⁴.

All'interno di tale pianificazione e organizzazione nazionale, le Regioni costituiscono il livello deputato alla concreta realizzazione dei servizi alla persona e, dunque, ogni Regione, in conformità della Normativa vigente in materia Regionale, presenta un peculiare e particolare progetto per l'assistenza e la gestione dell'Area della Salute Mentale.

In particolare, nel successivo capitolo, presentando l'esperienza di ricerca realizzata, si presenterà il piano regionale della Regione Lombardia in materia di assistenza alla malattia mentale, quale contesto regionale all'interno di cui si trovano i due casi di studio analizzati.

⁶⁴⁴ Ivi, p. 302.

PARTE 2: L'INCONTRO TRA SAPERE MEDICO E SAPERE PEDAGOGICO NELLA PRATICA PROFESSIONALE QUOTIDIANA: UNO STUDIO DI CASO MULTIPLO

6. Ideazione e costruzione di un percorso di ricerca

6.1 Progettare il percorso

Come ben sottolineato da Susanna Mantovani, ogni ricerca, intesa come percorso di scoperta, muove da un interesse e da una curiosità che motiva il desiderio di cercare nuova conoscenza: «Tutte le ricerche nascono da una curiosità, da un problema, da una domanda»⁶⁴⁵.

Seguendo questa linea di pensiero, anche il progetto di ricerca qui presentato muove da una curiosità, centrata sull'osservare come avvenga nella pratica lavorativa quotidiana l'incontro tra sapere medico e sapere pedagogico. In questo senso, dunque, il punto di partenza per il percorso di ricerca vuole dirigersi verso lo studio di un contesto in cui questi due saperi, pedagogia e medicina, possono incontrarsi.

Si sono analizzati nei capitoli precedenti i molteplici punti di incontro tra le due discipline: quanto si richiamerà ora, al fine di chiarire il percorso della ricerca, è il carattere di interdisciplinarietà che può contraddistinguerle. Il punto di partenza è costituito dalla considerazione del lavoro educativo come inter-disciplinare, e pertanto costretto nella pratica all'incontro con altri saperi; sulla stessa scia, anche la medicina non solo necessita degli sguardi di altre scienze per affrontare la complessità del suo oggetto di studio, ma risulta essa stessa costituita dagli apporti di diverse discipline⁶⁴⁶.

Il sapere medico, come appena affermato, rivolge il suo sguardo verso settori e contesti fortemente differenti: diverso è infatti osservare la traiettoria di ricerca accennata in un reparto ospedaliero pediatrico, piuttosto che in una Residenza Sanitaria per Anziani, in un centro per la cura di malattie croniche, nel settore psichiatrico e della salute mentale... In tutti questi

⁶⁴⁵ S. Mantovani, Problemi, possibilità e limiti della ricerca sul campo in educazione, in S. Mantovani (a cura di), *La ricerca sul campo in educazione. I metodi qualitativi*, Mondadori, Milano, 1998, p. 2.

⁶⁴⁶ Cfr. G. Cosmacini, *La medicina non è una scienza. Breve storia delle sue scienze di base*, Cortina, Milano, 2008.

contesti sarebbe stato possibile esplorare l'incontro tra sapere medico e sapere pedagogico, con le peculiarità caratteristiche di ognuna di queste situazioni.

Si è scelto di costruire il progetto di ricerca che verrà presentato all'interno dell'area psichiatrica e della salute mentale, ritenuta significativa e interessante per l'esplorazione della curiosità di partenza.

Innanzitutto, è parso possibile individuare in quest'area un terreno di incontro tra sapere medico e sapere pedagogico: attraverso le direzioni di lettura portate avanti da Foucault e da Massa, è stato possibile prendere in considerazione uno specifico nucleo costitutivo originario che accomuna psichiatria e pedagogia, nel loro essere discipline rivolte all'uomo e alla sua progettazione/formazione/riabilitazione esistenziale.

In questo orizzonte, dunque, l'ambito della cura psichiatrica è parso essere particolarmente rilevante e significativo per studiare nell'esperienza e nella pratica lavorativa l'incontro tra i saperi dei professionisti formati nell'area del sapere medico e del sapere pedagogico.

Infatti, la possibilità di incontro tra i due saperi apre anche all'inter-disciplinarietà professionale tra le due discipline: come si è trattato in un capitolo specificamente dedicato all'argomento, infatti, la psichiatria è un settore molto particolare del sapere medico, entrato per ultimo a far parte della comunità scientifica medica e particolarmente rivolto all'inter-disciplinarietà, data la complessità di elementi e fattori chiamati in causa dalla malattia mentale.

Inoltre, con particolare riferimento al contesto italiano, le politiche sociali si sono orientate, negli ultimi anni, verso una sempre crescente traiettoria di integrazione tra interventi sociali e interventi sanitari. Questa direzione ha creato le premesse per la costituzione, particolarmente in certi servizi, di gruppi di lavoro multi-professionali, comprendendo professionisti del mondo sanitario, del mondo sociale e del mondo educativo.

L'area psichiatrica, costruita ora intorno al concetto di salute mentale, è uno dei settori in cui quest'idea di integrazione socio-sanitaria è stata applicata in maniera più estesa, anche in virtù dei cambiamenti apportati dalla Legge 180, tra cui l'abolizione dell'istituzione manicomiale e il progressivo ingresso dei professionisti del sociale all'interno del settore dedito alla cura delle patologie mentali. Pur focalizzandosi ora, come abbiamo notato, intorno a un concetto di "progetto riabilitazione", che costringe a virare la nozione di "progetto educativo" verso orizzonti più legati al mondo sanitario, il settore della salute mentale è sicuramente oggi una delle aree sanitarie in cui sono più chiamati in causa anche professionisti dell'area sociale ed educativa.

Per tali motivi, dunque, si è scelto di indirizzare la traiettoria di ricerca verso i servizi di salute mentale per ipotizzare un progetto di ricerca volto a indagare l'incontro tra sapere medico e sapere educativo, nel significato che esso assume nella concreta pratica professionale quotidiana dei professionisti in essa coinvolti.

Nello specifico, tale traiettoria di ricerca è stata articolata in diverse linee di interesse, volte ad esplorare la curiosità di partenza in relazione a differenti aspetti. Si è ritenuto significativo indagare i contatti quotidiani tra le diverse figure professionali che operano nel contesto, con riferimento alle modalità attraverso cui vengono gestite queste relazioni. Focus di indagine specifico, inoltre, è stato rivolto all'apporto portato dalle diverse figure professionali presenti nei contesti, alle loro modalità di incontro e confronto per la gestione e la progettazione del servizio.

L'esplorazione si è mossa, infine, intorno alla progettazione, alla costruzione e alla realizzazione delle pratiche educative messe in atto in un contesto sanitario che preveda al suo interno anche la dimensione educativa.

Per raggiungere tali obiettivi, si intende esplorare la progettazione e l'organizzazione delle attività quotidiane dei servizi di salute mentale, le modalità di lavoro dell'*équipe* multidisciplinare che li gestisce, i diversi apporti professionali portati nella progettazione e nella conduzione del lavoro del gruppo.

6.2 La traiettoria di ricerca

Un progetto di ricerca può essere pensato metaforicamente come un viaggio esplorativo, indirizzato alla scoperta e alla conoscenza di un territorio. A seconda del territorio scelto sarà necessario dotarsi di una mappa adeguata: restando in metafora, esistono in cartografia mappe con scale diverse, focalizzate a mostrare aspetti differenti del territorio rappresentato. Anche nella presente esplorazione, dunque, la definizione del territorio di indagine guiderà nella scelta della mappa da seguire. In questo senso, il presente paragrafo sarà volto ad esplicitare alcune caratteristiche del territorio appartenente alla ricerca pedagogica, in modo da tracciare la mappa epistemologica che guida e indirizza il percorso di ricerca.

6.2.1 Il territorio complesso della ricerca pedagogica

L'oggetto di studio si colloca nel solco della ricerca pedagogica, per indagare l'incontro del sapere pedagogico con quello medico, nella pratica lavorativa quotidiana.

Ci si muove, dunque, all'interno di un orizzonte di indagine che abbraccia un contesto umano, che si presenta come un oggetto di indagine complesso⁶⁴⁷: il dibattito intorno ai metodi di ricerca è tuttora in atto e spinge alla riflessione circa le molteplici dimensioni che compongono la realtà umana e che rendono, appunto, difficile e complicata la sua comprensione. Il mondo umano è, infatti, un complesso sistema, composto da elementi intrinsecamente in relazione tra loro. Importante è il richiamo a Gregory Bateson: «La regola fondamentale della teoria dei sistemi è che se si vuole capire un fenomeno, lo si deve considerare nel contesto di tutti i circuiti *completi* ad esso pertinenti»⁶⁴⁸.

La conoscenza di questo tipo di realtà sarà dunque frutto di un processo complesso, che non vuole riconoscersi in una cornice realista, definita da Richard Rorty quale il tentativo di accedere a una rappresentazione della verità come isomorfa al reale, e pertanto costruita su un “linguaggio delle cose” che entrerebbe «nell'universo come una chiave entra nella serratura»⁶⁴⁹. Tale concezione non si addice alla comprensione di tutti gli aspetti della realtà umana, fra cui anche il fenomeno educativo. In tal senso, Luigina Mortari sottolinea: «Di tale oggetto [del mondo dell'educazione] il paradigma positivista, che a lungo ha prevalso nel mondo dell'educazione, ha consentito di acquisire un certo grado di conoscenza, ma gran parte dell'essenza del fenomeno educativo sfugge ai dispositivi epistemici di tipo positivista»⁶⁵⁰.

Il complesso territorio della ricerca in pedagogia e nelle scienze umane è definito, dunque, dalla sua specifica collocazione nel mondo della vita, che evidenzia gli elementi di difficoltà epistemologica appena tratteggiati.

Una prospettiva orientata all'esplorazione di questo tipo di complessità è proposta da quel tipo di ricerca definita da Karin Dahlberg, Helena Dahlberg e Maria Nyström come *Reflective lifeworld research*⁶⁵¹, portando dunque all'attenzione del ricercatore le complesse e mutevoli sfaccettature della vita umana. Per osservare e conoscere queste sfaccettature è necessario un modello epistemologico capace di comprendere al suo interno gli elementi di complessità e continuo cambiamento. La proposta epistemologica proposta da Yvonna Lincoln e Egon Guba, definita come naturalistica, si muove in questa direzione. Sottintende una ricerca messa in atto nei luoghi in cui il fenomeno studiato normalmente si verifica⁶⁵², in modo che il

⁶⁴⁷ Cfr. L. Mortari, *Cultura della ricerca e pedagogia. Prospettive epistemologiche*, Carocci, Roma, 2007, p. 77.

⁶⁴⁸ G. Bateson, *Una sacra unità*, op. cit., pp. 394-395.

⁶⁴⁹ R. Rorty, *Conseguenze del pragmatismo*, tr. it. Feltrinelli, Milano, 1986, p. 194.

⁶⁵⁰ L. Mortari, 2007, op. cit., p. 77.

⁶⁵¹ Cfr. K. Dahlberg, H. Dahlberg & M. Nyström, *Reflective Lifeworld Research*, Student Litteratur, Hungary, 2008.

⁶⁵² Cfr. Y. Lincoln & E. Guba, *Naturalistic Inquiry*, Sage, Beverly Hills (CA), 1985.

ricercatore, presente nel contesto, possa osservare e comprendere l'oggetto di studio nel suo manifestarsi. Per studiare questi elementi, volti a cogliere l'essenza del mondo umano, il modello naturalistico tratteggia specifici movimenti, come scrive Mortari, riprendendo il pensiero di Lincoln e Guba: «L'approccio naturalistico alla ricerca privilegia i metodi qualitativi, poiché ritenuti più capaci di cogliere l'essenza del mondo umano. Proprio perché si pone al di là di ogni logica oppositiva qualitativo-*versus*-quantitativo, spesso integra gli approcci ricorrendo all'elaborazione quantitativa ogni volta che se ne rinviene la necessità»⁶⁵³. La conoscenza generata da un modello di studio naturalistico prevede, pertanto, che il ricercatore non sia più colui che “scopre” una realtà, definendo la conoscenza di come questa sia, principalmente attraverso il linguaggio matematico. In questo senso, un'epistemologia fondata sullo scenario di complessità e sistemicità che caratterizza i contesti umani non ritiene accessibile per la mente una rappresentazione isomorfa della realtà studiata.

All'interno di un tale scenario di complessità che caratterizza i contesti umani, dunque, la visione costruttivista ben si presta a fornire un modello di conoscenza in grado di assumere in sé i plurimi elementi che lo costituiscono. L'opera di Jean Piaget⁶⁵⁴ si muove in tale orizzonte epistemologico, promuovendo un'idea di mente in grado di costruire concetti e strutture per organizzare apprendimento ed esperienze conoscitive. Silvio Ceccato⁶⁵⁵, riprendendo il pensiero piagetiano, presenta la possibilità della mente di costruire operazioni costitutive della realtà stessa, inserendola in un processo apprenditivo in cui la conoscenza non è una realtà esterna predefinita, ma si costruisce nel corso dell'azione.

Varianti del costruttivismo, quali il costruzionismo, in cui la conoscenza è considerata costruita in un processo socialmente situato, e il connessionismo, che vede l'apprendimento conseguito grazie a un accoppiamento strutturale tra il soggetto conoscente e l'oggetto di conoscenza, rispecchiano un'epistemologia della complessità quale quella appena presentata. Quanto finora scritto porta a sottolineare la necessità di un approccio conoscitivo attento agli aspetti qualitativi, costitutivi e fondamentali per l'osservazione e la comprensione del mondo umano. A questo riguardo Sharan Merriam scrive che «i ricercatori qualitativi sono interessati a comprendere come le persone interpretano la loro esperienza, come costruiscono il loro mondo, e che significato attribuiscono alle loro esperienze»⁶⁵⁶. Sulla stessa scia di pensiero,

⁶⁵³ L. Mortari, *op. cit.*, 2007, p. 63.

⁶⁵⁴ Tra le numerose opere di Piaget, il riferimento relativamente a tale argomento può essere al testo: J. Piaget *Psicologia ed epistemologia. Per una teoria della conoscenza*, Torino, Loescher, 1971.

⁶⁵⁵ Cfr. S. Ceccato, *La mente vista da un cibernetico*, ERI Edizioni, Torino, 1972; S. Ceccato, *Linguaggio, consapevolezza, pensiero*, Feltrinelli, Milano, 1980.

⁶⁵⁶ S. B. Merriam, *Qualitative Research. A guide to Design and Implementation*, Jossey-Bass, San Francisco, 2009, p. 5. (La traduzione dall'inglese è stata realizzata da chi scrive).

Norman Denzin e Yvonna Lincoln⁶⁵⁷, attribuiscono alla ricerca qualitativa il suo essere principalmente orientata al tentativo di significare e interpretare i fenomeni oggetto di studio, in relazione al senso che i partecipanti della ricerca attribuiscono loro.

Sulla scena nazionale italiana, un notevole contributo relativo all'utilizzo e alla teorizzazione della ricerca qualitativa in pedagogia viene proposto da Mantovani, che descrive come costitutive della realtà educativa alcune dimensioni affrontabili con un approccio centrato sulla qualità: «Esistono temi e tagli propri della ricerca educativa che non possono, per loro natura, essere affrontati con strumenti quantitativi e richiedono un approccio qualitativo, descrittivo, condotto con strumenti di tipo clinico, senza peraltro rinunciare al massimo possibile del rigore nel progettare la ricerca, formulare ipotesi e scegliere le procedure per la raccolta dei dati, in modo congruente con le teorie di riferimento»⁶⁵⁸.

L'attenzione alla realtà umana, costitutiva ovviamente anche per la ricerca pedagogica, richiede fortemente la necessità di uno sguardo qualitativo, per i fattori di complessità ricordati, come sottolinea anche Duccio Demetrio, apportando un altro contributo che è stato di fondamentale per la costruzione di tale approccio alla ricerca pedagogica in ambito nazionale: «Le esplorazioni qualitative, indipendentemente dal punto di vista teorico che le muove, hanno tutte in comune l'attenzione per l'osservazione dei "fatti umani", la loro analisi e disaggregazione»⁶⁵⁹.

Alla luce di tali considerazioni, possiamo osservare come il progetto di ricerca in oggetto, focalizzato sullo studio dell'incontro tra sapere pedagogico e medico, possa essere collocato all'interno dello scenario di complessità tratteggiato relativamente ai contesti umani, richiedendo dunque una progettazione all'interno di un disegno di ricerca naturalistico e fondato su un approccio in grado di considerare aspetti qualitativi centrati su comprensione e interpretazioni di significati.

6.2.2 *La presenza del ricercatore nel territorio da attraversare*

Quanto si è finora descritto in merito alla cornice epistemologica della ricerca, invita a tenere in considerazione il fatto che ogni processo di indagine è continuamente chiamato a misurarsi con la suddetta complessità, essendo pronto a modificarsi in relazione all'oggetto di studio.

⁶⁵⁷ Cfr. N. Denzin, Y. Lincoln, *The Sage Handbook of Qualitative Research*, Sage Publications, Thousand Oaks, 2011.

⁶⁵⁸ S. Mantovani, Problemi, possibilità e limiti della ricerca sul campo in educazione, in S. Mantovani (a cura di), *La ricerca sul campo in educazione. I metodi qualitativi*, Mondadori, Milano, 1998, p. 30.

⁶⁵⁹ D. Demetrio, *Micropedagogia. La ricerca qualitativa in educazione*, La Nuova Italia, Milano, 2000, p. 80.

Per progettare e condurre una tale indagine, dunque, il ricercatore è lo strumento fondamentale; scrive a tal proposito Mortari: «Questa caratterizzazione evolutiva e contestuale della ricerca richiede che lo strumento di indagine non venga individuato nelle tecniche tradizionali per la raccolta dei dati, ma nel ricercatore stesso, ossia lo strumento è l'essere umano che compie l'indagine, poiché è il solo capace di adattarsi alle situazioni indeterminate che si presenteranno nel corso della ricerca»⁶⁶⁰.

La presenza del ricercatore così considerata si colloca, chiaramente, nel solco di una visione complessa della conoscenza, ove la mente e il ragionamento del conoscente sono variabili costitutive: il ricercatore, il suo pensiero e la sua stessa presenza nel contesto sono necessari per la generazione di un processo di comprensione del fenomeno indagato. Per questo motivo, Lincoln e Guba sostengono la necessità di un «impegno prolungato» del ricercatore nella conoscenza del contesto studiato: in questo senso, è necessario, seguendo il pensiero di Lincoln e Guba, che il ricercatore preveda la necessità di dedicare un tempo cospicuo alla conoscenza “dall'interno” del fenomeno, del contesto studiato, che deve essere “abitato” dal ricercatore stesso. Siffatta conoscenza può essere raggiunta attraverso azioni e strumenti specifici, tra i quali Lincoln e Guba propongono in primo luogo un' «osservazione continua»⁶⁶¹ del contesto e delle persone che lo vivono.

Si tratta di condizioni necessarie anche per lo studio dell'esperienza educativa. Come ricorda Chiara Sità a proposito, l'esperienza è sempre connessa con la soggettività di chi la esperisce:

«Ogni esperienza è connessa con una soggettività. L'esperienza è il luogo della “prima persona”, presuppone cioè un soggetto che agisce, che fa un'esperienza del mondo che è unica, radicata nella soggettività, ma al tempo stesso comunicabile e confrontabile nella misura in cui un soggetto abita un mondo, in cui vi sono altri soggetti che analogamente fanno esperienza. [...] L'esperienza non è solipsistica, ma ha una connotazione intrinsecamente discorsiva. [...] La realtà vissuta chiede parole e risposte, chiama i soggetti a un lavoro che non è solo individuale, ma anche basato su un terreno comune di discorsi sull'esperienza che puntano a collocarla entro una cornice di senso che renda possibile il pensiero e l'agire»⁶⁶².

L'attiva e prolungata presenza del ricercatore, in un'ottica di vicinanza epistemica col fenomeno studiato, invita ad accettare anche l'impossibilità di pre-determinare in anticipo

⁶⁶⁰ Ivi, p. 73.

⁶⁶¹ Y. Lincoln & E. Guba, 1985, *op. cit.*, p. 192 (traduzione dall'inglese effettuata da chi scrive).

⁶⁶² C. Sità, *Indagare l'esperienza. L'intervista fenomenologica nella ricerca educativa*, Carocci, Roma, 2012, p. 12.

ogni fase della ricerca: «L'impossibilità di definire in anticipo ogni fase della ricerca richiede continue negoziazioni [...] Per questo l'apertura mentale e la tolleranza dell'imprevisto, insieme con la disponibilità a rimettere in discussione continuamente il lavoro compiuto, sono le qualità fondamentali del ricercatore naturalistico»⁶⁶³.

La presenza del ricercatore all'interno del contesto indagato richiede di mettere a tema alcuni ulteriori punti di attenzione: come sottolineano ad esempio Kahlberg, Kahlberg e Nyström, si rende necessaria un'intensa considerazione dei pensieri e del cosiddetto «pre-understanding»⁶⁶⁴ che ogni ricercatore costruisce ed elabora in relazione al fenomeno che tenta di approcciare e comprendere. In questo senso, vi è la necessità di un atteggiamento riflessivo del ricercatore nel percorso di studio, in modo da avere cura della “vita della mente”⁶⁶⁵ agita nel corso del progetto e parte fondamentale della costruzione di conoscenza a cui concorre nell'itinerario di ricerca.

6.2.3 Il punto di partenza autobiografico: tracce della traiettoria di ricerca nella storia di vita del ricercatore

La filosofia di ricerca che sottende il progetto in oggetto, come si presenterà nei prossimi paragrafi, considera il ricercatore come l'elemento fondamentale e costitutivo del processo di conoscenza. La presenza del ricercatore all'interno del progetto della ricerca non è legata soltanto al suo esserci fisico, ma si ritrova anche nei suoi pensieri, nelle sue convinzioni di partenza, nella sua visione del mondo relativa al fenomeno studiato.

In questa prospettiva, risulterebbe metodologicamente scorretto non soffermarsi sul legame esistente tra l'oggetto di studio e il ricercatore. Nella ricerca qui presentata, vi è uno stretto legame tra il tema indagato e la storia di vita della ricercatrice: si sceglie quindi di dare spazio a un racconto in prima persona di carattere autobiografico, che possa mettere in luce quei presupposti, taciti ma pulsanti, che è stato necessario esplicitare e mettere a tema per poter considerare l'oggetto di studio anche da altre prospettive.

La mia autobiografia inizia con queste parole: “Ero una bambina piccola piccola, due chili e mezzo, prima figlia di due giovani medici”.

Questo è l'incipit con cui, quando ho creato la prima versione della mia autobiografia, ho iniziato a scrivere di me: la figura del medico è già presente nella prima pagina. Perché ho

⁶⁶³ Mortari, 2007, *op. cit.*, p. 73.

⁶⁶⁴ K. Kahlberg, H. Kahlberg & M. Nyström, 2008, *op. cit.*, p. 135 (traduzione dall'inglese effettuata da chi scrive).

⁶⁶⁵ Cfr. L. Mortari, *op. cit.*, 2007, p.111.

avuto bisogno subito di specificare la professione dei miei genitori? Perché era la stessa per entrambi e mi permetteva così di definirli con un unico termine?

No, la spinta a definirli “medici” già all’inizio della mia autobiografia è da cercare altrove, nell’importanza che questo ruolo ha per loro, per le loro storie, e per la grossa rilevanza che questa professione, questo loro sapere hanno avuto nella costruzione della mia storia.

I miei genitori si sono conosciuti all’università, chini sui libri dai quali stavano apprendendo quel sapere particolare della medicina. La loro “forma mentis”, ma anche il loro rapporto, si sono formati accanto alla facoltà di medicina prima e accanto alla pratica medica poi. Di conseguenza, anche i racconti che circolavano in famiglia, sul loro incontro, sulle loro avventure, erano in qualche modo legati ad esami, personaggi medici...

Questa professione, poi, si tramandava anche nelle generazioni precedenti, soprattutto da parte paterna, quasi a creare un “album di famiglia” intrinsecamente legato a questo tipo di sapere.

All’interno della famiglia allargata si era poi creata una sorta di leggenda intorno alla bravura e all’intelligenza dei miei genitori: “Il tuo papà fa un lavoro difficilissimo, è bravissimo”, “La tua mamma è sempre stata così brava a scuola, che poi ha dovuto per forza fare il dottore”.

Ammiravo fortemente i miei genitori per quanto sentivo raccontare di loro, e anche per la convinzione e l’energia con cui praticavano la loro professione, tanto che la portavano anche dentro a casa: spesso, infatti, durante le cene si discuteva di casi clinici, di situazioni ospedaliere, di esperimenti in laboratorio e di diagnosi. Erano i classici discorsi della famiglia riunita intorno al tavolo della cena, ma, nella mia storia, spesso questi scambi erano in forma di discorsi strettamente scientifici, sul piano biologico e medico.

Sentivo la loro passione e il loro fervore, mi chiedevo se un giorno sarei stata così esperta anch’io, anche se i loro discorsi mi sembravano sempre un po’ noiosi, o meglio, poco centrati su quello che a me interessava di più, aspetti laterali e marginali dei racconti, nominati in quanto folcloristici o di interesse per noi bambini. Questi aspetti riempivano la mia mente e riscuotevano autenticamente il mio interesse.

Quello che avevo ben interiorizzato, pur senza essere stato reso esplicito da nessuno, era la fondamentale importanza attribuita alla componente intellettuale, all’idea del “sapere” all’interno della mia famiglia di origine. Quando ho iniziato ad andare a scuola ho scoperto che non mi era per niente difficile riuscire molto bene nello studio: in questo senso rispondevo perfettamente all’ideale che mi ero creata di un certo “dover essere” intelligente per avere profitto nelle materie di studio scolastiche.

Facilmente nella mia mente si era anche creata un'equazione che assimilava il fatto che i miei genitori, da tutti definiti bravi e intelligenti, avessero intrapreso un certo percorso di studio, con il fatto che se anch'io ero brava e intelligente, come tutti mi definivano, avrei dovuto seguire le loro tracce, per usare al meglio quell'intelligenza che parevo possedere.

Questa equazione divideva lo spazio nella mia mente con un certo senso critico e di perenne riflessione che mi accompagna e che continuava a "punzecchiare" il mio pensiero facendomi notare gli aspetti che davvero mi interessavano e creavano in me curiosità: le persone, le loro relazioni, le loro storie...

Inizialmente l'equazione mentale relativa all'intelligenza e all'obbligo di seguire un certo percorso ha avuto la meglio e ho scelto esattamente lo stesso liceo frequentato dai miei genitori, in seguito a una scelta lunga e travagliata. Il percorso di quei cinque anni mi ha stremata, fisicamente e psicologicamente, ma mi ha anche consentito di risvegliare, proprio alla fine, il pungolo critico del mio pensiero che mi ha permesso di provare a pensare in maniera alternativa. Ero intelligente, sì, ma era proprio solo uno il percorso per poter formare e utilizzare questa mia intelligenza?

Perché solo il Corso di Studio in Medicina doveva essere adeguato per formare una persona intelligente? Non esistevano altri modi, altre forme del conoscere?

Seguendo queste riflessioni sono arrivata, pian piano e tortuosamente, a scoprire la pedagogia e le scienze umane in generale. Traguardo curioso, questo, raggiunto in totale autonomia, se si pensa che avevo conseguito la maturità in un liceo classico, scuola di indirizzo fortemente umanistico. La realtà era, invece, che sia i miei genitori, sia i miei professori, in un'ottica prettamente "Gentiliana", consideravano tale tipo di scuola quello di livello più elevato e indicato per formare la classe dirigente prima degli studi universitari che avrebbero condotto a professioni di prestigio, quali ingegneri, medici, avvocati.

Dunque, la mia scelta di studio per un percorso legato alle scienze umane creava una forte rottura paradigmatica rispetto al modello, unico peraltro, di sapere su cui era costruita la mia famiglia di origine. Obiettivamente nessuno mi ha mai detto "Ti vieto di studiare questo o quello": sarebbe stato più facile, forse, decidere di scontrarsi contro il muro di un divieto. La difficoltà principale che ho vissuto è stata quella di far capire, soprattutto a mio papà, che anche le scienze umane erano discipline scientifiche, seppur non nella forma del sapere delle scienze "esatte" a cui lui era abituato, e che portavano in sé un sapere.

Ricordo lunghe discussioni relative alla professione che poi avrei intrapreso, al guadagno economico che questa mi avrebbe assicurato, alla scientificità di quanto stavo studiando.

Relativamente alla mia storia di vita, la mia scelta di studio e di formazione ha creato una sorta di “rivoluzione copernicana” rispetto al paradigma conoscitivo dominante nella mia famiglia.

Continua ad essere complicato per me, anche se estremamente stimolante, confrontare il mio sapere con quello appartenente alla maggior parte della mia famiglia: non ho numeri, esami laboratoriali, valori da portare come elementi esemplificativi di quanto conosco. Posso portare parole, pensieri, storie e teorie, che spesso vengono miseramente definite come “discorsive” e, per questo, relegate a un più basso grado di importanza e difficoltà. Inizialmente, in seguito a confronti familiari, mi sentivo sempre appartenente a un sapere minoritario, più “basso” relativamente a epistemologia e metodologia di ricerca: in questo senso, mi sembrava che gli appartenenti a discipline tradizionalmente “più forti”, quali quella medica, fossero aggressori e irrispettosi di altre forme di sapere.

Questo confronto creava in me un continuo desiderio di argomentazione, descrizione e spiegazione della pedagogia e delle scienze della formazione, convinta che se un medico può guarire il corpo di un uomo, un educatore, un pedagogista formano quel “corpo vivente” perché sia in grado di realizzarsi. Un lavoro congiunto e sinergico di queste due professioni andrebbe nella direzione di una realizzazione completa e globale di una persona. Per farlo, però, sono necessari saperi differenti: tale sinergia si realizza con la presenza di discipline consapevoli e, in qualche modo “orgogliose” della specificità e dell’unicità del loro portato. Seguendo questa traiettoria e crescendo professionalmente, ho provato a osservare la situazione da un altro punto di vista: spesso, la “bassa” considerazione scientifica e sociale delle scienze umane è dovuta proprio all’arrendevolezza e all’assenza di consapevolezza e responsabilità epistemologica dei suoi protagonisti.

La mia storia mi ha portato a formulare tali pensieri e riflessioni, sperimentate direttamente in seguito a confronti quotidiani, ma mi rendo conto che il tema può essere vissuto professionalmente da chi lavora in situazioni di multi-professionalità, dove l’incontro tra saperi differenti si attua anche nella concreta pratica lavorativa quotidiana...

Da questi pensieri e queste riflessioni emerge dunque l’interesse ad approfondire attraverso uno specifico progetto di ricerca, lungo una direzione teoretica ed una empirica, l’incontro tra sapere medico e sapere pedagogico, nella concreta pratica lavorativa. Lo scritto autobiografico ha permesso di notare come tale tema di ricerca sia indissolubilmente intrecciato alla storia di vita della ricercatrice, interagendo direttamente nella costruzione

epistemologica e metodologica del progetto stesso, come si osserverà nei prossimi paragrafi dedicati alla progettazione del percorso di ricerca.

La storia di vita della ricercatrice, in questo senso, ha avuto un ruolo importante in diverse fasi del percorso di ricerca intrapreso: innanzitutto, la curiosità di partenza scaturisce direttamente da quanto vissuto, conosciuto e sperimentato nell'esperienza esistenziale. Questo ha permesso di individuare una direzione di ricerca sentita come "pulsante" ed estremamente significativa per la ricercatrice, definita in precedenza come l'elemento fondamentale per la costruzione di conoscenza. La scelta di indagare un tema di ricerca che appassioni e coinvolga il ricercatore è evidenziato da Clark Moustakas nel suo testo *Heuristic Research*⁶⁶⁶, quale condizione importante per la formulazione di un processo di ricerca all'interno dell'orizzonte epistemologico presentato, con particolare riferimento alla filosofia fenomenologica: «Nella ricerca euristica il ricercatore deve avere avuto un incontro diretto e personale col fenomeno esplorato. Devono esserci connessioni autobiografiche»⁶⁶⁷.

Anche Max Van Manen, all'interno di un approccio ermeneutico alla fenomenologia, scelto anche, come si noterà, per il progetto in oggetto, nota l'importanza del riconoscere l'interesse peculiare, sempre presente, che spinge un ricercatore a dirigere lo sguardo verso un determinato fenomeno: «Quando un ricercatore si orienta allo studio di un fenomeno, lo sta approcciando per un particolare interesse»⁶⁶⁸. Solo quando l'interesse di partenza è identificato ed esplicitato, secondo Van Manen, è possibile instaurare un processo di ricerca fenomenologica a partire da questo: «Solo quando ho identificato il mio interesse per una determinata esperienza umana è possibile formulare un'autentica domanda fenomenologica [...]. Un'importante raccomandazione per ogni ricerca fenomenologica, in tutte le sue fasi, è l'essere consapevoli della curiosità e dell'interesse di partenza»⁶⁶⁹.

Queste raccomandazioni sono state messe in atto anche nel percorso di ricerca in oggetto: una volta individuato, dunque, un tema di interesse fortemente significativo, è stato però necessario esplicitare e tematizzare il forte legame esistente tra ricerca e storia di vita della ricercatrice. Se, infatti, questa relazione ha consentito di delineare un asse di ricerca "caro" e significativo, è stato importante mettere a tema, attraverso la scrittura, i tratti che coinvolgono pensieri epistemologici, emotivi e affettivi della ricercatrice in relazione alla direzione di ricerca. Anche Moustakas, a questo riguardo, sottolinea come un progetto di ricerca che coinvolga in

⁶⁶⁶ Cfr. C. Moustakas, *Heuristic Research: Design, Methodology and Applications*, Sage, Newbury Park (CA), 1990.

⁶⁶⁷ Ivi, p. 14 (traduzione dall'inglese effettuata da chi scrive).

⁶⁶⁸ M. Van Manen, *Researching Lived Experience. Human Science for an action sensitive pedagogy*, State University of New York Press, New York, 1990, p. 40 (traduzione dall'inglese effettuata da chi scrive).

⁶⁶⁹ Ivi, p. 42 (traduzione dall'inglese effettuata da chi scrive).

maniera appassionata l'esistenza del ricercatore, necessita di una postura di continua riflessione e ricerca di quest'ultimo su di sé. Moustakas evidenzia alcune azioni utili perché il ricercatore attivi un profondo pensiero circa il tema scelto quale oggetto di ricerca: il dialogo con se stessi, la riflessione sulla conoscenza tacita, sulle proprie cornici di riferimento implicite⁶⁷⁰. I presupposti costruiti nella propria storia di vita, infatti, qualora non riconosciuti e tematizzati, possono orientare in maniera non consapevole la costruzione del percorso di ricerca, andando ad evidenziare, esplorare e portare in luce solamente elementi compresi all'interno dell'orizzonte di pensiero connesso con la storia di vita del ricercatore. L'intento di una ricerca costruita sulla base di un forte e appassionato interesse personale, invece, è quello di aprire lo sguardo per illuminare il più possibile la conoscenza sull'oggetto:

«La scelta di un oggetto di ricerca che contenga un forte legame con se stessi è un processo che richiede introspezione, una volontà di entrare completamente nel tema, e di scoprire a partire da questo le esperienze che potranno chiarificare, aumentare la conoscenza sull'argomento e illuminare i termini della questione. Nel corso della fase iniziale del processo, il ricercatore scaverà dentro di sé per riconoscere gli aspetti di conoscenza implicita, permetterà all'intuizione di manifestarsi liberamente, e chiarificherà il contesto da cui la questione da studiare ha preso forma e significato»⁶⁷¹.

La scrittura autobiografica è stata, dunque, utile per affrontare questa tematizzazione, che ha consentito una presa di consapevolezza tale per cui fosse possibile, per la ricercatrice, approcciare il tema di ricerca aprendo la possibilità per sguardi e punti di vista differenti. In questo senso, sia nella parte di esplorazione bibliografica, sia nella parte di ricerca empirica, si è costantemente posta attenzione alla "cura" e alla continua tematizzazione del legame tra storia di vita della ricercatrice e direzione di ricerca, in modo da aprire costantemente la possibilità di direzionare uno sguardo aperto e un'attenzione epistemica ampia verso quanto, di volta in volta, emergeva dalle differenti fasi di ricerca.

6.2.4 Il pensiero riflessivo come "compagno di viaggio" del ricercatore

Evidenziati, dunque, gli elementi di complessità che contraddistinguono la ricerca orientata a esplorare eventi e fenomeni legati al mondo umano, preme ora dedicare una breve trattazione relativa alla fondamentale caratteristica epistemica del ricercatore. Questa risulta costruita

⁶⁷⁰ Cfr. C. Moustakas, *op. cit.*, pp. 16-26.

⁶⁷¹ Ivi, p. 27 (traduzione dall'inglese effettuata da chi scrive).

intorno a una riflessività che guidi il suo agire, in quanto potenziale strumento per analizzare, generare ipotesi e critiche relativamente a situazioni complesse o incerte, quali quelle costitutive dei contesti umani. In questo senso Mortari evidenzia come la capacità riflessiva sia «quella postura mentale che mette a fuoco situazioni di incertezza»⁶⁷², chiamata in causa, in modo particolare, dalla complessità del territorio di azione: «È l'indeterminatezza dell'agire a richiedere che l'azione sia accompagnata dalla riflessione così che i soggetti divengano gli attori di un *agire pensoso*»⁶⁷³.

Andando oltre rispetto a questo aspetto relativo all'importanza della riflessione sull'azione e nel corso dell'azione, trattato più approfonditamente nel paragrafo 1.5.2 in riferimento all'azione professionale, si aggiunge ora un ulteriore elemento di riflessività del ricercatore. Se riflettere, infatti, aiuta a prendere consapevolezza, conoscere ed eventualmente trasformare la propria pratica, un ricercatore naturalistico deve riuscire ad applicare tale tipo di pensiero non solo alle azioni progettate o messe in atto, ma ai suoi stessi pensieri e fondamenti teorici. Questa è quell'attività definita da Max Van Manen come «*high-order mental process*»⁶⁷⁴, poiché incentrata su una pensosità agita sul proprio modo di procedere epistemico.

In questo senso, Chiara Bove sottolinea come la capacità di riflessione continua sia la caratteristica primaria di un ricercatore impegnato nel mondo delle scienze umane:

«Il ricercatore empirico, dunque, attraverso l'adesione a un paradigma di ricerca di natura qualitativa e ai suoi metodi, è indotto a pensare e ripensare ai fenomeni osservati ampliando le proprie conoscenze, sviluppandone di nuove e riflettendo, per dirla con Schön, sulla sua stessa "azione" conoscitiva. [...] Il ricercatore, direbbe Schön, è naturalmente proteso a scavare nei problemi che interessano quello strato più "paludoso" della realtà educativa. [...] La metafora del terreno più o meno paludoso cui allude Schön per collocare la riflessività nella parte più profonda della realtà educativa ci invita a riflettere sulla necessità di situare il bisogno di approfondimento anche in quelle parti della realtà più incerte, meno ovvie, più dubbiose, meno prevedibili»⁶⁷⁵.

Tale capacità riflessiva, da esercitare in ogni fase della ricerca, è una competenza da affinare per il ricercatore, costituendo anche per tale professione la possibilità di apprendere dall'esperienza. Anche per il ricercatore impegnato nella comprensione di realtà umane è

⁶⁷² L. Mortari, *Apprendere dall'esperienza. Il pensare riflessivo nella formazione*, Carocci, Roma, 2003, p. 27.

⁶⁷³ Ivi, p. 28.

⁶⁷⁴ M. Van Manen, *The Tact of Teaching*, The Althouse Press, Ann Arbor (MI), 1993, p. 100.

⁶⁷⁵ C. Bove, *Ricerca educativa e formazione. Contaminazioni metodologiche*, Franco Angeli, Milano, 2009, p. 30.

necessaria una formazione alla riflessività, su più livelli: dal piano dell'azione, dell'esperienza, a quello dei pensieri e delle procedure epistemiche. È da quest'inclinazione riflessiva che derivano, infatti, le posture del ricercatore naturalistico all'interno del contesto di ricerca, così descritti da Mortari:

- Responsività: l'atteggiamento capace di agire una risonanza ricettiva rispetto al contesto e alle sue qualità;
- Adattabilità: il sapere sostare, coi pensieri e con la presenza fisica, adattandosi al profilo emergente della realtà studiata;
- Estensione epistemica: il saper utilizzare diverse forme di raccolta dei dati, dal pensiero, alla sfera emotiva, tutte raccolte sotto il vigile controllo del pensiero riflessivo;
- Immediatezza processuale: la capacità, tipica di un pensiero riflessivo messo in atto, di generare nuove ipotesi sul momento per far fronte alla mutevolezza della realtà;
- Empatia: l'essere in grado, da parte del ricercatore, di entrare in risonanza emotiva e cognitiva con i partecipanti che abitano il contesto studiato⁶⁷⁶.

Queste caratteristiche descrivono, in linea generale, il ruolo del ricercatore nelle scienze umane, delineando la direzione di sviluppo e articolazione delle azioni volte alla realizzazione di un percorso di ricerca all'interno della complessità caratteristica di questo orizzonte, appena delineata.

La riflessività, dunque, è stata postura fondamentale per la ricercatrice, in relazione a differenti aspetti: in primo luogo, come si è visto, il pensiero riflessivo è stato rivolto alla curiosità di partenza, mettendo in luce nessi e legami tra questa e l'esperienza esistenziale della ricercatrice. Una riflessività costante, poi, ha accompagnato il percorso di ricerca in tutte le sue fasi e direzioni, come si vedrà tra breve: è stato necessario, in primo luogo, riflettere sulla scelta degli aspetti epistemologici e metodologici che consentissero di costruire e delineare il percorso di ricerca; allo stesso modo, la riflessività è stata elemento importante dell'agire epistemico della ricercatrice nel corso dell'implementazione della ricerca empirica, accompagnando le fasi di conoscenza dei contesti e di raccolta dei dati, anche attraverso uno strumento dedicato espressamente all'annotazione del pensiero della ricercatrice, quale il diario di ricerca. Infine, come si vedrà nello specifico successivamente, la fase di analisi del materiale ha coinvolto fortemente la riflessività della ricercatrice nell'esercizio di un pensiero ermeneutico volto alla significazione di quanto raccolto nei contesti studiati.

⁶⁷⁶ L. Mortari, *op. cit.*, 2007, pp. 74-75.

6.2.5 Per una definizione dell'itinerario: la filosofia fenomenologica della ricerca

Se dunque si è descritto il territorio di ricerca come complesso, per una serie di elementi appena richiamati, in cui la presenza del ricercatore è parte integrante e costitutiva del percorso, ci si soffermerà ora sulla scelta del pensiero filosofico che ha guidato la ricercatrice nella definizione del metodo e nella scelta degli strumenti per lo studio della traiettoria di ricerca identificata. In questo senso, la filosofia fenomenologica ha costituito la prospettiva teorica all'interno della quale, a partire dalla curiosità di partenza, il progetto di ricerca e la sua metodologia sono stati costruiti. Scrivono a riguardo Matteo Artoni e Massimiliano Tarozzi:

«Oltre ad essere un metodo di ricerca e uno stile di pensiero, la fenomenologia è anche, forse principalmente, una prospettiva teoretica che offre una cornice all'interno della quale si colloca una metodologia. Anzi essa può anche essere vista come uno sguardo paradigmatico, come una cornice di pensiero o una mappa capace di orientare i ricercatori offrendo loro [...] una *filosofia di ricerca* capace di problematizzare domande imprescindibili per chi fa ricerca. Domande sull'atto stesso del conoscere quali: che cos'è la realtà che indaghiamo?, come conosciamo ciò che conosciamo? Qual è il significato di ciò che conosciamo per noi e per i soggetti partecipanti?»⁶⁷⁷.

Ponendo i suoi fondamenti sul pensiero filosofico di Edmund Husserl, già presentato precedentemente, l'approccio fenomenologico alla ricerca risulta essere uno tra quelli fondamentali per lo sviluppo della ricerca qualitativa attuale. Alcuni autori, come Merriam, sottolineano che «qualcuno afferma che tutta la ricerca qualitativa è fenomenologica e, in un certo qual senso così è»⁶⁷⁸. Seppur forzata, tale affermazione si basa sul riconoscimento al pensiero fenomenologico del ruolo assunto nel riportare all'attenzione della ricerca l'esperienza vissuta dai partecipanti e il significato da loro attribuito ad essa. D'altro canto, come già precedentemente ricordato, la lettura dei fenomeni oggetti di studio è una caratteristica generale della ricerca qualitativa. Sarebbe però scorretto sovrapporre la ricerca qualitativa e l'approccio fenomenologico ad essa. Infatti lo studio dell'esperienza e dei suoi significati possono essere perseguiti attraverso modalità differenti, fra le quali quelle proposte dall'approccio fenomenologico sono solo un esempio.

⁶⁷⁷ M. Artoni & M. Tarozzi, *Fenomenologia come metodo e filosofia di ricerca nelle scienze umane*, in *Encyclopaideia*, n. 27 XIV, Bononia University Press, Bologna, 2010, p. 15.

⁶⁷⁸ S. B. Merriam, *op. cit.*, p. 24 (traduzione dall'inglese effettuata da chi scrive).

Entrando nel merito della filosofia fenomenologica, scelta come riferimento per la ricerca in oggetto, è necessario evidenziare come il principio epistemico che la guida sia quello di «descrivere l'essenza o la struttura basilare dell'esperienza»⁶⁷⁹. Si intende con il termine “esperienza”, non un oggetto fattuale, bensì atti di coscienza riferiti ad esperienze vissute: «Per la fenomenologia, le cose [i fenomeni] sono le cose [i fenomeni] dell'esperienza»⁶⁸⁰. In questo senso, «l'oggetto della ricerca fenomenologica sono le esperienze che i partecipanti hanno dei fenomeni, la modalità con la quale la coscienza attribuisce significato al loro mondo, in una dimensione intersoggettiva»⁶⁸¹. Il concetto di “coscienza” risulta centrale per conoscere e significare la realtà: l'approccio fenomenologico tenta, pertanto, di cogliere l'essenza degli atti di coscienza, in quanto «la coscienza è il solo accesso che gli esseri umani hanno al mondo»⁶⁸². Relativamente all'educazione, ad esempio, la ricerca fenomenologica cercherà di indagare tale fenomeno accedendo ad esso per come si manifesta, per come si presenta.

Il ricercatore viene dunque ad assumere un ruolo centrale in una ricerca impostata secondo la filosofia fenomenologica, in quanto «l'esperienza, nella quale si colloca la ricerca fenomenologica nelle scienze umane, è la descrizione del fenomeno come essa appare alla coscienza del ricercatore»⁶⁸³. Strumenti di indagine fondamentali restano, quindi, il ricercatore e la sua postura, in quanto per accedere all'essenza dei fenomeni è necessario quell'atteggiamento epistemico, che Husserl definì come *epochè*. Si tratta di un termine direttamente ripreso dal verbo greco ἐπέχειν (*epechein*), cioè sospendere, fermarsi. In questo senso, un atteggiamento di *epochè* consiste nel sospendere filtri, giudizi, conoscenze pregresse, per potersi avvicinare al fenomeno: «Fare ἐποχῆ è dunque trovare il punto zero, cioè il punto di cominciamento originario dell'attività cognitiva. E il cominciamento puro si trova “mettendo fuori azione”, “neutralizzando”, “mettendo tra parentesi” ogni conoscenza alla mano, ogni criterio di validità operante non solo nell'esperire ingenuo, ma anche in quello scientifico»⁶⁸⁴. Si tratta, allora, di mettere tra parentesi anche quella propria «*natural attitude*»⁶⁸⁵, cioè l'attitudine a vivere l'esperienza quotidiana come data per scontata, già nota: «L'agire quotidiano appare ovvio e viene dato per scontato nello stesso modo in cui consideriamo l'aria che respiriamo. In tale attitudine naturale non consideriamo necessaria

⁶⁷⁹ Ivi, p. 25 (traduzione dall'inglese mia).

⁶⁸⁰ K. Dahlberg, H. Dahlberg & M. Nyström, *op. cit.*, p. 32 (traduzione dall'inglese effettuata da chi scrive).

⁶⁸¹ M. Artoni & M. Tarozzi, *op. cit.*, p. 16.

⁶⁸² M. Van Manen, *Researching Lived Experience. Human science for an action sensitive pedagogy*, State University of New York Press, New York, 1990, p. 9 (traduzione dall'inglese effettuata da chi scrive).

⁶⁸³ M. Artoni & M. Tarozzi, *op. cit.*, p. 16.

⁶⁸⁴ L. Mortari, *op. cit.*, 2007, p. 89.

⁶⁸⁵ K. Dahlberg, H. Dahlberg, M. Nyström, *op. cit.*, p. 33 (traduzione dall'inglese effettuata da chi scrive).

un'analisi di quegli elementi che ci sono più vicini e ci paiono ovvi»⁶⁸⁶. Attraverso una sospensione anche di quanto appare ovvio e dato per scontato, è possibile, così, accedere a una conoscenza anche di quanto ci è più abituale e, proprio per questo, quasi mai oggetto di pensiero: «L'epochè non è solo una forma di problematizzare e mettere in dubbio, ma l'inizio di un processo di autentica conoscenza. Non dubitiamo di quanto mettiamo tra parentesi; evitiamo solamente di usarlo, non lo poniamo quale base per una lettura del mondo, non attribuiamo ad esso un valore»⁶⁸⁷. Non si tratta, quindi, di cancellare aspettative, giudizi, pensieri già costruiti, bensì si richiede una loro sospensione, messa tra parentesi, per poter accedere a una conoscenza “pura” del fenomeno indagato:

«Cercare uno sguardo che aderisce alla qualità delle cose non significa annullare la propria soggettività, quanto invece rendere inattivi quei pensieri già formulati e quelle convinzioni cristallizzate che impedirebbero ai dati di parlare in modo originario; significa tacitare tutti quei pensieri che pregiudicherebbero un ascolto autentico del dato, quelle pre-comprensioni che, se lasciate agire nel processo conoscitivo senza sospendere il loro valore euristico, finirebbero per anticipare il reale, quindi impedirebbero un'esperienza originaria della cosa, ma non si tratta di tacitare il mio pensare e il mio sentire, cioè la mia presenza in quanto soggetto»⁶⁸⁸.

La pratica dell'ἐποχὴ risulta essere un orizzonte di riferimento per il ricercatore fenomenologo, pur rimanendo, nelle parole stesse di Husserl, difficilmente raggiungibile totalmente, in quanto è «difficile da attuare radicalmente ed è costantemente minacciata da malintesi»⁶⁸⁹. In questo senso, la tensione verso un tale atteggiamento sarà la principale caratteristica di un ricercatore fenomenologo, che modellerà su tale postura il suo agire e il suo pensare all'interno della pratica di ricerca.

A partire dal pensiero di Husserl, la filosofia fenomenologica si è sviluppata lungo traiettorie e peculiarità differenti nell'opera dei molteplici autori che ad essa hanno rivolto il loro studio. Mortari e Tarozzi indicano quattro principali direzioni di utilizzo della fenomenologia come approccio di ricerca: una fenomenologia descrittiva (Amedeo Giorgi), una fenomenologia

⁶⁸⁶ Ivi, p. 34 (traduzione dall'inglese effettuata da chi scrive).

⁶⁸⁷ M. Tarozzi & L. Mortari (eds.), *Phenomenology and Human Science Research Today*, Zeta Books, Bucharest, 2010, p. 29 (traduzione dall'inglese effettuata da chi scrive).

⁶⁸⁸ L. Mortari (a cura di), *Dire la pratica. La cultura del fare scuola*, Mondadori, Milano-Torino, 2010, pp.17-18.

⁶⁸⁹ E. Husserl, *La crisi delle scienze europee e la fenomenologia trascendentale*, tr. it. Il Saggiatore, Milano, 1987., p. 206.

ermeneutica (Max Van Manen), una fenomenologia trascendentale (Clark Moustakas) e un indirizzo definito fenomenografico (Ferente Marton)⁶⁹⁰.

In riferimento al progetto di ricerca che si presenterà, la dimensione di interpretazione e significazione del fenomeno, ad esempio, assume un ruolo centrale; la declinazione ermeneutica della fenomenologia, quindi, è la direzione seguita dal percorso di ricerca in oggetto, come si vedrà in maniera specifica nella scelta del metodo per costruire il progetto.

L'attenzione alla dimensione del significato è tipica soprattutto del pensiero fenomenologico sviluppato da Hans Georg Gadamer, il quale grande importanza attribuisce alla componente ermeneutica e di significazione nel processo di costruzione della conoscenza, inteso anche nei termini di una strutturale relazione tra soggetto conoscente e oggetto di conoscenza: «Nelle “scienze dello spirito” l'essenziale non è l'oggettività, ma la relazione preliminare con l'oggetto»⁶⁹¹. In questo senso, dunque, la conoscenza dei fatti umani si costruisce in quella che viene definita come una relazione ermeneutica tra ricercatore e oggetto di indagine, sviluppata ad esempio col dialogo, paragonato a quella relazione dialogica che si instaura tra un testo e il suo interprete: «Come il traduttore in funzione di interprete rende possibile la comprensione in un dialogo solo in quanto partecipa direttamente dell'argomento di cui si tratta, così anche nei confronti del testo la condizione indispensabile per la comprensione è che l'interprete partecipi del senso di esso. È dunque pienamente giustificato parlare di un *dialogo ermeneutico*»⁶⁹².

In tale orizzonte di indagine, l'esperienza umana risulta essere il primo materiale di ricerca, quello che Gadamer definisce come “testo” da interpretare, intendendola come «la realtà fattuale delle convinzioni, delle valutazioni, delle abitudini condivise da tutti, intimamente comprensibili e profondamente comuni, l'insieme di tutto ciò che forma il nostro sistema di vita»⁶⁹³. La capacità ermeneutica è, secondo Gadamer, il principio primario di conoscenza della realtà: «Essa [l'ermeneutica] non deve soltanto mediare tra il sapere dell'universale teoretico e il sapere della prassi, ma anche misurare le finalità perseguite dalle nostre capacità con i fini comuni che reggono la nostra cultura e quella dell'umanità. L'ermeneutica governa perciò l'intera dimensione dell'autocomprensione umana, e non solo della scienza»⁶⁹⁴.

L'azione ermeneutica proposta da Gadamer, basata sul riconoscimento dell'essenza del fenomeno quale primaria realtà di indagine, come notato in riferimento al pensiero di Husserl,

⁶⁹⁰ Cfr. M. Tarozzi & L. Mortari, *op. cit.*, pp. 12-13.

⁶⁹¹ H. G. Gadamer, *Elogio della teoria. Discorsi e saggi*, Guerini, Milano, 1989, p. 58.

⁶⁹² H. G. Gadamer, *Verità e metodo*, tr. it. Bompiani, Bergamo, 1983, p. 446.

⁶⁹³ H. G. Gadamer, 1989, *op. cit.*, pp. 59-60.

⁶⁹⁴ Ivi, p. 60.

richiede una postura epistemica particolare del ricercatore, costruita sulla base di quella riflessività costitutiva che si è delineata precedentemente.

Ad esempio, per poter costruire conoscenza all'interno dell'orizzonte fenomenologico, sarà necessario prestare attenzione al pensare gli stessi pensieri del ricercatore, in modo da farne oggetto di interrogazione critica e riflessione, sia relativamente all'oggetto di ricerca, sia relativamente al progettare e mettere in atto il percorso di ricerca, nelle sue caratteristiche epistemiche e fenomenologiche. Questo è quel procedere che da Francisco Varela, Eleanor Rosch e Evan Thompson viene definito come *mindfulness*, cioè avere un'attenzione aperta e vigile sull'attività della mente, in modo da rimanere presenti a se stessi relativamente ai propri pensieri⁶⁹⁵. Anche sentimenti ed emozioni entrano a far parte dell'attività di pensiero, diventando parte integrante da riconoscere nell'atto conoscitivo, costruendosi attorno al concetto di mente empatica, definendola, come propone Edith Stein, una capacità di accogliere, vivere e lasciar parlare dentro di sé l'esperienza di un altro⁶⁹⁶, pur mantenendo l'altro e la sua esperienza come entità trascendenti e sempre "altre" e "infinite" rispetto a noi stessi⁶⁹⁷.

Tale accoglienza epistemica, messa in atto attraverso l'empatia, caratterizzerà tutto l'impianto epistemico del ricercatore fenomenologo, che dovrà essere in grado di accogliere, epistemologicamente, le modalità di presentarsi dell'altro, del fenomeno indagato. In questo senso, Mortari paragona la ricerca fenomenologica a un "seguire le tracce" che l'altro nel suo apparire e nel suo essere, tratteggia e suggerisce⁶⁹⁸, senza tentativi di regolamentarlo dentro a un disegno di ricerca pre-costituito e imm modificabile. Nel progetto di ricerca in oggetto, in questo senso, il tentativo è stato quello di "seguire le tracce" dell'incontro tra sapere medico e sapere pedagogico nella pratica professionale in un contesto che consentisse l'osservazione dei diversi professionisti. La cornice di ricerca fenomenologica è parsa, dunque, una traiettoria adeguata per costruire una ricerca che considerasse l'osservazione del manifestarsi dell'esperienza come punto di partenza per la costruzione di conoscenza. A partire dall'osservazione del fenomeno, il focus di indagine è stato poi diretto anche verso i significati costruiti in relazione a tale incontro: proprio in riferimento alla dimensione semantica, infatti, si evidenzierà tra breve, come la scelta del metodo andrà verso una direzione ermeneutica, in quanto interessata non solo alla componente della descrizione

⁶⁹⁵ Cfr. F. Varela, E. Rosch, E. Thompson, *The embodied mind: cognitive science and human experience*, MIT Press, Cambridge (MA), 1997, p. 23 (traduzione dall'inglese effettuata da chi scrive).

⁶⁹⁶ Cfr. E. Stein, *Il problema dell'empatia*, Edizioni Studium, Roma, 1998.

⁶⁹⁷ Cfr. E. Lèvinas, *Totalità e infinito. Saggio sull'esteriorità*, tr. it. A. Dell'Asta, Jaca Book, Milano, 2006.

⁶⁹⁸ Cfr. L. Mortari, *op. cit.*, 2007, p. 105.

dell'esperienza per come si manifesta, ma anche alla parte di significato e interpretazione attribuiti al fenomeno.

6.3 Costruire e ipotizzare il percorso

6.3.1 Definizione del concetto di "metodo"

La metafora della progettazione dell'itinerario su una mappa, spinge ora a considerare come, all'interno della progettazione di un itinerario di ricerca, sia necessaria la definizione di un metodo di ricerca: l'etimologia greca della parola, derivante dall'unione di $\mu\epsilon\theta\alpha$ e $\delta\acute{o}\delta\omicron\varsigma$, cioè "lungo la strada", richiama proprio la concezione del metodo come l'intraprendere e lo scegliere una strada che conduca alla destinazione scelta.

Nella fase di progettazione dell'itinerario, la strada da percorrere per raggiungere la meta viene ipotizzata sulla mappa. Il monito di Alfred Korzybski, "La mappa non è il territorio", ci ricorda, però, che quanto definito a livello di progetto e ipotesi, in base a delle rappresentazioni (come una mappa che rappresenta il territorio), può non corrispondere alla realtà. È quanto viene ripreso da Bateson: «La proposizione di Korzybski asserisce che sempre quando c'è pensiero o percezione oppure comunicazione nella percezione vi è una trasformazione, una codificazione, tra la cosa comunicata, la *Ding an sich* e la sua comunicazione»⁶⁹⁹.

Seguendo tali pensieri, il progetto di ricerca è stato pensato con il massimo rigore in relazione alla sua metodologia, considerando, però, questa, come un ausilio per approcciare lo studio della traiettoria individuata, ritracciando o modificando il percorso ipotizzato, qualora l'incontro con la realtà umana studiata richiedeva ripensamenti a quanto progettato. Tale è una concezione indiziaria del metodo, così definita da Mortari: «Il metodo può essere inteso come un pensare che va appresso al camminare, che prende forma lungo il percorso»⁷⁰⁰. Coerentemente con un pensiero filosofico di tipo fenomenologico alla base della ricerca, dunque, si esporranno nel corso del paragrafo le scelte metodologiche che hanno man mano definito l'itinerario di ricerca, intendendo dunque la nozione di "metodo" come la definizione delle linee guida che orientano la costruzione della conoscenza e la scelta degli strumenti per raccogliere i dati, seguendo la definizione offerta da Van Manen, nel distinguere il metodo da

⁶⁹⁹ G. Bateson, *Mente e natura*, tr. it. Adelphi, Milano, 1984, p. 47.

⁷⁰⁰ L. Mortari, *op. cit.*, 2007, p. 147.

tecniche e procedure di ricerca: «La nozione di metodo è caricata di implicazioni metodologiche e considerazioni di una particolare prospettiva filosofica o epistemologica»⁷⁰¹.

6.3.2 Il metodo fenomenologico-ermeneutico

Si può definire fenomenologico - ermeneutico quel metodo di ricerca ispirato alla declinazione in chiave ermeneutica della filosofia fenomenologica, prevalentemente messo in atto sul campo con lo scopo di interpretare e significare il fenomeno studiato, differenziandosi, quindi, da un utilizzo dell'orizzonte fenomenologico più basato sulla pura descrizione dei fenomeni, che prende il nome di "eidetico" (Amedeo Giorgi è, sulla scena internazionale, uno dei più importanti riferimenti per questo tipo di utilizzo della fenomenologia come metodo di ricerca nelle scienze umane⁷⁰²). Un utilizzo della fenomenologia in senso ermeneutico attribuisce rilevante importanza all'interpretazione come conoscenza, anche in riferimento all'esperienza vissuta da un soggetto. Come scrivono Artoni e Tarozzi, l'approccio ermeneutico alla fenomenologia «è centrato sulla dimensione interpretativa che vede nel ricercatore un mediatore di significati dell'esperienza vissuta dai partecipanti»⁷⁰³. Sità descrive in questo modo la declinazione ermeneutica della fenomenologia: «Nell'approccio ermeneutico vi è una centralità dell'interpretare, fondata sulla considerazione che ogni conoscenza è inevitabilmente interpretativa e che la stessa ricchezza del mondo di un soggetto dipende dallo spazio dialogico in cui questa è condivisa e "risignificata"»⁷⁰⁴.

All'interno di un tale orizzonte, dunque, vi è lo spazio per considerare alcuni dati raccolti sul campo, quali i racconti dei partecipanti, come una costruzione collaborativa tra il ricercatore e i protagonisti, in cui il significato e l'interpretazione delle esperienze viene creato anche grazie all'incontro e al dialogo⁷⁰⁵.

L'utilizzo del metodo fenomenologico-ermeneutico è piuttosto composito, anche se accomunato dalla centratura sull'interpretazione dell'esperienza e la costruzione del suo significato, come abbiamo sottolineato in apertura della trattazione relativa a tale metodo. Una delle direzioni assunte dal metodo fenomenologico, in particolare, è quella orientata allo studio del mondo della vita, con una particolare attenzione alla ricerca del suo significato, che

⁷⁰¹ M. Van Manen, *op. cit.*, 1990 p. 28 (traduzione dall'inglese effettuata da chi scrive).

⁷⁰² Cfr. A. Giorgi, *The Descriptive Phenomenological Method in Psychology. A Modified Husserlian Approach*, Duquesne University Press, Pittsburgh (PA), 2009.

⁷⁰³ M. Artoni & M. Tarozzi, *op. cit.*, p. 14.

⁷⁰⁴ C. Sità, *op. cit.*, 2012, pp. 22-23.

⁷⁰⁵ Cfr. M. Artoni, M. Tarozzi, *Fenomenologia come metodo e filosofia di ricerca nelle scienze umane*, in "Encyclopaideia", 27, 2010, pp. 11-22.

viene “portato alla luce”, in quanto già presente nel profilo nascosto dei fenomeni⁷⁰⁶. Peter Ashworth può essere considerato un importante riferimento nell’utilizzo di tale prospettiva: secondo il suo approccio, il principale ambito di ricerca è individuabile nei diversi mondi della vita abitati da soggetti, studiati in maniera empirica e concreta, in relazione a componenti specifiche di tali esperienze⁷⁰⁷. Il riferimento essenziale a cui ci si è rivolti, nello specifico progetto di ricerca, è il contributo di Kahlberg, Kahlberg e Nyström. Gli autori, infatti, nel testo *Reflective Lifeworld Research*, basandosi su un impianto fenomenologico, presentano un approccio alla ricerca fortemente incentrato sull’indagine di contesti ed esperienze di vita degli uomini, ma lasciando anche spazio, oltre al portarne alla luce i significati, anche alla costruzione intersoggettiva e interattiva di questi⁷⁰⁸. Viene in particolare utilizzata la focalizzazione della ricerca sul mondo della vita, così descritta dagli autori: «Nella *lifeworld research* è chiaro che si è immersi nella “natura umana del mondo” e si partecipa nelle relazioni tra i partecipanti e il mondo che essi esperiscono e vogliono descrivere [...]. L’obiettivo potrebbe essere indicato nel trovare e mettere in luce gli essenziali significati che rendono il fenomeno *quel* particolare fenomeno»⁷⁰⁹.

Parte fondamentale della messa in atto di un metodo fenomenologico - ermeneutico consiste nel tentativo, realizzabile attraverso diversi possibili strumenti, di raggiungere l’esperienza vissuta dai soggetti, ponendo la centratura su loro, sui processi di significazione, interpretazione e rappresentazione, piuttosto che sul vissuto stesso: «È il soggetto -nella sua relazione con un’esperienza vissuta- a essere in primo piano rispetto al fenomeno (l’esperienza nella sua struttura essenziale), e non il contrario come avviene nell’indirizzo eidetico»⁷¹⁰.

Il processo ermeneutico richiesto da tale metodo richiede un ruolo centrale del ricercatore nel corso del processo di costruzione della conoscenza: il passaggio dall’obiettivo di una descrizione dell’esperienza (quale avviene nel metodo fenomenologico eidetico) a quello di una sua interpretazione, infatti, necessita della messa in atto di un pensiero riflessivo ed ermeneutico. Nota a questo riguardo Lynn Butler-Kisber: «La fenomenologia ermeneutica [...] si centra sullo studio dell’esperienza vissuta e sull’interpretazione dei suoi “testi”. La differenza [rispetto ad una fenomenologia eidetica] è il movimento che va oltre la descrizione,

⁷⁰⁶ Cfr. R. De Monticelli, *La conoscenza personale. Introduzione alla fenomenologia*, Guerini e Associati, Milano, 1995.

⁷⁰⁷ Cfr. P. Ashworth, *An Approach to Phenomenological Psychology: The Primacy of the Lifeworld*, in “Journal of Phenomenological Psychology”, 33 (2), 2003, pp. 145-156.

⁷⁰⁸ Cfr. K. Dahlberg, H. Dahlberg & M. Nyström, *op. cit.*, p. 172.

⁷⁰⁹ Ivi, p. 96 (traduzione dall’inglese effettuata da chi scrive).

⁷¹⁰ C. Sità, *op. cit.*, 2012, p. 23.

dirigendosi verso l'interpretazione, dove il ricercatore svolge un ruolo attivo nell'interpretare i significati dei partecipanti»⁷¹¹.

Quanto ripreso dall'opera di Butler-Kisber consente di mettere a tema il riferimento ai “testi” che, utilizzando un metodo fenomenologico-ermeneutico, vengono raccolti dal ricercatore, quali materiali attraverso cui comprendere e significare il fenomeno studiato. Come sottolinea Van Manen a riguardo: «Nella ricerca fenomenologica l'enfasi è sempre posta sul significato dell'esperienza vissuta. Il punto di partenza della ricerca fenomenologica è “prendere in prestito” l'esperienza di altre persone e le loro riflessioni per arrivare ad una più profonda comprensione del significato di una certa esperienza umana»⁷¹².

Per conoscere e, successivamente, significare e interpretare l'esperienza di altre persone è necessario, come definito da Van Manen, “prenderla in prestito”, ovvero raccogliere del materiale che “parli” di questa. Questo obiettivo può essere raggiunto grazie a una molteplicità di strumenti, utili per abbracciare la complessità che sempre contraddistingue l'esperienza umana: Van Manen, ad esempio, indica la possibilità di raccogliere materiale attraverso le interviste, l'osservazione e la scrittura di protocolli osservativi, la raccolta di biografie o scritture diaristiche, la ricerca di descrizioni dell'esperienza in letteratura, la proposta di attività artistiche⁷¹³.

Qualsiasi strumento utilizzato per raccogliere materiale all'interno di un metodo fenomenologico-ermeneutico servirà per allargare la conoscenza sul fenomeno e permettere, attraverso differenti accessi, di svolgere operazioni semantiche ed ermeneutiche sull'oggetto di studio. In questo senso, l'attenzione alla possibilità di dare significato all'esperienza rimane il tratto distintivo che delinea l'utilizzo di strumenti differenti nel metodo fenomenologico-ermeneutico: «Per evidenziare meglio la differenza tra un metodo fenomenologico e altri approcci alla ricerca qualitativa (come l'etnografia, l'*ethnomethodology*, l'interazionismo simbolico, l'analisi concettuale, l'approccio biografico...), è necessario riconoscere e sottolineare la forza della domanda essenziale della fenomenologia, rivolta alla ricerca del significato dell'esperienza vissuta»⁷¹⁴.

Il progetto di ricerca in oggetto, centrato sulla significazione dell'incontro tra sapere medico e sapere pedagogico nella pratica professionale, ha dunque ritenuto il metodo fenomenologico-ermeneutico un adeguato ausilio per percorrere il percorso di conoscenza in relazione alla

⁷¹¹ L. Butler-Kisber, *Qualitative Inquiry. Thematic, Narrative and Arts-Informed Perspectives*, Sage Publications LTD, Thousand Oaks (CA), 2010, p. 51 (traduzione dall'inglese effettuata da chi scrive).

⁷¹² M. Van Manen, 1990, *op. cit.*, p. 62 (traduzione dall'inglese effettuata da chi scrive).

⁷¹³ Cfr. M. Van Manen, *op. cit.*, 1990, pp. 63-75.

⁷¹⁴ Ivi, pp. 62-63 (traduzione dall'inglese effettuata da chi scrive).

domanda di ricerca. In particolare, questa metodologia ha consentito in primo luogo di osservare le pratiche agite dai professionisti: in questo senso, l'osservazione dell'esperienza (le pratiche professionali agite) è stato il primo movimento che ha consentito di raccogliere testi per conoscere il fenomeno nel suo naturale accadere e manifestarsi.

In seguito, la metodologia fenomenologico-ermeneutica ha permesso di "interrogare" direttamente i professionisti, attraverso diverse modalità, per indagare i significati da loro attribuiti a quanto agito e al sapere che accompagna le azioni professionali.

Coerentemente a quanto appena esposto, il materiale è stato raccolto con differenti strumenti, come verrà esposto tra breve, tutti volti alla creazione di "testi" che permettessero alla ricercatrice di poter conoscere l'esperienza vissuta dai partecipanti per provare poi a significarla ed interpretarla.

6.4 La strategia di ricerca

Giunti dunque a questo punto della presentazione dell'itinerario di ricerca, si può affermare di aver definito sia il territorio scelto per l'esplorazione (la traiettoria di ricerca), sia la mappa che consente di rappresentarne e ipotizzarne l'indagine (cornice epistemologica e filosofica di riferimento), sia, da ultimo, il sentiero, la strada prospettata per proseguire l'itinerario (la metodologia di ricerca). Resta ora da affrontare la strategia che si è scelta per percorrere quanto progettato: in questo senso, è stato necessario definire come effettuare concretamente la ricerca.

6.4.1 La strategia dello studio di caso

Lo studio della curiosità di partenza orienta la ricerca verso la comprensione di un fenomeno nella sua situazione naturale di accadimento, direzionando gli obiettivi di ricerca verso gli aspetti relativi al *come* e al *perché* tale fenomeno si manifesta, piuttosto che verso domande focalizzate su relazioni di causa-effetto, di quantificazione o di frequenza numerica e quantitativa. In questo senso, possiamo affermare che la traiettoria di ricerca si articola verso l'esigenza di uno studio, una comprensione e una significazione in profondità del fenomeno oggetto di studio.

Costruendosi intorno a tali premesse, la strategia dello studio di caso è sembrata essere particolarmente indicata per costruire la fase empirica di ricerca, in quanto presentata da Robert Yin, uno dei riferimenti internazionali più importanti per lo studio di caso, con queste parole:

«Lo studio di caso è pertinente quando la ricerca si indirizza verso una domanda descrittiva (*cosa* accade?) o esplicativa (*come* o *perché* qualcosa accade?). Contrariamente, un setting sperimentale è necessario per desumere relazioni causali (ad esempio quanto un nuovo programma educativo ha messo alla prova i risultati degli studenti), e un sondaggio può rivelarsi migliore per mostrare *quanto frequentemente* qualcosa succede. In secondo luogo [uno studio di caso è adeguato] quando si vuole far luce su una particolare situazione, per pervenire a una comprensione profonda di essa, raccolta direttamente»⁷¹⁵.

In questo senso, anche il contributo di David Byrne sottolinea la centratura di una ricerca impostata con la strategia dello studio di caso sulla conoscenza che scaturisce dalla comprensione dell'unicità e della specificità del fenomeno oggetto di indagine, attribuendo importanza a tale tipo di epistemologia anche in confronto a un modello epistemologico nomotetico e deterministico, centrato sulla ricerca di causalità e generalità, quale quello caratteristico delle "scienze della natura": «Oltre al metodo della spiegazione, centrato sulle variabili [...] si è creata una tradizione che opera su una vasta gamma di diverse classificazioni, comprendendo anche l'interpretazione [...] e che lavora con i casi, identificandoli come specifiche e uniche istanze da comprendere nei loro propri termini»⁷¹⁶. Quanto esposto da Byrne, andrà poi nella direzione di evidenziare come la strategia dello studio di caso, pur centrata su logiche di unicità e profondità, non vada ad escludere dalla sua impostazione e progettazione, anche possibilità di ricerca legate alla spiegazione e non solo alla comprensione.

All'interno del panorama nazionale, si citano i contributi di Mauro Niero e Luigina Mortari, che descrivono le caratteristiche di tale strategia in maniera simile a quella appena proposta, relativa all'opera di Yin. Niero, infatti, definisce lo studio di caso come «un modo specifico di affrontare la pratica della ricerca sociale»⁷¹⁷, contraddistinto dalle seguenti caratteristiche:

«1) Viene invocato laddove occorra affrontare la *complessità*, si tratti di una storia individuale o di quella di un gruppo sociale, o di una comunità; [...]

2) È necessario allorchè si tratti di privilegiare l'analisi di *sistemi di relazioni*;

⁷¹⁵ R. K. Yin, *Case Study Methods*, in Green, Camili, Elmore, 2006, op. cit, p. 111 (traduzione dall'inglese effettuata da chi scrive).

⁷¹⁶ D. Byrne & C. C. Ragin, *The Sage Handbook of Case-Based Methods*, Sage Publications, London, 2009, p. 2 (traduzione dall'inglese effettuata da chi scrive).

⁷¹⁷ M. Niero, *Case Study. Aspetti metodologici e indicazioni pratiche*, Emme&Erre Libri, Padova, 2011, p. 11.

3) Si rende insostituibile quando si debbano analizzare casi unici e non replicabili»⁷¹⁸.

Mortari lo definisce come

«una strategia di ricerca che viene attivata quando s'intende acquisire adeguata comprensione del fenomeno visto nella sua singolarità e originalità. Ciò che si cerca è una comprensione larga e profonda del fenomeno [...] Può tuttavia costituire un valido punto di riferimento definire uno studio di caso come una ricerca in profondità attivata in un contesto reale che segue una filosofia metodologica differente da quella attivata in laboratorio»⁷¹⁹.

Va sottolineato che lo studio di caso si delinea come una strategia che orienta la costruzione della ricerca, seguendo gli obiettivi di ricerca appena esposti, non tanto come una metodologia. Seguendo il pensiero di Sharlene Nagy Hesse-Biber e Patricia Lina Leavy, infatti, lo studio di caso è presentato come «la strategia circa cosa deve essere studiato, non una decisione di metodo, nonostante contribuisca a guidare il modo in cui la ricerca procede»⁷²⁰.

All'interno della letteratura nazionale e internazionale sulla ricerca qualitativa, le definizioni relative allo studio di caso variano da autore ad autore, ma concordano generalmente su alcuni caratteri costitutivi di tale strategia: il fenomeno oggetto di studio deve, in primo luogo, essere legato a una situazione complessa, che necessita, per essere studiata, di essere osservata nel contesto reale: «Una caratteristica essenziale è che lo studio sia condotto principalmente nel suo contesto naturale [...]». In secondo luogo, lo studio di caso è lo studio di una singolarità, condotto, in profondità nel contesto naturale»⁷²¹ L'obiettivo dello studio di caso risulta essere una comprensione approfondita di quello specifico fenomeno, in quel determinato contesto, ben definito e circoscritto, come sottolinea Merriam: «Se il fenomeno oggetto di studio non è intrinsecamente circoscritto, non è un caso».⁷²²

Proprio tali caratteristiche costitutive, però, espongono lo studio di caso a una serie di critiche. Primo fra tutti è il dibattito relativo alla generalizzazione che può offrire uno studio di caso. In questo senso, Yin propone la distinzione tra una generalizzazione “statistica”, intesa come un'inferenza costruita circa una popolazione sulla base dei dati raccolti, e una

⁷¹⁸ *Ibidem*.

⁷¹⁹ Mortari, *op. cit.*, 2007, pp. 203-204.

⁷²⁰ S. Nagy, P. Leavy, *The practice of qualitative research*, Sage Publications, Thousand Oaks (CA), 2011, p.255 (traduzione dall'inglese effettuata da chi scrive).

⁷²¹ M. Bassegy, *Case Study Research in Educational Settings*, Open University Press, Buckingham, 1999, p. 47 (traduzione dall'inglese effettuata da chi scrive).

⁷²² S. B. Merriam, *op. cit.*, 2009, p. 41 (traduzione dall'inglese effettuata da chi scrive).

generalizzazione “analitica”, in base alla quale la conoscenza costruita attraverso lo studio di caso può essere confrontata con diverse teorie già formulate, allargandole o falsificandole⁷²³. Nella stessa direzione si esprime Bent Flyvbjerg, parlando del *misunderstanding* inerente la generalizzabilità dello studio di caso: secondo l’autore, infatti, una critica alle possibili generalizzabilità dello studio di caso viene rivolta sulla base di una generalizzazione intesa in termini numerici e statistici, volta a riscontrare un’universalità uniforme a partire dai dati raccolti. Lo studio di caso, tuttavia, si muove a partire da altri presupposti. In questo senso, anche la generalizzazione a cui conduce sarà in accordo con le sue premesse:

«Lo studio di caso è ideale per generalizzare secondo il modello che Karl Popper chiamò “falsificazione”, che dà forma alla riflessività critica delle scienze sociali. La falsificazione è uno dei più rigorosi test grazie ai quali una proposizione scientifica può essere soggetta al cambiamento. [...] Casi devianti e falsificazione possono portare allo sviluppo di teorie, perché puntano allo sviluppo di nuovi concetti, variabili e meccanismi causali»⁷²⁴.

La generalizzazione dello studio di caso, dunque, è focalizzata sulla comprensione e sulla conoscenza in profondità di un fenomeno, in un particolare contesto, creando la possibilità di costruzione di nuove conoscenze, confrontabili, ad esempio, con teorie già esistenti, o utili per impostarne di nuove, come sottolinea Merriam: «Gli studi di caso fanno luce sulla comprensione del fenomeno studiato. Possono portare alla scoperta di nuovi significati, estendere l’esperienza o confermare ciò che è conosciuto»⁷²⁵.

Proseguendo, viene spesso rivolta allo studio di caso una critica relativa agli strumenti concretamente utilizzabili per affrontare la complessità insita nel fenomeno oggetto di studio. In questo senso, la direzione delineata da Yin sottolinea dell’importanza di utilizzare differenti strumenti di ricerca per raccogliere dati:

«Sarà sempre una strategia migliore l’utilizzo di molteplici strumenti per raccogliere l’evidenza, piuttosto che uno solo [...] La raccolta di dati di uno studio di caso può includere sia dati qualitativi, sia quantitativi»⁷²⁶. In questo senso, la pluralità degli

⁷²³ Cfr. R. Yin, *Case Study Research: Design and Methods*, Sage, Thousand Oaks (CA), 1994, p. 31.

⁷²⁴ B. Flyvbjerg, *Case Study*, in Denzin, Lincoln, 2011, *op. cit.*, p. 305 (traduzione dall’inglese effettuata da chi scrive).

⁷²⁵ S. B. Merriam, *op. cit.*, 2009, p. 44 (traduzione dall’inglese effettuata da chi scrive).

⁷²⁶ R. Yin, *Case Study Methods*, in J. L. Green, G. Camilli, P. B. Elmore, *Contemporary Methods in Education Research*, Lawrence Erlbaum Associates, Washington, 2006, p. 116 (traduzione dall’inglese effettuata da chi scrive).

strumenti epistemici va nella direzione di abbracciare in maniera profonda e ampia la complessità del fenomeno, cogliendo anche aspetti di questo che emergono nel corso della ricerca stessa: «Gli strumenti epistemici utilizzabili possono essere diversi: osservazioni, interviste, analisi di materiale scritto ecc. La scelta degli strumenti epistemici non può essere definita in anticipo, ma va decisa nel contesto sulla base di una prima ricognizione esplorativa»⁷²⁷.

Sulla base di scopi e caratteristiche, da diversi autori vengono, inoltre, distinte differenti tipologie di studio di caso: si fa riferimento qui alle modalità proposte da Merriam e Lawrence Stenhouse, in quanto anche lo studio di caso realizzato è stato costruito su caratteristiche che si ritrovano nelle tipologie create da questi autori.

Merriam propone una distinzione tra tre diverse tipologie di studio di caso⁷²⁸: uno studio di caso descrittivo, orientato alla descrizione dettagliata di un fenomeno e caratterizzato dall'idea di fornire informazioni relative ad aree poco studiate; uno studio di caso interpretativo, in cui, in seguito alla ricerca di descrizioni intensive, si costituiscono interpretazioni dei dati ottenuti per proporre la formulazione di una possibile teoria, costruita in modo principalmente induttivo. Infine, Merriam propone anche uno studio di caso valutativo, in cui si cerca di pervenire a una valutazione del fenomeno. Quest'ultimo viene utilizzato soprattutto in contesti in cui si ha la presenza del fenomeno studiato e se ne cerca una valutazione, ad esempio per procedere a una sua interruzione o implementazione.

La stessa tipologia di studio di caso valutativo viene proposta anche da Stenhouse⁷²⁹ che aggiunge, rispetto a Merriam, uno studio di caso pedagogico, in cui parte fondamentale è rivolta alla comprensione di azioni educative studiate nel contesto. Infine Stenhouse propone anche uno studio di caso nella ricerca-azione, finalizzato in particolare a produrre cambiamenti o aggiustamenti di alcune dimensioni del contesto.

In riferimento a quanto scritto finora, la strategia dello studio di caso ha permesso di orientare la direzione di ricerca verso l'esplorazione del tema in contesti concreti. Si è cercato, in particolare, di individuare una realtà in cui fosse possibile osservare il fenomeno (le pratiche di professionisti medici e pedagogici) per poter poi procedere a interrogare i significati costruiti intorno alle azioni e ai saperi che le guidano. Attraverso la strategia dello studio di caso, dunque, si è costruita una ricerca di conoscenza approfondita del fenomeno, osservato,

⁷²⁷ Mortari, *op. cit.*, 2007, p. 205.

⁷²⁸ Cfr. S. B. Merriam, *Qualitative Research and Case Study Applications in Education*, Jossey-Bass, San Francisco (CA), 2001, pp. 38-39.

⁷²⁹ Cfr. L. Stenhouse, Case Study Methods, in Cohen L., Manion L., & K. Morrison, *Research Methods in Education*, RoutledgeFalmer London, 2000, p. 50.

studiato e significato all'interno di un contesto reale e concreto, nel quale si manifesta abitualmente.

In relazione alla filosofia e alla metodologia di ricerca, lo studio di caso è stato costruito in riferimento alla tipologia interpretativa proposta da Merriam, in quanto interessato alla comprensione dell'incontro tra saperi diversi nelle concrete pratiche lavorative di uno specifico contesto, con l'intento di interpretare e significare i dati raccolti.

Andando ad esplorare nello specifico dei contesti abitati da professionisti educativi, in particolare, la ricerca si è ispirata anche allo studio di caso pedagogico proposto da Stenhouse, dal momento che parte importante del lavoro è stata dedicata allo studio delle azioni educative progettate e messe in atto nel contesto, in modo da poter comprendere in tali pratiche l'apporto e il ruolo dei diversi professionisti coinvolti.

Tutte le differenti tipologie di studio di caso appena descritte comprendono al loro interno la possibilità di costruzione di uno studio di caso singolo o basato sullo studio di più casi, a seconda degli obiettivi e delle caratteristiche proprie del progetto di ricerca. Per la ricerca realizzata, come si vedrà tra breve, questo aspetto si è rivelato essere particolarmente importante e oggetto di accurate riflessioni.

6.4.2 La scelta dei casi: quantità e campionamento

Una caratteristica che distingue le varie tipologie di studio di caso tra loro è la quantità di casi scelti: «In linea di principio si può distinguere tra *case study* che riguardano un solo caso e *case study* che riguardano casi multipli»⁷³⁰.

Uno studio di caso singolo permette di esplorare in maniera molto approfondita un contesto, scelto generalmente per caratteri di unicità o estrema rappresentatività del fenomeno indagato: «Quando si progetta uno studio di caso singolo, si è tendenzialmente scelto di studiare un caso *estremo* o *unico*, o anche in grado di *rivelare* il fenomeno studiato»⁷³¹.

Un progetto basato su più casi, invece, permette operazioni di confronto del materiale raccolto, secondo diverse logiche che guidano la ricerca: possono essere, infatti, selezionati più casi con caratteristiche simili per cercare conferme di quanto raccolto, oppure, basandosi sulla logica del contrasto, si può cercare di esplorare la traiettoria di ricerca in contesti differenti tra loro per determinate caratteristiche, pregnanti per il tema di ricerca: «Bisogna decidere se i due o più casi rappresentano casi confermativi (cioè presunte replicazioni dello stesso

⁷³⁰ M. Niero, *op. cit.*, 2001, p. 59.

⁷³¹ R. Yin, *op. cit.*, 2006, p. 115 (traduzione dall'inglese effettuata da chi scrive).

fenomeno), casi contrastanti (ad esempio un caso di successo e un caso di fallimento) oppure casi teoreticamente differenti (come un caso di scuola primaria e uno di scuola secondaria)»⁷³². Secondo Yin, la scelta di uno studio di caso multiplo richiede sicuramente più lavoro per il ricercatore, in quanto vanno ripetute le delicate fasi di ingresso del ricercatore sul campo, conoscenza del contesto, creazione di fiducia coi partecipanti, ma la molteplicità dei casi studiati assicura anche una serie di vantaggi:

«Nonostante alcune complicazioni e una quantità di lavoro supplementare, i progetti di studio di caso multiplo presentano importanti vantaggi. In primo luogo, si potrà mostrare che è possibile replicare il completo ciclo della strategia dello studio di caso (disegno, selezione, analisi e report) in più di un contesto, riducendo il sospetto che le competenze del ricercatore siano limitate a un solo caso [...]. In secondo luogo, si sarà in grado di rispondere alla comune critica rivolta agli studi di caso singoli, che li descrive come unici, idiosincratici, e dunque con un scarso valore per andare oltre alla circostanze e alle caratteristiche del singolo caso. Infine, si potrà disporre di una modesta quantità di dati comparabili, anche se i casi scelti fossero stati selezionati con una logica confermativa, aiutando in questo modo ad analizzare quanto raccolto»⁷³³.

In questo senso, si evidenzia la possibilità di elaborare teorie basate su più casi che, senza valore di generalizzabilità universale, possano segnalare una traccia interpretativa per l'analisi di casi simili, come sottolinea Mortari: «Un'analisi comparativa di casi consente di elaborare una teoria che, senza avere il limite di essere legata ad un solo caso e senza pretendere di possedere un valore esplicativo generale, sia esemplare, ossia fornisca dei canoni per l'interpretazione di casi simili»⁷³⁴.

Il percorso di ricerca che si presenta è iniziato con l'individuazione di un contesto di studio individuato come “esemplare” rispetto alla traiettoria di ricerca seguita. In particolare, il contesto individuato sembrava offrire, sul piano del dichiarato, un gruppo di lavoro altamente inter-disciplinare, rendendo interessante esplorare in esso, tra molti differenti professionisti, l'incontro tra sapere medico/sanitario e pedagogico nella concreta pratica lavorativa quotidiana.

In seguito, si è aperta la possibilità di allargare lo studio di caso a un secondo contesto, selezionato, come vedremo tra breve in modo da poter indagare l'incontro multi-professionale

⁷³² *Ibidem* (traduzione dall'inglese effettuata da chi scrive).

⁷³³ *Ibidem* (traduzione dall'inglese effettuata da chi scrive).

⁷³⁴ L. Mortari, *op. cit.*, 2007, p. 206.

in un contesto diverso per caratteristiche organizzative. La decisione di inserire un secondo caso allo studio conduce ora alla tematizzazione dei criteri che, all'interno di questa strategia di ricerca, orientano la scelta del contesto o dei contesti a cui rivolgere lo sguardo.

Una volta individuata la traiettoria di ricerca, infatti, e definita la strategia di ricerca dello studio di caso, è stato necessario decidere come scegliere i contesti per effettuare la parte empirica della ricerca. Esiste una molteplicità di proposte, presenti nella letteratura inerente la ricerca qualitativa, su come effettuare la scelta del caso o dei casi. Possono essere seguiti criteri suggeriti dalle caratteristiche stesse del contesto, come suggerisce Yin, in modo da individuare contesti in cui il fenomeno pare essere presente in maniera consistente (*extreme case*) o in maniera differente rispetto a quanto riportato dalla letteratura (*deviant case*), o ancora in maniera unica e particolarmente rappresentativa (*unique case*)⁷³⁵. Oppure, come suggerisce Niero, ci si può far guidare da criteri di selezione che agevolano il processo di ricerca o l'agire del ricercatore, creando buoni presupposti per l'implementazione della ricerca: sono questi i criteri definiti come *opportunistico* (segue suggestioni vantaggiose che si creano nel corso di processo di ricerca), *di convenienza* (segue criteri che permettono un risparmio di tempo, risorse, energie), o legati a elementi politici che permettono di individuare dei casi come *politicamente rilevanti*⁷³⁶.

Infine, basandosi su criteri che guidano la procedura stessa della selezione dei casi, si possono scegliere procedure definite come *random* (i casi vengono selezionati in maniera casuale), *random purposeful* (all'interno di un vasto campionamento casuale viene attivato un ragionamento per restringere la selezione), *snowball* (i casi vengono identificati in seguito a una serie di interazioni con persone particolarmente significative per la conoscenza dei contesti)⁷³⁷.

In seguito a un'analisi dei contesti presenti nel territorio dell'*hinterland* milanese, definito in base a un criterio di convenienza che avvantaggiasse il ricercatore nella concreta implementazione della ricerca, il primo caso di studio è stato selezionato in base a un criterio centrato sulle caratteristiche del contesto, che l'hanno identificato come significativo perché ben rappresentativo.

Durante la fase di implementazione della ricerca nel primo contesto di studio, sono continuate le relazioni e le comunicazioni con altri ricercatori e persone esperte e informate relativamente alla traiettoria di ricerca individuata. In questo senso, si è portata avanti quella

⁷³⁵ Cfr. R. Yin, *op. cit.*, 1994.

⁷³⁶ Cfr. M. Niero, *op. cit.*, 2001, p. 36.

⁷³⁷ *Ibidem*.

caratteristica della ricerca naturalistica che Mortari descrive come «campionamento continuo»⁷³⁸. Mortari definisce questo concetto sulla base della complessità dei contesti umani in cui il ricercatore naturalistico concentra la sua attenzione, che suggeriscono la necessità di predisporre un disegno di ricerca che possa evolvere seguendo le evoluzioni e le caratteristiche che man mano il contesto manifesta. All'interno di tale complessità, secondo Mortari, è insita anche la possibilità di prevedere un campionamento che possa essere mantenuto “aperto” in virtù delle direzioni di ricerca che possono emergere durante il percorso.

Anche nell'esperienza condotta, infatti, attraverso interazioni e informazioni raccolte nel corso del processo, dunque con una modalità di campionamento definibile come *snowball*, si è costruita la possibilità di allargare lo studio a un secondo contesto, differente per organizzazione e gestione, che presentasse al suo interno lo stesso fenomeno del primo. In questo senso, si è creata, così, l'occasione per effettuare lo stesso processo di ricerca in un secondo contesto, con l'obiettivo di raccogliere dati confrontabili per giungere a una significazione ed interpretazione del tema di ricerca in due contesti che ora presenteremo nelle loro caratteristiche, cercando di evidenziare, ovviamente, i criteri che hanno consentito la loro definizione come casi di studio.

6.5 Gli strumenti di ricerca: l'equipaggiamento per affrontare il percorso

Gli strumenti di ricerca sono stati intesi come le tecniche attraverso cui il ricercatore ha raccolto il materiale concreto nei contesti di ricerca, interessante e significativo relativamente alla traiettoria individuata. Nel corso della loro tematizzazione, apparirà come si sia scelto di affidarsi a strumenti differenti tra loro per conoscere i contesti studiati, con l'obiettivo di cogliere attraverso molteplici canali gli aspetti dell'esperienza da interpretare e significare, come esplicitato nella trattazione riferita al metodo fenomenologico-ermeneutico.

6.5.1 L'osservazione etnografica

Tale tipo di osservazione, ripresa dal metodo di ricerca etnografico⁷³⁹, è assai diffusa nella ricerca di tipo qualitativo. A partire dalla ricerca etnografica propria, si ritrova infatti questo

⁷³⁸ L. Mortari, *op. cit.*, 2007, p. 73.

⁷³⁹ Per approfondire storia e utilizzo del metodo etnografico, ricordiamo qui alcuni dei riferimenti bibliografici che possono essere consultati a riguardo, in ambito nazionale e internazionale: U. Fabietti, *Etnografia e culture. Antropologi, informatori e politiche dell'identità*, Carocci, Roma, 1998; A. De Lauri & L. Achilli (a curadi), *Pratiche e politiche dell'etnografia*, Meltemi, Roma, 2008; R. Jessor, A. Colby & R. A. Shweder,

strumento, con alcune modifiche, ripreso dalla ricerca nell'ambito delle scienze umane: analizzando la letteratura relativa a tale strumento, la si trova denominata come “osservazione naturalistica”⁷⁴⁰, “osservazione partecipante”⁷⁴¹, “*close observation*”⁷⁴².

Tale strumento è stato di ausilio alla ricercatrice per la prima necessità incontrata nel corso della fase di ricerca empirica, ossia la conoscenza del contesto, delle persone che lo abitano, delle logiche e delle rappresentazioni che lo costituiscono; si è cercato, dunque, uno strumento che permettesse di accedere alla conoscenza dell'universo semantico costitutivo del contesto.

Per raggiungere una siffatta conoscenza, si è ritenuto fondamentale trovare una postura che consentisse di vivere “dall'interno” il contesto stesso, in modo da cogliere le dimensioni semantiche, relazionali, appartenenti alla vita quotidiana che si svolge al suo interno: «Tipicamente, il lavoro di ricerca empirica sul campo, può iniziare con dei momenti osservativi, in modo che i ricercatori possano comprendere il senso della cultura e della vita sociale di un determinato gruppo»⁷⁴³. Questo è infatti un piano difficilmente esprimibile a livello di “quanto dichiarato”, ad esempio nel corso di interviste, mentre risulta essere molto più accessibile attraverso una prospettiva che colloca il ricercatore in una dimensione partecipativa della *routine* del contesto, cogliendo tali elementi di conoscenza attraverso la compartecipazione alla vita dei partecipanti: «Il modo migliore per entrare nel mondo della vita delle persone è partecipare a questo»⁷⁴⁴.

Si tratta di una partecipazione orientata alla comprensione dell'universo semantico di un gruppo sociale, di un contesto. Bove, riferendosi all'approccio etnografico alla ricerca, ricorda che: «Il fulcro è la dimensione dei significati e il problema di fondo della ricerca etnografica è capire che cosa “significano” per i soggetti/protagonisti le azioni, le pratiche e i comportamenti osservati»⁷⁴⁵. Dahlberg, Dahlberg e Nyström sottolineano a riguardo: «La

Ethnography and Human Development, University of Chicago Press, Chicago, 1996, il contributo di B. Tedlock in N. K. Denzin & Y. S. Lincoln, *Handbook of Qualitative Research*, (pp. 455-486), Sage, Thousand Oaks (CA), 2000. .

⁷⁴⁰ Cfr. M. Angrosino & J. Rosenberg, Observations on observation. Continuities and challenges, in Denzin, Lincoln, 2011, *op. cit.*, pp. 467-478.

⁷⁴¹ Cfr. K. M. Anderson-Levitt, Ethnography, in Green, Camili & Elmore, 2006, *op. cit.*, pp. 279-295; K. Dahlberg, H. Dahlberg & M. Nyström, *op. cit.*, 2008.

⁷⁴² Cfr. M. Van Manen, *op. cit.*, 1990.

⁷⁴³ K. Dahlberg, H. Dahlberg & M. Nyström, *op. cit.*, 2008, p. 212 (traduzione dall'inglese effettuata da chi scrive).

⁷⁴⁴ M. Van Manen, *op. cit.*, 1990, p. 69 (traduzione dall'inglese effettuata da chi scrive).

⁷⁴⁵ C. Bove, *op. cit.*, 2009, p. 42.

muta ed invisibile creazione di significato orienta l'osservazione sul campo, ed è lo sfondo sul quale i fenomeni e il loro senso possono giungere ad essere percepiti e compresi»⁷⁴⁶.

L'osservazione etnografica permette di cogliere un tale obiettivo di conoscenza, nell'ottica di comprendere "dall'interno" le logiche che reggono e costituiscono una determinata cultura, uno specifico contesto o gruppo di lavoro: «L'osservazione partecipante permette di accedere ad una prospettiva interna, dove il ricercatore può osservare ed arrivare a comprendere i fenomeni nel loro naturale accadere»⁷⁴⁷. Un ricercatore impegnato in una siffatta osservazione dovrà mettere in atto una particolare postura, in grado di partecipare alla vita del contesto, cogliendo il punto di vista dei suoi "abitanti", ma senza "confondersi" con essi: la capacità del ricercatore, infatti, deve riuscire a rimanere sempre in equilibrio tra la posizione osservativa e partecipativa, mantenendo un elevato grado di riflessività che permetta di accedere ai significati di quanto osservato. È quanto riferisce Van Manen, in merito a ciò che definisce *close observation* e che si rivela utile per la presente riflessione: «Il metodo della *close observation* richiede al ricercatore di essere partecipante e osservatore nello stesso tempo: bisogna cioè mantenere un certo orientamento alla riflessività»⁷⁴⁸.

In questo senso, la persona stessa del ricercatore risulta essere il primo strumento di ricerca, in quanto il suo essere e il suo stare nel contesto sono la prima chiave di accesso alla conoscenza cercata, costruita in maniera partecipativa e collaborativa, insieme alle persone stesse che abitano il contesto e, attraverso il loro agire e il loro dire, permettono al ricercatore di esplorare la traiettoria delineata. L'osservazione etnografica, infatti, concepisce la conoscenza come il risultato di una costruzione creata nell'incontro tra ricercatore e soggetti abitanti il contesto. Ricordano, infatti, Michael Angrosino e Judith Rosenberg:

«Gli etnografi non possono reclamare di essere i soli detentori della conoscenza relativa alle società e alle culture che studiano [...]. I risultati della fase osservativa di ricerca non possono mai essere ridotti a una forma di conoscenza racchiudibile nell'unica voce dell'etnografo [...]. Per queste ragioni, l'osservazione naturalistica può essere compresa solo nell'ottica che la vede risultare da specifiche negoziazioni interattive»⁷⁴⁹.

⁷⁴⁶ K. Dahlberg, H. Dahlberg & M. Nyström, 2008, *op. cit.*, p. 217 (traduzione dall'inglese effettuata da chi scrive).

⁷⁴⁷ Ivi, p. 212 (traduzione dall'inglese effettuata da chi scrive).

⁷⁴⁸ M. Van Manen, *op. cit.*, 1990, p. 69 (traduzione dall'inglese effettuata da chi scrive).

⁷⁴⁹ M. Angrosino, J. Rosenberg, *op. cit.*, p. 470 (traduzione dall'inglese effettuata da chi scrive).

All'interno di qualsiasi progetto di ricerca, è necessario che l'osservazione «venga condotta in maniera scientifica e rigorosa»⁷⁵⁰, definendo in maniera chiara momenti, eventi da osservare, e dotandosi di specifici strumenti atti a documentare quanto osservato, come ricorda Anderson-Levitt: «La prima e fondamentale tecnica è quella di registrare le osservazioni attraverso degli scritti, sul luogo, quando possibile, o al limite immediatamente dopo l'evento osservato. Gli etnografi devono suddividere le loro note di campo tra precise e dettagliate descrizioni, da una parte, e i loro propri commenti e interpretazioni, dall'altra»⁷⁵¹. Nella stessa direzione, altre tecniche per raccogliere e documentare i dati possono essere quelle di produrre video-riprese, audio-registrazioni o fotografie di spazi, attività, momenti particolari delle osservazioni, in accordo con il progetto di ricerca, e qualora autorizzate dai partecipanti e dal contesto stesso.

In riferimento, dunque, a quanto finora esposto circa lo strumento dell'osservazione etnografica, si può ora mettere a tema la scelta del suo utilizzo all'interno del progetto di ricerca in oggetto. In primo luogo, come appena evidenziato, l'osservazione ha permesso l'accesso del ricercatore alla prassi agita nei contesti, conoscendo, vedendo in azione i protagonisti impegnati nelle pratiche professionali. La postura della ricercatrice è stata dunque partecipante rispetto alle attività osservate, con quell'atteggiamento di riflessività e pensosità precedentemente descritto che consente di riflettere su quanto osservato, per significarlo e trarne conoscenza. Questa postura ha accompagnato la ricercatrice sia durante la fase osservativa direttamente agita sul campo, sia nella fase successiva all'osservazione diretta quando, attraverso lo strumento della scrittura (come si dettaglierà successivamente), veniva agita una riflessione accurata su quanto osservato in precedenza.

Per raccogliere i dati osservativi, in particolare, sono stati definiti, insieme ai professionisti dei contesti studiati, specifici momenti da osservare, durante i quali la ricercatrice stava all'interno del contesto, partecipando alle attività che in esso si svolgevano.

Relativamente all'importanza di una rigorosa documentazione di quanto osservato, lo strumento della scrittura ha accompagnato la fase osservativa: sono state predisposte, infatti, due modalità diverse di scrittura per mantenere traccia delle osservazioni effettuate, creando materiale testuale analizzabile in un secondo momento⁷⁵².

⁷⁵⁰ *Ibidem* (traduzione dall'inglese mia).

⁷⁵¹ K. M. Anderson-Levitt, 2006, *op. cit.*, p. 286 (traduzione dall'inglese effettuata da chi scrive).

⁷⁵² L'articolazione e la struttura delle scritture utilizzate per tenere traccia dei momenti osservativi sono state formulate dalla ricercatrice stessa, con riferimento a quanto suggerito da P. Braga & P. Tosi nel testo S. Mantovani (a cura di), *La ricerca sul campo in educazione. I metodi qualitativi*, Mondadori, Milano, 1998, tra le pagine 84 e 163 e al contributo di L. Mortari nel testo *Cultura della ricerca e pedagogia. Prospettive*

Subito dopo il termine di ogni osservazione, attraverso una scrittura carta e matita, la ricercatrice annotava brevemente e “a caldo” gli eventi principali osservati nella seduta osservativa e le principali emozioni, sensazioni, stati d’animo che erano stati vissuti nel corso dell’osservazione. Questa modalità di documentazione è stata ritenuta importante per non “perdere” le prime sensazioni successive all’osservazione e l’annotazione degli eventi ritenuti particolarmente significativi. Nel corso della trattazione specificamente relativa al tema del diario di ricerca approfondiremo l’importanza della scelta di scrittura di questi elementi: relativamente allo scopo di questo sotto-paragrafo, ci preme ora sottolineare solo come la scrittura sia stata utilizzata come strumento di supporto alla pratica osservativa.

Successivamente, attraverso un modello di scrittura pre-determinato (vedi ALLEGATO A), effettuato attraverso l’utilizzo del computer, venivano riportate in maniera più dettagliata il resoconto dei dati contestuali (luogo, ora, durata dell’osservazione, persone presenti)⁷⁵³ e degli eventi osservati. In uno spazio appositamente dedicato, veniva tenuta traccia di quanto vissuto dalla ricercatrice sul campo, dei pensieri sviluppati rispetto agli eventi osservati attraverso delle scritture che «raccontano le emozioni e i sentimenti che hanno accompagnato una fase di lavoro, le speculazioni, le riflessioni sullo sviluppo delle teorie ecc.»⁷⁵⁴.

In questo senso, la scrittura ha permesso di mantenere rigore all’interno della pratica osservativa, mantenendo traccia in maniera costante e precisa relativamente a quanto osservato. In particolare, in riferimento a quanto esprimono Piera Braga e Paola Tosi, il materiale testuale prodotto per tenere traccia delle osservazioni effettuate è di tipo narrativo, focalizzato sul raggiungere una conoscenza del servizio, dei professionisti in esso operanti, delle loro pratiche e dell’universo semantico del contesto: «La registrazione dei dati può avvenire attraverso una rilevazione di *tipo narrativo* oppure attraverso strumenti di osservazione *strutturati* [...]. Nel primo caso il ricercatore descrive per iscritto, o parlando al registratore, ciò che vede accadere. [...] Le rilevazioni di tipo narrativo sono particolarmente adatte e utili nella fase esplorativo-qualitativa della ricerca»⁷⁵⁵.

I dati raccolti attraverso lo strumento dell’osservazione sono, dunque, materiali testuali narrativi, redatti in forma scritta dalla ricercatrice in differenti momenti, che costituiscono parte dei testi che verranno analizzati per indagare l’oggetto di ricerca. Lo strumento dell’osservazione etnografica ha, dunque, accompagnato il primo periodo di ingresso sul

epistemologiche, Carocci, Roma, 2007, relativamente alle scritture che possono accompagnare le fasi di ricerca empirica.

⁷⁵³ Cfr. P. Braga & P. Tosi, in Mantovani (a cura di), 1998, *op. cit.*, pp. 135-136.

⁷⁵⁴ L. Mortari, *op. cit.*, 2007, p. 232.

⁷⁵⁵ P. Braga & P. Tosi, L’osservazione, in S. Mantovani (a cura di), *op. cit.*, 1998, pp. 114-115.

campo della ricercatrice, concentrando l'attenzione del periodo iniziale sulla comprensione dell'universo semantico presente nei contesti. In seguito, come vedremo tra breve, la ricerca ha fatto uso di altri strumenti, utili per esplorare gli ambiti delle rappresentazioni e di quanto dichiarato dai partecipanti relativamente alla traiettoria di ricerca.

6.5.2 *L'intervista semi-strutturata*

Lo strumento di ricerca dell'intervista prevede la costruzione di una situazione particolare, in cui un soggetto ingaggia una o più persone in un'interazione verbale, in quanto li ritiene esperti o conoscitori di alcuni fenomeni o questioni che desidera indagare. In base al fatto che gli intervistati siano uno o molteplici, l'intervista può essere definita *individuale* o di gruppo.

Indipendentemente dal contesto gruppale o individuale, l'intervista, come strumento applicabile nella ricerca in scienze umane può essere definita secondo le parole di Kathleen De Marrais, come «un processo nel quale ricercatore e partecipante sono coinvolti in una conversazione centrata su questioni relative all'oggetto di studio della ricerca»⁷⁵⁶. Silvia Kanizsa scrive in riferimento all'intervista quale strumento di indagine peculiare per la ricerca pedagogica, presentandola con queste parole: «Uno scambio verbale fra due persone una delle quali (l'intervistatore) cerchi, ponendo delle domande più o meno rigidamente prefissate, di raccogliere informazioni o opinioni dall'altra (l'intervistato) su di un particolare tema»⁷⁵⁷.

Durante un'intervista i ruoli e le finalità dei due interlocutori sono differenti, quindi tale interazione si configura come una situazione asimmetrica, in cui chi intervista deve riuscire a mettere l'altro a proprio agio, ascoltarlo e saper parlare in modo da incoraggiare l'altro ad esprimersi. L'incontro non è casuale, ma voluto e ricercato: c'è una persona che sa delle informazioni che l'altra desidera conoscere, e potrà dirle o non dirle a seconda della situazione, della fiducia che prova verso chi gliele chiede. Tra le due persone, poi, una è predisposta e preparata a svolgere il suo ruolo di intervistatore, mentre all'altra si chiede semplicemente di rispondere a quanto viene domandato.

L'atteggiamento e la postura dell'intervistatore sono estremamente rilevanti in vista della buona riuscita dell'intervista: la capacità di ascoltare attivamente, di agire una risonanza empatica verso chi parla, comunicando interesse per quanto viene detto sono tutte

⁷⁵⁶ K. De Marrais, *Qualitative Interviews studies: Learning through experience*, in K. De Marrais & S. D. Lapan (Eds.), *Foundations for research*, Erlbaum, Mahwah, NJ, 2004, p. 55 (cit. in Merriam, 2009, *op. cit.*, p. 87). Traduzione dall'inglese effettuata da chi scrive.

⁷⁵⁷ S. Kanizsa, *L'intervista nella ricerca educativa*, in S. Mantovani (a cura di), *La ricerca sul campo in educazione. I metodi qualitativi*, Mondadori, Milano, 1998, p. 38.

caratteristiche da considerare rilevanti nell'agito di chi intervista. Robert Atkinson sottolinea tutti tali aspetti relativi alla progettazione e alla conduzione dell'intervista:

«La tecnica migliore consiste nel provare un sincero interesse per ciò che gli altri hanno da dire, e nel dimostrarlo! [...] È vostro compito tener viva l'intervista con la domanda giusta o con il commento appropriato [...]. Ascoltare nel miglior modo possibile è l'obiettivo primario dell'intervistatore. Il ruolo dell'intervistatore non è né facile né passivo. Ascoltare è un lavoro difficile, che richiede concentrazione e attenzione focalizzata»⁷⁵⁸.

Per quanto svariate e diverse possano essere le occasioni e le discipline all'interno delle quali possono avvenire delle interviste, gli scopi di questa attività possono essere ricondotti a quelli individuati da Kanizsa: «Ottenere delle informazioni; diagnosticare o valutare una situazione e aiutare a prendere decisioni sulla situazione stessa; aiutare o consigliare; negoziare il cambiamento di una situazione»⁷⁵⁹. È importante che gli scopi per cui si intraprende un'attività di intervista siano ben stabiliti prima di iniziare il lavoro e che venga chiarito l'uso che si farà delle informazioni ottenute.

In base agli obiettivi di ricerca e alle informazioni che si desiderano recuperare si progetterà l'intervista secondo uno specifico modello: è bene sottolineare, infatti, che esistono diversi tipi di strutture di interviste da poter effettuare. Sottolinea a riguardo Mary E. Brenner: «La costruzione di un'intervista chiama in causa numerose decisioni, a partire dalla struttura dell'intervista, i tipi di domande, le tecniche per ottenere una profondità di risposta accessibile in un'intervista libera e in profondità. Le interviste possono variare da modelli molto liberi a forme rigidamente strutturate»⁷⁶⁰.

Le differenze tra i modelli seguiti per costruire e svolgere le interviste possono essere ricondotte ad un diverso:

- Grado di libertà di scelta delle risposte: tra una massima strutturazione e una massima destrutturazione delle domande, l'intervistato può trovarsi di fronte a un intervistatore che pone poche o continue domande, potrebbe dover scegliere tra risposte prefissate o del tutto libere.

⁷⁵⁸ R. Atkinson, *L'intervista narrativa. Raccontare la storia di sé nella ricerca formativa, organizzativa e sociale*, tr. it. Cortina, Milano, 2002, pp. 53-54-55.

⁷⁵⁹ S. Kanizsa, *Che ne pensi?* Carocci, Roma, 1993, p. 9.

⁷⁶⁰ M. E. Brenner, *Interviewing in Educational Research*, in Green, Camilli & Elmore, 2006, *op. cit.*, p. 362 (traduzione dall'inglese effettuata da chi scrive).

- Livello di profondità: l'obbligare a risposte prefissate le renderà univoche, nel caso invece di risposte libere, queste potranno veicolare diversi significati e diversi livelli di approfondimento.

A seconda, quindi, del livello di approfondimento delle risposte, del grado di libertà di scelta delle stesse, della libertà complessiva dell'intervistato, le interviste possono essere distinte in:

- Strutturate;
- Semi-strutturate;
- Libere o in profondità⁷⁶¹;

Nelle interviste strutturate «le domande sono assai precise, sono decise in anticipo e seguono un ordine prefissato»⁷⁶²; i tipi di risposte non sono previste, ma l'intervistato deve sempre rispondere attenendosi alla domanda, infatti tutte le risposte non pertinenti, le divagazioni, potrebbero non essere prese in considerazione e non segnalate per iscritto. Le risposte forniranno materiale che dovrebbe permettere di confrontare più soggetti e costruire alcune categorie di riflessione.

Qualora anche le risposte fossero già previste in maniera molto precisa, lasciando quindi all'intervistato solo una scelta tra le possibilità determinate dal ricercatore, l'intervista sarà detta "rigidamente strutturata": «Per obiettivi di comparabilità tra partecipanti e tra intervistatori, alcuni ricercatori scelgono di creare un protocollo di intervista rigidamente strutturato (cioè una lista di domande ben specificate con risposte tra cui scegliere), che viene usata nel corso del progetto di ricerca»⁷⁶³. Nell'intervista semi-strutturata, invece, vi sono domande che l'intervistatore deve obbligatoriamente porre a tutti gli intervistati, seppure in momenti diversi dell'intervista, aggiungendo eventualmente ulteriori quesiti anche sulla base dell'andamento dell'intervista. Brenner scrive a riguardo: «Il vantaggio di un protocollo semi-strutturato è di chiedere a tutti i partecipanti le stesse domande centrali, con la libertà di formulare altri quesiti sulla base delle risposte ricevute»⁷⁶⁴.

L'intervista libera, o in profondità, è centrata sulla singola persona, che può spaziare e scegliere che percorso seguire nel parlare di un tema proposto dall'intervistatore, che cercherà solo di stimolare l'altro a parlare nel modo più libero possibile: «L'intervista aperta spesso

⁷⁶¹ Cfr. S. Kanizsa, *L'intervista nella ricerca educativa*, in S. Mantovani (a cura di), *La ricerca sul campo in educazione. I metodi qualitativi*, Mondadori, Milano, 1998.

⁷⁶² S. Kanizsa, *L'intervista nella ricerca educativa*, in S. Mantovani (a cura di), *La ricerca sul campo in educazione. I metodi qualitativi*, Mondadori, Milano, 1998, p. 54.

⁷⁶³ E. Brenner, *op. cit.*, 2006, p 362 (traduzione dall'inglese effettuata da chi scrive).

⁷⁶⁴ *Ibidem* (traduzione dall'inglese effettuata da chi scrive).

inizia con una domanda molto ampia e procede dirigendosi verso l'approfondimento di dettagli espressi dal partecipante»⁷⁶⁵.

Il lavoro più complesso in questo genere di interviste è l'analisi, in quanto «la gran quantità di materiale che normalmente viene offerta da interviste di questo genere necessita di molteplici trattamenti che spesso vanno elaborati volta per volta»⁷⁶⁶.

All'interno della ricerca fenomenologico-ermeneutica, cornice filosofica di riferimento per il progetto in oggetto, lo strumento dell'intervista viene utilizzato per accedere direttamente alla visione dei soggetti relativamente al significato da loro vissuto del fenomeno indagato, ricercando le loro descrizioni a riguardo. In questo senso Chiara Sità sottolinea che «è opportuno utilizzarla in ricerche su tematiche che coinvolgono il punto di vista dei soggetti e richiedono una trattazione ampia e approfondita»⁷⁶⁷, dove ai soggetti viene richiesto di «descrivere un'esperienza che li riguarda, non di proporre considerazioni astratte su argomenti generali»⁷⁶⁸. Anche all'interno di una filosofia fenomenologico-ermeneutica, lo scopo dell'intervista formulato in questi termini può essere cercato attraverso interviste progettate in maniera libera e non direttiva attorno a una stimolazione iniziale o attraverso uno schema di domande più definito, ma in ogni caso «si richiede un ritorno continuo dello sguardo sull'esperienza dell'altro»⁷⁶⁹, con l'obiettivo di comprenderne il significato, come sottolineano Dahlberg, Dahlberg e Nyström: «Sia l'intervistatore, sia l'intervistato dovrebbero comprendere meglio il fenomeno al termine dell'intervista [...]. Partecipare ad un'autentica conversazione relativa all'esperienza vissuta dovrebbe avere l'effetto di condurre gli intervistati più vicini alla loro stessa esperienza, aumentando la loro consapevolezza e la loro comprensione»⁷⁷⁰.

A questo riguardo, relativamente all'esplorazione di racconti dell'esperienza vissuta con l'obiettivo di indagarne il significato, rilevanti appaiono le parole di Van Manen:

«Nelle scienze umane impostate secondo una filosofia fenomenologico-ermeneutica, l'intervista può essere utile per specifici propositi: (1) può essere usata come strumento per esplorare e raccogliere materiale narrativo da cui sviluppare una comprensione più ricca e profonda del fenomeno umano indagato, e (2) l'intervista può essere usata come

⁷⁶⁵ *Ibidem* (traduzione dall'inglese effettuata da chi scrive).

⁷⁶⁶ S. Kanizsa, *op. cit.*, 1998, p. 53.

⁷⁶⁷ C. Sità, *op. cit.*, 2012, p. 65.

⁷⁶⁸ *Ivi*, p. 69.

⁷⁶⁹ *Ivi*, p. 65.

⁷⁷⁰ K. Dahlberg, H. Dahlberg & M. Nyström, *op. cit.*, 2008, pp. 184-185 (traduzione dall'inglese effettuata da chi scrive).

strumento per creare una conversazione con il soggetto partecipante relativamente al significato di un'esperienza»⁷⁷¹.

Oltre alla caratterizzazione in senso fenomenologico-ermeneutico, l'intervista costruita per la presente ricerca ha previsto una parte basata su un modello narrativo. L'intervista creata sulla base di un approccio narrativo prevede una focalizzazione principale e prioritaria sull'esperienza di vita del soggetto, con particolare riferimento anche alla storia di vita del soggetto⁷⁷². La parte narrativa prevista nell'intervista rivolta ai partecipanti del progetto di ricerca in oggetto, invece, prevedeva il ricorso alla richiesta di formulazione di un racconto relativo all'ultima giornata lavorativa vissuta, in modo da fissare l'attenzione dell'intervistato sulla sua concreta azione lavorativa messa in atto. Lo stimolo a produrre un racconto, in questo senso, è stato pensato nella prospettiva volta a ricercare un senso e un significato rispetto a quanto sperimentato e messo in atto nella realtà, come sottolinea Andrea Smorti, relativamente al racconto:

«Serve per interpretare e dare un senso alla realtà [...]. Nella prospettiva narrativa e culturale, ciò che si chiama realtà è qualcosa di costruito dagli uomini[...]. La realtà esiste, naturalmente, come “strato roccioso”, o, se si preferisce, come ciò di cui non possiamo fare a meno per pensare su di essa. Quello che cambia è il significato che l'uomo gli attribuisce, un significato così importante da determinare il suo stesso modo di vivere»⁷⁷³.

All'interno dell'intervista pensata in una cornice fenomenologico-ermeneutica, la persona del ricercatore è un elemento fondamentale per la sua realizzazione. Questo infatti non è solo coinvolto fisicamente in quanto conduttore della situazione, ma la riflessione stimolata relativamente a esperienze di vita, significati e pensieri ad esse connessi, mette fortemente in gioco il ricercatore stesso, le sue emozioni, i suoi pensieri e le sue percezioni relativamente al tema in oggetto: «L'intervistato mette in parole la sua esperienza vissuta, accompagnato e aiutato dall'intervistatore, il quale assume un ruolo che si rivela particolarmente impegnativo: la conduzione dell'intervista lo rende non solo recettivo ma anche partecipe della descrizione

⁷⁷¹ M. Van Manen, *op. cit.*, 1990, p. 66 (traduzione dall'inglese effettuata da chi scrive).

⁷⁷² Cfr. R. Atkinson, *The Life Story Interview as a Bridge in Narrative Inquiry*, in D. J. Clandinin, *Handbook of Narrative Inquiry. Mapping a Methodology*, Sage, Thousand Oaks (CA), 2007; R. Atkinson, *L'intervista narrativa. Raccontare la storia di sé nella ricerca formativa, organizzativa e sociale*, tr. it. Cortina, Milano, 2002; B. Merrill & L. West, *Using Biographical Methods in Social Research*, Sage, London, 2012.

⁷⁷³ A. Smorti, *Narrazioni. Cultura, memorie, formazione del sé*, Giunti, Firenze, 2007, p. 86.

fornita dai soggetti»⁷⁷⁴. In questo senso, la stessa auto-riflessione del ricercatore è una caratteristica importante da considerare in una ricerca che preveda il ricorso a interviste fenomenologiche o narrative. Sità, infatti, ricorda che un progetto di ricerca che comprende lo strumento dell'intervista così declinato debba essere «accompagnato da un lavoro di autoriflessione che può utilizzare strumenti diversi: la scrittura del diario, il confronto intersoggettivo all'interno di un gruppo di ricerca, l'esplicitazione, in varie forme, delle modalità di pensiero e ragionamento utilizzate»⁷⁷⁵. La postura della ricercatrice si è dunque orientata intorno a queste caratteristiche durante lo svolgimento delle interviste e nella riflessione che ne è seguita.

Le interviste previste nel progetto sono state costruite su un modello semi-strutturato di intervista singola: era prevista una traccia sulla cui base effettuare le domande. Con la modalità di intervista semi-strutturata si intendevano raccogliere da ogni soggetto riflessioni, pareri ed informazioni ad un livello di profondità abbastanza ampio, anche se circoscritto a temi ed ambiti pre-definiti, oggetto di interesse per la ricerca.

In particolare, andando oltre alle modalità di strutturazione dell'intervista, si ritiene significativo esporre il modo in cui le domande sono state pensate: si volevano infatti raccogliere riflessioni dei partecipanti circa il significato attribuito dai partecipanti al loro ruolo professionale, a quello degli altri professionisti, e al loro incontro nello stesso contesto lavorativo, inoltre si è cercato di rintracciare elementi di questo incontro all'interno dei racconti formulati dai partecipanti relativi alle loro azioni quotidiane. In questo senso, dunque, l'intervista semi-strutturata è stata pensata basandosi su elementi tipici dell'intervista fenomenologico-ermeneutica e di quella narrativa.

La parte delle interviste realizzate nel progetto di ricerca in oggetto secondo una declinazione fenomenologico-ermeneutica ha cercato di indagare il significato attribuito dai diversi operatori rispetto alla presenza e al ruolo dei diversi profili professionali presenti nell'*équipe*, a cominciare dal loro stesso. In questo senso è stata esplorata la descrizione da loro fornita rispetto alle diverse professioni presenti nel contesto; inoltre si è indagato anche il punto di vista dei soggetti rispetto alla percezione di una connessione esistente tra il loro agire professionale pratico e una forma di sapere che costituisse o orientasse tale pratica.

Per passare dalle domande relative alla descrizione e al significato dei diversi ruoli professionali dell'*équipe* all'ultimo passaggio relativo al legame tra sapere e pratica, però, si è ritenuto opportuno richiedere ai partecipanti la formulazione di un racconto, il più dettagliato

⁷⁷⁴ C. Sità, *op. cit.*, 2012, p. 63.

⁷⁷⁵ Ivi, p. 67.

e preciso possibile, della loro ultima giornata lavorativa vissuta, attraverso la classica forma narrativa che prevede la strutturazione degli eventi in una cornice semantica basata su una linearità cronologica. In questo caso, il ricorso al racconto è stato pensato come utile strumento per focalizzare l'attenzione dell'intervistato sulle pratiche concrete da lui agite, in modo da potersi più facilmente collegare, subito dopo, chiedendo un punto di vista sulla connessione tra queste azioni raccontate e un sapere di riferimento che le orienti. Inoltre, la domanda relativa al racconto dell'ultima giornata lavorativa vissuta si riferisce direttamente all'esperienza di ricerca guidata da Mortari e raccolta nel testo *Dire la pratica*, al cui interno era, appunto, prevista una richiesta simile per raccogliere il racconto delle pratiche messe in atto dagli insegnanti in classe⁷⁷⁶.

Ogni intervista è stata audio-registrata e, in seguito, trascritta dalla ricercatrice, rendendola, dunque, materiale testuale che è stato archiviato e catalogato per poter essere analizzato. Inoltre, parte della documentazione raccolta durante la fase di ricerca empirica dedicata alle interviste, consiste nelle scritture diaristiche redatte dalla ricercatrice, volte a tenere traccia dell'auto-riflessione che, come si è appena descritto, ha contraddistinto la postura della ricercatrice.

6.5.3 L'utilizzo della tecnica del collage

Obiettivo della ricerca era anche l'esplorazione delle rappresentazioni dei professionisti coinvolti relativamente alla traiettoria di ricerca. Per raggiungere tale scopo, si è pensato di ricorrere ad uno strumento artistico, ossia la tecnica del collage, a partire da immagini proposte dalla ricercatrice, per dare forma visibile alla rappresentazione di ogni partecipante circa l'incontro tra saperi diversi all'interno del loro lavoro di *équipe*.

Prima di concentrare l'attenzione sulla specifica tecnica del collage, si sottolinea che il suo utilizzo all'interno di un progetto di ricerca qualitativa si basa sulla teorizzazione della possibilità di utilizzare il mondo dell'arte, delle immagini come potenziale sorgente di dati significativi⁷⁷⁷, generatrice di conoscenza relativamente al mondo umano. Come sottolinea Elliot Eisner, il legame tra arte e possibilità di conoscenza risulta molto sottile nella costruzione della cultura occidentale: «La tradizione positivista che ha animato la filosofia occidentale nella prima metà del ventesimo secolo ha considerato l'arte come una

⁷⁷⁶ Cfr. L. Mortari, *Dire la pratica. La cultura del fare scuola*, Mondadori, Milano, 2010, p. 48.

⁷⁷⁷ Principali riferimenti consultabili a riguardo possono essere G. C. Stanczak, *Visual research methods. Image, Society and Representation*, Sage, Thousand Oaks (CA), 2007; M. Banks, *Using Visual Data in Qualitative Research*, Sage, London, 2007; L. Butler-Kisber, *Qualitative Inquiry. Thematic, Narrative and Arts-Informed Perspectives*, Thousand Oaks (CA), 2010.

manifestazione di emozioni più che di conoscenza [...]. Parte del motivo che porta alla separazione tra l'arte e le questioni epistemologiche riguarda la credenza che le arti generino solo emozioni»⁷⁷⁸. La connessione che invece lega l'arte alla possibilità conoscitiva risulta essere significativa se si considerano come degne di essere esplorate anche tutte quelle variabili relative all'agire e al pensare umano che sfuggono dal modello epistemologico positivista: «Tale tipo di conoscenza non è esprimibile in un discorso ordinario [...]. Le forme dei sentimenti, delle sensazioni e le espressioni discorsive sono logicamente incommensurabili»⁷⁷⁹. Dunque il riferimento al mondo artistico, all'interno di disegni di ricerca interessati a conoscere il mondo umano e i suoi significati possono fare ricorso all'arte come sorgente di conoscenza: «Lavori e pratiche artistiche ci consentono di conoscere qualcosa relativamente a sentimenti, sensazioni, che non potrebbero essere rivelati con altri canoni scientifici»⁷⁸⁰. In questa direzione, dunque, «l'arte ci aiuta a connetterci con emozioni personali e soggettive e, attraverso tale processo, ci permette di scoprire il mondo interiore [...]. Tali processi contribuiscono ad aumentare la comprensione del mondo umano»⁷⁸¹.

L'utilizzo delle immagini all'interno della ricerca qualitativa può anche essere visto come un modo per costruire conoscenze a partire da diverse dimensioni e differenti punti di vista. In questo senso, Dilma Maria De Mello scrive, riferendosi in particolare all'utilizzo delle immagini nella ricerca narrativa:

«Le diverse prospettive estetiche generate dall'utilizzo dell'arte nella ricerca narrativa possono promuovere legittimazione, costruzione di conoscenza e inclusione. I molteplici linguaggi di questa modalità di fare ricerca possono consentire l'emergere di differenti discorsi. Considerando l'esistenza di questi nuovi discorsi, si apre la possibilità di pensare che esistano altri contesti da studiare, o altre modalità di osservare il mondo [...]. Questo senso di nuove e diverse prospettive nella costruzione della conoscenza e della ricerca stessa crea lo spazio per andare oltre a limiti e confini»⁷⁸².

⁷⁷⁸ E. Eisner, Art and Knowledge, in J. G. Knowles & A. L. Cole, *Handbook of the Arts in Qualitative Research: Perspectives, Methodologies, Examples, and Issues*, SAGE Publications, Thousand Oaks (CA), 2008, p. 3 (traduzione dall'inglese effettuata da chi scrive).

⁷⁷⁹ Ivi, p. 9 (traduzione dall'inglese effettuata da chi scrive).

⁷⁸⁰ Ivi, p. 10 (traduzione dall'inglese effettuata da chi scrive).

⁷⁸¹ Ivi, p. 15 (traduzione dall'inglese effettuata da chi scrive).

⁷⁸² D. M. De Mello, The Language of Arts in a Narrative Inquiry Landscape, in J. Clandinin, *Handbook of Narrative Inquiry. Mapping a Methodology*, Sage, Thousand Oaks (CA), 2007, p. 219 (traduzione dall'inglese effettuata da chi scrive).

Van Manen, partendo proprio da una filosofia di ricerca fenomenologico-ermeneutica, sottolinea il ricorso a artefatti artistici quale possibilità per far sorgere significati inediti, definendo precisamente l'artefatto artistico come «una fonte di esperienza vissuta»⁷⁸³.

La convinzione, dunque, che rappresentazioni artistiche possano essere fonti importanti di conoscenza relativa al mondo umano, ha guidato la scelta dell'uso delle immagini come strumento di ricerca per la raccolta di dati inerenti alla traiettoria indagata. Nello specifico, il progetto di ricerca in oggetto ha scelto di proporre la creazione di un collage, come strumento basato sulla scelta e l'assemblaggio di immagini, per sollecitare narrazioni relative al tema di ricerca.

All'interno della presente ricerca, si è pertanto deciso di utilizzare un canale artistico nella logica della prospettiva definita come “arts-informed research”, intesa come «un modo e una forma nella ricerca nel campo delle scienze sociali che utilizza le arti, intese in senso ampio, senza essere totalmente basata su queste. I fini principali di tale ricerca riguardano il promuovere la comprensione della condizione umana attraverso forme alternative di rappresentazione nel corso dello studio»⁷⁸⁴. Nel progetto che si presenterà, dunque, si è scelto di ricorrere alla tecnica del collage come strumento per la raccolta di dati e non costruendo l'intero processo di ricerca sulla base delle arti.

Il collage può essere definito come una tecnica artistica derivante dall'arte decorativa propria dell'antico Oriente, basata sulla creazione di un'immagine ottenuta dal comporre diversi materiali su una superficie rigida e delimitata. Lynn Butler-Kisber sottolinea a riguardo che «nel mondo dell'arte, il collage si riferisce a un genere nel quale materiali già esistenti, sia naturali sia artificiali, vengono tagliati e incollati sopra a superfici generalmente piatte»⁷⁸⁵. L'innovazione di tale tecnica artistica consisteva principalmente nell'andare oltre le due dimensioni tipiche del dipinto, utilizzando appunto differenti materiali uniti insieme per creare un nuovo prodotto.

All'interno dell'Arte Contemporanea Occidentale, tale tecnica è stata introdotta da Pablo Picasso⁷⁸⁶, ma poi è stata sviluppata anche da altri artisti e movimenti, secondo diverse

⁷⁸³ M. Van Manen, *op. cit.*, 1990, p. 74 (traduzione dall'inglese effettuata da chi scrive).

⁷⁸⁴ A. L. Cole & J. G. Knowles, Arts-informed Research, in J. G. Knowles & A. L. Cole, *Handbook of the Arts in Qualitative Research: Perspectives, Methodologies, Examples, and Issues*, SAGE Publications, Thousand Oaks (CA), 2008, pp. 60-61 (traduzione dall'inglese effettuata da chi scrive).

⁷⁸⁵ L. Butler-Kisber, Collage as Inquiry, in J. G. Knowles & A. L. Cole, *Handbook of the Arts in Qualitative Research: Perspectives, Methodologies, Examples, and Issues*, SAGE Publications, Thousand Oaks (CA), 2008, p. 266 (traduzione dall'inglese effettuata da chi scrive).

⁷⁸⁶ Pablo Picasso, “Natura morta con sedia impagliata”, 1912, tecnica mista (olio, tela cerata, carta e corda su tela), 29x37 cm, Parigi, Musée Picasso.

modalità: dai *papiers collés* di Georges Braque, ai *papiers gouachés découpés* di Henri Matisse, fino ai fotomontaggi del Dadaismo ed altre varie forme di sperimentazioni artistiche. In tutti questi diversi tipi di collage, l'elemento unificante e caratterizzante può essere rintracciato nel fatto che il materiale utilizzato per comporli era già costituito e, generalmente, destinato ad altri usi: il gesto creativo, dunque, ri-crea tali materiali, ri-assemblandoli in un nuovo insieme e, in questo modo, dando loro una nuova forma e un nuovo significato. In questo senso, la tecnica del collage richiede un processo di decostruzione, seguito da un momento di ricostruzione in cui il materiale selezionato e tagliato può essere ricomposto all'interno di una nuova forma, di cui l'autore del collage risulta artefice in base ai suoi movimenti e alle sue scelte relative alla ri-significazione.

Proponendo una panoramica relativa all'utilizzo di metodi visuali nella ricerca in scienze umane, Johanna Moisander e Anu Valtonen descrivono il collage come una tecnica in cui «si richiede ai partecipanti di rappresentare un argomento o un fenomeno in maniera visuale, componendo e incollando tra loro immagini, disegni, testi su carta o cartone. Tale collage viene poi utilizzato come stimolo per successive interviste sull'argomento coi partecipanti»⁷⁸⁷. In tale prospettiva, il collage viene dunque a rappresentare la sorgente di narrazioni e significati creati dai partecipanti relativamente alla traiettoria di ricerca, che vengono poi sottoposti a un processo di analisi: «I collages vengono poi analizzati come il prodotto di una pratica discorsiva, ed esplorati lungo i significati e le narrazioni culturali che questi riflettono e producono. [...] I collage sono dunque letti come storie culturali create in maniera visuale»⁷⁸⁸. Lynn Butler-Kisber, nei suoi numerosi studi relativi all'utilizzo di tecniche visuali nella ricerca in scienze umane, esplora un'ulteriore caratteristica dello strumento del collage, sottolineando che tale tecnica può essere utilizzata nella ricerca qualitativa «come un processo riflessivo, come uno stimolo per pensare, scrivere e/o discutere, e come un approccio alla concettualizzazione»⁷⁸⁹. Tali caratteristiche riflessive del collage vengono proposte da Butler-Kisber come elementi di aiuto allo stesso ricercatore nel corso dell'implementazione della ricerca e non solo come strumento proponibile ai partecipanti per esplorare l'oggetto di studio: in questo senso la studiosa teorizza l'utilizzo della tecnica del collage nel processo di

⁷⁸⁷ J. Moisander & A. Valtonen, Visual Materials and Methods, in J. G. Knowles & A. L. Cole, *Handbook of the Arts in Qualitative Research: Perspectives, Methodologies, Examples, and Issues*, SAGE Publications, Thousand Oaks (CA), 2008, p. 96 (traduzione dall'inglese effettuata da chi scrive).

⁷⁸⁸ *Ibidem* (traduzione dall'inglese effettuata da chi scrive).

⁷⁸⁹ L. Butler-Kisber, *op. cit.*, 2010, p. 102 (traduzione dall'inglese effettuata da chi scrive).

creazione di *memos*, nel momento di concettualizzazione e come stimolo per orientare la scrittura della ricerca stessa⁷⁹⁰.

Anche Joe Norris insiste sulla possibilità di riflessione insita nella proposta della creazione di un collage, in vista della condivisione di significato per gettare luce sul fenomeno studiato: «Ciò che sostiene la creazione di un collage all'interno di una ricerca è il tentativo di costruire significato relativamente alla domanda di ricerca»⁷⁹¹. L'utilizzo di immagini e altri prodotti di diversa natura permette di accedere, attraverso il pensiero metaforico, estetico e interpretativo, a possibilità ermeneutiche e di significazione più difficilmente accessibili attraverso altri strumenti di indagine: «Il collage è pensato per evocare plurimi significati e ambisce a comunicare su un livello di significazione metaforico, piuttosto che informativo»⁷⁹².

In questo senso, l'utilizzo delle immagini attraverso la tecnica del collage può risultare uno sguardo basato su un uso non canonico dell'immagine, che può aiutare il ricercatore a raggiungere rappresentazioni inusuali del fenomeno studiato. Elisabetta Biffi, nei suoi recenti scritti relativi all'utilizzo dello strumento del collage nella ricerca pedagogica, sottolinea proprio questo aspetto relativo a tale tecnica, che può consentire l'accesso a una serie di significati altrimenti inaccessibili. Seguendo tale direzione, dunque, riflettendo relativamente al versante metodologico della ricerca in scienze umane, tale tecnica può essere pensata come un interessante mezzo per utilizzare differenti linguaggi nella costruzione di conoscenza relativa alla traiettoria di indagine⁷⁹³.

Considerando quanto detto finora, possiamo sottolineare anche la possibilità di pensare l'uso del collage nella ricerca qualitativa come un supporto alla dimensione narrativa, proprio come è stato attuato nella ricerca in oggetto. In questo senso, come sottolineano anche Connelly e Clandinin, l'utilizzo di immagini assume specifici connotati di uno strumento di ricerca collaborativo e non solo come uno strumento per stimolare idee e visioni del fenomeno⁷⁹⁴. Questo sottende una cornice epistemologica che consideri la costruzione del discorso, usando differenti linguaggi, quali parole, immagini, numeri, come un modo per rappresentare la vita e

⁷⁹⁰ Cfr. L. Butler-Kisber, Collage as Inquiry, in J. G. Knowles & A. L. Cole, *Handbook of the Arts in Qualitative Research: Perspectives, Methodologies, Examples, and Issues*, op. cit., pp. 271-275.

⁷⁹¹ J. Norris, Collage, in J. G. Knowles & A. L. Cole, *Handbook of the Arts in Qualitative Research: Perspectives, Methodologies, Examples, and Issues*, SAGE Publications, Thousand Oaks (CA), 2008, p. 95 (traduzione dall'inglese effettuata da chi scrive).

⁷⁹² Ivi, p. 97 (traduzione dall'inglese effettuata da chi scrive).

⁷⁹³ E. Biffi, *Collage-making: a practice at the boundaries*. Intervento presentato a: ESREA Conference CCCU 28th Feb – 3rd March 2013 Researching learning lives: on discipline, interdisciplinarity and imaginative imperatives in auto/biographical and narrative research, Canterbury; E. Biffi, *Scritture adolescenti. Esperienze di scrittura nella scuola secondaria*, Erickson, Trento, 2010.

⁷⁹⁴ Cfr. F. M. Connelly & D. J. Clandinin, Narrative Inquiry, in Green, Camili & Elmore, 2006, op. cit., pp. 477-487.

attribuire significato alle esperienze. La creazione del collage, in questa prospettiva, appare quindi come la produzione di un testo visivo, in grado di accompagnare una narrazione relativa all'oggetto di ricerca, collaborando in questo modo alla costruzione di conoscenza messa in atto dal ricercatore, utilizzando l'arte e l'esperienza artistica come «mezzi per vivere e narrare le esperienze nella ricerca narrativa»⁷⁹⁵.

Da un punto di vista metodologico, relativamente all'utilizzo del collage, possono essere proposti differenti strumenti per crearlo: dall'uso di materiale di diversa natura, all'uso di immagini o di carta colorata, fotografie, materiale pubblicitario... La scelta del materiale varierà in funzione degli obiettivi del ricercatore e in funzione dei processi che questo vorrà mettere in atto ai fini dello studio del fenomeno indagato, consapevoli, come scrive Banks, della molteplicità di interpretazioni e di visioni che possono essere suscitate dal materiale iconico: «Uno dei punti di forza delle metodologie visuali risiede nell'inevitabile illimitata natura della ricerca. Impedendo singole e univoche interpretazioni, le immagini possono permettere l'emergere di una vasta serie di alternative direzioni di indagine»⁷⁹⁶.

In riferimento a quanto scritto finora, dunque, risulta chiaro come la tecnica del collage possa essere stata ritenuta uno strumento adeguato anche nel progetto di ricerca in oggetto, in vista di investigare il livello delle rappresentazioni dei partecipanti relativamente al significato della pratica professionale in un gruppo inter-disciplinare da loro vissuta. Lo stesso collage può dunque essere inteso come una sorta di narrazione, intendendolo come un processo creativo attraverso cui una storia con un significato prestabilito viene tagliata in pezzi e ri-assemblata, in modo che i singoli frammenti vengano a costituire una nuova composizione, con un nuovo senso. La proposta della creazione di un collage che rappresentasse l'incontro tra i diversi professionisti nel servizio è stata rivolta ad ogni singolo partecipante, durante un'occasione in cui l'*équipe* era riunita; ognuno ha scelto e assemblato le sue immagini e, al termine del lavoro, la ricercatrice ha chiesto di raccontare il proprio collage, condividendo le narrazioni, focalizzate sul tema del lavoro inter-professionale, con tutto il gruppo. In questo modo, la creazione di collages singoli si è unita a una parte di lavoro di gruppo, in cui le immagini potessero essere viste e le narrazioni condivise, in un'ottica di scambio e partecipazione di tutta l'*équipe* nella creazione di significati relativi all'incontro tra professionisti nel contesto.

⁷⁹⁵ D. M. De Mello. The language of Arts in a Narrative Inquiry Landscape, in J. G. Knowles & A. L. Cole, *Handbook of the Arts in Qualitative Research: Perspectives, Methodologies, Examples, and Issues*, SAGE Publications, Thousand Oaks (CA), 2008, p. 209 (traduzione dall'inglese effettuata da chi scrive).

⁷⁹⁶ M. Banks, *op. cit.*, 2007, p. 60 (traduzione dall'inglese effettuata da chi scrive).

La ricercatrice in questa occasione si è mossa con una postura rivolta alla conduzione del lavoro di gruppo, alla gestione delle diverse fasi (creazione del collage, condivisione delle narrazioni), prestando attenzione ai singoli professionisti, ai tempi necessari per ciascuno e al favorire la creazione di un clima di lavoro sereno che favorisse la condivisione dei prodotti.

In questo senso, dunque, anche nella ricerca in oggetto, l'utilizzo della tecnica del collage ha permesso di raccogliere delle prime narrazioni relative al tema di ricerca, molto ampie e differenti, come sottolineato da Banks. Tale materiale narrativo è stato poi ripreso con ogni partecipante, durante un'intervista singola, in modo da delinearne più precisamente le direzioni di ricerca suggerite.

Il materiale raccolto attraverso lo strumento del collage consiste, quindi, nelle immagini scelte e assemblate dai partecipanti e nelle narrazioni create e condivise che sono state audio-registrate e, in seguito, trascritte dalla ricercatrice, rendendoli dati testuali. Nel corso del successivo lavoro di analisi si è fatto riferimento al materiale testuale in forma narrativa, considerato in riferimento alle immagini da cui è scaturito.

6.5.4 Il diario di ricerca

La scrittura è lo strumento che, trasversalmente, ha accompagnato tutte le fasi di ricerca, a partire dalla progettazione e dai primi colloqui coi responsabili dei servizi studiati.

La pratica della scrittura, organizzata secondo la forma del diario che a breve verrà esposta, è stata, infatti, lo strumento maggiormente utilizzato dalla ricercatrice come aiuto per comprendere la complessità dei contesti e per acquisire consapevolezza epistemica di sé, ponendo attenzione anche a emozioni, vissuti e sentimenti. Costruendo la ricerca secondo la filosofia precedentemente descritta, infatti, la persona del ricercatore è parte integrante del processo, che si delinea come un tentativo di esplorazione di una realtà complessa, in cui il ricercatore stesso è inserito, coinvolgendo nella procedura epistemica tutto il suo essere, dai pensieri, fino alle convinzioni, alle riflessioni, alle emozioni.

Quella del ricercatore, inteso in una cornice epistemologica quale quella delineata in precedenza, è dunque una postura inquieta, alla continua ricerca di significare e comprendere la realtà indagata, ma anche se stesso all'interno del processo. Cambi ben descrive questa caratteristica del ricercatore nel suo testo dal titolo evocativo *L'inquietudine della ricerca*. Scrive infatti relativamente a ciò: « la ricerca interpreta al grado più alto e astratto la stessa

condizione dell'uomo: *viator* e *quaerens* nel e del mondo. Ma anche e prima di tutto di se stesso come abitante di quel mondo e suo "donatore di senso"⁷⁹⁷.

Seguendo tale direzione, dunque, è necessario trovare degli strumenti che possano aiutare il ricercatore a vivere tale complessità e a guidare la riflessione e il pensiero su se stesso, componenti anch'essi delle procedure epistemiche messe in atto. Mortari parla a questo riguardo di «autocomprensione epistemica»⁷⁹⁸, intendendola come fondamentale caratteristica del ricercatore: «Proprio della ricerca nelle scienze umane è il pervenire a comprendere come le persone elaborano il significato dell'esperienza vissuta, e la possibilità che questo obiettivo possa essere raggiunto, seppure in modo sempre parziale, implica che il ricercatore si impegni in quella disciplina riflessiva attraverso la quale indagare come elabora il significato delle sue esperienze di ricerca»⁷⁹⁹.

La scrittura, intesa nei suoi caratteri di riflessività ben tratteggiati da Demetrio nel testo *La scrittura clinica*, si rivela essere un utile strumento per accompagnare il lavoro riflessivo del ricercatore durante il percorso di ricerca:

«L'oralità é esposta allo scompiglio dell'istante, la scrittura – invece – poiché attinge al silenzio pur per pochi minuti, introduce una pianificazione logica, espressiva, emotiva nel suo apparire sulle pagine. [...] Poiché lo scrivere scaturisce dal silenzio della mente, non solo ci abituiamo a tacere, impariamo a soprattutto a pensare in modi diversi. Siamo educati dalla scrittura alla riservatezza e al pensiero profondo»⁸⁰⁰.

In particolare, la forma del diario, con la sua caratteristica di regolarità nello scrivere, può essere una scrittura che renda possibile tenere traccia di ogni tipo di notazione relativa al processo euristico.

Il diario viene utilizzato in diversi campi disciplinari della ricerca: l'antropologia (si vedano ad esempio i dettagliati diari di Bronislaw Malinowski), la sociologia, con i diari chiamati *field book* o *lab-book*. In ambito educativo l'utilizzo del diario si rifà ai diari proposti da Philip Jackson in *Life in Classroom*⁸⁰¹ e da Louis Smith e William Geoffrey in *The*

⁷⁹⁷ F. Cambi, *L'inquietudine della ricerca. Bilanci e frontiere di un itinerario pedagogico*, Edizioni della Fondazione Nazionale "Vito Fazio-Allmayer", 2011, p. 232.

⁷⁹⁸ L. Mortari, *op. cit.*, 2007, p. 222.

⁷⁹⁹ Ivi, p. 223.

⁸⁰⁰ D. Demetrio, *La scrittura clinica. Consulenza autobiografica e fragilità esistenziali*, Raffaello Cortina, Milano, 2007, pp. 24-25.

⁸⁰¹ P. Jackson, *Life in Classroom*, Holt, Rinehart & Winston, New York, 1968.

*Complexities of an Urban Classroom*⁸⁰², entrambi del 1968, in cui tale strumento veniva utilizzato per contenere la complessità vissuta sia all'interno del contesto, sia all'interno della propria mente.

La stesura di un diario di ricerca, dunque, consente di creare un luogo in cui raccogliere qualsiasi tipo di notazione che aiuti il ricercatore a costruire consapevolezza epistemica relativamente al processo di ricerca e a se stesso. Scrive a riguardo Van Manen: «Lo scrivere crea una distanza tra noi e il mondo, dove anche gli aspetti soggettivi dell'esperienza quotidiana diventano l'oggetto della nostra consapevolezza riflessiva [...]. Scrivere in maniera riflessiva relativamente quanto vissuto crea la possibilità per il ricercatore di agire in maniera più consapevole [...]. Scrivere è un esercizio di auto-consapevolezza»⁸⁰³.

In questa direzione, Mortari propone l'utilizzo del diario per accompagnare un percorso di ricerca, in modo da «costruire un luogo da cui osservare il processo in atto, un luogo in cui ritrarsi di tanto in tanto dalla scena per osservarla da lontano; è proprio questa condizione di “guardare a distanza” che ci fa stare con pienezza dentro la scena»⁸⁰⁴.

Un diario di ricerca può raccogliere al suo interno qualsiasi tipo di annotazione, tra cui possono essere ricordati:

- dati, raccolti durante la ricerca ed eventualmente arricchiti nel diario con commenti;
- riflessioni, relative a qualsiasi aspetto del processo di ricerca;
- intuizioni, sorte nelle fasi di ricerca intraprese ed utilizzabili come punto di partenza per impostare ulteriori passaggi;
- reazioni e sensazioni vissute dal ricercatore nel corso della ricerca stessa⁸⁰⁵.

Inoltre, i diari possono raccogliere delle annotazioni strettamente connesse con il disegno della ricerca, presentate come:

- teoretiche: formulano nuove ipotesi, connesse a legami che si intravedono tra esperienze e teorie;
- metodologiche: riflessioni e pensieri relativi ai metodi di ricerca scelti e attuati;
- programmatiche: idee e ipotesi su cambiamenti possibili nell'implementazione della ricerca, nelle sue fasi. Registrano difficoltà organizzative, imprevisti⁸⁰⁶.

⁸⁰² L. Smith, W. Geoffrey, *The Complexities of an Urban Classroom*, Holt, Rinehart & Winston, New York, 1968.

⁸⁰³ M. Van Manen, *op. cit.*, 1990, pp. 127-128-129 (traduzione dall'inglese effettuata da chi scrive).

⁸⁰⁴ L. Mortari, *op. cit.*, 2007, p. 229.

⁸⁰⁵ Cfr. L. Mortari, *op. cit.*, 2007, pp. 229-230.

⁸⁰⁶ Cfr. Mortari, *op. cit.*, 2007, p. 232.

Seguendo un tale modello, già nelle prime fasi di disegno della ricerca, nel corso del campionamento e durante i primi contatti coi servizi ci si è avvalsi della scrittura diaristica per documentare vissuti, emozioni, difficoltà esperiti in tali circostanze.

Il tentativo, dunque, è stato quello di costituire il diario come un luogo in cui, attraverso la scrittura, la ricercatrice potesse trovare occasione di riflessione sul processo di costruzione di conoscenza, sul percorso di ricerca stesso e anche sulla parte emotiva coinvolta nel percorso.

Tale ricerca di auto-comprensione epistemica è stata messa in atto con la consapevolezza che, come ricorda Mortari,

«per quanto si sia autenticamente impegnati ad attivare radicalmente quella disciplina impegnata a sondare le profondità dei vissuti intrasoggettivi, di essi è possibile cogliere solo qualche frammento e di questi frammenti avere spesso niente più che una visione parziale. Solo uno sguardo riflessivo puro accedrebbe a quella cosa stessa che è il pensare nel suo accadere, nella maniera dell'assoluto auto-rischiamento; ma questa coscienza pura dei modi di datità del pensiero non è accessibile alla mente umana»⁸⁰⁷.

In questo senso, dunque, la pratica della scrittura del diario di ricerca ha accompagnato tutte le fasi del progetto, costruendosi comunque sopra all'umiltà relativa alla consapevolezza dei propri limiti epistemici, anche riguardo se stessi e il proprio pensiero.

In particolare, come suggerisce anche Mortari, la pratica riflessiva vissuta dal ricercatore in maniera solitaria durante la scrittura del diario, è stata allargata ad un confronto inter-soggettivo, in primo luogo con la tutor del percorso di Dottorato e, in secondo luogo, attraverso il confronto con altri dottorandi e docenti e attraverso la partecipazione a convegni internazionali in cui si è avuta occasione di presentare il disegno del progetto di ricerca e, man mano, le fasi che venivano realizzate, in modo da raccogliere suggestioni e punti di vista relativamente al percorso e alla conoscenza che in esso si stava costruendo.

Dunque, l'auto-riflessione generata dalla scrittura del diario e l'apertura della riflessività in contesti inter-soggettivi hanno contribuito in maniera fondamentale alla strutturazione del progetto di ricerca, in tutte le fasi realizzate nei contesti di ricerca.

Durante la parte di ricerca empirica nei contesti, infatti, la struttura del diario è stata ulteriormente messa a punto e connessa al protocollo osservativo, come già accennato. Il giorno prima di ogni osservazione, la ricercatrice poneva in forma scritta i presupposti coi quali si avviava ad osservare: cosa ci si aspettava di trovare nel contesto il giorno successivo,

⁸⁰⁷ L. Mortari, *op. cit.*, 2007, p. 233.

cosa si sarebbe voluto chiedere ai partecipanti o approfondire, orientando lo sguardo osservativo. Successivamente a ogni osservazione, la ricercatrice scriveva a penna le prime impressioni suscitate “a caldo” da quanto osservato. Questo primo scritto veniva poi ripreso durante la stesura del protocollo osservativo a posteriori, in cui una parte, strutturata come “diario della mente e delle emozioni” del ricercatore, aiutava a fissare in forma scritta sensazioni, emozioni, riflessioni relativamente a quanto osservato.

Questo tipo di scrittura è stata arricchita, quando lo si riteneva necessario, da note teoretiche, metodologiche, programmatiche e critiche.

Anche la fase del collage e delle interviste è stata accompagnata dalla scrittura del diario: la ricercatrice teneva infatti traccia scritta di impressioni e sensazioni provate durante la creazione del collage e lo svolgimento delle interviste singole.

Attraverso lo strumento del diario, dunque, la ricercatrice ha raccolto materiale testuale che è stato archiviato e catalogato per poter essere successivamente analizzato. Questi testi sono stati scritti dalla ricercatrice nel corso di tutta la ricerca empirica, in entrambi i contesti esplorati, che si andranno ora a presentare.

6.6 I contesti della ricerca

L'intento del seguente paragrafo è quello di presentare i concreti contesti in cui la ricerca è stata effettuata. Prima di descrivere i due servizi individuati come casi di studio, esponendone storia, orientamenti di fondo, organizzazione e composizione dei gruppi di lavoro, si vuole presentare l'articolazione dei servizi psichiatrici in Lombardia, intendendola quale orizzonte di riferimento comune per i due contesti studiati, entrambi situati sul territorio lombardo.

La descrizione dei servizi è stata costruita in base ad un'analisi dei documenti che li descrivono e li regolano. Nello specifico, si sono utilizzati, per la trattazione del primo contesto il documento di presentazione del servizio e il documento che indica le caratteristiche strutturali e funzionali dell'intervento terapeutico in struttura residenziale, redatto dall'Azienda Ospedaliera di appartenenza; per descrivere il secondo contesto, invece, si è fatto riferimento a un'intervista rivolta alla coordinatrice per ricostruire la storia della comunità, in assenza di documenti che la raccogliessero, alla Carta dei Servizi e al Protocollo di Trattamento della comunità.

6.6.1 *L'organizzazione dei servizi psichiatrici in Lombardia: il riferimento di gestione dell'assistenza per i due casi di studio della ricerca*

La Regione Lombardia, ambito regionale in cui si è svolta la ricerca in oggetto, presenta un sistema di politiche sociali e sociosanitarie particolari, in quanto dalla fine degli Anni Novanta la Regione è stata amministrata da forze politiche di centro-destra che, soprattutto a partire dal 2000, hanno intrapreso una riforma complessiva delle politiche sociali.

Gli obiettivi generali di tale Riforma possono essere riassunti nei seguenti punti⁸⁰⁸:

- Porre libertà al centro del sistema: in questo senso si intende potenziare la libertà del cittadino nel costruire la risposta per i bisogni che evidenzia;
- Costruire un “quasi-mercato” dei servizi: in questo caso, andando nella direzione dell’aziendalizzazione proposta a livello nazionale, si punta alla creazione di un mercato costituito da diversi erogatori di servizi, accreditati dall’ente pubblico, tra i quali il cittadino dovrebbe poter scegliere.
- Sostenere le famiglie: si tende a costruire un insieme di politiche sociali per andare oltre il modello di intervento assistenziale e dare alle famiglie potere di azione e di scelta;
- Valorizzare il terzo settore: la Regione si orienta verso l’idea di aumentare l’autonomia rispetto agli enti pubblici.

Un primo bilancio effettuato nel 2005 evidenzia come le risorse utilizzate dalla Regione nell’ambito delle Politiche Sociali siano significativamente aumentate. La creazione del “quasi-mercato” è resa debole dalla mancanza di effettiva concorrenza e, soprattutto, dal fatto che gli utenti, in posizione di necessità e debolezza rispetto agli enti erogatori di servizi, non sono supportati nel processo che dovrebbe condurli a una scelta libera e ragionata: «Abbiamo intervistato gli utenti del voucher (sociale e socio-sanitario), terreno privilegiato per l’adozione della libertà di scelta. Loro affermano a volte di viverla più come onere che come risorsa. Un impegno ulteriore da affrontare in momenti già pieni di difficoltà, che corrispondono alla presa in carico da parte dei servizi»⁸⁰⁹.

All’interno di tale quadro di indirizzo delle politiche sociali e socio-sanitarie lombarde, si colloca anche l’area della salute mentale: «Nel 2003 la Regione ha approvato il primo Piano per la salute mentale, nel quale sono previste principalmente azioni per favorire la libertà di scelta dell’utente e dei familiari, la definizione di percorsi di cura personalizzati, la riqualificazione delle strutture residenziali psichiatriche (con una differenziazione tra strutture

⁸⁰⁸ C. Gori (a cura di), *Politiche sociali di centro-destra. La riforma del welfare lombardo*, Carocci, Roma, 2005.

⁸⁰⁹ Ivi, p. 325.

riabilitative e assistenziali) e lo sviluppo della residenzialità sociale (case alloggio e appartamenti protetti)»⁸¹⁰.

Tutti i percorsi di cura vengono attivati attraverso una complessa rete integrata di servizi, ben descritta in un rapporto effettuato relativamente al periodo 1999-2005 circa il sistema generale di salute mentale della Regione Lombardia in seguito al primo periodo di forte ristrutturazione seguito alla riforma della Legge 180⁸¹¹.

La normativa Regionale che regola oggi tale impianto di servizi si riferisce al D.g.r. 28 febbraio 2007, relativo al riordino della residenzialità psichiatrica, in attuazione della D.g.r. 17 maggio 2004 n. 7/17513 “Piano regionale triennale per la salute mentale” e alla Circolare 8 novembre 2005 n.49/SAN, indirizzata a fornire gli indirizzi operativi per la riqualificazione delle Strutture Residenziali Psichiatriche, in attuazione del Piano Regionale Salute Mentale (DGR n. 17513 del 17 maggio 2004).

L’indagine effettuata nel rapporto citato è utile per comprendere, oltre alla struttura del sistema della salute mentale lombardo, la direzione intrapresa dai cambiamenti iniziati a fine Anni Novanta. Nel rapporto si legge che nel 2005 risultano essere presenti sul territorio regionale 28 Dipartimenti di salute mentale pubblici che offrono in tutto 64 Unità Operative di Psichiatria. All’interno di queste Unità sono compresi i servizi previsti dalla programmazione regionale (Centri Psico-sociali, Centri Diurni, Centri Residenziali di Terapie Psichiatriche e Comunità Protette). Le strutture private accreditate risultano invece essere 70 (di cui 51 con solo strutture residenziali, 15 solamente semi-residenziali e 4 con entrambe le opzioni di residenzialità).

Prima di descrivere brevemente tali differenti tipologie di servizi, è importante precisare che, nell’ottica di costruire un Piano di salute mentale in ottica socio-sanitaria, il personale operante in esso è caratterizzato da un’elevata multi-disciplinarietà, in cui sono presenti professioni educative, chiamate a portare il contributo relativo alla parte educativa all’interno di un progetto riabilitativo globale. Prendendo ora in esame le singole strutture che compongono il settore di salute mentale lombardo, vi sono in primo luogo i Centri Psico-Sociali (CPS), strutture territoriali di realizzazione e coordinamento di prestazioni ambulatoriali, interventi psicoterapici, attività per la famiglia, progetti di ri-socializzazione e riabilitazione, interventi domiciliari e in risposta a situazioni di crisi. In tale servizio viene

⁸¹⁰ Ivi, p. 95.

⁸¹¹ Cfr. A. Lora (a cura di), *Il sistema di salute mentale della Regione Lombardia*, consultabile sul sito www.sanita.regione.lombardia.it (consultato il 25/02/2014).

preso in carico il singolo paziente, elaborando per ognuno uno specifico progetto da attuare eventualmente in altre strutture.

Troviamo poi i Centri Diurni, progettati come servizi per erogare, in regime di semi-residenzialità, programmi di terapia, riabilitazione e ri-socializzazione, integrando le risorse disponibili nella comunità e nel territorio di riferimento.

A livello residenziale si trovano in Lombardia due tipi di servizi: i Centri Residenziali di Terapie Psichiatriche e le Comunità Protette. La prima tipologia prevede strutture per programmi riabilitativi che necessitano della temporanea residenzialità del paziente. Le Comunità Protette si distinguono invece per il fatto di accogliere pazienti con disturbi gravi di carattere cronico, prevedendo dunque l'erogazione di trattamenti per sostenere e/o sviluppare le capacità di autonomie residue, in un regime di residenzialità protetta.

Infine sono presenti i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC), il primo nodo della rete ad essere attivato dopo la promulgazione della Legge 180: già alla fine degli Anni Novanta, infatti, era un servizio attivo e completo nella sua rete, arrivando allo standard di prevedere un posto letto ogni 10.000 abitanti. Tale servizio prevede il ricovero del paziente in seguito a episodi di acuzie o di particolare crisi, per il periodo più breve possibile, necessario per la continuazione del progetto riabilitativo in altri Servizi sul territorio.

Per quanto riguarda i minori, vi sono alcune specifiche da considerare: innanzitutto i servizi dell'area della salute mentale fanno riferimento al D.G.R. 19 marzo 2008, n. 8/6860, che determina le linee di indirizzo regionali per la neuro-psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, organizzata in specifiche unità operative chiamate Unità Operativa di Neuro-psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (UONPIA). In questo senso, dunque, sono previste strutture terapeutiche particolari per i Minori, qualora necessitino di interventi da erogare in regime di residenzialità. In particolare si hanno dunque i Centri Terapeutici residenziali che offrono attività educative, terapeutiche e riabilitative in regime di residenzialità di breve o medio termine, in casi in cui sia necessaria un parziale allontanamento dal contesto familiare di appartenenza. Tali servizi sono volti a creare un ambiente utile per il contenimento, il rinforzo del minore, la progressiva autonomizzazione della sua personalità, favorendo un generale sviluppo dell'esistenza. In particolare durante la fascia di età adolescenziale viene utilizzato il potenziale terapeutico della dimensione grupale, esercitato all'interno del contesto comunitario, per ristrutturare relazioni positive con coetanei, con il territorio di riferimento e con le figure adulte del gruppo curante. Tale tipologia di servizio è rivolta in particolare a minori di età compresa tra i 12 e i 18 anni di età.

Sempre per la stessa fascia di età è previsto un servizio in regime di semi-residenzialità, il Centro Semiresidenziale Terapeutico per Adolescenti, con una forte valenza anche di carattere educativo. Se sul territorio è previsto anche un Centro Residenziale, si propone una forte sinergia tra le attività dei due servizi.

I gruppi professionali operanti in tali servizi devono essere caratterizzati da un'elevata interdisciplinarietà, in modo da assicurare la copertura di svariati tipi di bisogni richiesti da un progetto terapeutico globale per i minori.

In questo senso si prevede un'*équipe* integrata composta da psichiatra, psicologo, assistente sociale, infermiere, educatore, terapeuta della riabilitazione psichiatrica.

Ulteriori innovazioni a tale rete integrata regionale sono stati proposti nel Piano Regionale per la salute mentale attuato tra il 2004 e il 2012. Tali obiettivi innovativi riguardano alcuni punti in particolare, consultabili nel documento *La psichiatria di comunità in Lombardia. Il Piano Regionale per la Salute Mentale e le sue linee di attuazione – 2004-2012*⁸¹². Il primo punto di interesse riguarda l'istituzione di Organismi di Coordinamento per la Salute Mentale (OCSM). Tale organismo, infatti è stato pensato come struttura organizzativa in grado di aiutare il processo di integrazione dei servizi sociosanitari e sociali nell'area della salute mentale. Come sottolinea il report relativo alla ricerca effettuata per evidenziare il ruolo svolto nei primi anni di vita di tali organismi: «I prodotti degli OCSM così come individuati dalla normativa sono il Patto Territoriale per la salute mentale (da rinnovare ogni tre anni e aggiornare annualmente) e la Conferenza territoriale per la salute mentale, che raccoglie i diversi soggetti coinvolti nella tutela della salute mentale nell'ambito della macroarea territoriale. Tra i compiti degli OCSM figura anche l'attivazione dei tavoli tecnici distrettuali o centrali o dei gruppi di lavoro»⁸¹³.

La seconda novità di rilievo introdotta tra il 2004 e il 2012 riguarda nuove forme di residenzialità proposte ad alcuni utenti del settore, denominate come forme di “residenzialità leggera” (DGR VIII/004221 del 28/2/2007), intendendo con questo termine appartamenti in cui un determinato numero di ospiti vive in autonomia, con alcune forme di supporto psichiatrico ed educativo in specifici e puntiformi momenti della settimana. Una ricerca è stata condotta in questo ambito dalla Fondazione Gaetano Bertini Malgarini, tracciando un

⁸¹²M. Percudani, G. Cerati, L. Petrovich, A. Vita (a cura di), *La psichiatria di comunità in Lombardia. Il Piano Regionale per la Salute Mentale e le sue linee di attuazione – 2004-2012*, Mc Graw-Hill Education, Milano, 2013.

⁸¹³M. Lo Schiavo, D. Cicoletti, *Indagine e valutazione sul funzionamento degli Organismi di Coordinamento della Salute Mentale e integrazione sociosanitaria*, Istituto per la Ricerca Sociale, 2012, p. 12.

primo bilancio dell'esperienza attuata, da implementare, ma fortemente innovativa sul piano riabilitativo e del reinserimento sociale e territoriale degli utenti⁸¹⁴.

In generale, quanto emerge rispetto all'analisi della rete di servizi integrati per la salute mentale in Lombardia, evidenziando le ultime linee di sviluppo, si può notare la costruzione di una rete diversificata di servizi, costruita negli anni in seguito alle riforme richieste dalla Legge 180. In particolare, le sperimentazioni su servizi innovativi, come la Residenzialità Leggera, sono indirizzate in un'ottica di realizzazione pratica sempre migliore e attuabile dei principi di integrazione, socializzazione e autonomizzazione degli utenti. Le innovazioni apportate cercano dunque, in seguito all'analisi della realtà esistente, di coordinare in maniera sinergica i servizi presenti e di sviluppare le aree critiche o bisognose di ulteriore attenzione, quale, ad esempio, quella relativa alle soluzioni abitative per gli utenti del settore di salute mentale. L'integrazione socio-sanitaria proposta all'interno dei servizi di salute mentale comprende a pieno titolo, come abbiamo osservato, anche professionisti dell'educazione, chiamati a portare contributi relativi alla parte educativa e formativa dei progetti riabilitativi rivolti agli utenti, in un'ottica di elevata integrazione socio-sanitaria, quale quella presente nel progetto delle politiche sociali italiane e lombarde attuali.

A livello della pratica concreta, però, le difficoltà e i rischi sempre presenti di medicalizzazione e ritorno al controllo sociale sono, ovviamente, gli stessi ricordati in un precedente paragrafo dedicato ai bilanci successivi alla Legge 180. In particolare, Luigi Benevelli ricorda come, in Lombardia, in particolare, intorno al 2010 si sia assistito a un focus particolare intorno al tema della pericolosità sociale: nel Comune di Milano, infatti, è stato creato un tavolo dedicato alla prevenzione e alla sicurezza nel campo della Salute Mentale, focalizzato principalmente sulle dimensioni di pericolosità sociale. In questo senso, quando il focus viene centrato principalmente sulle dimensioni amministrative e sanitarie, quali i TSO, in un'ottica di contenimento e mantenimento di ordine, Benevelli ricorda l'emergere del rischio che porta a perdere le condizioni per poter agire delle politiche all'interno del concetto di salute mentale, riportando servizi e azioni sociali all'interno della cultura psichiatrica incentrata su dimensioni amministrative, legate al controllo della pericolosità sociale, e biologiche, legate agli aspetti patologici.

Anche il rischio di frammentazione del percorso di cura viene ricordato, in particolare da Antonio Lora, evidenziando come il sistema Lombardo tenda ancora a creare una presa in carico dei pazienti che non riesce a garantire una continuità temporale⁸¹⁵.

⁸¹⁴ Il riferimento è al report di ricerca: G. Sironi, A. Strati, F. Sironi, S. Ballabio (a cura di), *RRA. Ricerca Risposta Abitativa Regione Lombardia*, Fondazione Gaetano Bertini Malgarini, Milano, 2013.

Queste criticità, ad esempio, vengono prese in considerazione nell'ultimo documento emanato dalla Regione Lombardia in riferimento alla salute mentale e all'integrazione socio-sanitaria, il "Libro bianco sullo sviluppo del sistema sociosanitario in Lombardia", del 30 giugno 2014. In esso vengono tracciate le direzioni di sviluppo da intraprendere per implementare la gestione dell'area sanitaria e socio-sanitaria: in particolare, la tendenza evidenziata, è quella di potenziare servizi di qualità e di prossimità per il cittadino, che si prendano cura del paziente in una logica di continuità ospedale/territorio.

In particolare, in riferimento all'area della salute mentale vengono indicate le più recenti stime relative alle patologie trattate:

«Per quanto riguarda le principali diagnosi mentre tra i casi prevalenti predominano nel 2010 i disturbi mentali gravi – che coprono più della metà della utenza trattata (disturbi schizofrenici 23%, sindromi affettive 26% e disturbi di personalità 9%) – la maggior parte delle diagnosi relative ai casi incidenti (ovvero i nuovi contatti che tendenzialmente corrispondono a circa il 25% della popolazione trattata) riguardano disturbi emotivi comuni. Osservando l'andamento temporale si rileva un incremento marcato negli ultimi 10 anni dei disturbi affettivi e nevrotici a fronte di uno più modesto dei disturbi di personalità e della schizofrenia»⁸¹⁶.

In riferimento all'intento di creare una rete di servizi fortemente aderenti al territorio di riferimento dei pazienti, ad esempio, si cita il servizio di Residenzialità Leggera, già descritto in precedenza, che consente una presa in carico dei pazienti, in vista del raggiungimento del più elevato grado possibile di autonomia abitativa ed esistenziale: « In rapido incremento l'utilizzo della residenzialità leggera, modalità innovativa avviata nel 2008 con l'obiettivo di migliorare l'appropriatezza degli interventi e da allora in costante espansione, con una quadruplicazione del numero di posti e una crescita della spesa da circa 2,9 a 5,9 milioni di euro»⁸¹⁷.

In questo senso, dunque, quanto prospettato dal Libro Bianco, sembra essere l'articolazione di un sistema socio-sanitario, all'interno del quale una specifica attenzione è volta al settore della salute mentale, fortemente costruito sulla logica del "quasi-mercato" precedentemente

⁸¹⁵ Intervento di A. Lora nel corso del convegno "La psichiatria nella riforma del sistema lombardo", svoltosi a Milano il 27 ottobre 2014.

⁸¹⁶ Cfr. *Libro bianco sullo sviluppo del sistema sociosanitario in Lombardia. Un impegno comune per la Salute*, p. 50, consultabile su www.regione.lombardia.it) consultato il 28/10/2014).

⁸¹⁷ Ivi, p. 51.

descritta e orientato ad una localizzazione territoriale che preveda la possibilità di una presa in carico continuativa dei pazienti.

All'interno di tale quadro organizzativo, normativo e di intenti, dunque, saranno da considerare inseriti anche i due servizi che presenteremo nei prossimi capitoli, come i contesti in cui si è articolato lo studio di caso previsto nella ricerca in oggetto.

6.6.2 Il primo caso di studio

- Storia e orientamenti di fondo del servizio

Il primo contesto individuato come caso da studiare nel progetto di ricerca è una Comunità Terapeutica Psico-Socio-Educativa per adolescenti, presidio dell'Azienda Ospedaliera di riferimento, precisamente per quanto riguarda il reparto di Neuropsichiatria Infantile. Si trova in un piccolo Comune della Regione Lombardia.

La storia di questo servizio nasce intorno agli anni Settanta, quando, nel 1973, la Provincia di riferimento costituì una Comunità Alloggio nel luogo in cui ora sorge la Comunità Terapeutica, per ospitare minori portatori di handicap, prevalentemente psichiatrico, costituendosi come contesto di de-istituzionalizzazione e reinserimento nel tessuto sociale di persone precedentemente ricoverate in un grosso ospedale psichiatrico della zona.

Successivamente, in seguito alla delibera del Comitato di Gestione della U.S.S.L. di riferimento, nel febbraio 1987, sono state indicate le linee principali del suo funzionamento: il Comitato di Gestione deliberava che la Comunità Terapeutica si configurasse quale servizio in cui operasse un gruppo di lavoro inter-disciplinare,. Scopo di questa inter-disciplinarietà era individuato nella possibilità di progettare e attuare progetti terapeutici individualizzati, all'interno di un ambiente adeguato per la vita dei minori.

Si definiva, inoltre, che la C.T.P.S.E. (Comunità Terapeutica Psico Socio Educativa) fosse parte del Dipartimento Materno Infantile di Salute Mentale e di Rieducazione Funzionale, sotto la responsabilità medica del Medico Responsabile dell'Unità Operativa di Neuropsichiatria Infantile.

A partire dal gennaio 1998 l'Unità di Neuropsichiatria Infantile di riferimento è stata fatta afferire all'Azienda Ospedaliera appena costituita di V., ma la Comunità diventa Presidio Ospedaliero di questa Azienda soltanto l'anno successivo.

La C.T.P.S.E., dunque, è oggi un servizio appartenente alla Unità Operativa di Neuropsichiatria Infantile e della Adolescenza (UONPIA). Accoglie a regime residenziale 8 preadolescenti ed adolescenti di entrambi i sessi, affetti da una psicopatologia per la cui cura si consideri opportuno un temporaneo allontanamento dal nucleo familiare.

L'accesso del minore avviene attraverso l'intervento della UONPIA che presenta il caso, dopo aver effettuato una specifica valutazione psicodiagnostica. L'ingresso può avvenire anche in seguito ad un decreto del Tribunale per i Minorenni, con affido al Comune di residenza.

Avvengono poi alcuni incontri tra l'*équipe* della Comunità e gli operatori referenti del caso: scopo di questi incontri è quello di valutare la situazione, definire le modalità dell'inserimento, in base alle specifiche caratteristiche del ragazzo e della sua famiglia. Parte del lavoro iniziale è orientato a precisare i rapporti, le competenze e responsabilità specifiche della Comunità Terapeutica e dei Servizi territoriali, in modo da creare una rete di intenti e un accordo nella suddivisione dei compiti tra la Comunità e i Servizi territoriali.

Una volta preso in carico un nuovo ospite, l'*équipe* multidisciplinare cerca di definire un progetto terapeutico individuale⁸¹⁸, così definito nel documento di presentazione della Comunità: «Il progetto terapeutico è individuale, verificato e ridefinito nel tempo e si fa carico della psicopatologia affrontandola attraverso esperienze alternative e riparatorie, basate fondamentalmente sulle componenti relazionali, emozionali, affettive e cognitive per il recupero della capacità di elaborare mentalmente.

Il primo obiettivo assunto nel momento della nascita di una relazione terapeutico/educativa è il rispondere con sollecitudine a bisogni e necessità considerate inderogabili, ma rimasti disattesi a lungo. Si tende a procurare ai pazienti una dimensione di benessere caratterizzata dall'assenza di pesanti frustrazioni e dal soddisfacimento dei bisogni a vari livelli, anche se antichi e primari.

La gestione della vita quotidiana non rappresenta un'organizzazione di fatti routinari concreti e prevedibili, ma piuttosto l'esito di obiettivi, rappresentazioni, prefigurazioni, fantasie e bisogni del minore. La dimensione progettuale costituisce il fulcro dell'intervento terapeutico riabilitativo e si basa essenzialmente sulla ricerca costante dei significati da attribuire alle

⁸¹⁸ Il progetto terapeutico è lo strumento su cui è organizzato il lavoro dei professionisti dell'*équipe*, ed è così definito documento relativo alle caratteristiche strutturali e funzionali dell'intervento terapeutico in struttura residenziale, redatto dall'Azienda Ospedaliera di appartenenza della Comunità Terapeutica Psico Socio Educativa: «Il progetto terapeutico ed educativo è individualizzato e riguarda sia i ragazzi che le loro famiglie. E' evidente che non sempre sarà possibile la piena condivisione dell'intero progetto sin dall'inizio, ma essa rappresenta sempre e comunque un obiettivo, ed allo stesso tempo uno strumento fondamentale del percorso. Del progetto fanno parte interventi di supporto e sostegno ai genitori ed interventi psicoterapeutici e di supporto psicologico per i ragazzi., di cui è importante progettare tempi e modalità sin dall'ingresso del paziente.

Il percorso terapeutico/educativo di Comunità si articola e sviluppa sui seguenti interventi: intervento psicodiagnostico dinamico [...], intervento psicoterapeutico sostegno [...], intervento sociale [...], intervento educativo [...]». Relativamente alla definizione teorica di tale strumento all'interno dei servizi dell'area di salute mentale della Lombardia è possibile consultare C. Gori (a cura di), *Politiche sociali di centro-destra. La riforma del welfare lombardo*, Carocci, Roma, 2005.

esperienze dei pazienti e alle relazioni interpersonali e sulle modalità con cui proporle, affinché possano essere favorevoli ai processi di cambiamento»⁸¹⁹.

La famiglia è considerata parte importante del progetto che si elabora per il minore, in quanto ambiente fisico ed emotivo di origine dell'ospite, verso il quale si cerca di costruire un ritorno: «Il progetto terapeutico ed educativo è individualizzato e riguarda sia i ragazzi che le loro famiglie. È evidente che non sempre sarà possibile la piena condivisione dell'intero progetto sin dall'inizio, ma essa rappresenta sempre e comunque un obiettivo, ed allo stesso tempo uno strumento fondamentale del percorso. Del progetto fanno parte interventi di supporto e sostegno ai genitori ed interventi psicoterapeutici e di supporto psicologico per i ragazzi, di cui è importante progettare tempi e modalità sin dall'ingresso del paziente»⁸²⁰.

La permanenza di ogni ragazzo in Comunità è, ovviamente, temporanea, in quanto l'obiettivo dichiarato del servizio è quello che viene definito col termine "dimissioni", orientate alla possibilità di mantenere un adeguato benessere di salute fisica e mentale una volta terminato il progetto terapeutico in Comunità: «La dimissione dalla Comunità viene formulata valutando, sia l'evoluzione del quadro clinico del paziente, sia il miglioramento delle funzioni genitoriali ed è anche dipendente dal compimento della maggiore età. L'obiettivo principale è quello di permettere al paziente un graduale e progressivo disinvestimento da un ambito di cura fortemente caratterizzato da valenze terapeutiche di vita e di tutela, che renda possibile:

- Il rientro nella famiglia d'origine, qualora ci fossero le condizioni favorevoli;
- Il passaggio in altra struttura di tipo socio assistenziale o appartenente al servizio psichiatrico;
- Il raggiungimento di una vita autonoma»⁸²¹.

- Composizione e organizzazione del contesto e dell'équipe multi-disciplinare

Le caratteristiche della struttura in cui si trova attualmente la Comunità sono descritte nel documento relativo alle caratteristiche strutturali e funzionali dell'intervento terapeutico in struttura residenziale, redatto dall'Azienda Ospedaliera di appartenenza: «Villetta indipendente, in prossimità del centro cittadino; buoni trasporti e possibilità di buone connessioni con il tessuto sociale; struttura circondata da ampio giardino; disponibilità di

⁸¹⁹ Cfr. documento di presentazione della Comunità Terapeutica Psico Socio Educativa.

⁸²⁰ Cfr. documento relativo alle caratteristiche strutturali e funzionali dell'intervento terapeutico in struttura residenziale, redatto dall'Azienda Ospedaliera di appartenenza della Comunità Terapeutica Psico Socio Educativa.

⁸²¹ Cfr. documento di presentazione della Comunità Terapeutica Psico Socio Educativa.

spazi personali e spazi comuni; soggiorno/pranzo di ampiezza adeguata; i locali rispondono ai criteri normativi di abitabilità ed hanno una metratura adeguata al numero degli ospiti; i bagni sono in numero adeguato ai pazienti; bagni separati per i ragazzi e per gli operatori; ogni ragazzo ha uno spazio che può considerare come suo, ed armadi personali per conservare oggetti e indumenti personali; spazi dedicati al personale, per i colloqui e le riunioni; spazi per laboratori e attività ; una autovettura ed un pulmino in dotazione alla Struttura»⁸²².

La comunità è gestita da un gruppo di lavoro in cui sono presenti: un medico responsabile neuro-psichiatra infantile, uno psicologo, un assistente sociale, un educatore coordinatore, a cui è affiancato quello che viene denominato “staff educativo” composto da due infermieri e cinque educatori professionali⁸²³. Più nello specifico, nel momento in cui è stata messa in atto la ricerca e l'*équipe* ha deciso di aderirvi, il gruppo professionale risultava così composto:

- una neuro-psichiatra;
- una psicologa;
- un'assistente sociale;
- una coordinatrice di infermieri ed educatori;
- tre infermieri;
- cinque educatori e altre due educatrici⁸²⁴ presenti in orari aggiuntivi rispetto agli altri, per specifici progetti su alcuni ragazzi.

L'*équipe* intera ha aderito al progetto, con l'eccezione di un infermiere che, per motivi personali, non era mai presente in comunità nelle fasi di implementazione del progetto. Dunque i partecipanti del primo caso di studio risultano essere in totale tredici.

Il gruppo di lavoro è costruito su una dichiarazione di intenti rivolta alla sinergia di differenti profili professionali, come si legge in uno dei documenti analizzati: «L'intervento terapeutico si basa su un approccio multidisciplinare bio- psico- socio- educativo e si avvale di tutti gli interventi necessari (farmacologico, psicoterapico, educativo, relazionale,...) con possibili diversi orientamenti metodologici prevalenti [...]. Lo strumento terapeutico è la relazione tra il paziente ed il gruppo curante»⁸²⁵.

⁸²² Cfr. documento relativo alle caratteristiche strutturali e funzionali dell'intervento terapeutico in struttura residenziale, redatto dall'Azienda Ospedaliera di appartenenza della Comunità Terapeutica Psico Socio Educativa.

⁸²³ Gli educatori presenti nel contesto provengono dal percorso formativo della classe di laurea L/SNT 2, o dai percorsi formativi dei corsi regionali precedenti all'istituzione del percorso universitario per educatori professionali.

⁸²⁴ Queste due educatrici provengono, invece, dal percorso di formazione L/19, in quanto non direttamente assunte dall'Azienda Ospedaliera.

⁸²⁵ Cfr. documento relativo alle caratteristiche strutturali e funzionali dell'intervento terapeutico in struttura residenziale, redatto dall'Azienda Ospedaliera di appartenenza della Comunità Terapeutica Psico Socio Educativa.

Gli educatori e gli infermieri, che lavorano in base a turni, sono presenti in Comunità per tutte le ventiquattr'ore del giorno. Il coordinatore è presente negli orari centrali della giornata, mentre psichiatra, psicologa e assistente sociale sono presenti in maniera più saltuaria, legata a incontri con ragazzi, genitori, o alla riunione settimanale di *équipe*.

Il medico neuropsichiatra infantile è il responsabile della Struttura, che gestisce, indirizza e monitora l'attività degli operatori, imposta e segue il percorso terapeutico dei pazienti, compresa la farmacoterapia.

Lo psicologo si occupa della cura della psicopatologia del minore, in relazione all'attuazione del progetto terapeutico. Inoltre, questa figura professionale collabora alla definizione degli obiettivi clinici nella stesura del progetto terapeutico ed effettua la psicoterapia, ove necessario.

Il coordinatore degli educatori e degli infermieri gestisce e organizza il funzionamento della Struttura, coordina il lavoro degli educatori e degli infermieri e collabora costantemente con psichiatra e psicologo per monitorare i progetti riabilitativi e per tenere i rapporti con le famiglie e con i servizi del territorio.

L'assistente sociale si occupa degli interventi necessari a sostenere la persona e la famiglia; in particolare, cura i rapporti con le famiglie e si fa carico del lavoro di rete con il territorio (scuole e agenzie di socializzazione); l'assistente sociale segue, inoltre, i rapporti con l'Ente inviante e con il Tribunale per i Minorenni.

Gli infermieri professionali collaborano con le figure educative occupandosi nello specifico della parte sanitaria (visite mediche, esami di controllo...).

Gli educatori professionali, in collaborazione con l'*équipe*, si occupano della stesura della parte educativa del progetto terapeutico individuale e della sua attuazione⁸²⁶. In particolare, il lavoro dell'educatore viene descritto in maniera molto legata alla dimensione del "fare" e dello "stare" con i ragazzi ospiti della Comunità: « Il lavoro educativo è finalizzato alla elaborazione di un progetto educativo che incida nell'area della costruzione dell'identità personale, della salute fisica e dell'igiene personale, delle abilità cognitive, della vita di gruppo, dell'autonomia e delle competenze sociali, della ridefinizione del proprio rapporto con l'ambiente familiare, attraverso interventi individuali o di gruppo, interni ed esterni alla

⁸²⁶ La descrizione delle diverse figure professionali dell'*équipe* è stata ripresa dal documento di presentazione della Comunità Terapeutica Psico Socio Educativa.

Comunità. Sono previsti interventi educativi a livello domiciliare che possono coinvolgere anche le figure genitoriali o altri familiari di riferimento»⁸²⁷.

In aggiunta a quelle finora elencate, vi è la presenza di risorse aggiuntive all'interno della Comunità, costituite da una Collaboratrice Domestica, tirocinanti Psicologi ed Educatori Professionali e volontari.

Quanto descritto finora, dunque, raccolto attraverso l'analisi dei documenti relativi alla Comunità, ha permesso di delineare l'immagine dichiarata in questi scritti che presenta un servizio appartenente a una struttura ospedaliera, ma costruito sulla base dell'unione di differenti competenze professionali, tra cui quelle educative. In questo senso, quindi, è parso essere un contesto significativo per esplorare l'incontro tra il sapere medico/sanitario e il sapere pedagogico, attraverso l'analisi delle concrete pratiche lavorative quotidiane.

6.6.3 Il secondo caso di studio

- Storia e orientamenti di fondo del servizio

Il secondo caso di studio individuato è una Comunità Riabilitativa a Media Protezione per adulti nell'Area della Salute Mentale, sita sul territorio dell'hinterland milanese.

La Coordinatrice, nell'intervista richiestale per raccogliere la storia del servizio, racconta che la Comunità ha iniziato la sua storia intorno agli Anni Ottanta, da un nucleo di volontari che lavoravano per il quartiere. L'edificio in cui si trova la Comunità è stato donato da un privato a questa Associazione di volontari che si occupavano delle situazioni problematiche presenti nel quartiere: disagio sociale, handicap fisico, sofferenza psichica. L'utenza ospitata era inizialmente totalmente mista, unita dal fatto di appartenere allo stesso quartiere. Anche le persone che gestivano la Comunità erano inizialmente residenti del quartiere, che agivano in maniera per lo più volontaria, dunque il contesto era caratterizzato e retto da uno spirito di volontariato, di rinnovamento e presa in carico sociale che contraddistingueva il gruppo gestore, auto-organizzato e auto-costituito.

Nel tempo sono avvenute poi una serie di modifiche legislative e organizzative relative alla costituzione dei servizi, che hanno portato la struttura originaria della Comunità a seguire dei cambiamenti. In primo luogo la gestione è passata formalmente a una Cooperativa Sociale ed è diventata una Comunità relativa all'area della salute mentale intorno al 2004, gestita da un gruppo professionale e non più costituito da volontari. Nel corso di questi importanti passaggi

⁸²⁷ Cfr. documento relativo alle caratteristiche strutturali e funzionali dell'intervento terapeutico in struttura residenziale, redatto dall'Azienda Ospedaliera di appartenenza della Comunità Terapeutica Psico Socio Educativa.

vengono svolti anche lavori di ristrutturazione dell'edificio, che ha assunto da allora l'aspetto che lo caratterizza oggi.

La situazione attuale, dunque, è quella che vede la Comunità gestita dalla Cooperativa Sociale di riferimento, accreditata dall'ASL come Comunità Riabilitativa a Media Protezione per la Salute Mentale. Ospita al suo interno fino a otto ospiti, con la presenza degli operatori presenti nella struttura dalle 8 del mattino alle 9 di sera, mentre durante la notte non è presente personale in Comunità e gli utenti hanno a disposizione un numero di telefono di reperibilità da contattare per le emergenze.

La segnalazione dei casi per valutare la possibilità di ingresso in Comunità viene solitamente inviata dal CPS di riferimento del paziente, dal Dipartimento di Salute Mentale o da professionisti privati che ne presentano un quadro generale relativamente alla storia personale, di cura riabilitativa e farmacologica, delineando un'ipotesi progettuale che motivi l'ingresso in Comunità. Queste segnalazioni vengono ricevute dalla Comunità e archiviate secondo un ordine cronologico di arrivo. Quando vi sono le condizioni per accogliere tali domande di ingresso, viene concordato un primo colloquio tra l'Ente segnalante e il Coordinatore della Comunità, per approfondire la possibilità di compatibilità tra i bisogni del paziente e le proposte della Comunità. L'iter di accesso prosegue attraverso un incontro tra l'ospite stesso (eventualmente accompagnato da alcuni familiari), il Coordinatore e lo Psichiatra della Comunità, in modo da visitare la struttura e iniziare una prima conoscenza reciproca. Successivamente tali passaggi vengono condivisi dal Coordinatore con i membri di tutta l'*équipe*, in modo da progettare in maniera collettiva l'eventuale prossimo inserimento.

La decisione finale viene definita in un incontro presso il CPS di riferimento, a cui prendono parte il Coordinatore della Comunità, lo Psichiatra e l'Assistente Sociale del CPS. In tale sede vengono tratte le conclusioni di tutti gli incontri precedentemente effettuati, si iniziano a delineare obiettivi, modalità e tempistica del progetto da svolgere in comunità. Vengono inoltre decisi tempi e modi relativi all'ingresso residenziale nella struttura⁸²⁸.

I documenti redatti per presentare le finalità che il servizio si prefigge presentano la comunità come «Una risorsa del territorio pensata per poter accogliere persone che, a causa dell'insorgere o del persistere di sintomi di tipo psichiatrico, non sono più in grado di vivere da sole o con i propri conviventi»⁸²⁹. La soluzione residenziale proposta dalla Comunità si costituisce, dunque, come alternativa ad altre forme per il periodo più breve possibile, in vista di un auspicato ritorno a soluzioni già sperimentate o da costruire. Per riattivare o ricostituire

⁸²⁸ Cfr. Protocollo di Accoglimento redatto dalla Comunità.

⁸²⁹ Cfr. Carta dei Servizi della Comunità.

le risorse necessarie a una vita autonoma, «la comunità si propone come *luogo amico*, accogliente, di intenso investimento affettivo e relazionale, dove trovare persone competenti – gli operatori – cui poter affidare le proprie aspettative di vita e cambiamento. Un luogo dove trovare altre persone con cui condividere e sviluppare percorsi di vita»⁸³⁰.

In particolare, poi, vengono definiti quattro presupposti intorno ai quali ruotano le finalità della comunità:

- Assicurare un contesto di vita dignitoso e confortevole;
- Assicurare la qualità della presa in carico di bisogni primari e della dignità della persona;
- Assicurare una qualità nella relazione di aiuto;
- Realizzare, in maniera congiunta con l'ospite, un progetto terapeutico individuale⁸³¹ definito come “integrato”, che parta dalle dimensioni dell'assistenza per rispondere ai bisogni primari, per trasformarli in occasioni di cura e riabilitazione psicosociale⁸³².

Tale progetto integrato viene stilato da parte del gruppo professionale successivamente al primo mese di permanenza in Comunità dell'ospite, caratterizzato da momenti dedicati all'inserimento e all'osservazione. Il Progetto indica gli obiettivi del percorso da effettuare in Comunità, definendone anche una durata temporale. Viene inviato al CPS di riferimento, con il quale lo si verifica in maniera semestrale o annuale, aggiornandolo, dunque, circa ogni sei mesi. In questo senso, il lavoro svolto dalla Comunità non è impostato per essere auto-referenziale, ma viene costruito su una logica territoriale che comprende, oltre al CPS, altri servizi presenti: «La Comunità lavora in stretta integrazione con i servizi psichiatrici territoriali».

Gli obiettivi che vengono definiti fanno parte delle seguenti aree: Cura di sé e del proprio spazio, Attività quotidiane, Relazioni sociali, Abilità sociali, Interessi attivi, Spostamenti e Gestione del denaro. Per ogni ospite vengono individuati uno o due operatori di riferimento, che seguano il progetto in maniera particolare, costituendo un riferimento privilegiato anche per l'ospite stesso.

Una volta stilato, il Progetto viene condiviso con l'ospite e, in seguito, verificato costantemente in incontri tra lui, l'operatore di riferimento e, eventualmente, lo psichiatra della Comunità⁸³³.

⁸³⁰ *Ibidem*.

⁸³¹ Tale progetto individuale è lo strumento terapeutico precedentemente descritto anche in riferimento al primo contesto. Le modalità per la sua costruzione e la sua attuazione, muovendosi comunque all'interno delle linee guida dei servizi lombardi consultabili nel testo di Gori già indicato, vengono definite e articolate dal gruppo di lavoro di ogni specifico contesto.

⁸³² Cfr. Carta dei Servizi della Comunità.

In particolare, si sottolinea che tale progetto è costruito mantenendo al centro l'individualità di ciascun ospite, considerandola come elemento fondamentale nella ricerca di un equilibrio tra il sostegno e la creazione di opportunità all'interno del Progetto: «La riabilitazione è concepita come la realizzazione di interventi di “sostegno competente” alla riappropriazione di abilità perse nell'ambito dell'abitare, lavorare e stare con altri, ma soprattutto sull'esistenza di luoghi, situazioni, contesti dove “spendere” queste abilità: *le opportunità*. È fondamentale non separare le funzioni di sostegno dalle opportunità, ma di combinare strategie che portino ai cambiamenti individuali con strategie per il cambiamento dei contesti. La combinazione tra sostegno ed opportunità genera il ripristino del funzionamento sociale delle persone con disagio mentale ed incide positivamente sulla prognosi»⁸³⁴.

Il percorso delineato dal progetto individuale viene attuato e realizzato dall'*équipe* multidisciplinare, che si andrà ora a descrivere.

- Composizione e organizzazione del contesto e dell'équipe multi-disciplinare

La struttura della Comunità è oggi, come si legge nella Carta dei Servizi, «un'abitazione indipendente che si sviluppa al piano rialzato e al piano primo, dotata di ascensore interno, circondata da circa 200 mq di giardino. La dislocazione, vicina ad altre abitazioni del quartiere costituisce, sia dal punto di vista simbolico che da quello operativo, la concretizzazione del principio della territorialità. Gli spazi fisici della comunità: ingresso, sala, cucina e terrazza, sono locali comuni adeguati allo svolgimento delle normali attività legate alla vita quotidiana; inoltre, la struttura è dotata di sei camere da letto, due doppie e quattro singole, tre bagni, un grosso locale seminterrato e di una stanza per gli operatori, provvista di posto letto, in cui realizzare colloqui, riunioni...»⁸³⁵.

Il lavoro di *équipe* viene così presentato nei documenti che presentano la Comunità: «Il lavoro della Comunità è centrato sul lavoro di *équipe* che, pertanto, è la principale metodologia di lavoro»⁸³⁶.

In questo senso, la creazione e il mantenimento del gruppo di lavoro e delle sue modalità di azione sono descritte come fondanti la metodologia di lavoro della Comunità, proprio nella Carta dei Servizi che presenta la struttura: «Il buon funzionamento dell'*équipe* e le modalità personali di ogni singolo operatore contribuiscono in maniera determinante a definire il *clima* della comunità che è elemento essenziale per la realizzazione dei progetti riabilitativi».

⁸³³ Cfr. Protocollo di Trattamento redatto dalla Comunità.

⁸³⁴ *Ibidem*.

⁸³⁵ Cfr. Carta dei Servizi della Comunità.

⁸³⁶ *Ibidem*.

Tale gruppo di lavoro risulta essere oggi composto da:

- Un coordinatore, che ha il compito di condurre l'*équipe* e garantirne il buon funzionamento. Inoltre, come si legge nella Carta dei Servizi: «Garantisce il corretto funzionamento dell'intera struttura, facilita e organizza il lavoro degli operatori, controlla l'andamento della gestione economica e progettuale della comunità»⁸³⁷. Tale ruolo è oggi ricoperto da una figura professionale educativa, che ha per anni svolto il ruolo di educatore all'interno dei servizi della Cooperativa che si occupano di Salute Mentale. Il coordinatore è inserito nella turnistica degli operatori presenti in comunità, oltre alle ore dedicate alla gestione e al coordinamento del servizio.
- Due medici-psichiatri: sono i medici referenti per la comunità. Sono presenti in struttura almeno due ore al giorno, per offrire eventuale supporto agli ospiti e rispondere alle loro necessità di confronto e colloquio. Gli psichiatri partecipano alle riunioni bi-settimanali di *équipe*, in cui concorrono alla stesura e al monitoraggio dei progetti integrati degli ospiti, offrendo le loro competenze clinico-farmacologiche, necessarie per perseguire gli obiettivi di cura e riabilitazione.
- Due infermieri: si occupano della gestione dei farmaci e delle questioni di assistenza sanitaria degli ospiti.
- Tre educatori⁸³⁸: sono i professionisti a cui è richiesto di «vivere insieme alla persona situazioni, esperienze concrete, occasioni di relazione, che divengono processi riabilitativi e di cura»⁸³⁹.
- Una terapeuta della riabilitazione psichiatrica: concorre all'attuazione dei progetti individuali, in particolare sinergia con le professioni educative.
- Un'operatrice di servizio: che si occupa della gestione degli aspetti quotidiani di vita della comunità e di gestione della struttura (pulizia, gestione della lavanderia...). La Carta dei Servizi specifica che «La presenza del personale di servizio [...] deve connettersi alla realizzazione dei progetti riabilitativi degli ospiti». In questo senso, tale personale sarà direttamente coinvolto, insieme

⁸³⁷ *Ibidem*.

⁸³⁸ Gli educatori presenti nel contesto provengono dal percorso formativo della classe di laurea L/SNT 2, o dai percorsi formativi dei corsi regionali precedenti all'istituzione del percorso universitario per educatori professionali.

⁸³⁹ Cfr. Carta dei Servizi della Comunità.

agli educatori, nell'aiutare gli ospiti nella cura della propria stanza, dei propri oggetti e dei propri vestiti.

Infermieri, educatori, terapisti e operatori lavorano in base a turni per essere presenti in comunità dalle otto del mattino alle nove di sera, nel numero di circa due operatori per turno.

L'*équipe* intera ha aderito al progetto e, in aggiunta, si è mostrata disponibile e interessata anche un'educatrice presente in comunità solo un giorno alla settimana, in quanto normalmente impegnata in altri servizi di salute mentale gestiti dalla cooperativa; dunque, i partecipanti del secondo caso di studio risultano essere undici.

La Carta dei Servizi descrive tale gruppo di lavoro come "integrato" e costituito da professionisti con differenti profili e competenze: «Le competenze clinico-farmacologiche del medico sono necessarie per la cura e la riabilitazione dei pazienti affidati alla comunità e le stesse sono complementari a quelle socio-riabilitative, in una logica di lavoro integrato che consideri l'ospite nella globalità della sua persona.

Il buon funzionamento dell'*équipe* integrata garantisce:

- la stesura di progetti individualizzati co-partecipati e condivisi;
- interventi socio-riabilitativi e medico-farmacologici conseguenti ai progetti individualizzati e coerenti tra loro;
- monitoraggi e verifiche frutto della sintesi dei diversi punti di vista»⁸⁴⁰.

Il lavoro della Comunità, infine, viene descritto anche in relazione ad una dichiarata attenzione al tema della supervisione, presente nella Carta dei Servizi, ritenuta necessaria per i seguenti aspetti:

- «- Riattivare una riflessione e un pensiero condiviso necessari per sentirsi meno soli nell'affrontare il carico di angosce di impotenza/onnipotenza derivanti dalla relazione con l'ospite;
- Bisogno che si creino momenti di allontanamento dall'azione [...] che tende a fornire all'operatore un abito mentale privato delle possibilità di formulare delle ipotesi, approntare progetti di largo respiro;
- Ritrovare un senso di coesione e di appartenenza»⁸⁴¹.

Anche questo secondo contesto, dunque, è apparso un luogo significativo per l'esplorazione del tema di ricerca, in relazione anche alla differenza amministrativa e di gestione rispetto al primo contesto. Questo aspetto è parso essere una variabile interessante per osservare

⁸⁴⁰ *Ibidem.*

⁸⁴¹ *Ibidem.*

eventuali differenze o somiglianze nell'incontro tra sapere medico e pedagogico nella pratica professionale agita nei due contesti.

Quanto scritto finora, dunque, consente di avere una descrizione dei contesti in cui è svolto lo studio di caso e dei gruppi multi-disciplinari che in essi lavorano. La successiva trattazione andrà ora a delineare le fasi di ricerca realizzate, con riferimento alla parte di ricerca empirica realizzata nei servizi ora descritti, col coinvolgimento attivo e diretto dei gruppi di lavoro.

6.7 Articolazioni e fasi del percorso

Il progetto di ricerca è nato dalla curiosità, radicata anche nella storia autobiografica della ricercatrice, di indagare nella pratica lavorativa quotidiana l'incontro tra il sapere medico/sanitario e quello pedagogico. Una volta individuata la traiettoria di ricerca per come è stata delineata in precedenza, si è messa a punto l'articolazione del progetto di ricerca, definendone ipotesi metodologiche e di articolazione. Questa fase progettuale è stata accompagnata da una revisione della letteratura nazionale e internazionale relativa sia alla metodologia di ricerca, sia inerente il tema specifico di ricerca.

Una volta definite le linee generali del progetto è iniziata la ricerca di un servizio disponibile e interessato a partecipare alla ricerca, in cui vi fossero presenti professioni educative e sanitarie a condividere la pratica lavorativa quotidiana. In questo senso, come esplicitato precedentemente, si è cercato un contesto nel quale il fenomeno da indagare fosse presente in maniera significativa.

Si è dunque provato a comporre un'analisi dei servizi nel campo della salute mentale sul territorio dell'hinterland milanese che presentassero caratteristiche significative rispetto all'oggetto di studio. In tale direzione ci si è avvalsi anche di conoscenze e contatti personali già esistenti all'interno di tale area di servizi, in modo da creare una prima lista di contesti da contattare.

È stato selezionato un insieme di circa dieci servizi a cui è stata inviata copia dell'ipotesi del progetto di ricerca. In seguito alle risposte ricevute, relativamente a disponibilità ed effettiva corrispondenza dei gruppi di lavoro ai criteri di significatività ricercati, è stato selezionato il primo contesto descritto come adeguato per iniziare l'implementazione della ricerca, configurata a quel punto come uno studio di caso singolo.

È quindi iniziata la fase che ha visto coinvolta la ricercatrice nel costruire i primi rapporti con l'*équipe* del contesto, in modo da presentare più ampiamente il progetto di ricerca, chiedendo un feedback rispetto alla sua attuazione pratica in quel preciso contesto.

Il primo incontro con la coordinatrice e la neuropsichiatra dell'*équipe* si è avuto a luglio 2012. In tale sede ci si è confrontati sull'ipotesi progettuale presentata, evidenziando eventuali modifiche da apportare, sulla base di quanto suggerito o richiesto dagli stessi partecipanti. Nello specifico, ad esempio, è stato richiesto di mettere maggiormente a fuoco il carattere partecipativo del periodo di osservazione della ricercatrice, in quanto è stata sottolineata dai professionisti la necessità di interagire anche coi ragazzi presenti in modo attivo nei singoli eventi quotidiani, per comprendere appieno il funzionamento del contesto. Inoltre, rispetto a quanto ipotizzato dalla ricercatrice, relativamente all'inizio della fase osservativa a ottobre 2012, i professionisti hanno sottolineato come fosse più idoneo per loro introdurre una persona nuova e esterna con fini di ricerca nel mese di gennaio, quando il gruppo dei ragazzi, formato in maniera nuova nei mesi autunnali, sarebbe stato più consolidato.

In tal modo, si è cercato di costruire, come già sottolineato, l'impianto stesso della ricerca in maniera collaborativa e cooperativa insieme ai partecipanti. Questo tentativo, basato sui presupposti costruzionisti relativamente alla creazione di conoscenza e su un approccio naturalistico alla ricerca, già esplicitati, espone il ricercatore a una serie di impegni, pratici e emotivi, primo fra tutti il tentativo, come appena esposto, di costruire il progetto di ricerca stesso, con le sue fasi e i suoi strumenti, insieme ai partecipanti. Sottolinea a tal proposito Mortari: «La natura evolutiva dell'impianto della ricerca naturalistica richiede, dunque, molte energie al ricercatore, energie cognitive, emotive e relazionali»⁸⁴². È questa una fase particolarmente delicata per la costruzione della ricerca, in quanto richiede al ricercatore lo sforzo di tessere la relazione con i referenti del contesto, ponendo le basi di fiducia per poter entrare sul campo nella parte di ricerca empirica. Questa fatica, come sottolineato da Mortari, investe i pensieri del ricercatore relativi alla costruzione del progetto, ma chiama in causa anche le emozioni e i vissuti, centrali nel processo di instaurazione di un buon clima relazionale con i soggetti presenti nel contesto. Scrive a proposito la ricercatrice nel diario successivo ai primi incontri coi referenti del primo contesto esplorato: «*Ritengo che questa fase precedente all'avvio della ricerca sul campo sia estremamente densa e faticosa, anche emotivamente: è difficile costruire i rapporti con professionisti che operano sul campo, presentare e far prendere in considerazione il tuo progetto di ricerca [...]. Tutto ciò crea in me una serie di agitazioni relative alla stesura del progetto, alla sua accettazione da parte del contesto individuato per la ricerca, ai limiti esistenti che di fatto ostacolano le linee che sarebbe bene indagare per rispondere alle domande di ricerca... Al contempo gli ostacoli che*

⁸⁴² L. Mortari, *op. cit.*, 2007, p. 73.

incontro mi stimolano a sviluppare ulteriormente il pensiero, per trovare come superare intralci e resistenze, senza abbandonare la traiettoria di ricerca individuata. Quando avverto di essere riuscita a creare un progetto serio e rigoroso, che allo stesso tempo tiene conto dei vincoli e delle richieste del contesto e delle persone che lo abitano mi sento molto fiera e orgogliosa di fare ricerca nella complessità del mondo umano che non è riducibile alla situazione manipolabile e controllata del laboratorio» (Diario 1 contesto 1).

Dunque, dopo aver modificato il progetto secondo le richieste emerse dall'incontro coi referenti, ad ottobre 2012 si è ripresentata l'articolazione della ricerca alla coordinatrice e alla psicologa del contesto, che avrebbero presentato tale documento a tutta l'*équipe* in modo che ogni partecipante potesse leggere e, liberamente, scegliere se partecipare. In tale incontro si è definito di dare avvio alla parte di ricerca empirica nel contesto a gennaio 2013.

La prima fase di ricerca si è basata essenzialmente sullo strumento dell'osservazione etnografica: la ricercatrice, infatti, ha dedicato tre mesi, da gennaio a marzo 2013, all'osservazione del contesto, per comprenderne dall'interno il funzionamento e l'universo semantico in esso costruito dai suoi abitanti. Subito prima di iniziare tale fase si è avuto un ultimo incontro preparatorio con la coordinatrice e la psicologa per mettere a punto alcuni dettagli pratici e logistici necessari all'avvio della ricerca: si sono innanzitutto definiti i momenti che la ricercatrice avrebbe osservato. Ai fini della traiettoria di ricerca, si è ritenuto importante osservare innanzitutto la riunione di *équipe* settimanale, in cui tutti i diversi professionisti si incontrano per progettare, verificare e organizzare il lavoro quotidiano. In vista, invece, di comprendere il contesto e il suo funzionamento, si è deciso di osservare un pomeriggio all'interno della comunità, identificato in un giorno specifico della settimana, durante il quale avveniva l'assemblea con i ragazzi per discutere con loro di eventuali problemi, raccogliere idee e proposte.

In questo senso, durante la riunione di *équipe* si sarebbe potuto osservare l'incontro tra i diversi professionisti a livello progettuale e organizzativo, mentre nel corso del pomeriggio si sarebbe esplorato tale incontro nella dimensione delle pratiche quotidiane. Il prossimo ingresso della ricercatrice nel contesto è stato comunicato dalla neuro-psichiatra all'*équipe* durante una riunione settimanale, e dalla coordinatrice ai ragazzi nella loro assemblea. Dunque la ricercatrice, già introdotta nel contesto, si è comunque presentata brevemente al suo ingresso sul campo, sia ai professionisti, sia ai ragazzi, durante le prime giornate di presenza in comunità.

Per tre mesi, quindi, la ricercatrice è stata presente nel contesto settimanalmente nei seguenti momenti:

- la riunione settimanale in cui tutti i membri dell'*équipe* si ritrovano per impostare il lavoro (circa tre ore).
- un pomeriggio in cui educatori, infermieri, assistente sociale, psicologa e psichiatra sono presenti in Comunità coi ragazzi (circa quattro ore).

La scrittura è stata introdotta come strumento a supporto dell'osservazione in momenti e forme diverse, come già accennato:

- il giorno prima di ogni osservazione vengono scritti i "presupposti" con cui ci si avvia ad osservare (cosa mi aspetto di trovare e cosa vorrei chiedere-osservare il giorno successivo).
- subito dopo ad ogni osservazione avviene una scrittura "a caldo" di quanto osservato, in modo da non perdere le prime impressioni e gli eventi fondamentali accaduti.
- in seguito, col tempo calmo della riflessione, viene steso un resoconto a posteriori, più ordinato, dell'osservazione. Parte riflessiva di questo momento di scrittura è costituito dalla stesura del diario di ricerca in cui vengono riportati sentimenti e riflessioni relative a quanto osservato, aggiungendo alla scrittura note teoretiche, metodologiche e programmatiche, qualora se ne avverta l'esigenza.

Per decidere di dichiarare conclusa la fase osservativa, si è seguito il criterio della saturazione dei dati, ovvero, quando non si sono più notati elementi di novità epistemiche riportati nei protocolli osservativi, o punti da approfondire nei diari di ricerca precedenti alle osservazioni, si è ritenuto di essere giunti ad una conoscenza esaustiva del contesto.

In questo momento, dunque, confrontandosi specialmente con la psicologa, la neuropsichiatra e la coordinatrice, si è definito di passare alla seconda fase della ricerca, che prevedeva il coinvolgimento diretto e attivo del gruppo di lavoro intero per la proposta di produzione del collage e, in seguito, un momento di intervista singola con ogni professionista. Nel mese di aprile 2013 è stato, dunque, condotto il lavoro di gruppo basato sulla costruzione del collage: in un momento concordato, a tutta l'*équipe* riunita è stato proposto di rappresentare l'incontro tra professionisti diversi all'interno del loro gruppo di lavoro attraverso la creazione di un collage, utilizzando immagini tratte da riviste, colori e materiale vario proposto dalla ricercatrice. In particolare, si è pensato di creare una scelta di materiale iconico inerente svariati universi semantici ed esperienziali presenti nell'esistenza umana. In questo senso, dunque, sono state proposte differenti riviste tra cui i partecipanti potessero scegliere le immagini per creare i loro collages: riviste di viaggi, di arredamento, di sport, di abbigliamento, di cucina, relative all'infanzia e all'adolescenza. Inoltre, erano offerti forbici e colla per tagliare e incollare le immagini, fogli di carta colorata, pastelli e pennarelli, coi quali

potevano essere create nuove immagini o arricchite quelle già scelte. Ogni partecipante disponeva di un foglio formato A3, sul quale, nel tempo stabilito, poteva disporre le immagini per rispondere allo stimolo proposto. La ricercatrice, disponendo il materiale, ha spiegato ai partecipanti l'assoluta libertà nella scelta delle immagini e nella loro composizione sul foglio. Ha dichiarato un tempo di circa venti minuti per creare i collages, esplicitando che, al termine di questo lavoro, ognuno sarebbe stato invitato a presentare agli altri membri del gruppo la propria creazione. Questa parte di condivisione verbale per raccontare i collages realizzati è stata audio-registrata, in seguito ad autorizzazione del gruppo di lavoro. Sono stati raccolti in questa occasione tredici collages con le relative narrazioni.

Quanto emerso in tale condivisione è stato poi ripreso, con ciascun partecipante, nell'intervista individuale, effettuata con ognuno di loro tra i mesi di aprile, maggio e la prima settimana di giugno 2013. In questo senso è stato concordato un giorno e un orario con ogni partecipante, in base ai loro orari lavorativi, in cui fosse possibile dedicare del tempo a tale scambio verbale. L'intervista, organizzata in maniera semi-strutturata, ha ripreso alcuni elementi scaturiti dalle immagini scelte da ognuno e ha cercato di esplorare il racconto delle pratiche messe in atto nel contesto da ogni professionista, il ruolo delle diverse professioni all'interno della Comunità e il legame che ogni partecipante avverte tra la propria pratica e il sapere di riferimento della propria professione. Ogni intervista, in seguito ad autorizzazione dell'intervistato, è stata audio-registrata.

Le interviste singole realizzate nel primo contesto sono state in totale tredici.

Terminata questa fase di attivo coinvolgimento del gruppo professionale nel lavoro di produzione dei collages e nelle interviste, la ricercatrice ha provveduto a trascrivere tutto il materiale verbale raccolto grazie alle audio-registrazioni. Una volta pronte tutte le trascrizioni, la ricercatrice ha incontrato tutto il gruppo professionale riunito, offrendo loro una prima restituzione del materiale raccolto: a ogni partecipante è stata offerta una copia della propria intervista trascritta e una copia della trascrizione della condivisione narrativa relativa ai collages prodotti. La ricercatrice ha chiesto ai partecipanti di leggere quanto trascritto, in modo da poter segnalare eventuali errori di trascrizione o comprensione di quanto da loro detto e in modo da poter aggiungere qualcosa rispetto a quanto già affermato, qualora lo ritenessero opportuno. Due partecipanti, in seguito a tale momento, hanno contattato la ricercatrice per poter aggiungere alcuni elementi rispetto a quanto risposto durante l'intervista.

Successivamente a tale restituzione, la ricercatrice ha comunicato al gruppo di lavoro quali sarebbero state le successive fasi del progetto di ricerca, dichiarando che avrebbe offerto una

restituzione approfondita relativamente all'analisi del materiale e ai risultati della ricerca, una volta terminata anche la fase di raccolta dati nel secondo caso di studio.

Quando si è scelto il primo contesto individuato per tale ricerca, si era pensato di strutturarne come caso di studio singolo, in quanto non erano stati individuati altri servizi in cui apparisse significativo mettere in atto le stesse fasi di studio progettate in vista di indagare la traiettoria di ricerca individuata. In seguito, però, mentre si stava svolgendo la fase osservativa nel primo contesto di studio, attraverso contatti della ricercatrice con persone esperte nel campo della salute mentale, è stato possibile contattare una comunità operante nell'area che poteva apparire interessante ai fini del tema di ricerca, allargando lo studio di caso a un secondo contesto. Infatti, come già descritto in precedenza, tale comunità differiva dalla prima per struttura amministrativa e di gestione: in questo caso è sembrato importante cogliere l'opportunità di indagare l'incontro tra professionisti diversi in due contesti operanti nella stessa area ma differenti in quanto a amministrazione e settore di appartenenza (sistema sanitario nazionale e privato sociale).

I gruppi professionali dei due contesti, inoltre, risultavano essere composti in maniera molto simile, coinvolgendo per la maggior parte gli stessi profili professionali, facendo risultare fattibile l'indagine in essi della stessa traiettoria di ricerca.

In questo senso, il campionamento per la scelta dei casi, avvenuto secondo i criteri già ricordati, non è stato preordinato e definito prima dell'inizio della ricerca, ma ha seguito la logica dell'approccio naturalistico, in cui il disegno della ricerca viene elaborato in maniera emergente nel corso della ricerca stessa: «Il campionamento naturalistico è, quindi, sostanzialmente differente da quello convenzionale, poiché non è preordinato in modo statistico, ma viene operato sulla base delle informazioni che vengono raccolte durante tutto il processo»⁸⁴³ e «Il campionamento non intende essere rappresentativo, ma è contingente e sottoposto a revisione continua»⁸⁴⁴.

Una volta effettuate queste valutazioni circa la pertinenza e la fattibilità dell'allargamento del campione, si è iniziato a prendere contatti con la Cooperativa che gestisce la comunità segnalata. È stato, in primo luogo, incontrato il Presidente della Cooperativa, per presentare il progetto e chiedere di potersi mettere in contatto con la coordinatrice della comunità. Ricontrato interesse per la ricerca e ottenuti i recapiti del personale da contattare, si è provveduto a fissare un appuntamento con la coordinatrice del servizio in oggetto. Tale incontro, avvenuto a luglio 2013, ha visto la presentazione del progetto alla coordinatrice, in

⁸⁴³ L. Mortari, *op. cit.*, 2007, p. 67.

⁸⁴⁴ Ivi, p. 72.

vista di valutare l'effettivo interesse alla partecipazione e la possibilità concreta di realizzarlo. Verificati questi aspetti, la ricercatrice ha esposto la richiesta di non modificare la struttura del progetto, già messo in atto nel primo contesto, in modo da raccogliere dati in due contesti seguendo le medesime fasi di ricerca e utilizzando gli stessi strumenti. La coordinatrice non ha espresso perplessità o richieste di cambiamento a riguardo: dunque si è definito che il progetto sarebbe stato proposto a tutta l'*équipe* e che ci si sarebbe riaggiornati a settembre per definire i dettagli logistici dell'inizio della ricerca.

A settembre 2013, dunque, la ricercatrice si è incontrata nuovamente con la coordinatrice: il progetto è stato letto e approvato da tutti i membri dell'*équipe*. Si è definito per il mese di ottobre 2013 l'inizio della fase osservativa: l'ingresso della ricercatrice nel contesto è stato comunicato dalla coordinatrice al gruppo professionale durante la riunione quindicinale e agli ospiti nel momento assembleare settimanale.

Si decide, in accordo con la coordinatrice, di mantenere la presenza della ricercatrice sul campo in due momenti settimanali, in maniera analoga al contesto precedente:

- la riunione di *équipe* (circa tre ore ogni quindici giorni);
- un pomeriggio alla settimana (circa quattro ore).

I criteri con cui sono stati scelti tali momenti sono gli stessi che ne hanno guidato la definizione nel primo caso di studio, volti ad osservare l'incontro tra professioni diverse a livello progettuale e a livello delle pratiche.

La scrittura ha accompagnato tale fase, esattamente come già esposto relativamente al primo servizio studiato.

La fase osservativa è durata tre mesi, concludendosi a dicembre 2013. È stata seguita dalla proposta di produzione del collage e dalle interviste singole, condotte nella medesima maniera del primo caso di studio, proponendo gli stessi stimoli e lo stesso materiale. Tale fase ha occupato i mesi di gennaio e febbraio 2014. Nel secondo contesto sono stati raccolti dieci collages con le relative narrazioni e sono state effettuate undici interviste. L'undicesima intervista è stata effettuata con un'educatrice presente in comunità solo un giorno alla settimana (normalmente è impegnata in altri servizi di salute mentale gestiti dalla cooperativa): questa educatrice, interessata al lavoro di ricerca ma non presente durante il lavoro di *équipe*, ha scelto di partecipare comunque alla ricerca, rendendosi disponibile per l'intervista singola.

A marzo 2014 è stata effettuata la prima restituzione del materiale raccolto, offrendo ai partecipanti la trascrizione delle loro interviste e della condivisione dei racconti relativi ai collages creati. In tale incontro vi è stato modo di sollecitare i partecipanti a leggere i

materiali forniti per suggerire alla ricercatrice eventuali errori di comprensione o trascrizione e per segnalare eventuali aggiunte rispetto a quanto già detto. In tale sede, la coordinatrice e alcuni partecipanti hanno iniziato a commentare alcuni spunti di utilità intravisti nel lavoro proposto, che li potrebbero indirizzare a individuare alcuni elementi su cui lavorare relativamente al loro lavoro di *équipe* inter-professionale.

In questo senso la ricercatrice, ringraziando per l'interesse, ha sottolineato che avrebbero potuto approfondire tali spunti nell'incontro di restituzione relativa all'analisi dei materiali raccolti e dei risultati emersi dalla ricerca.

Nel mese di febbraio 2015 è stato organizzato un incontro di restituzione in uno dei due servizi coinvolti, in cui la ricercatrice ha presentato il lavoro di analisi effettuato sul materiale raccolto e alcuni punti emersi, ritenuti significativi per il gruppo di lavoro. La volontà della ricercatrice di effettuare la restituzione del lavoro in entrambi i contesti prima di discutere il lavoro in oggetto si è scontrata con l'indisponibilità di un servizio a svolgere l'incontro più volte proposto dalla ricercatrice, che avverrà, dunque, in seguito alla discussione della tesi di Dottorato.

La fase di restituzione, quindi, è stata considerata a tutti gli effetti parte della ricerca, rivolta a offrire un rimando e una proposta di riflessione ai partecipanti che hanno reso possibile la raccolta dei dati. In questo modo, oltre a sancire e mostrare la conclusione del percorso di ricerca ai servizi partecipanti, l'incontro di restituzione è stato pensato come occasione per proporre ai gruppi di lavoro possibili aspetti di attenzione e pensiero, sulla base di quanto emerso dal percorso di ricerca che li ha visti coinvolti.

Quanto descritto in tale trattazione, dunque, riguarda le fasi di ricerca empirica messe in atto nei contesti selezionati all'interno dello studio di caso. Il lavoro della ricercatrice, ovviamente, non si è concluso una volta terminata la parte di ricerca nei contesti, ma è proseguito con la fondamentale e delicata fase di analisi del materiale, che sarà oggetto specifico del prossimo capitolo.

7 I contenuti emersi dal materiale raccolto nel processo di ricerca

7.1 Modello seguito per l'analisi del materiale raccolto

In accordo con la filosofia fenomenologica, esplicitata quale cornice di riferimento per la costruzione del progetto di ricerca, il processo di analisi si è articolato lungo le traiettorie indicate da tale approccio. In particolare, il principio di fondo intorno al quale un processo di analisi fenomenologica si struttura risulta essere ben descritto dalle parole di Frederick Wertz: «L'analisi fenomenologica esplora il modo di essere al mondo dell'uomo, elaborando le strutture dell'Io, i diversi tipi di intenzionalità (modi di fare esperienza), e i significati attraverso i quali il mondo viene esperito»⁸⁴⁵.

La direzione orientata in senso prettamente ermeneutico, volta a ricercare il significato delle esperienze indagate, osservate o narrate dai partecipanti ha condotto alla scelta di un modello che consentisse di prendere in esame diversi livelli di analisi del materiale raccolto: *in primis* una conoscenza dell'esperienza che permettesse di descriverla e creare, in seguito, una sua significazione ermeneutica utile per una proposta di comprensione della traiettoria di ricerca.

7.1.1 L'analisi proposta dalla fenomenologia ermeneutica di Van Manen

L'obiettivo di giungere a una comprensione ermeneutica delle esperienze indagate è al centro della riflessione dell'autore, volta a un utilizzo della fenomenologia come filosofia di ricerca in grado di creare conoscenza e consapevolezza anche relativamente all'agire quotidiano, come può essere la pratica professionale esplorata nella ricerca in oggetto: «L'obiettivo della ricerca fenomenologica, attraverso un modo riflessivo di scrivere, non riguarda la creazione di strumenti intellettuali o modelli prescrittivi per affermare cosa fare o come agire. Piuttosto, una fenomenologia della pratica ambisce ad aprire possibilità per creare relazioni formative tra essere e agire, tra chi noi siamo e come agiamo, tra pensosità e delicatezza»⁸⁴⁶.

Il modello seguito per l'analisi, esposto da Van Manen nel testo *Researching Lived Experience*, mostra come un'analisi fenomenologica volta alla comprensione del significato dell'esperienza è un processo complesso in quanto «il significato presenta molte dimensioni e

⁸⁴⁵ F. J. Wertz, A Phenomenological Psychological Approach to Trauma and Resilience, in F. J. Wertz, K. Charmaz, L. M. McMullen, R. Josselson, R. Anderson, & E. McSpadden *Five Ways of Doing Qualitative Analysis. Phenomenological Psychology, Grounded Theory, Discourse Analysis, Narrative Research, and Intuitive Inquiry*, Guilford Press, New York, 2011, p. 126 (traduzione dall'inglese effettuata da chi scrive).

⁸⁴⁶ M. Van Manen, Phenomenology of practice, in *Phenomenology & Practice*, Volume 1 (2007), No. 1, p. 13.

molteplici strati»⁸⁴⁷. In questo senso, dunque, anche il processo di analisi dovrà essere articolato su più livelli, in modo da “scoprire” e portare alla luce i diversi strati che costituiscono l’essenza e il significato del fenomeno studiato. Per interpretare e significare una esperienza, infatti, è necessario conoscerla, metterne in luce le caratteristiche che la costituiscono e la determinano: tali azioni possono essere messe in atto da un’azione epistemica del ricercatore guidata da pensosità e capacità di lasciarsi stupire e affascinare: «La fenomenologia è un progetto di seria riflessione sull’esperienza vissuta nell’esistenza umana [...]. Ma la fenomenologia è anche un progetto che si lascia guidare dal fascino: essere cioè trascinati in un incantesimo di meraviglia, un fascino che riguarda la scoperta e la comprensione del significato»⁸⁴⁸.

Per intraprendere un siffatto processo ermeneutico, Van Manen suggerisce un procedere basato sulla ricerca dei temi strutturanti l’esperienza esplorata: «Quando si analizza un fenomeno, bisogna cercare di determinare quali sono i temi, cioè le strutture che costituiscono l’esperienza»⁸⁴⁹. Un tema, secondo Van Manen, viene individuato come l’espressione di un punto cruciale, che indica una direzione semantica centrale relativa al fenomeno indagato, ricorrente all’interno del materiale raccolto dal ricercatore. In questo senso, dunque, individuando i temi fondamentali che strutturano l’oggetto di ricerca, questi possono essere utilizzati come “strumenti” per accedere e avvicinarsi al significato globale dell’esperienza studiata⁸⁵⁰.

Van Manen, nel testo in oggetto, fa riferimento in particolare a un’analisi centrata sulla ricerca dei temi strutturanti in dati che, seppur raccolti attraverso strumenti differenti, siano basati su una forte componente testuale, che permette di approcciarsi ad essi in quanto testi. Anche il processo di ricerca in oggetto ha raccolto materiale testuale, consentendo, dunque, di potersi puntualmente riferire alla modalità di ricerca proposta da Van Manen, volta alla ricerca dei temi strutturanti e centrali nei testi, utili per significare e interpretare il fenomeno. Per ricercare tali temi, l’autore propone tre diversi approcci: il primo interroga i materiali di ricerca considerati nella loro interezza e globalità; il secondo ricerca quali frasi o segmenti di testo risultano essere particolarmente rilevanti per la struttura del fenomeno e il terzo tenta di ricercare i temi fondamentali all’interno di ogni singola frase. In base alla domanda di ricerca, al tipo e alla quantità di materiale raccolto, il ricercatore opterà per uno dei tre approcci esposti.

⁸⁴⁷ M. Van Manen, *op. cit.*, 1990, p. 78 (traduzione dall’inglese effettuata da chi scrive).

⁸⁴⁸ M. Van Manen, *op. cit.*, 2007, p. 12 (traduzione dall’inglese effettuata da chi scrive).

⁸⁴⁹ M. Van Manen, *op. cit.*, 1990, p. 79 (traduzione dall’inglese effettuata da chi scrive).

⁸⁵⁰ Cfr. M. Van Manen, *op. cit.*, 1990, p. 88.

Nel progetto di ricerca in oggetto, si è optato per una ricerca di frasi e segmenti all'interno dei testi raccolti che potessero essere considerati quali temi strutturanti.

Intraprendendo un tale tipo di analisi, Van Manen consiglia di mettere in atto i seguenti passaggi: «Ascoltiamo e leggiamo un testo numerose volte e ci chiediamo: *Quali affermazioni o frasi sembrano particolarmente essenziali o rivelatrici relativamente al fenomeno o all'esperienza studiata?* Queste affermazioni devono poi essere cerchiare, sottolineate o evidenziate»⁸⁵¹.

Questo è il primo "livello" del composito processo di analisi fenomenologica ermeneutica proposto da Van Manen, che consente di tracciare una sorta di "intelaiatura" della struttura del fenomeno, basata sull'individuazione dei temi centrali.

In seguito, per giungere a intuire e proporre una comprensione ermeneutica dell'oggetto di studio, il percorso analitico si concentra sulle relazioni e sui nessi che il ricercatore intravede tra i temi indagati:

«Nel momento in cui abbiamo analizzato le descrizioni dell'esperienza vissuta e distinto i temi che iniziano a emergere, si può notare che alcuni temi esperienziali ricorrono come comuni o come possibili assonanze nelle varie descrizioni che abbiamo raccolto. Lo sforzo è ora quello di mantenere l'attenzione concentrata su questi temi, accorpando in singole espressioni i concetti concernenti i fondamentali significati di questi temi»⁸⁵².

Durante lo svolgimento del processo di analisi, Van Manen consiglia al ricercatore di tenere traccia scritta di annotazioni, note, appunti relativi a quanto inizia a emergere dallo studio analitico del materiale raccolto, dando voce anche a intuizioni, pensieri e riflessioni personali a riguardo.

Una volta messo in atto anche questo secondo passaggio di analisi, il ricercatore può iniziare ad abbozzare alcune considerazioni interpretative del fenomeno studiato, basandosi sui temi, sulle relazioni e sui nessi individuati tra questi, permettendo di individuare tracce semantiche nel materiale raccolto.

Il processo di analisi che conduce alla creazione di questa conoscenza richiede, come è stato notato, una modalità di attuazione che sappia rimanere concentrata e focalizzata sui testi e sulle successive scomposizioni e suddivisioni che di essi vengono effettuate, procedendo in passi analitici successivi e conseguenti. Van Manen consiglia al ricercatore di individuare

⁸⁵¹ Ivi, p. 93 (traduzione dall'inglese effettuata da chi scrive).

⁸⁵² *Ibidem* (traduzione dall'inglese effettuata da chi scrive).

strumenti che possano facilitare il tenere traccia delle emergenti tematizzazioni operate sui testi, consentendo di operare una rigorosa archiviazione dei materiali, un preciso e ripetuto lavoro su di essi che conduca ad una significazione ed interpretazione dei materiali raccolti. L'autore indica, ad esempio, l'opportunità di una scrittura di note nel corso del processo di analisi o di creare momenti di scambio e conversazione con altri ricercatori in modo da favorire la riflessione sul lavoro ermeneutico in atto.

Proprio per supportare e favorire il delicato processo di analisi, oltre alla scrittura di note, si è scelto di provare a fare ricorso all'utilizzo di N-Vivo, un software appositamente pensato per co-adiuvare l'analisi di processi di ricerca qualitativi.

7.1.2. NVivo: un software per accompagnare il processo di analisi e favorire una sua conduzione rigorosa

Per assistere la ricercatrice nel processo di analisi del materiale raccolto e per monitorare la conduzione rigorosa di tale fase di ricerca, si è ipotizzato di utilizzare il software *NVivo* per archiviare i materiali raccolti e operare su di essi il complesso lavoro di codifica e analisi.

Questo software è stato creato intorno alla metà degli anni Ottanta del secolo scorso da Tom e Lyn Richards (prodotto ora da QSR International) per offrire un supporto al ricercatore sia nell'archivio del materiale raccolto, sia nella sua esplorazione. Notano a riguardo Mariella Pacifico e Lucia Coppola in una delle pubblicazioni in italiano volte alla presentazione del software: «La stessa architettura di *NVivo* è concepita per facilitare la gestione e l'esplorazione dei materiali senza sacrificare i dettagli e le sfumature dei documenti originali e, soprattutto, senza sacrificare il valore aggiunto del ricercatore»⁸⁵³. Proprio in riferimento a quest'ultima notazione, la scelta di *NVivo* è stata accompagnata da un'approfondita riflessione relativamente al ruolo del ricercatore nel processo di analisi e alla filosofia di ricerca scelta. Ci si è chiesti, innanzitutto, se un tale tipo di *software* potesse essere un ausilio per intraprendere un processo analitico concorde e conforme con la filosofia fenomenologica utilizzata. Inoltre si è cercato di costruire una conoscenza del programma che ne evidenziasse potenzialità e limiti, in modo da non creare aspettative infondate sulle possibilità offerte dal *software*. Katie Mac Millan e Thomas Koenig scrivono a riguardo che attualmente, all'interno dell'area di ricerca qualitativa, il dibattito relativo all'utilizzo di software per l'analisi di dati non è vivace e sviluppato, e ciò produce da una parte forti resistenze all'utilizzo di questi programmi, dall'altra aspettative irrealistiche e spropositate, denominate dagli autori come

⁸⁵³ M. Pacifico & L. Coppola, *NVivo: una risorsa metodologica. Procedure per l'analisi dei dati qualitativi*, Franco Angeli, Milano, 2010, p. 22.

«WOW factor»⁸⁵⁴. Gli autori, in particolare, evidenziano come «il “wow factor” relativo ai software per l’analisi qualitativa necessita di essere decostruito, demistificando e chiarendo quali possono essere i loro reali contributi per la ricerca. Infatti, quello che intendiamo con l’espressione “wow factor” è un irrealistico alto livello di aspettative relative all’utilizzo dei software»⁸⁵⁵.

In questo senso, dunque, il lavoro della ricercatrice si è articolato in modo da conoscere l’architettura e l’articolazione del software *NVivo*, confrontandola anche con quella di un altro software per l’analisi qualitativa (*Maxqda*), così da poter indagare i seguenti aspetti:

- Possibilità di articolare un’analisi coerente coi presupposti della filosofia fenomenologica scelta come riferimento per il progetto di ricerca.
- Possibilità di mantenere un ruolo attivo, euristico, ermeneutico e riflessivo del ricercatore nel corso del processo di analisi.
- Possibilità di archiviare, gestire e analizzare tutti i tipi di materiali raccolti (testi osservativi, interviste, *collage* realizzati attraverso la composizione di immagini).

Si è lavorato su tali aspetti attraverso diversi livelli di azione:

- Ricerca e lettura di materiale bibliografico relativo all’utilizzo dei software per l’analisi di dati qualitativi⁸⁵⁶.
- Partecipazione a webinar formativi relativi all’utilizzo dei due programmi.
- Utilizzo delle versioni *trial* dei due programmi (*Maxqda* e *NVivo*) per conoscerne ed esplorarne l’architettura generale.

In seguito a tali azioni, il software *NVivo* è risultato essere particolarmente adeguato rispetto al processo di analisi da effettuare e rispetto al tipo di materiale raccolto.

In particolare, in riferimento a un’analisi orientata alla filosofia fenomenologica e a una metodologia fenomenologico-ermeneutica, *NVivo* si presta ad essere utilizzato come un ausilio al lavoro analitico del ricercatore. Infatti, il software facilita l’archiviazione del materiale e la sua esplorazione attraverso la ricerca in esso di determinati aspetti, ma

⁸⁵⁴ Cfr. K. MacMilaan & T. Koenig, The Wow Factor: Preconceptions and Expectations for Data Analysis Software in Qualitative Research in *Social Science Computer Review*, 2004; 22.

⁸⁵⁵ Ivi, p. 179 (traduzione dall’inglese effettuata da chi scrive).

⁸⁵⁶ Riferimenti consultati a questo riguardo sono: L. Richards, *Using NVivo in Qualitative Research*, Sage Publications, London, 1999; L. Richards & T. Richards, Using Computers in Qualitative Analysis, in N. K. Denzin & Y. S. Lincoln, *Handbook of Qualitative Research*, Sage Publications, Thousand Oaks, 1994, pp. 445-462; A. H. Hilal & S. S. Alabri, Using NVivo for Data Analysis in Qualitative Research, in *International Interdisciplinary Journal of Education*, January 2013, Volume 2, Issue 2, pp. 181-186; K. MacMilaan & T. Koenig, The Wow Factor: Preconceptions and Expectations for Data Analysis Software in Qualitative Research in *Social Science Computer Review*, 2004; 22, pp. 179-186; M. Pacifico & L. Coppola, *Nvivo: una risorsa metodologica. Procedure per l’analisi dei dati qualitativi*, Franco Angeli, Milano, 2010; L. Coppola, *NVivo: un programma per l’analisi qualitativa*, Franco Angeli, Milano, 2011.

favorendo la totale libertà del ricercatore nel modo in cui esplorare il materiale per strutturare e costruire il percorso di analisi. In questo senso, dunque, le facilitazioni pratiche nell'archiviazione, nella gestione e nell'esplorazione dei dati hanno consentito un'impostazione analitica centrata sul tematizzare l'oggetto di indagine per giungere a una sua conoscenza, significazione e interpretazione, coerentemente con filosofia e metodologia individuate.

In relazione al materiale raccolto, invece, *NVivo* si è rivelato uno strumento adeguato dal momento che consente un'agevole archiviazione e un'apposita modalità di lavoro anche per i dati visuali costituiti da immagini. Come mostrato, infatti, il materiale raccolto nel progetto in oggetto è costituito da dati testuali che comprendono, però, anche le immagini dei *collages* che hanno fatto scaturire alcune delle narrazioni, raccolte e archiviate quali testi.

In questo senso, la struttura e le potenzialità offerte da *NVivo*, ben schematizzate da Coppola, sono parse essere idonee e adeguate per supportare il momento dell'analisi, favorendo anche una conduzione rigorosa:

«[*NVivo*] si presta ad essere non solo un pratico strumento di lavoro, di ausilio all'esecuzione di determinate operazioni, ma anche un utile dispositivo per:

- documentare l'intero sviluppo di un processo di ricerca;
- gestire una metodica di lavoro, a garanzia dell'accuratezza e del rigore di un percorso di analisi;
- rendere accessibile il materiale di ricerca, a garanzia dell'ispezionabilità della base empirica e delle procedure attivate»⁸⁵⁷.

La ricercatrice ha dunque proseguito l'utilizzo del software per ampliarne e approfondirne la conoscenza, cominciando ad archiviare nell'ambiente creato da *NVivo* i materiali raccolti. In particolare, si è cercato di raccogliere l'esperienza di ricercatori che già utilizzavano *NVivo* nella loro pratica di ricerca per potersi confrontare con la loro conoscenza più approfondita e sperimentata del programma⁸⁵⁸.

In riferimento a quanto scritto finora, dunque, il lavoro di indagine svolto ha permesso di utilizzare il *software* come un ausilio per accompagnare il lavoro euristico ed ermeneutico del ricercatore, non in sostituzione al suo pensiero e alla sua riflessione: il lavoro analitico, infatti,

⁸⁵⁷ L. Coppola, *NVivo: un programma per l'analisi qualitativa*, Franco Angeli, Milano, 2011, p. 10.

⁸⁵⁸ In particolare, a questo riguardo si è organizzato un incontro con un ricercatore italiano che usa da alcuni anni col suo gruppo di ricerca *NVivo* ed è riconosciuto, dunque, come particolarmente esperto nel suo utilizzo. In tale occasione, è stato possibile visionare il lavoro di analisi svolto fino a quel momento e dialogare circa le funzioni utilizzate per predisporre l'analisi, verificando quali aspetti migliorare ulteriormente.

come notato, è stato impostato e direzionato dalla ricercatrice coerentemente con filosofia e metodologia di ricerca, usufruendo delle possibilità di archiviazione, esplorazione e interrogazione dei materiali offerte da *NVivo*. Come evidenziano Pacifico e Coppola: «Tali programmi non sono pensati come erogatori di tecniche o come espositori di metodi. Al contrario, sono presentati come strumenti al servizio della pratica di ricerca, utili per dar forma alle idee, alle immagini, al modo di costruire, tassello dopo tassello, il proprio oggetto di studio»⁸⁵⁹. Percorrendo una tale prospettiva, il software *NVivo* all'interno del progetto di ricerca in oggetto ha offerto un aiuto e un sostegno per meglio gestire e approcciare la complessità emergente dalla traiettoria di ricerca. Questa è anche la linea di utilizzo prospettata per il software proprio dai suoi ideatori: «La ricerca qualitativa richiede di controllare la complessità [...], il software aiuta a gestire e sintetizzare le idee. Offre una gamma di strumenti per perseguire nuove comprensioni e teorie circa i dati e per costruire e controllare le risposte agli interrogativi di ricerca»⁸⁶⁰.

Utilizzando il software in questa direzione, dunque, il processo di analisi si è articolato nelle fasi successive e tra loro legate che si andranno tra breve a esporre, supportate dall'ambiente di *NVivo* e dalle potenzialità di esplorazione e interrogazione dei testi da esso offerte.

7.1.3. Le fasi seguite dal processo di analisi

Una volta presa la decisione di usufruire del software *NVivo*, i materiali di ricerca raccolti sono stati archiviati nello spazio appositamente offerto dal software per raccogliere tutti i dati su cui il ricercatore intende effettuare l'analisi.

Specificamente, si sono catalogati i materiali in maniera distinta tra primo e secondo caso di studio, seguendo la stessa catalogazione: una cartella per le osservazioni e i diari di ricerca, una cartella per i *collages* e le loro narrazioni, una cartella per le interviste. La figura 1 mostra un particolare della schermata di *NVivo* in cui, nella colonna di destra, si trovano le cartelle create per l'archiviazione dei materiali di ricerca.

⁸⁵⁹ M. Pacifico & L. Coppola, *op. cit.*, p. 23.

⁸⁶⁰ L. Richards, *Using NVivo in Qualitative Research*, Sage Publications, London, 1999, p. 4 (traduzione dall'inglese effettuata da chi scrive).

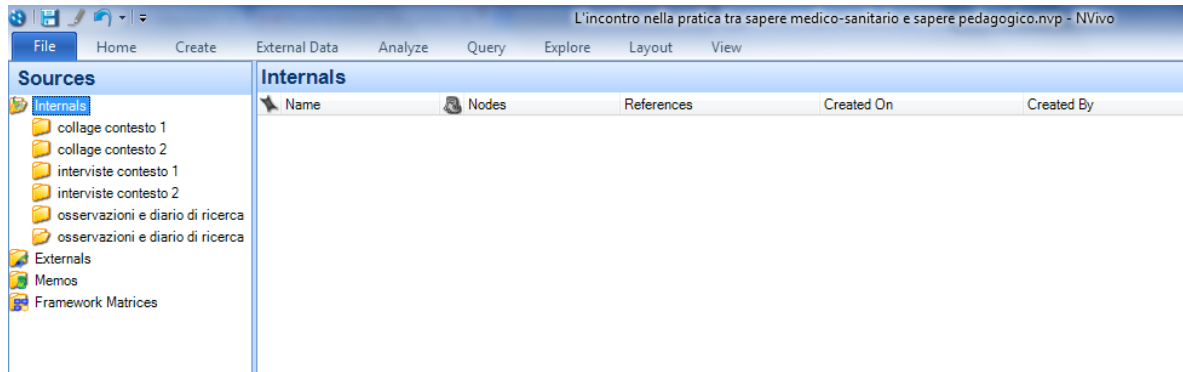


Figura 1

In particolare, si evidenzia come il programma abbia consentito un'agevole archiviazione dei collage realizzati dai partecipanti attraverso la composizione di differenti immagini. Come già sottolineato, il collage è stato usato come strumento che, basato sull'uso delle immagini, permettesse di generare una narrazione che raccontasse la composizione realizzata. In questo senso, come si nota nella figura 2, NVivo ha consentito l'inserimento dei collage, abbinando i racconti che li accompagnano, suddividendoli nei singoli segmenti narrativi riferiti ad ogni immagine presente nella composizione.

Nella figura 2, infatti, si vede come il brano evidenziato in azzurro si riferisca all'immagine che appare riquadrata in viola all'interno dell'intero collage.

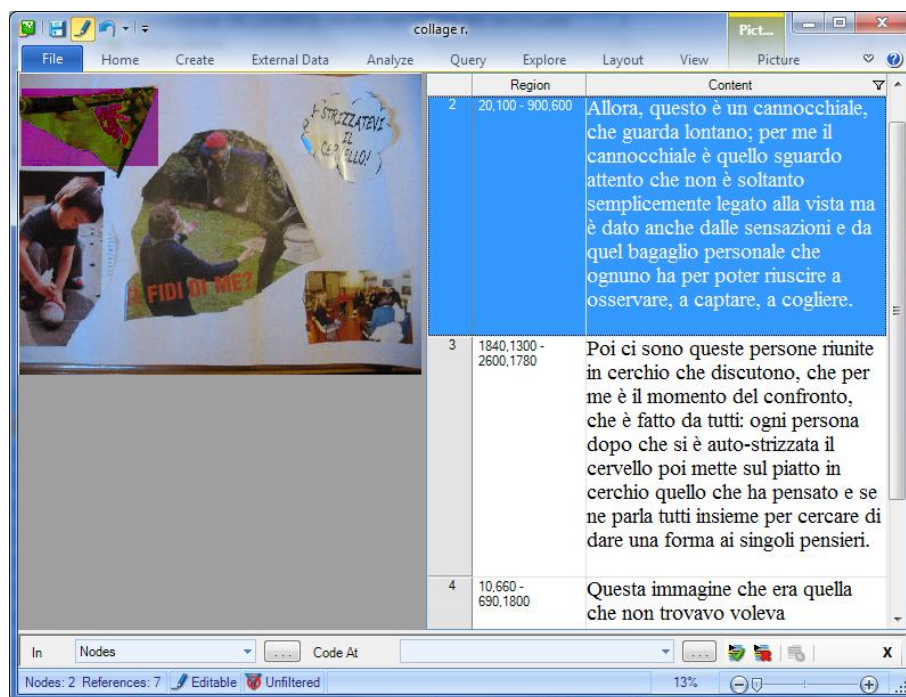


Figura 2

Una volta terminata l'archiviazione, il primo passo dell'analisi è stata una lettura ripetuta e approfondita di tutti i materiali di ricerca raccolti nei due contesti studiati (osservazioni, diari di ricerca, interviste e testi narrativi che accompagnano i *collages*). Questo momento dedicato alla lettura globale di tutti i testi è andato nella direzione di giungere a una prima conoscenza delle esperienze studiate, necessaria per poterne poi evidenziare i temi strutturanti.

In seguito la ricercatrice ha iniziato ad individuare i temi centrali e fondamentali presenti nel materiale, in relazione alla domanda di ricerca. Tale passaggio è stato svolto cercando tali temi all'interno di segmenti e porzioni di ogni intervista, osservazione o narrazione relativa ai *collages*, coerentemente con la seconda modalità di effettuare questa prima fase di codifica nel modello di analisi fenomenologica di Van Manen precedentemente presentato.

In questo senso, si è dunque creato un "primo livello" di analisi che ha permesso di individuare nei testi i temi centrali per la domanda di ricerca. *NVivo* permette di svolgere un tale tipo di codifica evidenziando le singole porzioni di testi e inserendoli all'interno di uno di quelli che sono stati identificati come temi centrali.

La seguente schermata (figura 3) rappresenta i temi individuati come strutturanti (il lavoro di *équipe*; il lavoro del medico psichiatra; il lavoro di coordinamento educativo; il lavoro educativo; il lavoro infermieristico; il lavoro di *équipe*). Come appare, ogni tema individuato è stato successivamente scomposto in ulteriori "sotto-temi" che sono parsi utili per mettere in luce le caratteristiche costituenti il tema: tali "sotto-temi" riguardano la determinazione degli aspetti legati al "ruolo", al "sapere", alle "pratiche" e ai "luoghi e tempi delle pratiche" specifici per ogni profilo professionale analizzato.

Name	Sources	References	Created On	Created By	Modified On	Modified By
Il lavoro del medico psichiatra	51	109	13/05/2014 16.47	BG	08/10/2014 16.49	BG
Il ruolo dello psichiatra	44	83	13/05/2014 16.47	BG	08/10/2014 16.46	BG
Il sapere dello psichiatra	10	12	13/05/2014 16.48	BG	08/10/2014 16.49	BG
Le pratiche dello psichiatra	25	35	13/05/2014 16.48	BG	08/10/2014 16.49	BG
I luoghi delle pratiche dello psichiatra	14	17	13/05/2014 17.14	BG	08/10/2014 16.49	BG
I tempi delle pratiche dello psichiatra	4	4	13/05/2014 17.14	BG	14/05/2014 18.24	BG
Il lavoro di coordinamento educativo	32	58	13/05/2014 16.48	BG	08/10/2014 16.41	BG
Il ruolo del coordinatore educativo	30	41	13/05/2014 16.48	BG	08/10/2014 16.49	BG
Il sapere del coordinatore educativo	2	2	13/05/2014 16.49	BG	21/07/2014 15.50	BG
Le pratiche del coordinatore educativo	17	27	13/05/2014 16.49	BG	21/07/2014 15.50	BG
I luoghi delle pratiche del coordinatore educativo	3	5	13/05/2014 17.10	BG	03/06/2014 15.33	BG
I tempi delle pratiche del coordinatore educativo	1	1	13/05/2014 17.10	BG	13/05/2014 17.17	BG
Il lavoro di équipe	79	318	13/05/2014 16.42	BG	08/10/2014 16.49	BG
I luoghi del lavoro di équipe	14	18	13/05/2014 17.31	BG	18/07/2014 16.48	BG
Il lavoro educativo	62	209	13/05/2014 16.43	BG	08/10/2014 16.46	BG
Il ruolo dell'educatore	38	79	13/05/2014 16.45	BG	08/10/2014 16.41	BG
Il sapere dell'educatore	22	31	13/05/2014 16.46	BG	08/10/2014 16.43	BG
Le pratiche dell'educatore	44	118	13/05/2014 16.46	BG	08/10/2014 16.46	BG
I luoghi delle pratiche dell'educatore	15	32	13/05/2014 17.11	BG	08/10/2014 16.43	BG
I tempi delle pratiche dell'educatore	8	15	13/05/2014 17.11	BG	08/10/2014 16.43	BG
Il lavoro infermieristico	39	104	13/05/2014 16.46	BG	08/10/2014 16.46	BG
Il ruolo dell'infermiere	30	60	13/05/2014 16.46	BG	08/10/2014 16.41	BG
Il sapere dell'infermiere	15	23	13/05/2014 16.47	BG	08/10/2014 16.46	BG
Le pratiche dell'infermiere	26	46	13/05/2014 16.47	BG	08/10/2014 16.46	BG
I luoghi delle pratiche dell'infermiere	7	11	13/05/2014 17.13	BG	08/10/2014 16.46	BG

Figura 3

In questo modo, è stata creata una prima analisi volta a tematizzare i temi centrali strutturanti ogni tipo di professione presente nei contesti studiati e fondamentali anche per il lavoro di *équipe*, ossia la parte di lavoro in cui tali professionisti si incontrano.

NVivo costruisce una cartella relativa ad ogni tema individuato, all'interno della quale è possibile trovare catalogato tutto il materiale relativo a quel determinato tema.

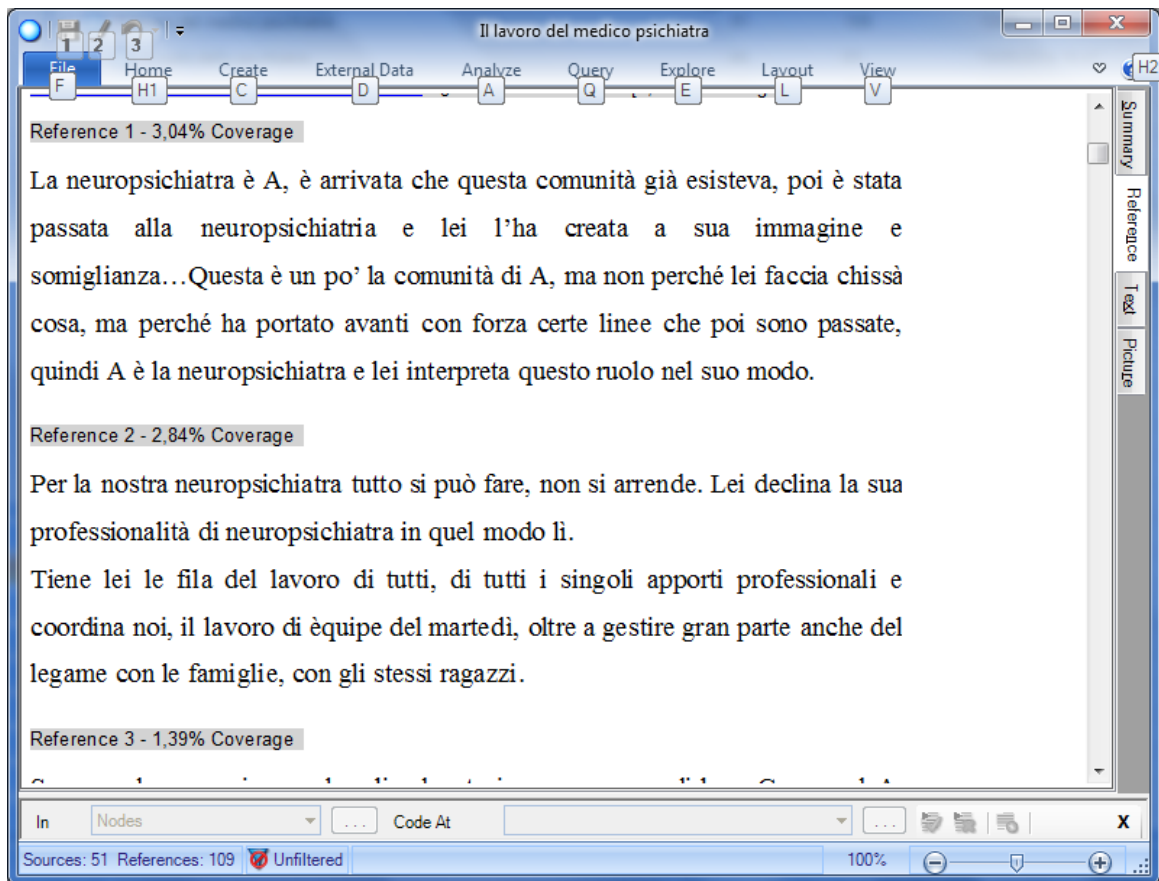


Figura 4

Nella figura 4, ad esempio, è visualizzato il tema “il lavoro del medico psichiatra”, con i riferimenti alla fonte da cui ogni singolo stralcio di testo appartiene.

Il lavoro di analisi è proseguito lavorando sui temi strutturali emersi, andando a costruire il secondo livello di tematizzazione proposto da Van Manen: si è, infatti, lavorato in modo da individuare relazioni esistenti tra i temi, evidenziando quelle porzioni di testo che potevano far parte di un’associazione tra due temi.

NVivo permette di operare tale passaggio andando a creare un livello ulteriore di temi, chiamati “relazioni”, all’interno del quale inserire i testi ritenuti inerenti a tale relazione.

Nell’immagine successiva (figura 5) è riportata la schermata del software che riporta l’elenco delle relazioni tra temi create all’interno del secondo passaggio dell’analisi:

- Contaminazioni tra pratiche professionali (relazione tra pratiche infermieristiche e pratiche educative).
- Contaminazioni tra ruoli professionali (relazione tra ruolo dell’educatore e dell’infermiere).
- Relazione tra pratica e sapere del coordinamento educativo.

- Relazione tra pratica e sapere dell'educatore.
- Relazione tra pratica e sapere dell'infermiere.
- Relazione tra pratica e sapere del medico.
- Relazione tra sapere e ruolo del coordinatore educativo;
- Relazione tra sapere e ruolo dell'educatore.
- Relazione tra sapere e ruolo dell'infermiere.
- Relazione tra sapere e ruolo del medico.
- Relazione tra ruolo, sapere del medico e lavoro di *équipe*.
- Relazione tra ruolo del coordinatore educativo e lavoro di *équipe*.
- Relazione tra il sapere dell'educatore e i luoghi delle sue pratiche.

Name	Created On	Created By	Modified On	Modified By
Contaminazioni tra pratiche professionali (edu-inf)	21/07/2014 15.35	BG	21/07/2014 15.38	BG
Contaminazioni tra ruoli professionali (edu-inf)	21/07/2014 15.21	BG	21/07/2014 15.23	BG
Relazione pratica-sapere coordinamento educativo	23/07/2014 12.27	BG	23/07/2014 12.28	BG
Relazione pratica-sapere educativo	21/07/2014 15.28	BG	21/07/2014 15.32	BG
Relazione pratica-sapere infermieristico	17/07/2014 13.31	BG	21/07/2014 12.33	BG
Relazione pratica-sapere medico	22/07/2014 17.28	BG	22/07/2014 17.29	BG
Relazione sapere-ruolo coordinamento educativo	23/07/2014 15.37	BG	23/07/2014 15.38	BG
Relazione sapere-ruolo educativo	22/07/2014 18.08	BG	22/07/2014 18.09	BG
Relazione sapere-ruolo infermieristico	22/07/2014 18.17	BG	22/07/2014 18.17	BG
Relazione sapere-ruolo medico	22/07/2014 17.52	BG	22/07/2014 17.53	BG
Relazione tra ruolo + sapere dello psichiatra e lavoro di équipe	21/07/2014 15.23	BG	21/07/2014 15.35	BG
Relazione tra ruolo del coordinatore e lavoro di équipe	21/07/2014 12.34	BG	21/07/2014 12.38	BG
Relazione tra sapere dell'educatore e luoghi delle sue pratiche	21/07/2014 15.27	BG	21/07/2014 15.28	BG

Figura 5

Al termine di questo secondo livello analitico, si è potuto interrogare ulteriormente il materiale di ricerca, organizzato in temi e relazioni tra questi, attraverso le funzioni di ricerca offerte da NVivo che hanno permesso di evidenziare e ricercare determinate parole o espressioni utilizzate dai partecipanti. Tali ricerche non sono state rivolte tanto a obiettivi legati al conteggio numerico dei termini, quanto a una possibilità di più profonda comprensione dei significati espressi dai partecipanti, anche attraverso un'attenzione al lessico da loro scelto: si sono indagati, in questo senso, i termini usati dai diversi profili

professionali presenti nei contesti in modo da esplorare, ad esempio, se venivano utilizzati linguaggi specifici del sapere professionale.

La figura 6, ad esempio, mostra uno stralcio della ricerca volta a evidenziare la presenza di alcuni termini appartenenti all'universo semantico delle professioni sanitarie all'interno di tutti i materiali di ricerca relativi agli infermieri.

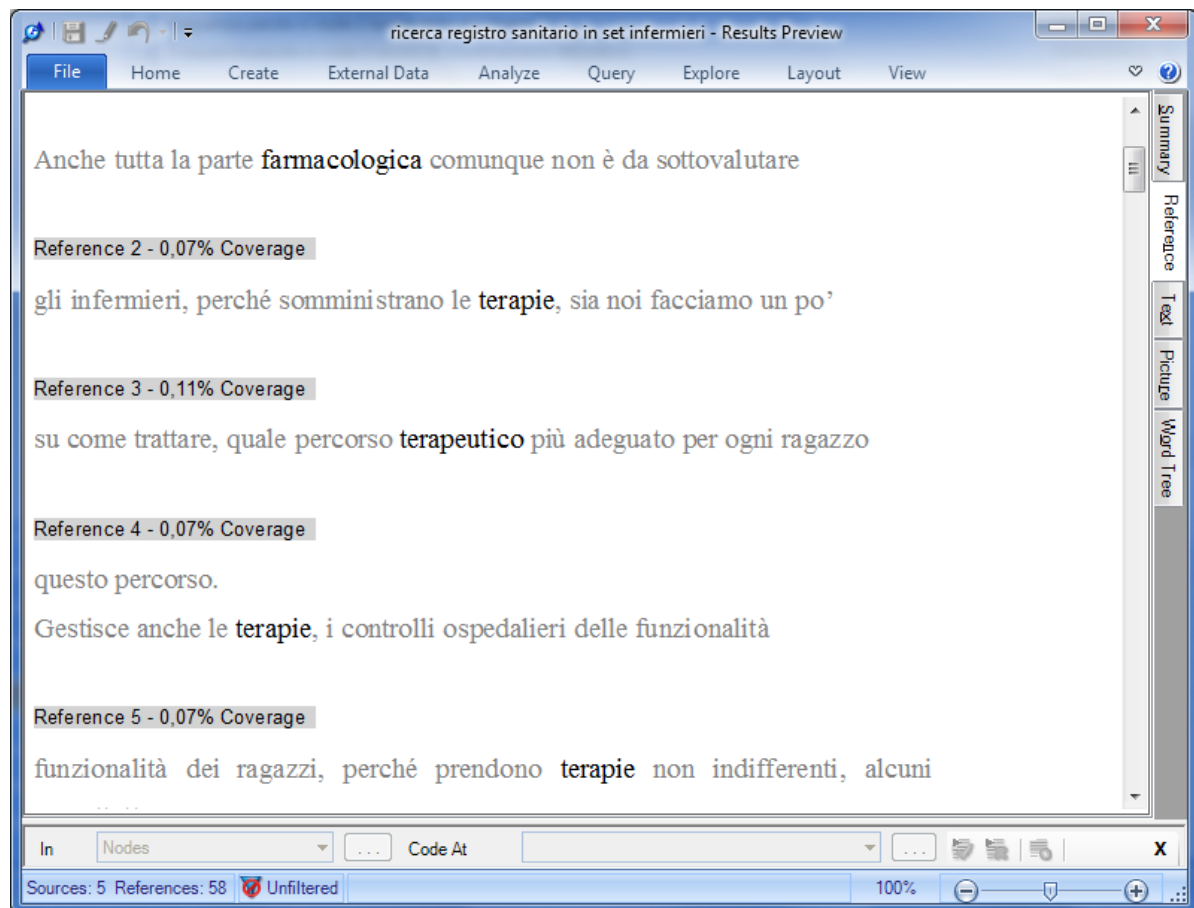


Figura 6

Ogni fase del processo di analisi è stata accompagnata dalla scrittura di appunti contenenti riflessioni e pensieri della ricercatrice, emergenti nel corso del lavoro. Tale scritte, archiviate nel software all'interno della sezione *memos*, hanno consentito di rendere visibile il pensiero della ricercatrice nel corso dell'azione analitica, creandone una traccia scritta che aiutasse a pensare e significare quanto fin lì svolto, orientando e direzionando i successivi passaggi in base a puntuali riflessioni.

La figura 7, ad esempio, mostra una delle riflessioni contenute all'interno della sezione *memos*, in cui la ricercatrice ha tenuto traccia scritta dei primi pensieri scaturiti in seguito all'analisi.

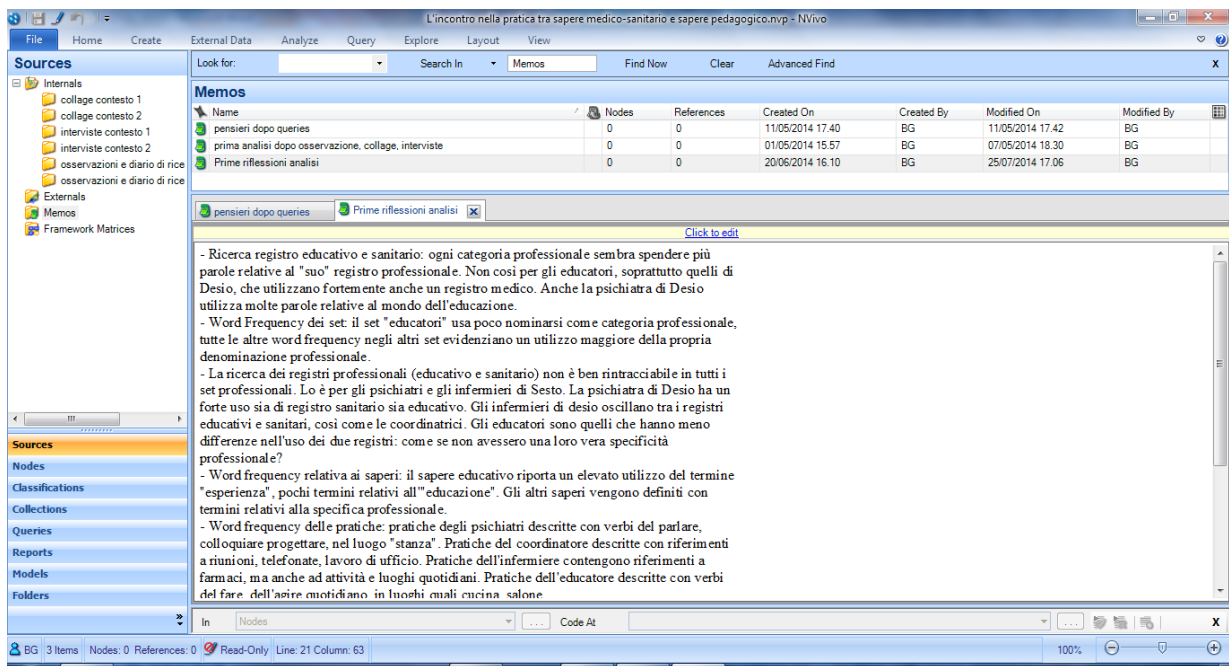


Figura 7

Proprio sulla base delle fasi del processo analitico ora presentate, sulle successive interrogazioni del materiale e sulle riflessioni scritte dalla ricercatrice nel corso del processo, è possibile, a questo punto, presentare al lettore i contenuti emersi in seguito all'analisi, in relazione alla domanda di ricerca, volta ad indagare l'incontro nella pratica professionale quotidiana tra sapere medico/sanitario e sapere pedagogico.

I passaggi effettuati, infatti, hanno consentito alla ricercatrice di mettere in luce le caratteristiche determinanti dell'esperienza studiata, per giungere ad una sua conoscenza, sulla cui base formulare ipotesi e tracce di riflessioni volte ad una sua significazione ed interpretazione. Entrambi questi livelli raggiunti tramite le fasi dell'analisi, quello più orientato a una tematizzazione dell'oggetto di ricerca e quello volto a riflessioni ermeneutiche, saranno oggetto specifico dei prossimi paragrafi.

7.2 Le professioni sanitarie e pedagogiche operanti nei contesti indagati

7.2.1 Il medico psichiatra

Nel corso del paragrafo, sulla base dei materiali raccolti nel processo di ricerca, si presenteranno i profili professionali che compongono l'*équipe* multi-disciplinare dei contesti esplorati. Le dimensioni del ruolo, del sapere e delle pratiche agite sono parse i temi

fondamentali per conoscere i profili professionali operanti nei due contesti: proprio seguendo questi aspetti, dunque, si proverà ora a presentare le professioni del medico, dell'infermiere, del coordinatore educativo e dell'educatore. Questi profili, infatti, oltre ad essere quelli presenti in entrambi i servizi, si rivelano particolarmente significativi per indagare l'incontro tra sapere medico e pedagogico nella pratica professionale.

Questa prima parte dell'analisi permette di mettere in luce la tematizzazione di alcuni aspetti dei profili professionali presenti, in vista di successive considerazioni e riflessioni legate all'incontro dei loro saperi e delle loro pratiche nell'agire professionale quotidiano.

- Primo caso di studio

La prima caratteristica da notare in riferimento alla figura del medico nel contesto è il fatto che questo professionista sia il coordinatore responsabile della Comunità Terapeutica. Questa carica istituzionale risulta determinante nella costruzione del ruolo della psichiatra: infatti, analizzando il materiale raccolto alla ricerca di indizi che delineassero il "ruolo" dello psichiatra, emergono caratteri specifici per determinare questa dimensione della professione medica. Il ruolo del medico in questo servizio è quello che appare descritto come un "capo", che dirige e orienta il lavoro del gruppo.

Afferma un'educatrice: *«Il ruolo del medico è proprio di coordinamento, di tenere le fila del tutto, è il boss, tiene uniti tutti noi, ci permette di arrivare ad una linea comune» (Intervista 12 contesto 1).*

Questa funzione determinante viene riportata sia dai membri dell'*équipe*, come appena evidenziato, sia dal medico stesso: *«Io comunque mi reputo determinante» (Narrazione del collage 9 contesto 1).*

Aspetto importante che definisce il ruolo del medico nel primo contesto, riguarda la sua autorità su qualsiasi questione inerente la Comunità, non solo su quelle strettamente connesse al campo medico-sanitario-farmacologico: *«La psichiatra fa una sorta di supervisione, di sintesi di tutte le componenti, quelle terapeutiche e quelle educative» (Intervista 2 contesto 1).*

In particolare, si è notato come il ruolo del medico, nella prima comunità esplorata, fosse strettamente in connessione con la carica istituzionale ricoperta: il fatto che fosse formalmente il coordinatore della struttura contribuisce alla descrizione del suo ruolo come "capo" e "autorità".

L'analisi del materiale effettuata attraverso il software N-Vivo ha permesso di esplorare questo aspetto anche in relazione alle parole utilizzate dai partecipanti per raccontare il ruolo del medico: i partecipanti scelgono la parola "capo" o "boss" per descrivere il ruolo del

medico nel corso delle interviste. Anche l'analisi dei *collages* raccolti fa emergere due immagini scelte (figura 8 e figura 9) per raccontare il ruolo dello psichiatra in relazione al lavoro di *équipe* che lo mostrano come quello in posizione di capo rispetto al resto del gruppo:



Figura 8 (particolare del collage 1 contesto 1)



Figura 9 (Collage 1 contesto 1)

L'immagine (figura 8), ripresa dal collage 1 del contesto 1 (figura 9), che rappresenta delle galline in un pollaio, viene così raccontata dalla partecipante: *«Questa immagine perché a volte l'équipe sembra un pollaio di galline starnazzanti, si parla, si parla e non si combina niente...a volte è così, siamo così, poi dopo c'è A., il capo, che a un certo punto interviene. A volte è veramente confusionario il lavoro, e allora serve la figura del capo che raccolga e porti ordine...»* (Narrazione del collage 1 contesto 1).

Anche un infermiere usa un'immagine (figura 10), all'interno del suo collage (collage 13 contesto 1, riportato in Figura 11) per raccontare il ruolo del medico all'interno del gruppo:

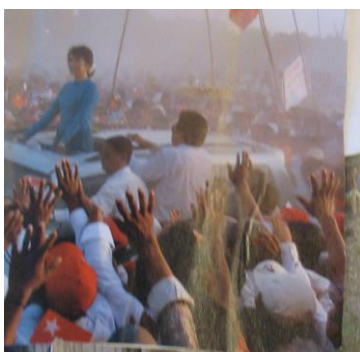


Figura 10 (particolare del collage 13 contesto 1)



Figura 11 (Collage 13 contesto 1)

L'immagine (figura 10) viene accompagnata dalle seguenti parole: *«In questa immagine volevo rappresentare la struttura del gruppo, che non è casuale, in particolare con la figura di A., che è il capo, al centro, un po' sopra gli altri... Abbiamo una struttura nel nostro*

lavoro che è ben strutturata, cioè c'è un capo, ci sono addetti, c'è collaborazione tra gli addetti» (Narrazione del collage 13 contesto 1).

Anche alcuni protocolli osservativi scritti dalla ricercatrice aiutano a comprendere questo aspetto: *«Quando entrano psicologa e psichiatra la riunione cambia “registro”: la conduzione viene assunta in maniera “forte” dalla psichiatra. Chiede il silenzio, fa le domande, espone il suo pensiero con forza. [...] Quando è arrivata la psichiatra la situazione mi è apparsa più ordinata e regolata: mi sembrava che il suo ruolo fosse vissuto da tutti come quello dell’“esperta”, che fa le domande e a cui bisogna rispondere» (Osservazione 4 contesto 1).* *«Solamente lei viene a volte chiamata “Dottoressa”, gli educatori rivolgono a lei particolare attenzione “di soggezione”» (Osservazione 6 contesto 1).* In questo senso, dalle citazioni appena riportate emerge chiaramente come la carica istituzionale di coordinatore e responsabile della struttura contribuisca a creare un ruolo della psichiatra molto definito, determinante e “superiore” rispetto alle altre professioni dell’*équipe*, chiamato a “tenere le fila” del lavoro di tutti. Le parole dello stesso medico evidenziano questa tendenza: *«All’interno dell’*équipe* il ruolo della neuro-psichiatra è questo, è il filo, è tenere il filo di un percorso...non solo tenere il filo, ma chiarire anche gli step che sono necessari per arrivare ad un percorso, e tenere insieme le figure diverse [...] Diciamo che sento tipico del mio ruolo proprio questo ruolo di coordinamento di tutta la comunità, di tutti i professionisti, con le loro diverse specificità e cerco di tenere insieme un po’ tutti gli aspetti» (Intervista 9 contesto 1).*

Quanto scritto finora relativamente al ruolo del medico appare in stretta relazione con il significato che i partecipanti attribuiscono al sapere di questa figura professionale: se, come evidenziato in precedenza, il medico ha un ruolo determinante su ogni aspetto del lavoro in comunità, è anche quello che viene descritto come “sapiente” in ogni ambito, quasi come unico detentore e portatore di sapere nel gruppo. Alcune citazioni tratte dal materiale raccolto esemplificano questo aspetto: *«Ha un sacco di conoscenze» (Intervista 4 contesto 1).* *«L’esperienza teorica ce la dà la neuropsichiatra. [...] Lei spiega sempre molta teoria, relativamente ai vari comportamenti...quello che noi non arriviamo a capire, lei ci spiega veramente bene il perché, come comportarsi, cosa fare. [...] Il ruolo della teoria lo porta la Dottoressa, ci aiuta a guardare a lungo termine» (Intervista 11 cotesto 1).* In questo senso, il ruolo di “capo” attribuito al medico, prima descritto, è fortemente in relazione con questa attribuzione di sapere: se tale figura è sentita come quella che “sa di più”, diventa facilmente quella che “sa anche come agire” e che può orientare il lavoro del gruppo. Il ruolo prima descritto, che esce dai confini della pratica medica e farmacologica, ben si accompagna a un

sapere “omnicomprensivo”, che riguarda tutti gli aspetti di comprensione necessari per il lavoro in comunità.

Le parole del medico stesso evidenziano un nucleo importante del sapere legato alla medicina: *«Tutto il sapere medico è parte fondante della mia professione [...] La parte medica della mia formazione orienta il mio lavoro di neuropsichiatra, soprattutto negli aspetti legati alle terapie, alla gestione delle patologie» (Intervista 9 contesto 1)*. Allo stesso tempo, però, viene riportata come fondamentale un'altra serie di conoscenze, che guidano nel coordinamento del lavoro di tutto il gruppo: *«Lavorare in una comunità implica molti aspetti in più, perché c'è tutta una parte esperienziale, quotidiana, che va vissuta e che fa riferimento a tipi di saperi diversi, più legati alla vita e all'esperienza vissuta» (Intervista 9 contesto 1)*.

Seguendo questa traiettoria, i componenti del gruppo si appoggiano fortemente alla figura del medico, costruita con un ruolo da leader e con una conoscenza su qualsiasi aspetto: la loro pratica spesso va a cercare il parere del medico, in relazione a qualsiasi aspetto, come si nota nelle osservazioni raccolte: *«Al termine della riunione un'educatrice rivolge alla psichiatra una domanda su come intervenire in una certa situazione con una ragazza. La domanda riguarda un atteggiamento dell'educatrice, in senso educativo, mi chiedo perché sia stata rivolta alla psichiatra e non alla coordinatrice degli educatori» (Osservazione 6 contesto 1)*. La citazione proposta fa emergere come il sapere del medico venga cercato dai professionisti dell'equipe per qualsiasi aspetto e per qualsiasi pratica professionale: in questo senso, anche le azioni del medico si costruiscono in relazione al rilevante significato attribuito dal gruppo di lavoro al ruolo e al sapere della psichiatra.

Le pratiche messe in atto dal medico, infatti, definito da un ruolo di “capo” e da un sapere competente su ogni aspetto, sono descritte in due differenti direzioni. La prima direzione è precisamente articolata su questioni terapeutiche e farmacologiche: *«La neuropsichiatra gestisce poi tutta la parte farmacologica, fa gli incontri di sintesi coi genitori per aggiornare sul progetto, apre la cartella, si occupa della parte medica» (Intervista 5 contesto 1)*. *«Gestisce anche le terapie, i controlli ospedalieri delle funzionalità dei ragazzi, perché prendono terapie non indifferenti, alcuni soprattutto, e è importante tenere sotto controllo le reazioni del loro corpo» (Intervista 13 contesto 1)*. Le pratiche del medico sono però anche raccontate come fortemente connesse con l'orientamento, la guida di tutto il gruppo e con una sfera di azione che copre anche le pratiche degli altri professionisti: *«La neuropsichiatra ha tante responsabilità, poi mette insieme la parte del ragazzo con quella della famiglia, che è molto difficile, lei lavora sulla storia, sul vissuto del paziente per metterlo insieme a quello*

della famiglia...per tirare un po' le fila del tutto» (Intervista 7 contesto 1). «Tiene lei le fila del lavoro di tutti, di tutti i singoli apporti professionali e coordina noi, il lavoro di équipe del martedì, oltre a gestire gran parte anche del legame con le famiglie, con gli stessi ragazzi» (Intervista 6 contesto 1). «Per noi a volte è un po' invadente in alcune cose [...].Per noi a volte è troppo, perché magari hai deciso insieme di fare una cosa, poi arriva su lei e te ne fa un'altra e non capisci, però lei nella sua testa il filo ce l'ha sempre, il problema è capirlo. Quando poi le cose te le spiega le capisci al volo» (Intervista 3 contesto 1). Le citazioni riportate permettono di notare come il medico agisca in modo da orientare, guidare e monitorare il lavoro di tutto il contesto: in particolare, la pratica di coordinamento e indirizzo data al gruppo emerge chiaramente anche dalle osservazioni scritte dalla ricercatrice: «La discussione viene condotta prevalentemente dalla psichiatra» (Osservazione 14 contesto 1). «La psichiatra dirige la discussione e cerca di creare un senso relativamente a tutto ciò che i vari professionisti portano come esempi» (Osservazione 22 contesto 1). Le parole del medico stesso, descrivendo le pratiche messe in atto nell'ultima giornata di lavoro non fanno riferimento ad alcuna azione inerente al campo medico e sanitario, menzionando invece pratiche di coordinamento, organizzative, di relazione con le famiglie: «Ho fatto tre incontri con l'esterno, con strutture esterne con cui dovevo fare una riunione, poi alle 10 sono salita e in cucina e ho condotto la riunione di équipe.[...] Al pomeriggio avevo l'incontro con questa famiglia [...]Dopo l'incontro con questa famiglia ho avuto un po' di lavoro di tipo organizzativo, quindi stendere delle relazioni, lavoro al computer, occuparmi dell'elezione del capo dipartimento. [...]Poi ho parlato molto con E., che è la coordinatrice, rispetto ad una ragazzina che in questo momento ha una forma un po' di acuzie» (Intervista 9 contesto 1). Resta da notare, in chiusura della tematizzazione della figura del medico nel primo caso di studio, come la sua pratica professionale venga agita in luoghi e tempi definiti, che aiutano a circoscriverla e a definirla. In particolare, l'agire della psichiatra si svolge prevalentemente nello studio al piano sotterraneo della villetta che ospita la comunità, secondo un'organizzazione temporale scandita da riunioni e colloqui pre-fissati. In questo senso, le azioni pratiche del medico sono articolate intorno al binomio “sopra/sotto”, rispetto alla parte di lavoro svolta nello studio al piano sotterraneo, non abitato dai ragazzi della comunità, o ai momenti in cui, più raramente, il medico partecipa ai momenti di vita della comunità che si svolge al piano “sopra”: «Alle 10 sono salita e in cucina ho condotto la riunione di équipe. [...] Mi sono fermata di sopra in cucina a mangiare un pezzo di pizza velocemente coi ragazzi già tornati da scuola e con gli educatori» (Intervista 9 contesto 1). Le citazioni fanno emergere come il lavoro della psichiatra venga svolto prevalentemente al piano sotterraneo,

dove non sono presenti le attività quotidiane dei ragazzi, circoscrivendo la sua attività in uno spazio circoscritto e identificabile.

Quanto tematizzato finora relativamente alla figura del medico nel primo caso di studio può essere confrontato con le figure mediche presenti nel secondo contesto, che si andranno ora a presentare.

- Secondo caso di studio

Nel secondo contesto esplorato, emerge un ruolo dei medici come competente e autorevole, circoscritto prevalentemente all'area di assistenza sanitaria e farmacologica. Si sottolinea che, a differenza del primo contesto, in questo caso la coordinatrice responsabile della comunità è la figura di coordinamento educativo, mentre gli psichiatri sono parte del gruppo di lavoro insieme agli altri professionisti.

Il ruolo dei medici viene descritto in maniera specifica dai partecipanti, ma senza attribuire a questa figura professionale un ruolo determinante su ogni aspetto del lavoro in comunità: «*La figura dello psichiatra qui è più vista nel ruolo del medico*» (Intervista 5 contesto 2). «*Quando è presente durante l'équipe cerca in qualche modo di chiarirci un po' le idee su quella che è la diagnosi, su quella che è la terapia*» (Intervista 8 contesto 2). «*Loro hanno questa specificità della conoscenza clinica della persona*» (Intervista 1 contesto 2). «*Lo psichiatra sicuramente ha un ruolo iniziale che è quello di identificazione della patologia, seguire un processo, seguire la parte farmacologica*» (Intervista 10 contesto 2). Quanto riportato evidenzia come, nel contesto, il ruolo del medico venga specificato e ricondotto agli aspetti terapeutici e farmacologici dell'assistenza.

Anche in questo contesto il ruolo dello psichiatra è sicuramente descritto come competente e autoritario, ma in riferimento alla specifica conoscenza medica e al fatto che la sua minor presenza a diretto contatto con gli ospiti possa contribuire a creare un'immagine potente e "super partes": «*Gli psichiatri, non essendo così presenti come gli operatori, sono un po' una sorta di deus ex machina, con un ruolo al quale gli ospiti si rivolgono per dire le loro perplessità, i loro dubbi, conforto, quasi a chiedere un'alleanza altra, perché sanno che sono sopra le parti*» (Intervista 2 contesto 2). «*È una figura che viene qui per meno ore rispetto a un educatore, quindi rappresenta un po' anche una figura al di sopra delle parti, o un superiore, con un ruolo specifico, che gli ospiti riconoscono come tale*» (Intervista 9 contesto 2).

In particolare, l'analisi ha permesso di mostrare come la figura medica tenda a ricoprire un ruolo di autorità, proprio in virtù della sua specificità professionale, come ben evidenzia uno

dei due medici del secondo contesto: *«Il medico rimane comunque un punto di riferimento perché per i colloqui più clinici, per situazioni proprio di sofferenza, di disagio, per la questione della terapia farmacologica e per il controllo della parte sanitaria. Funziona anche come un po' un elemento gerarchicamente superiore per cui alle volte serve anche per dare dei rimandi un po' più ufficiali, pregnante, se c'è qualche difficoltà nel rispetto delle regole, piuttosto che qualunque altro intervento debba avere un peso un po' diverso. Alle volte proprio perché siamo noi i medici della comunità, non necessariamente perché siano nostre competenze»* (Intervista 7 contesto 2). Appare evidente, dalle parole riportate, come la professione medica venga considerata autorevole “di per sé”, a partire dal sapere e dallo status professionale: seguendo la citazione, si nota anche che, a partire da questi elementi, l'autorevolezza di cui gode il medico viene a coprire anche aspetti non legati alla specifica pertinenza disciplinare.

Questa particolare autorità attribuita alla figura del medico si ritrova anche nel materiale osservativo prodotto dalla ricercatrice: *«Verso le 17 è arrivato anche lo psichiatra, saluta tutti i presenti in salone e inizia subito i colloqui con gli ospiti all'interno della stanza operatori. Gli ospiti paiono molto “rispettosi” nei suoi confronti, dandogli del Lei»* (Osservazione 6 contesto 2).

Il ruolo dei medici è, dunque, descritto come prevalentemente circoscritto all'area medica, diagnostica e farmacologica. In particolare, gli stessi medici raccontano il loro ruolo come vicino a funzioni di supervisione, di accompagnamento del gruppo di lavoro, soprattutto in relazione agli aspetti medici, sottolineando la loro scarsa presenza all'interno della comunità in termini di tempo: *«Qui uno psichiatra, in questa comunità, è poco presente, perché siamo qui, o io o il collega per due ore al giorno [...] Quindi ho anche un po' una funzione di supervisione»* (Intervista 7 contesto 2). *«Io sono presente molto poco, per cui davvero ho più un ruolo di supervisione, insomma, anche con gli operatori. Nell'équipe il mio ruolo è essenzialmente di supervisione»* (Intervista 6 contesto 2).

Per ricoprire il ruolo appena descritto, i medici fanno riferimento a un sapere specifico, chiaro e ben definibile, centrato e delimitato all'interno del campo della diagnosi, della terapia farmacologica e della gestione della patologia. Questo è ben espresso dalle parole della coordinatrice educativa della struttura: *«Loro hanno questa specificità della conoscenza clinica della persona»* (Intervista 1 contesto 2). Gli stessi medici, pensando al sapere che contraddistingue la loro professione all'interno della comunità, lo riferiscono principalmente all'ambito medico, pur mantenendo la consapevolezza dell'importanza di saperi ulteriori, che ritrovano in altri componenti dell'équipe: *«Faccio riferimento agli studi di medicina e*

psichiatria [...] Nessuno mi ha mai insegnato poi cosa fa il medico in comunità e come lo fa, per cui un po' si impara dall'esperienza propria e un po' da quella degli altri» (Intervista 7 contesto 2). «Io ho una formazione piuttosto orientata a livello biologista, ho fatto anche un percorso psico-dinamico di tipo junghiano. [...] Le classificazioni e la teoria psichiatrica...questi sono riferimenti teorici stabili. Certo poi l'esperienza ha una sua importanza, per cui più esperienza hai e meglio è, c'è poco da dire. All'inizio è più facile fare degli errori, è più facile essere iper coinvolto anche nelle relazioni, per cui fai un po' fatica a tenere i limiti, a distinguere quello che è tuo e quello che è del paziente» (Intervista 6 contesto 2).

In questo modo, le figure dei medici inserite nel secondo contesto esplorato appaiono un riferimento autorevole relativamente al loro campo disciplinare, in grado di esercitare una certa "autorità" derivante dal loro profilo professionale e dal loro essere meno presenti con gli ospiti, ma non determinano, orientano e monitorano la gestione, la progettazione e la conduzione di tutto quello che avviene in comunità. Si trovano, dunque, nella condizione di costituirsi e agire come membri del gruppo di lavoro, costruendo le loro pratiche insieme agli altri professionisti e delineando le direttive di lavoro grazie allo scambio di pareri e saperi.

L'analisi del materiale raccolto ha permesso di notare che nel secondo contesto le azioni dei medici sono definite in maniera precisa relativamente alla sola direzione dell'ambito terapeutico, farmacologico e clinico, come evidenziano alcune parole presenti nel materiale raccolto: *«Il medico poi è disponibile per la lettura dei vari esami clinici [...] Poi essenzialmente fa i colloqui con gli ospiti che hanno voglia...» (Intervista 8 contesto 2). «Ho parlato con un paio di persone, ho guardato se c'erano esami da controllare, da siglare» (Intervista 7 contesto 2). «Io mi occupo dell'aspetto clinico. Oltre ai colloqui periodici devo sistemare le terapie, o cose più burocratiche, il riordino dei progetti terapeutici» (Intervista 6 contesto 2).*

La pratica professionale del medico nel secondo contesto abita uno spazio circoscritto, definito e delimitabile, che la rende facilmente "localizzabile" anche in termini spaziali. La pratica degli psichiatri è riconoscibile intorno a un "dentro/fuori" rispetto alla stanza dell'équipe, al cui interno i medici svolgono i colloqui con gli ospiti: *«Se c'è una situazione in cui si fa qualcosa insieme, staziono anche fuori» (Intervista 7 contesto 2). «Principalmente in questo spazio, nella stanza operatori» (Intervista 6 contesto 2).*

Lo spazio abitato in maniera specifica dalla pratica del medico è ben riconoscibile, individuabile, assumendo una connotazione particolare, come viene notato durante i momenti osservativi: *«Quando sono in corso colloqui coi medici non ho mai visto nessun ospite*

bussare per entrare. [...] Gli ospiti riconoscono questo spazio come “diverso” da quando la stessa stanza è abitata dagli altri professionisti o dalla riunione di équipe: non bussano, non chiedono di entrare» (Osservazione 14 contesto 2).

Quanto scritto richiama alcuni aspetti già notati in riferimento alla figura del medico nel primo contesto: si proporrà, dunque, un’ipotesi di confronto tra i due casi di studio, che permetta di puntualizzare alcune riflessioni e significazioni circa la figura del medico.

- Un confronto tra i casi

Il nucleo di significato fondamentale che sembra accompagnare le figure dei medici in entrambi i contesti esplorati è quello relativo al concetto di “autorevolezza”. In entrambi i servizi, infatti, è emerso come il ruolo dello psichiatra venga tratteggiato in maniera chiara e definita. Nelle osservazioni della ricercatrice in seguito alle interviste, infatti, si legge: «*Tutti mi hanno risposto abbastanza chiaramente per quanto riguarda il ruolo dello psichiatra» (Diario 23 contesto 1).* La chiarezza e la definizione del ruolo medico contribuiscono a tratteggiare la sua autorevolezza, seppur in modi molto diversi nei due contesti. Questa riflessione circa l’autorevolezza di cui gode la professione medica consente di richiamare quanto scritto in precedenza in relazione alla costituzione di questa professione e del suo sapere nel panorama europeo. Il sapere medico, infatti, si è costruito, a partire dall’epoca moderna, su quella che è stata definita come una teoria biologica della malattia. Questa procede in un modello ordinato che va dal semplice al complesso, dalle cause fisiche, chimiche fisiologiche alle malattie come quadri sindromici, configurandosi come un modello culturale di riferimento molto forte per la formazione medica. Un siffatto modello, come si è notato, ben si è inscritto nel più vasto modo di costituirsi della conoscenza nel mondo occidentale, assicurando alla disciplina medica una considerazione scientifica, economica e sociale molto forte, che ha consentito la sua crescita e la sua espansione, nonché la messa a punto, nel corso dei secoli, di percorsi formativi definiti e regolamentati, come notato anche in riferimento al caso specifico italiano. Nonostante gli elementi di debolezza e critica evidenziati oggi nel modello costitutivo e formativo della professione medica, descritti in precedenza, appare evidente come i suoi professionisti vengano formati alla luce di un modello di sapere riconosciuto, che li porta a ricoprire un ruolo definito e considerato autorevole.

Proprio questa autorevolezza, seppur in modi differenti, è stata riscontrata come caratteristica fondamentale delle figure professionali mediche presenti nei servizi esplorati.

Nel primo contesto, infatti, appare chiaramente come la carica istituzionale di coordinatore e responsabile della struttura contribuisca a creare un ruolo dello psichiatra molto definito, determinante e “superiore” rispetto alle altre professioni dell’*équipe*, chiamato a “tenere le fila” del lavoro di tutti. Il ruolo del medico è quello del responsabile, del garante del lavoro di tutto il gruppo: la psichiatra, dunque, non è solamente un membro dell’*équipe*, ma ricopre istituzionalmente la figura del “capo”, che le viene riconosciuta anche dagli altri professionisti. In questo senso, il ruolo del medico nel primo contesto è detentore di un “potere” particolare, che si tratterà in seguito in maniera più approfondita, legato non solo al suo sapere e alla sua professionalità, ma anche alla sua posizione amministrativa e organizzativa. Questi elementi contribuiscono all’attribuzione di autorevolezza anche al sapere del medico, ricercato su qualsiasi aspetto del lavoro del servizio e da qualsiasi professionista, come si è già evidenziato. In questo modo, i punti di vista disciplinari degli altri profili professionali vengono a perdere in parte la loro specificità, attribuendo considerazione soltanto a pensieri e ragionamenti portati dalla psichiatra.

In maniera differente, l’autorevolezza è una caratteristica che accompagna e descrive anche il ruolo dei medici nel secondo contesto, ma costruita su presupposti differenti. In questo caso, infatti, il medico è considerato autorevole prevalentemente in relazione al suo sapere specifico, utile alla gestione della parte diagnostica, terapeutica e farmacologica del lavoro in comunità. In questo senso, viene riconosciuto al medico un sapere che lo rende un professionista autorevole nella sua sfera di azione professionale. Nel secondo caso di studio i medici non sono i responsabili della comunità, consentendo con più facilità un loro agire come membri di un gruppo professionale che richiede loro specifici interventi e punti di vista per la costruzione del lavoro comune. In questo senso, il sapere medico, riconosciuto come autorevole, risulta essere uno dei punti di vista portati in *équipe*, condivisi e confrontati con altri pensieri e altri contributi disciplinari. Anche in questo contesto sembra emergere un “potere” particolare legato alla autorevolezza della figura medica, ma costruito principalmente sul tipo di sapere che la contraddistingue e su alcuni aspetti delle sue pratiche (presenza temporale nel servizio, luoghi occupati).

In relazione a quest’ultimo riferimento, è importante notare come la delimitazione spaziale e temporale è una caratteristica fondamentale della pratica dei medici nei due contesti esplorati, che la differenziano in maniera sostanziale dall’agire professionale di altre figure: «È un tipo di lavoro più circoscritto il loro, ben delimitato, non invade ogni aspetto della vita» (*Intervista 7 contesto 1*). Questo aspetto è fortemente caratteristico delle figure mediche in entrambi i contesti: la definizione di spazi e tempi precisi fa acquisire all’agire del medico una

connotazione particolare, come ben espresso dall'ultima citazione, quasi a voler far intendere che la sua autorevolezza si esprime anche nel poter occupare spazi e tempi che permettono una pratica professionale definita e riconosciuta.

Quanto finora scritto, dunque, fa emergere come in entrambi i contesti la figura del medico risulti centrale nella costruzione del lavoro di un gruppo inter-disciplinare, proprio in virtù dell'autorevolezza che ne contraddistingue il ruolo, il sapere e le pratiche. In un contesto l'assetto organizzativo favorisce l'emersione e la messa in atto del potere della figura medica rispetto agli altri membri del gruppo, mentre nel secondo caso la modalità di composizione dell'*équipe* consente la creazione di un maggiore scambio e confronto tra i professionisti, non aggiungendo ruoli e funzioni di coordinamento o responsabilità al ruolo già autorevole del medico.

7.2.2 *L'infermiere*

La seconda figura professionale dell'area sanitaria incontrata nei contesti della ricerca è quella dell'infermiere.

Come si è evidenziato in precedenti capitoli, quella infermieristica è una professione che da lungo tempo opera in ambito psichiatrico in Italia, ma, in riferimento allo strutturale cambiamento del settore negli ultimi trent'anni, il ruolo dell'infermiere è mutato notevolmente rispetto a quello ricoperto negli ospedali psichiatrici. In questo senso, è significativo notare le differenti modalità con cui questa professione viene agita nei due contesti esplorati.

- Primo caso di studio

La prima definizione relativa al ruolo dell'infermiere viene formulata per opposizione rispetto a quella generalmente assunta dal ruolo infermieristico in contesti ospedalieri: «È necessario costruirsi un ruolo un po' diverso da quello dell'infermiere in reparto» (*Intervista 13 contesto 1*). Questa descrizione viene portata sia dagli infermieri stessi, come nelle parole prima riportate, sia dagli altri membri dell'*équipe*: «Gli infermieri qui hanno un ruolo diverso rispetto a quello che un infermiere dovrebbe avere» (*Intervista 7 contesto 1*). Appare quindi che il ruolo dell'infermiere all'interno della comunità non sia quello "tradizionale" dell'infermiere ospedaliero, in quanto il contesto di lavoro è diverso e richiede azioni differenti, dal momento che «a livello infermieristico qui secondo me c'è poco» (*Intervista 12 contesto 1*).

Seppure il ruolo dell'infermiere in questo primo contesto sia avvertito come "poco tradizionale", risulta chiaro che tali professionisti sono formati a particolari competenze in campo sanitario: proprio queste peculiari capacità permettono di sottolineare un secondo aspetto attribuito al ruolo dell'infermiere nel contesto, ossia la caratteristica di sicurezza che essi possono dare in situazioni in cui sia richiesta una competenza sanitaria o farmacologica, anche in relazione al contenimento fisico degli ospiti: *«Il loro ruolo è presente e utile nei casi di maggior emergenza, dove senti il bisogno che ci sia una figura più professionista nella parte sanitaria»* (Intervista 12 contesto 1). *«Ed è anche la figura che dà una sicurezza, a me in primo luogo, per quanto riguarda l'uso dei farmaci e gli interventi di tipo acuto»* (Intervista 9 contesto 1). Parte di questa sicurezza viene anche attribuita al genere maschile degli infermieri presenti, aspetto che risulta essere significativo e importante nella definizione del ruolo dell'infermiere in questo contesto: *«Abbiamo tre infermieri maschi belli piazzati, quindi ti danno una certa sicurezza da un certo punto di vista e sai che in situazioni di urgenza puoi contare su di loro»* (Intervista 2 contesto 1). *«Gli infermieri sono i nostri salvatori, sono la parte maschile...per anni ci sono stati sempre infermieri maschi e noi lavoriamo bene con infermieri maschi, anche perché sono quelli più grossi, più maschili»* (Intervista 3 contesto 1). Essendo una sicurezza nei momenti di crisi, di emergenza, i membri del gruppo riconoscono una sicurezza negli infermieri per le loro competenze specifiche e anche per il loro genere: avere degli infermieri maschi, in grado di esercitare un contenimento fisico qualora necessario, in questa direzione di pensiero risulta essere estremamente significativo e importante per i membri del gruppo.

Come notato, viene riconosciuta, dagli infermieri stessi e dagli altri professionisti, una formazione specifica che consente loro di avere competenze chiare: *«Loro hanno le loro competenze infermieristiche, perché comunque c'è una parte, anche se piccola, infermieristica»* (Intervista 6 contesto 1). *«Abbiamo la nostra formazione da infermieri, specifica»* (Intervista 13 contesto 1). Questo specifico sapere professionale, però, non è sufficiente per la figura infermieristica nel contesto osservato: se, infatti, si è affermato in precedenza che il ruolo dell'infermiere è descritto come non "tradizionale", anche il sapere che gli è connesso non è quello che caratterizza la sola competenza specificamente infermieristica. L'infermiere, infatti, nel contesto osservato condivide con gli educatori una modalità di lavoro su turni, all'interno della quale, oltre ad occuparsi degli aspetti sanitari e infermieristici, è coinvolto attivamente nella gestione di tutti gli aspetti di vita quotidiana dei ragazzi e della comunità. A questo riguardo, i partecipanti mettono bene in luce il fatto che gli infermieri operanti nella comunità, per svolgere il loro lavoro, necessitano di affinare capacità

e competenze differenti da quelle prettamente infermieristiche: *«Se uno viene qui e dice “faccio l’infermiere”, non ce la fa, per cui ho presente che gli infermieri che sono qui sono quelli che hanno trovato a integrazione del loro ruolo infermieristico dell’altro, si sono scoperti competenti nella relazione, nel leggere dinamiche che non sono quelle che legge l’infermiere di solito...» (Intervista 6 contesto 1).*

Questo non è un movimento scontato né immediato: richiede, infatti, la consapevolezza di dover costruire un agire professionale differente da quello messo in atto in contesti di impiego più “usuali” per questa professione, come ben sottolinea un infermiere intervistato: *«Abbiamo la nostra formazione da infermieri, specifica, ma qui passa un po’ in secondo piano nel senso che è necessario costruirsi un ruolo un po’ diverso da quello dell’infermiere in reparto, qui c’è una parte di “vita” quotidiana da gestire, a cui partecipare» (Intervista 13 contesto 1).*

La necessità di fare riferimento a saperi e competenze differenti rispetto a quelle di un infermiere “tradizionale” apre due direzioni di significato intraviste nel materiale raccolto nel primo contesto.

In primo luogo, la richiesta di costruire un ruolo infermieristico “particolare”, facendo riferimento non solo al sapere tecnico e scientifico può portare difficoltà e resistenze, legate anche alla percezione di svolgere un lavoro in cui non si riesce a tramutare in pratica il sapere costruito e accumulato negli anni di formazione: *«Mi pesa molto, mi sembra di perdere parte delle mie competenze a lavorare in un contesto con queste caratteristiche. E non sono esperto di altre parti del lavoro che qui sono fondamentali, relazionali, emotive...io non so niente di queste cose perché ho studiato da infermiere e non so se riesco...forse non è il posto giusto...per l’idea che ho io del lavoro di infermiere, che è quello che so fare...» (Intervista 8 contesto 1).* Le parole riportate evidenziano emozioni e sensazioni legate alla difficoltà nel costruirsi un ruolo e un agire professionale sulla base di competenze differenti rispetto a quelle apprese nel percorso formativo, mettendo in luce sia la sensazione di smarrire le proprie abilità professionali, sia la percezione di non avere gli strumenti per confrontarsi con parti del lavoro che vanno oltre la competenza infermieristica.

In secondo luogo, la necessità di allargare il sapere infermieristico a competenze differenti rispetto a quelle sanitarie, suscita in altri partecipanti sensazioni di curiosità, stupore, desiderio di confronto e conoscenza di altri saperi, altri punti di vista: *«Io sono di quelli che sono affamati del sapere le cose, se faccio una cosa voglio sapere che cosa faccio e farla bene. Ho lavorato per tanti anni nel campo dell’urgenza, pronto soccorso, 118, terapia intensiva, unità coronarica...Sono 15 anni di lavoro stressante ma anche impegnativo...là ho fatto anche un master in 118 per approfondire bene le cose e fare bene il mio lavoro.*

Invece qua la cosa è completamente diversa e sto cercando di farmi anche un po' di cultura sull'argomento perché mi piace. Oltre le riunioni del martedì, che per me sono impagabili, perché oltre a fare il punto della situazione mi sto abituando al linguaggio, alle nozioni, a tutto quello che poi è il nostro lavoro qui. E il bagaglio è molto utile, perché anni e anni di pronto soccorso, mi hanno fatto avere un occhio su vari comportamenti, varie patologie...

Uso sia il mio bagaglio infermieristico sia tutto quello che sto costruendo nel contatto con professioni diverse...è stato molto utile anche dal punto di vista umano lavorare qui, provare ad approcciarsi coi ragazzi...» (Intervista 13 contesto 1). Le parole riportate evidenziano come il sapere dell'infermiere necessiti dell'incontro con altri saperi per poter orientare il proprio agire e la costruzione del proprio ruolo all'interno di un servizio dell'area della salute mentale: emerge, dunque, come l'incontro con saperi di professionisti differenti sia avvertito come aspetto necessario per allargare la specificità professionale ad altri aspetti, presenti e importanti nel contesto.

A livello delle pratiche dell'infermiere, l'incontro con altri professionisti appare invece costruito su presupposti diversi, in quanto la specificità infermieristica, ben individuata a livello di sapere, sembra scomparire. Infatti questa competenza specifica, seppur riconosciuta e presente, fatica enormemente, in questo contesto, a tradursi in pratica professionale. Sembra, infatti, che la formazione acquisita trovi poche occasioni per essere agita: «*Abbiamo la nostra formazione da infermieri, specifica, ma qui passa un po' in secondo piano» (Intervista 13 contesto 1).* Le competenze specifiche degli infermieri sono avvertite, ma rimangono a un livello che descrive ciò che un infermiere “dovrebbe” mettere in atto nel suo agire professionale: «*Dovrebbero occuparsi della gestione dei farmaci, dei prelievi o degli esami che i ragazzi devono fare, della gestione della cartella sanitaria dei ragazzi» (Intervista 7 contesto 1).* Quanto avviene, però, nella quotidiana pratica professionale va in una direzione differente rispetto alla messa in atto della competenza specifica della professione. L'intervista appena citata, ad esempio, dopo aver chiarito cosa dovrebbe fare un infermiere, specifica quello che realmente agisce nel contesto: «*Giocano coi ragazzi insieme a noi, preparano da mangiare all'ora di cena e tutto quanto...» (Intervista 7 contesto 1).* In questo senso, la pratica agita dagli infermieri contiene pochi aspetti della specifica competenza professionale, andando a sovrapporsi quasi totalmente con quella degli educatori, coi quali sono condivisi i turni di lavoro, la gestione quotidiana dei ragazzi e della loro vita quotidiana. A livello dell'agire professionale, sembra dunque avvenire una forte contaminazione tra le pratiche di infermieri ed educatori, che porta a una sovrapposizione anche dei ruoli: «*Poi in realtà fanno*

un po' lo stesso lavoro degli educatori nel concreto per la maggior parte del tempo» (Intervista 4 contesto 1).

Le pratiche dell'infermiere, dunque, vengono direzionate verso altri tipi di azioni, condivise con gli educatori, coi quali condividono la turnistica, rivolte verso la gestione quotidiana della comunità e lo stare in relazione con gli ospiti. In questo senso, le azioni di competenza infermieristica non occupano il tempo di un'intera giornata di lavoro, che viene, quindi, riempita con pratiche "diverse" rispetto a quelle tipiche di un infermiere: *«Non è che un infermiere può star lì a guardare per aria aspettando di fare un prelievo...c'è da accompagnare i ragazzi alle varie attività, fare la riunione con loro, studiare, preparare la tavola...E dunque anche gli infermieri si trovano coinvolti in queste azioni» (Intervista 1 contesto 1).*

Le pratiche raccontate dagli infermieri stessi in riferimento alla loro ultima giornata di lavoro fanno emergere chiaramente questo aspetto: *«Ho cominciato un po' a parlare coi ragazzi, a chiedere come andavano le cose, visto che l'ultimo turno l'avevo fatto quattro giorni fa'...per cercare di recuperare informazioni anche da loro, cos'è successo...Qua secondo me la cosa importante è esserci, perché poi i ragazzi hanno bisogno di parlare, in qualsiasi momento, anche se tu poi magari non sai bene cosa fare con quello che ti danno...Ieri sera una ragazza voleva parlare un po' con me, perché con lei parliamo molto, abbiamo un rapporto particolare. Ci siamo fermati con M in stanza educatori a chiacchierare...poi dietro M è arrivata G, poi Y, poi M, L...e nella mia piccola stanzetta all'improvviso si è fatto pieno! Mi hanno detto "Ma G, tanto domani non si va a scuola, ci fermiamo un po'...". Infatti siamo rimasti là a chiacchierare fino alle 23:30...chiacchierare è una cosa che può sembrare stupida però ha creato quell'atmosfera, quel benessere per questi ragazzi, che gli fa vedere che si può vivere normalmente, che anche stare insieme e parlare di niente è una cosa che si può fare...» (Intervista 13 contesto 1).*

Nel contesto pare esservi poca attenzione alla tematizzazione del sapere infermieristico e alla sua messa in atto nella pratica. Nelle osservazioni raccolte dalla ricercatrice viene riportato più di una volta: *«Non ho visto l'infermiere svolgere alcuna azione infermieristica nel pomeriggio» (Osservazione 5 contesto 1).* Durante le riunioni di équipe, spesso è stato annotato: *«La psichiatra ricorda che i valori relativi a peso, altezza dei ragazzi non sono aggiornati da parte degli infermieri» (Osservazione 12 contesto 1).* L'osservazione in questo primo contesto non ha mai permesso, però, di vedere agire gli infermieri nella direzione ricordata dalla psichiatra, né un accordo tra i professionisti che esplicitasse la necessità di assegnare determinati compiti agli infermieri, in quanto di loro competenza.

Sembra, dunque, che la competenza infermieristica scompaia nell'agire professionale quotidiano: questo porta a un incontro con altri professionisti nella pratica che sembra assomigliare a una totale sovrapposizione di ruoli e azioni, facendo perdere, ad esempio, la specificità professionale infermieristica. Questo aspetto, in particolare, verrà successivamente ulteriormente approfondito, dopo aver presentato anche la figura infermieristica del secondo contesto esplorato.

- Il secondo caso di studio

Anche nel secondo contesto, come già scritto in riferimento al primo, vi è una difficoltà a definire il ruolo dell'infermiere. Questa definizione viene articolata intorno a più significati: innanzitutto, anche in questo contesto, viene notata la differenza rispetto al più tradizionale infermiere ospedaliero e la peculiarità di questa professione in servizi dell'area di salute mentale: *«Credo sia frustrante lavorare in un contesto del genere per chi vuole esercitare una professione infermieristica classica. Infatti questa è anche una difficoltà che le strutture così hanno nel trovare personale infermieristico in contesti che non sono sanitari classici. Perché poi la figura dell'infermiere psichiatrico esiste in reparto, anche storicamente, ma non si è ripensata con le nuove forme di istituzionalizzazione...con queste nuove strutture e non è considerata una figura lavorativa ambita, quello che gira un po' è questa...»* (Intervista 1 contesto 2). Inoltre, il ruolo dell'infermiere viene descritto in stretta relazione con quello dell'educatore: *«Secondo me il ruolo dell'infermiere in questo contesto è molto simile al ruolo dell'educatore»* (Intervista 5 contesto 2). *«L'infermiere qui a un certo punto assume il ruolo anche di educatore»* (Intervista 8 contesto 2). In questo senso, i partecipanti fanno emergere il ruolo dell'infermiere col significato di "particolarità" rispetto a una professione infermieristica tradizionale: *«Poi qui abbiamo sempre avuto degli infermieri un po' particolari...[...] Prima c'era D. che faceva l'attore oltre ad essere infermiere, G. ha lavorato in molti altri posti che non c'entravano con l'infermiere...»* (Intervista 1 contesto 2). Le parole riportate evidenziano come venga riscontrata la necessità di avere nel contesto degli infermieri che abbiano caratteristiche che vadano oltre gli aspetti tecnici e sanitari del classico infermiere, costruendo quel ruolo particolare richiesto a questa professione in un servizio nell'area della salute mentale. Questo ruolo risulta basato in parte su una competenza professionale definita e riconosciuta, come sottolineato anche relativamente al primo servizio: *«Il bagaglio di conoscenze infermieristiche ti serve, lo utilizzi»* (Intervista 8 contesto 2). *«In molti casi si vede che l'infermiere ha un modo diverso di vedere le cose...»* (Intervista 5 contesto 2). *«Loro dovrebbero avere delle competenze un po' più specifiche su questi*

aspetti...non so...lo studio dei farmaci, piuttosto che l'attenzione per quelli che sono gli aspetti di salute della persona» (Intervista 1 contesto 2).

L'altra direzione assunta dal sapere dell'infermiere, oltre a quella disciplinare specifica, va verso un allargamento della competenza sanitaria, come notato anche nel primo contesto, comprendendo una sfera di competenze non di matrice prettamente infermieristica, a caratterizzare delle figure infermieristiche con interessi particolari: *«Ho lavorato per una cooperativa sociale. Facevamo inserimenti lavorativi perché mi è sempre piaciuto fare comunque lavoro all'aria aperta eccetera, avevo già fatto esperienze in agricoltura, quindi mi piaceva comunque l'ambito del verde in generale, lavorare nel mondo del verde, per cui ho unito le due cose, nel senso, questa mia predisposizione per il sociale, occuparmi di persone con disagio, in questo caso erano ex tossico-dipendenti, ex carcerati, per cui mi piaceva l'idea di lavorare nel verde, ma allo stesso tempo che mi venissero affiancate persone che dovevano essere in qualche modo gestite» (Intervista 8 contesto 2).* In questo senso, l'infermiere intervistato esprime un suo forte interesse per tematiche non solo inerenti la competenza infermieristica, che gli consentono di costruirsi un ruolo professionale basato su un sapere che attinge anche ad altri campi esperienziali.

Il sapere dell'infermiere, dunque, partendo dalla sua competenza specifica deve, in questo contesto ri-costruirsi, come ben appare da queste parole: *«Secondo me l'infermiere in questo ambito deve riuscire a capire o tramutare il proprio sapere, toglierlo da quello che vuol essere un mero tecnicismo, che è quello che negli ultimi anni insegnano tantissimo, e farlo diventare qualcosa di più semplice e quotidiano» (Intervista 10 contesto 2).*

Questa particolare articolazione che assume il sapere dell'infermiere nel contesto, come notato anche in riferimento al primo servizio, apre la possibilità di un incontro con altri saperi appartenenti a diversi professionisti, coi quali gli infermieri si confrontano e operano quotidianamente. L'incontro, in questo servizio, si basa fortemente sulla riconosciuta competenza in materia sanitaria degli infermieri: *«Loro dovrebbero avere delle competenze un po' più specifiche su questi aspetti...non so...lo studio dei farmaci, piuttosto che l'attenzione per quelli che sono gli aspetti di salute della persona, che comunque rientrano in un progetto complessivo sugli ospiti costruito in équipe e sono importanti...tutto questo capitolo del "prenditi cura di te stesso", vuol dire anche "occupati della tua salute"» (Intervista 1 contesto 2).*

Oltre che nell'incontro tra i saperi, la competenza infermieristica è oggetto di attenzione e considerazione anche nelle pratiche agite all'interno del contesto. Infatti, da una parte vi è una vicinanza tra i ruoli e le azioni richieste ad infermieri ed educatori, come notato anche nel

primo contesto, in quanto questi professionisti condividono il lavoro su turni e alcuni aspetti di gestione della vita quotidiana degli ospiti: *«Anche l'infermiere si mette a cucinare oppure sta coi ragazzi» (Intervista 6 contesto 2).* *« Ad esempio c'è G. che è classicamente un infermiere, ma di fatto lui fa anche l'educatore, perché è lui che porta i ragazzi in giro, li porta a fare l'attività dell'orto» (Intervista 6 contesto 2).* La condivisione della quotidianità in comunità, la vicinanza con gli ospiti caratterizzano il lavoro degli infermieri, accomunandolo con quello degli educatori, ma all'interno di tale somiglianza, appare una importante attenzione del gruppo di lavoro e dei singoli nel mettere a tema la specifica competenza infermieristica, riconoscendola e preservando la sua messa in atto da parte dei professionisti ad essa deputati: *«Secondo me loro possono portare un po' questa parte che un educatore ha meno come sensibilità, come formazione, invece chi ha una formazione infermieristica, pensa all'altro e lo pensa anche in un modo diverso, lo pensa come corpo, lo pensa così, forse l'educatore no, non appartengono alla loro formazione» (Intervista 1 contesto 2).* *«Loro seguono la parte più dell'approvvigionamento dei farmaci, piuttosto che i pesi, questo tipo di cose. La differenza sostanziale rispetto agli educatori è questa, loro hanno questa parte di lavoro in più» (Intervista 9 contesto 2).* *«Servono delle conoscenze, che ci vengono richieste dalla coordinatrice, dall'équipe tutta...Sono cose che teniamo sott'occhio noi» (Intervista 8 contesto 2).* Il gruppo, quindi, sia nota la necessità del sapere infermieristico, sia progetta e organizza il lavoro di gruppo in modo che questo sapere venga agito, riconoscendo il fatto che sia importante anche la messa in atto di questa conoscenza.

I racconti delle pratiche agite mettono ben in luce come l'infermiere agisca una continua alternanza tra azioni legate alla vita quotidiana degli ospiti e azioni specificamente infermieristiche: *«Con P. abbiamo organizzato come strutturare la giornata, cosa c'è da fare in particolare, se c'è qualcosa di programmato, piuttosto che...Poi mentre iniziano ad arrivare gli ospiti abbiamo guardato chi doveva fare le lavatrici e ho seguito quella parte lì. Io poi mi sono occupate di somministrare le terapie, mentre P. li ha seguiti di più sulla parte di pulizia e sistemazione camere, pulizia personali...Io ho gestito la parte terapeutica e ho cercato poi di portarli in cucina, qualcuno, per collaborare alla sistemazione dello spazio, alla preparazione del pranzo...Lunedì in particolare ci siamo accorti che mancavano dei farmaci, quindi sono andata con un ospite, alla fine da sola mi sembrava sciocco andarci, ho preso un ospite, sono riuscita a coinvolgerne uno» (Intervista 10 contesto 2).* Questa attenzione al riconoscimento della competenza infermieristica e alla sua messa in atto è stata osservata anche dalla ricercatrice, sia nelle pratiche agite, sia a livello della progettazione operata in équipe: *«Ho visto inoltre che gli infermieri tengono aggiornati giornalmente i*

valori fisici dei pazienti, come il peso, su cui poi si confrontano anche in équipe» (Osservazione 10 contesto 2). «La coordinatrice chiede poi all'infermiere di occuparsi di una questione definita di "competenza infermieristica", cioè la gestione della nuova normativa relativa all'acquisto dei farmaci, secondo cui la comunità comprerà solo i medicinali psichiatrici. Chiede dunque di scrivere due righe ai medici di base degli ospiti informandoli che saranno loro chieste più ricette per permettere agli ospiti l'acquisto dei farmaci generici attraverso la mutua» (Osservazione 11 contesto 2).

L'incontro tra saperi prima tematizzato, che porta l'infermiere ad "allargare" la specifica competenza disciplinare, si realizza in questo contesto in modo da coinvolgere gli infermieri in azioni che vanno al di là delle pratiche sanitarie, ma senza far sparire la loro specificità e il loro sapere. Anche gli ospiti, in questo modo, riconoscono facilmente la loro professionalità e possono differenziare le richieste da rivolgere ai diversi membri dell'*équipe*, in relazione alle competenze professionali: *«S. mi ha preso un po' come punto di riferimento, anche per il fatto che ho un bagaglio, delle conoscenze sanitarie, sa che sono un infermiere, per cui io, come le mie colleghe infermiere, siamo un po' il punto di riferimento per chi, come nel suo caso, avesse un problema fisico...[...] Questo accade anche con L....l'ho accompagnato settimana scorsa a fare una visita per un intervento che deve fare in maxillo-facciale su una cisti che deve asportare...Il fatto di essere lì in qualità di infermiere ha avuto un peso...mi ha presentato anche alle infermiere che c'erano lì, "Questo è il mio infermiere, l'infermiere della comunità presso cui risiedo", per cui questa cosa probabilmente dà più sicurezza, il fatto che ci sia anch'io ad ascoltare quello che il medico ha da dirgli. Sa che io ho delle competenze, per cui se gli dico "No, guarda che userà l'anestesia locale perché..." per esempio, magari si sente più assicurato. Per cui ecco che in qualche modo il mio sapere serve...» (Intervista 8 contesto 2).*

In questo modo, la figura dell'infermiere risulta tematizzata sia a livello delle conoscenze, sia a livello delle azioni agite, aprendo la possibilità per un suo riconoscimento da parte degli ospiti, che sanno di potersi rivolgere in particolare agli infermieri per una determinata serie di questioni.

Le figure infermieristiche tematizzate nei due contesti, quindi, si richiamano per certi aspetti e si differenziano per altri, aprendo la possibilità per un breve confronto tra i due casi di studio.

- Un confronto tra i casi

In entrambi i contesti è emersa una iniziale difficoltà dei partecipanti, compresi gli stessi infermieri, a definire il loro ruolo professionale, che è stato spesso descritto in opposizione rispetto a quello del più “tradizionale” infermiere ospedaliero.

Questa iniziale difficoltà di definizione conduce, in seguito, i partecipanti a delineare differenti direzioni assunte dal ruolo degli infermieri nelle due contesti indagati.

In primo luogo, partendo dalla constatazione che il ruolo di un infermiere in una comunità in ambito di salute mentale non possa essere definito come quello di un infermiere in ospedale, si evidenzia un direzionarsi del ruolo dell’infermiere verso quello dell’educatore, dal momento che, condividendo gli orari e gli spazi di lavoro, e dunque una presenza continua e quotidiana a contatto con gli ospiti, le loro pratiche sono molto simili: *«Qui fanno anche, tra virgolette, il ruolo dell’educatore» (Intervista 7 contesto 1).* *«Abbiamo un interscambio di ruolo tra educatori e infermieri...» (Intervista 12 contesto 1).* *«L’infermiere qui a un certo punto assume il ruolo anche di educatore...» (Intervista 8 contesto 2).*

In secondo luogo, il fatto che nelle comunità dell’area di salute mentale l’infermiere abbia un ruolo diverso rispetto a quello tradizionalmente ricoperto ad esempio in ospedale, porta a riconoscere caratteristiche specifiche che devono caratterizzare un infermiere operante in questo contesto: *«Se uno viene qui e dice “faccio l’infermiere”, non ce la fa, per cui ho presente che gli infermieri che sono qui sono quelli che hanno trovato a integrazione del loro ruolo infermieristico dell’altro, si sono scoperti competenti nella relazione, nel leggere dinamiche che non sono quelle che legge l’infermiere di solito...» (Intervista 6 contesto 1).* *«Qui abbiamo sempre avuto degli infermieri un po’ particolari...[...] Prima c’era D. che faceva l’attore oltre ad essere infermiere, G. ha lavorato in molti altri posti che non c’entravano con l’infermiere...» (Intervista 1 contesto 2).* *«Io sono un infermiere un po’ anomalo» (Intervista 8 contesto 2).*

La peculiarità del ruolo infermieristico nel contesto di salute mentale e la difficoltà nel costruire il suo ruolo e il suo agire vien ben messa a punto da alcune immagini scelte per comporre il collage da un’infermiera del secondo servizio:



Figura 12 (Particolare del collage 10 contesto 2)

Questa immagine rappresenta la specificità del ruolo professionale infermieristico nel contesto, raccontata dall'autrice con queste parole: «In mezzo c'è la mia figura, la mia professione, che è il mio punto di vista su tutto quello che succede qui, che è quello dell'infermiere» (Narrazione del collage 10 contesto 2). In questo senso, appare un nucleo di sapere professionale, di competenza specifica che caratterizza la professione infermieristica. Questa specificità, però, data la “particolarità” del ruolo dell'infermiere nell'area della salute mentale, risulta difficoltosa da agire e portare nel contesto. Questa difficoltà viene rappresentata con questa immagine,



Figura 13 (Particolare del collage 10 contesto 2)



Figura 14 (Collage 10 contesto 2)

e narrata da queste parole: «L'arrampicata...che sarebbe un po' la scalata verso il portare il mio lavoro qua dentro» (Narrazione del collage 10 contesto 2), rappresentando, dunque, la difficoltà e la peculiarità della costruzione e della realizzazione della professione infermieristica in un servizio dell'area di salute mentale, per cui non sono sufficienti le classiche competenze infermieristiche.

Se, dunque, si evidenzia la necessità di caratteristiche “altre” e particolari rispetto alla competenza specifica nell'ambito dell'assistenza infermieristica, la base del sapere specifico disciplinare degli infermieri rimane comunque ben riconosciuta e tematizzata: «Loro hanno le

loro competenze infermieristiche» (Intervista 6 contesto 1). «Loro dovrebbero avere delle competenze un po' più specifiche su questi aspetti...non so...lo studio dei farmaci, piuttosto che l'attenzione per quelli che sono gli aspetti di salute della persona» (Intervista 1 contesto 2). Il sapere che contraddistingue la professione infermieristica viene, infatti, in primo luogo raccontato in riferimento a un bagaglio di conoscenze sanitarie derivanti dalla loro specifica formazione: «L'università ti dà tantissima cultura sulla patologia. [...] Una conoscenza farmacologica dei farmaci mi serve» (Intervista 10 contesto 2). «Abbiamo la nostra formazione da infermieri, specifica» (Intervista 13 contesto 1). Si richiama, a questo riguardo, quanto notato in riferimento al percorso formativo dell'infermiere, evoluto e modificato negli anni, che propone ora un corso di laurea universitario che conduce a una professionalità definita e regolamentata. In questo senso, appare che sia possibile riconoscere la professione infermieristica e il sapere che la orienta, sulla quale viene formata e sviluppa competenze di azione.

Questa componente descritta come competenza specifica degli infermieri attribuisce loro, nel primo caso di studio, un ruolo di “sicurezza” e “garanzia” in situazioni di urgenza o di specifica pertinenza sanitaria: *«Ed è anche la figura che dà una sicurezza, a me in primo luogo, per quanto riguarda l'uso dei farmaci e gli interventi di tipo acuto, ma anche ai ragazzi di chi si occupa di loro se gli succede qualche cosa in termini fisici» (Intervista 9 contesto 1). «Sicuramente l'infermiere ti dà quella sicurezza nel lavorare della presenza di un professionista sanitario che può, in caso di necessità, utilizzare la sua professionalità con delle tecniche di urgenza, quindi in ambito di sedazione nel caso serva, e comunque è una risorsa in più nell'équipe, ti dà una sorta di tranquillità» (Intervista 2 contesto 1).*

La traduzione di questo sapere specifico in pratiche professionali, però, differenzia fortemente i due contesti tra loro: nel primo caso di studio, infatti, la competenza in ambito sanitario rimane essenzialmente sul piano del dichiarato in quanto le azioni realmente messe in atto in questa direzione sono quasi inesistenti. Se, infatti, è riconosciuta ed avvertita una competenza chiara su aspetti sanitari e farmacologici, tale caratteristica viene considerata utile e preziosa nelle situazioni di urgenza e bisogno in cui è necessaria la presenza di una persona in grado di esercitarla, ma non viene considerata né si creano le condizioni per la sua messa in atto nella pratica quotidiana. Nota infatti la ricercatrice: *«Non ho visto l'infermiere svolgere alcuna azione infermieristica nel pomeriggio» (Osservazione 5 contesto 1).*

In entrambi i contesti, infatti, le mansioni strettamente infermieristiche non sono tante e non occupano tutta la giornata lavorativa di un infermiere: in questo senso, il loro contributo all'attività riabilitativa degli ospiti viene agito con azioni legate ad aspetti della vita

quotidiana, condivisi con gli educatori. Le pratiche dell'infermiere, dunque, vengono direzionate verso altri tipi di azioni, comuni agli educatori, coi quali condividono la turnistica, rivolte verso la gestione quotidiana della comunità e lo stare in relazione con gli ospiti: *«Non è che un infermiere può star lì a guardare per aria aspettando di fare un prelievo...c'è da accompagnare i ragazzi alle varie attività, fare la riunione con loro, studiare, preparare la tavola...E dunque anche gli infermieri si trovano coinvolti in queste azioni» (Intervista 1 contesto 1).*

Tra educatori e infermieri, dunque, l'incontro nella pratica è quotidianamente presente. Proprio questo incontro, però, è costruito su modalità differenti nei due contesti. Nel primo sembra quasi essere dato per scontato che, nella pratica, l'infermiere si "trasformi" in un educatore, creando una sovrapposizione tra ruoli e pratiche che, a un occhio esterno, rende difficile distinguere le diversità professionali. In questo senso, come già notato, la specificità infermieristica sembra perdersi, anche a livello della progettazione del lavoro di *équipe*, in cui non vengono tematizzate le competenze infermieristiche e non si organizza il lavoro quotidiano in modo che queste vengano messe in atto. La ricercatrice nota spesso durante le osservazioni, che *«gli infermieri intervengono poco» (Osservazione 8 contesto 1)*, il loro parere e il loro punto di vista professionale non vengono quasi mai richiesti durante le riunioni del gruppo.

Nel secondo contesto, invece, seppur, come riportato, la pratica degli infermieri è comunque maggiormente basata su azioni non "tradizionali" per la loro professione, vi è un'attenzione specifica per le parti di loro competenza. Il lavoro in *équipe*, condotto dalla coordinatrice degli educatori sottolinea l'importanza di attribuire chiaramente agli infermieri alcuni aspetti: *«La coordinatrice chiede poi all'infermiere di occuparsi di una questione definita di "competenza infermieristica", cioè la gestione della nuova normativa relativa all'acquisto dei farmaci, secondo cui la comunità comprerà solo i medicinali psichiatrici. Chiede dunque di scrivere due righe ai medici di base degli ospiti informandoli che saranno loro chieste più ricette per permettere agli ospiti l'acquisto dei farmaci generici attraverso la mutua» (Osservazione 11 contesto 2)*. In questo modo, tutto il gruppo di lavoro sa che gli infermieri, proprio per la loro competenza, sono chiamati ad occuparsi di certe parti del lavoro: questo crea le condizioni perché, nella pratica quotidiana, i professionisti si organizzino in modo chiaro sulla divisione dei compiti: *«Ho visto inoltre che gli infermieri tengono aggiornati giornalmente, in un momento appositamente dedicato a ciò, i valori fisici dei pazienti, come il peso, su cui poi si confrontano anche in équipe» (Osservazione 10 contesto 2)*. *«Ci siamo organizzate con l'altra operatrice presente e io, in quanto infermiera, ho gestito la parte*

terapeutica» (Intervista 10 contesto 2). Questa attenzione allo svolgimento di azioni sanitarie da parte degli infermieri fa sì che anche gli ospiti riconoscano chiaramente la specificità e la competenza professionale, rivolgendosi loro per quelle richieste inerenti l'ambito sanitario. Questo aspetto emerge sia dalle osservazioni raccolte, sia dalle parole dei partecipanti: «Mi chiedeva se poteva andare in piscina, se poteva andare a fare attività fisica e me l'ha chiesto, intanto perché facciamo tante cose insieme, per cui mi ha preso un po' come punto di riferimento, ma forse anche il fatto che ho un bagaglio, delle conoscenze sanitarie, sa che sono un infermiere, per cui io, come le mie colleghe infermiere, siamo un po' il punto di riferimento per chi, come nel suo caso, avesse un problema fisico...» (Intervista 8 contesto 2). «Sono in stanza operatori: un'ospite entra per ricordare il momento di effettuarle un'iniezione (lo ricorda all'infermiera)» (Osservazione 12 contesto 2).

L'attenzione al pensare, programmare e monitorare le pratiche di pura competenza infermieristica è un aspetto che differenzia fortemente i due contesti esplorati e che consente di non rischiare una sovrapposizione tra ruoli e pratiche professionali che conduca alla perdita delle specificità e delle peculiari competenze. In questo senso sembra importante notare che l'incontro tra saperi e pratiche professionali, come nel caso di educatori e infermieri, debba basarsi su una consapevolezza disciplinare di partenza, che consenta di chiarire competenze e professionalità di ognuno. Senza questa chiara coscienza, l'incontro tra professionisti si traduce facilmente in una sovrapposizione e contaminazioni tra ruoli e pratiche senza ragionamenti e significati.

Si andranno ora a presentare le figure educative presenti nei contesti, in modo da poter aggiungere ulteriori elementi utili alla tematizzazione dell'incontro nella pratica tra saperi differenti, come appena tratteggiato in riferimento alle figure infermieristiche.

7.2.3 La figura di coordinamento educativo

- Primo caso di studio

Nel primo contesto, la figura della coordinatrice educativa ha un ruolo di coordinamento prevalentemente organizzativo di educatori e infermieri. La coordinatrice descrive il suo ruolo come quello di una "guida" nei confronti di educatori e infermieri: «L'essere guida è di certo la cosa che mi sembra più calzante... perché io lo sento su di me anche nel lavoro con gli educatori e gli infermieri, ed è richiesto di imparare a essere una guida [...] Loro chiedono un po' un capo [...] Io dovrei riuscire ad avere più una visione d'insieme che non sempre è facile» (Intervista 6 contesto 1). Questo ruolo descritto come "guida" sembra rimanere concentrato prettamente su questioni pratiche, di organizzazione interna, quasi a creare una

figura di raccordo tra educatori ed infermieri da una parte, e psichiatra e psicologa dall'altra, ben descritta dalle parole stesse della coordinatrice: *«Io la sento più mia la solitudine, perché sono un po' il ruolo "cuscinetto", dall'alto e dal basso mi arrivano le richieste...Mi sento più sola rispetto agli educatori, loro condividono una serie di cose che sono comuni, io posso condividere una serie di cose ma che sono soltanto appartenenti al mio ruolo, mentre gli educatori possono condividere cose che sono già più comuni. Sono io che devo mediare, e questa cosa è pesante e spesso mi sento un po' sola nel tenere insieme livelli diversi, aspetti diversi»* (Intervista 6 contesto 1). L'immagine della solitudine è una rappresentazione che sembra apparire fondamentale per descrivere la figura della coordinatrice educativa: il sentirsi "sola" è indicato in riferimento agli educatori, professione a lungo svolta dalla coordinatrice. Inoltre, il suo ruolo viene descritto come posizionato tra gli operatori (infermieri ed educatori) e psichiatra e psicologa, senza una forte caratterizzazione, ma una richiesta di mediazione continua dalle due parti.

All'interno dell'immagine della solitudine, il ruolo di "guida" del coordinamento educativo si direziona prevalentemente verso una gestione organizzativa, burocratica: *«In fondo sono quasi sempre qui in comunità in tutti i momenti, ma quando non sono coi ragazzi sono occupata in riunioni, momenti "burocratici"»* (Intervista 6 contesto 1). Il ruolo della coordinatrice si costruisce poco in relazione ad un'autorevolezza espressa relativamente a questioni di indirizzo progettuale del gruppo di lavoro, ruolo che, come è stato notato, in questo primo contesto è assunto dal medico. Durante le riunioni di *équipe*, è importante notare che la coordinatrice dovrebbe gestire una prima parte della riunione, dedicata, appunto, all'organizzazione della turnistica e del lavoro di educatori e infermieri. Le osservazioni effettuate in queste occasioni mostrano una conduzione relativa a questi aspetti, senza direzioni progettuali o di pensiero, agita attraverso un ruolo sentito dai membri del gruppo come meno autorevole rispetto a quello del medico. Nota la ricercatrice nel corso delle sue osservazioni: *«La riunione nella prima parte si è incentrata su alcune questioni "pratiche": la gestione dei bagni al mattino e alla sera, la gita in montagna. Non c'era una conduzione "forte" della riunione [la prima parte della riunione è quella che vede la presenza di infermieri ed educatori e dovrebbe essere condotta dalla coordinatrice educativa]: spesso le persone parlavano tutte insieme, si passava continuamente da un argomento all'altro. Si è fatto più volte accenno al tentativo di cercare una "linea educativa", ma sempre in generale, senza riferirla ai progetti individuali dei singoli ragazzi. Non si arriva a decisioni chiare e univoche sugli argomenti oggetti di discussione. [...].Quando entrano psicologa e psichiatra la riunione cambia "registro": la conduzione viene assunta in maniera "forte" dalla*

psichiatra. Chiede il silenzio, fa le domande, espone il suo pensiero con forza» (Osservazione 4 contesto 1).

Gli altri membri dell'*équipe*, descrivendo alla ricercatrice il ruolo dei diversi professionisti, tendono a definirlo con poche parole: *«Ma...è un'educatrice di professione, tiene le fila dei turni, della presenza di educatori e infermieri...questo direi...» (Intervista 4 contesto 1).* Si sottolinea, dunque, il fatto che la coordinatrice sia un'educatrice che svolge un lavoro in parte differente dagli educatori, più legato a dimensioni burocratiche e organizzative: *«Lei si occupa della prima parte della riunione di équipe in cui lavoriamo sui turni, sulle questioni di gestione pratica e quotidiana della comunità...» (Intervista 13 contesto 1).*

Inoltre, spesso, i partecipanti tendono a non menzionare nemmeno la coordinatrice come profilo definito e chiaro: solo su esplicito intervento della ricercatrice viene accennato il ruolo della coordinatrice nelle direzioni appena tratteggiate. In questo senso, il ruolo di "guida" descritto dalla coordinatrice stessa sembra non essere percepito dagli altri membri come una figura determinante: il ruolo di "capo", come già notato, viene attribuito al medico, mentre il profilo della coordinatrice viene ricondotto alla sua formazione di educatrice e alla gestione dell'organizzazione. Riappare, in questo senso, l'immagine della solitudine precedentemente notata nelle parole della coordinatrice, a descrivere una figura "poco vista", poco tematizzata e riconosciuta dai professionisti del gruppo come specifica e ben caratterizzata da saperi e pratiche chiare e definite.

Il sapere della coordinatrice, infatti, è basato su una formazione da educatrice (con il diploma dei corsi regionali, convertito in laurea attraverso successivi studi universitari). A partire da questa formazione, la coordinatrice ha lavorato come educatrice prima di assumere un ruolo di coordinamento. Il sapere accumulato negli anni di formazione, però, sembra non essere sufficiente per costruire il ruolo e le pratiche necessarie per il coordinamento: *«La scuola educatori ti dà un'infarinatura di saperi che vanno dalla psicologia, alla psichiatria, alla farmacologia, alle scienze sociali, al diritto...su cui poi negli anni stratifichi le tue esperienze personali, le tue esperienze professionali e i saperi che man mano raccogli. Per cui negli ultimi anni io ho elaborato e usato un sacco di competenze raccolte nei diversi settori» (Intervista 6 contesto 1).* L'esperienza, attraversata come educatrice in anni precedenti, sembra essere fondamentale nell'acquisizione di un "sapere" per il ruolo di coordinamento. Oltre che fondamentale, quanto appreso dall'esperienza sembra essere il riferimento principale per la pratica di coordinamento nel contesto, dal momento che non vengono evidenziati legami forti ed essenziali con quanto appreso in formazione. Quanto suggerisce l'esperienza pregressa permette di orientare e costruire le azioni lavorative quotidiane della

coordinatrice: « *Noi siamo un po' come gli chef creativi, partiamo dal frigo, guardiamo cosa abbiamo dentro e tutto può venire buono, salvo quei prodotti ammuffiti e avariati che butti. Io parlo per me, in 23 anni ho accumulato una serie di saperi. Noi non veniamo, come gli psicologi, da una scuola, quindi non abbiamo un'impostazione di base che ti fa dire: "il mio riferimento è Adler", piuttosto che Winnicott...» (Intervista 6 contesto 1).*

Il sapere del coordinatore educativo nel contesto sembra dunque essere composito, costituito dalla necessità di riferirsi a competenze di ambiti diversi, spesso conosciuti attraverso l'esperienza lavorativa piuttosto che grazie ai percorsi formativi. Dall'analisi emerge, dunque, un tipo di sapere poco definito, costruito sul campo, in base alle necessità, ma sentito poco come un riferimento forte per il proprio ruolo e per impostare la pratica professionale. Un sapere così composito, seppur poco chiaramente definito, è quello che orienta le pratiche quotidianamente agite nel contesto dalla figura di coordinamento educativo.

La sua pratica è, infatti, in questo primo contesto, fortemente legata con la formazione da educatrice che la caratterizza: pur non condividendo la modalità di lavoro su turni, la coordinatrice trascorre in comunità quasi sempre tutta la giornata, occupandosi per la maggior parte del tempo di questioni legate alla gestione dei ragazzi, dei loro impegni, o della comunità in genere. Azioni quotidiane, "casalinghe", caratterizzano gran parte della sua pratica, sottolineando, ad esempio, che la giornata lavorativa raccontata nell'intervista era "diversa" rispetto al solito, in quanto « *Non ho cucinato ieri, perché il martedì a pranzo mangiamo la pizza che prendiamo da una pizzeria da asporto» (Intervista 6 contesto 1).* In questo senso, l'agire professionale della coordinatrice sembra estremamente immerso nella pratica a contatto coi ragazzi che caratterizza il lavoro degli educatori. Si richiama nuovamente l'immagine della solitudine portata dalla coordinatrice in riferimento al suo ruolo: se, infatti, lei stessa ha espresso una sensazione di solitudine rispetto agli educatori, è significativo notare come, in accordo con questo sentimento, la pratica della coordinatrice vada spesso verso la ricerca di un contatto e di una vicinanza proprio con le attività degli educatori. Quanto la contraddistingue da questi è una parte di lavoro più organizzativo, burocratico e di raccordo con altri enti e altri soggetti, in base a cui la coordinatrice afferma «*Sto meno coi ragazzi ad esempio...» (Intervista 6 contesto 1).* Per svolgere questo tipo di pratiche, infatti, la coordinatrice si allontana dai ragazzi, dalla gestione della vita quotidiana, per abitare differenti luoghi e strumenti di lavoro: «*Ho gestito una parte organizzativa di telefonate, risposte per mail a scuole, servizi vari...Al pomeriggio ho lavorato ancora al computer nell'ufficio al piano di sotto per rispondere ad alcune mail, ho recuperato alcune telefonate» (Intervista 6 contesto 1).* Come già notato, dunque, in riferimento all'agire dei

medici, si può notare come i luoghi descrivano anche la pratica della coordinatrice: la maggior parte del lavoro viene svolta al piano rialzato della villetta in cui si trova la comunità, a contatto coi ragazzi, con gli educatori e gli infermieri. La parte, invece, più tipica del ruolo di coordinamento, inteso quale un ruolo educativo di secondo livello, come descritto in precedenza, viene svolta al piano sotterraneo della comunità, più vicina a dove lavora la psichiatra, facendo notare alla coordinatrice che “sta meno coi ragazzi” per poter svolgere questo tipo di azioni.

Appare, quindi, una figura di coordinamento che viene significata intorno ai temi dell’organizzazione e del monitoraggio della turnistica, della gestione quotidiana della comunità e dei ragazzi. Verso questi aspetti, infatti, vengono rivolte molte delle pratiche della coordinatrice, dalla presenza nelle attività quotidiane dei ragazzi, alla preparazione dei pasti, come evidenziato.

Prima di procedere a un confronto tra le figure di coordinamento educativo proprio su questi aspetti, è necessario presentare ora la stessa figura nel secondo servizio.

- Secondo caso di studio

Nel secondo contesto la coordinatrice educativa coordina come responsabile il gruppo di lavoro operante nella comunità. Si occupa, dunque, di orientare l’*équipe*, progettare l’organizzazione e le attività quotidiane, indirizzare e curare la stesura e la realizzazione dei progetti individuali degli ospiti. Per fare questo, il suo ruolo sembra essere quello del “regista” che riunisce tutti i diversi saperi e le diverse competenze professionali per progettare le azioni di cura nei confronti degli ospiti, offerte dalla comunità.

In questo contesto, il ruolo di “autorità” non è attribuito soltanto al medico, come si è notato, ma anche alla figura della coordinatrice: *«In molti casi anche la coordinatrice ha il ruolo di fare da autorità: se si verificano dei problemi, delle liti o tensioni tra gli ospiti, la coordinatrice interviene per dare una regola piuttosto che cercare di far chiarire le persone facendo dei colloqui o degli interventi di questo tipo» (Intervista 5 contesto 2)*. Questa autorità viene descritta sia in relazione a questioni burocratiche e organizzative, sia in relazioni a un ruolo di indirizzo progettuale del gruppo: *«È lei che dice ad esempio che una certa attività si sta un po’ perdendo, e cerca di far recuperare il significato, o di pensare altro...Quindi lei spinge a pensare nuove attività, di stimolo per gli ospiti» (Intervista 8 contesto 2)*. *«La coordinatrice, sì, è la persona che ha veramente, secondo me, qua in particolare, in mano tutto, tira le fila di tutto, per cui ha molto in mente sia il progetto complessivo delle persone, sia gli aspetti proprio quotidiani, da quelli più piccoli veramente a*

quelli più grossi.[...] Per cui è, secondo me, il perno attorno a cui ruota tutto e secondo me è anche un po' una cerniera tra i medici, l'area più clinica, e gli operatori, gli educatori» (Intervista 7 contesto 2). «Il ruolo della coordinatrice ha tutta una serie di cose pratiche, come seguire la cassa, gli orari...i turni, i rapporti con altre istituzioni. Molte volte svolge anche un ruolo di rappresentante di tutta l'équipe [...]Quindi è parte dell'équipe ma fa da sintesi e decide [...]Il suo lavoro poi non è analogo a quello degli educatori e degli infermieri, ha una funzione di tipo diverso» (Intervista 9 contesto 2). In base al ruolo tratteggiato per la figura di coordinamento dalle parole appena riportate, sembra significativo notare come non solo tutti i professionisti intervistati abbiano parlato della coordinatrice in relazione alla domanda dell'intervista che chiedeva di tratteggiare il ruolo dei diversi professionisti presenti in équipe, ma l'abbiano anche presentata come prima figura che veniva in mente pensando al gruppo. Viene messa in luce, quindi, una figura di coordinamento educativo rappresentata come importante per i diversi professionisti e per il gruppo di lavoro, non "sola", in quanto presente nella mente dei membri dell'équipe e significativa per il loro agire lavorativo in comunità.

Appare una figura della coordinatrice come il ruolo professionale che "tiene insieme" i diversi professionisti, all'interno di un progetto lavorativo comune. Le parole della stessa coordinatrice vanno in questa direzione: «Io mi sento un po' una specie di punto di snodo, nel senso che in qualche modo tengo le fila, cerco di mantenere una dimensione abbastanza unitaria. Io mi immagino, mi vedo un po' in questi termini, nel senso che appunto ognuno porta sia delle esperienze diverse, di studio e di esperienze di lavoro, personali, sia anche delle intenzionalità e delle modalità differenti. Allora io cerco di amalgamare un po' il tutto usando fundamentalmente gli strumenti che sono quelli del progetto della comunità, nonché la gestione delle relazioni con tutto il gruppo di lavoro. Sono un po' il riferimento di tutti, o almeno, io mi sento un po' così» (Intervista 1 contesto 2).

Anche le osservazioni raccolte dalla ricercatrice mettono in luce quanto espresso dalle parole dei partecipanti: «La coordinatrice conduce in maniera chiara la riunione: propone di iniziare con le questioni varie di natura organizzativa, in modo da aspettare l'arrivo della psichiatra per parlare delle singole situazioni degli ospiti» (Osservazione 3 contesto 2). «La coordinatrice tiene insieme aspetti di senso e significato e aspetti pratici (relativamente al capodanno si discute del significato per gli ospiti di festeggiare fuori, ma insieme la coordinatrice tiene presenti anche gli aspetti logistici)» (Osservazione 12 contesto 2).

Emerge, in questo secondo contesto, un ruolo definito e chiaro della coordinatrice educativa, descritto come importante dai professionisti, in relazione all'orientamento e alla costruzione di tutto il gruppo di lavoro.

Anche in questo contesto, la formazione della coordinatrice è quella da educatrice, ottenuta attraverso un diploma regionale. All'interno della cooperativa che gestisce il servizio, la coordinatrice per anni ha ricoperto un ruolo da educatrice prima di svolgere l'attuale funzione di coordinamento. Questa formazione non viene raccontata come "sufficiente" per costruire il suo ruolo e il suo agire, attingendo fortemente dalla conoscenza esperienziale accumulata negli anni. In questo senso, la coordinatrice evidenzia due fonti attraverso cui significa il suo sapere: «Un po' entrambe le cose, sia sapere, sia esperienza» (Intervista 1 contesto 2).

In questo senso, il riferimento all'esperienza, a quanto sperimentato e appreso "sul campo", si accompagna a una precisa tematizzazione di una serie di saperi attraversati e necessari per il ruolo di coordinamento: «Io penso di usare più o meno consapevolmente dei saperi che nella mia vita ho attraversato in vari modi. Sicuramente ci sono una serie di saperi anche sul versante amministrativo-burocratico che per esempio io ho poco, ma adesso la figura del coordinatore è complessa e deve assumersi un po' diverse parti, tra cui anche la gestione del servizio in senso formale e organizzativo. Poi c'è tutto un sapere legato all'aspetto del gruppo, alla gestione del gruppo. Per cui io personalmente non ho grandi saperi sulle dinamiche, ho comunque qualcosina sulla gestione del gruppo di lavoro rispetto al perseguimento dell'obiettivo, sicuramente è un sapere importante. Poi c'è tutto il sapere legato alla progettualità, per cui come si crea un discorso progettuale anche a livello individuale, perché poi comunque anche se sono gli educatori quelli che poi agiscono, io conosco comunque tutti i progetti che portiamo avanti con gli ospiti. Li scriviamo tutti insieme, dipende poi dalle competenze dei singoli educatori, c'è chi è più capace e chi meno, comunque questa dovrebbe essere una loro competenza, dell'educatore, ma non sempre lo è o non lo è subito e lo diventa nel tempo. Poi nel progetto sono coinvolti anche gli psichiatri. Però un sapere su come è fatto un progetto, come si fa, è un sapere anche del coordinatore. Anche la verifica, il tema del verificare. Poi le altre competenze sono legate alla relazione direi, alla capacità di gestire le relazioni con le persone, a vari livelli, in vari modi. E anche di tenere un rapporto con l'esterno, avere una visione un po' che esca, anche qui non bisogna collassare sul servizio ma tenere i legami con l'esterno. Il coordinatore ha questa funzione anche di ponte, di quello che c'è fuori. E si occupa anche degli operatori, di come loro si occupano degli utenti, anche in questi termini. Poi c'è la parte di gestione proprio della casa, la cucina, la macchina, a volte io non ne so nulla se la cucina è da cambiare o no...e allora

serve la capacità di costruirsi delle relazioni, circondarsi di figure che ti facciano delle consulenze, perché poi un educatore non può avere competenze in tutto, non può saper fare tutto, deve se mai, per me, saper usare le competenze di altri in maniera da farsi dire come stanno le cose, persone di cui si fida, che sa che sono capaci e che ti dicono...saper collaborare quindi...e questo si impara anche con l'esperienza» (Intervista 1 contesto 2).

In questo senso, nel secondo caso, seppure la formazione iniziale non pare sufficiente al ruolo di coordinamento, vengono individuati una serie di saperi che orientano l'agire, strettamente legato alle competenze appena nominate attraverso le parole della coordinatrice.

Questa figura non lavora su turni, ma trascorre parte del suo tempo lavorativo in comunità e parte nella sede della cooperativa per riunioni e incontri. La maggior parte del lavoro in comunità della coordinatrice è rivolto all'orientamento e all'indirizzamento progettuale del lavoro dei professionisti dell'*équipe*. Queste azioni riguardano diversi aspetti: in primo luogo vi è la progettazione e la conduzione dei momenti di *équipe*: *«Verso le 14:40 la coordinatrice termina i lavori al computer, si alza e chiama tutti gli operatori che non si trovavano già lì per iniziare la riunione. La coordinatrice spiega che permessi pensa di dare a ogni ospite e perché, passa poi a trattare le situazioni dei singoli ospiti, chiede di partire da quegli ospiti di cui si parla sempre meno. Si chiedono aggiornamenti agli operatori sulla vita quotidiana in comunità, sulle attività specifiche dell'ospite. In particolare si chiede agli infermieri di aggiornare in merito a nuove terapie o nuovi farmaci iniziati da alcuni. La coordinatrice riporta il parere dei medici circa i cambiamenti di alcune terapie e la necessità di confrontarsi più approfonditamente con loro per alcune situazioni» (Osservazione 12 contesto 2)*. Come già emerge dall'osservazione riportata, l'azione della coordinatrice va anche in direzione di tenere presente le diversità e specificità professionali, con l'obiettivo di creare una visione pluri-prospettica per orientare il lavoro del gruppo. In questo senso, è lei la figura che si preoccupa di "unire" i diversi professionisti, aggiornandosi con loro in maniera frequente: *«Verso le 16:45 arriva lo psichiatra, in anticipo; si confronta con M.(la coordinatrice) in stanza operatori, che chiede lui uno scambio di idee, prima di iniziare i colloqui» (Osservazione 15 contesto 2)*. *«Poi è arrivata la psichiatra verso le 9:45 e anche con lei ci siamo aggiornati, [...]abbiamo parlato di un utente, intanto che aspettavamo le ho chiesto delle cose, ci siamo un po' confrontate» (Intervista 1 contesto 2)*.

Attraverso questa visione di insieme, la coordinatrice orienta il lavoro dei professionisti presenti in comunità e si prende cura degli aspetti progettuali delle varie attività svolte in comunità anche senza essere fisicamente presente, ma scambiando idee e comunicando attenzioni da tenere nella gestione dei diversi momenti: *«Mentre sono lì telefona la*

coordinatrice e un'educatrice si stacca dal lavoro. La coordinatrice al telefono voleva confrontarsi in vista dell'assemblea con gli ospiti e sottolineare alcuni punti importanti da discutere in riunione» (Osservazione 13 contesto 2). «La coordinatrice è assente per malattia. Poco prima dell'assemblea telefona per confrontarsi con gli operatori su come condurla e quali argomenti trattate» (Osservazione 14 contesto 2).

Infine, l'agire della coordinatrice si dirige verso due direzioni più legate alla comunità e alla sua quotidianità. Una prima parte riguarda aspetti burocratici e organizzativi, da lei gestiti: *«Queste parti burocratiche le faccio ma non ho una particolare vocazione alla perfezione burocratica» (Intervista 1 contesto 2). «Arriva anche la coordinatrice, che, dopo essersi informata sull'andamento di alcuni eventi della mattinata, si dedica ad una parte di lavoro "burocratico" al computer» (Osservazione 7 contesto 2).* Una seconda parte riguarda lo svolgimento di azioni pratiche e quotidiane nella normale *routine* della comunità: essendo spesso presente nel servizio, capita, infatti, che, a seconda delle necessità, anche la coordinatrice aiuti educatori ed infermieri nel cucinare, piuttosto che nel supportare alcune attività degli ospiti, come viene sottolineato da un membro dell'*équipe*: *«Però ci sono casi in cui passa ad azioni più operative» (Intervista 5 contesto 2).* Inoltre, quando presente nel contesto, la coordinatrice cura anche la relazione e l'interazione con gli ospiti, senza sovrapporsi all'agire degli educatori o degli infermieri presenti, ma supportandolo in momenti sentiti come particolarmente significativi, quali l'assemblea con gli ospiti.

Il luogo dove maggiormente si svolge l'agire della coordinatrice quando è in comunità è quello della stanza dell'*équipe*, differenziandolo, dunque, da quelli in cui avviene la vita quotidiana degli ospiti, in cui agiscono anche educatori e infermieri.

- Un confronto tra i casi

Il ruolo delle coordinatrici all'interno dei contesti indagati appare profondamente differente, costruito su significati e rappresentazioni che conducono all'idea di un coordinamento fondamentalmente organizzativo nel primo contesto e, invece, fortemente progettuale e rivolto all'orientamento del gruppo nel secondo contesto.

La diversa gestione e configurazione organizzativa dei servizi (il primo appartenente direttamente al Sistema Sanitario Nazionale, il secondo gestito da una Cooperativa Sociale) contribuiscono fortemente alla costruzione del ruolo della figura di coordinamento educativo: nel primo contesto, infatti, l'organigramma prevede la figura del medico come quella preposta alla responsabilità e al coordinamento della struttura, mentre il gruppo del secondo contesto è coordinato e gestito dalla coordinatrice educativa. Questo, come si noterà più precisamente in

seguito, assegna anche un potere istituzionale differente alle due figure di coordinamento educativo.

Pur considerando le specificità dei contesti, però, quello che può essere notato, è una differente componente progettuale e di orientamento del gruppo, nei momenti in cui le professioniste sono chiamate a ciò. Come descritto in riferimento ai singoli contesti, infatti, il coordinamento educativo nel primo servizio viene svolto con una preponderante direzione verso la gestione organizzativa e della turnistica, senza una forte spinta all'orientamento della progettualità educativa del gruppo. In questo contesto, come descritto, la coordinatrice educativa non viene rappresentata come una figura autorevole, con un ruolo di forte indirizzo del gruppo. Nel secondo contesto, invece, l'attenzione alla progettualità, alla significazione delle esperienze e delle attività messe in atto è la caratteristica principale del ruolo e dell'agire della coordinatrice, rappresentata come il "perno" che tiene unito il gruppo e lo indirizza, come una delle figure autorevoli del servizio, insieme ai medici.

Accomuna, invece, la figura del coordinatore educativo nei due contesti la formazione: entrambe, infatti, sono formate come educatrici (con i diplomi dei corsi regionali, convertiti in laurea attraverso successivi studi universitari) e hanno lavorato come educatrici prima di assumere un ruolo di coordinamento. Il sapere accumulato negli anni di formazione, però, sembra non essere sufficiente per costruire il ruolo e le pratiche necessarie per il coordinamento: *«La scuola educatori ti dà un'infarinatura di saperi che vanno dalla psicologia, alla psichiatria, alla farmacologia, alle scienze sociali, al diritto...su cui poi negli anni stratifichi le tue esperienze personali, le tue esperienze professionali e i saperi che man mano raccogli. Per cui negli ultimi anni io ho elaborato e usato un sacco di competenze raccolte nei settori» (Intervista 6 contesto 1)*. L'esperienza, attraversata come educatrici in anni precedenti e, in seguito, come coordinatrici, sembra essere fondamentale nell'acquisizione di un "sapere" per il ruolo di coordinamento.

Mentre, però, nel primo contesto, il sapere della coordinatrice viene raccontato come poco definito, basato fortemente sull'esperienza, nel secondo contesto vengono individuate e rappresentate diverse aree in cui serve acquisire competenze specifiche per il ruolo di coordinamento. In questo senso, nel secondo contesto sono ben chiare diverse competenze che orientano e guidano l'agire della coordinatrice: l'area relazionale, l'area progettuale, l'area di gestione del gruppo, l'area amministrativa e burocratica.

Relativamente alle pratiche delle figure di coordinamento, un primo fondamentale aspetto è relativo al fatto che queste professioniste non lavorano su turni, come educatori ed infermieri, costruendo dunque una pratica professionale non completamente centrata sulla relazione con

gli ospiti e presente ventiquattrore su ventiquattro all'interno del contesto. Questa caratteristica viene notata chiaramente sia dalle coordinatrici, sia dagli altri membri dell'équipe: «Non lavora sui turni» (Intervista 7 contesto 1). «Sto meno coi ragazzi ad esempio» (Intervista 6 contesto 1). «Anche se sono gli educatori quelli che poi agiscono, io conosco comunque tutti i progetti che portiamo avanti con gli ospiti» (Intervista 1 contesto 2). La coordinatrice del primo contesto è maggiormente presente nella gestione quotidiana della comunità e delle attività degli ospiti, costruendo un suo agire più a contatto con le figure educative, rispetto alle quali, come notato in precedenza, la coordinatrice percepisce un senso di solitudine. Anche nel secondo contesto la coordinatrice è spesso presente in comunità, ma le sue pratiche tendono ad essere distinte da quelle di infermieri ed educatori, andando più spesso a supportarle o indirizzarle.

Accomuna le due figure una seconda direzione dell'agire lavorativo, ossia quella parte di lavoro organizzativo e burocratico, di relazione con altri enti, servizi e professionisti.

Questa doppia articolazione delle pratiche agite porta a considerare anche i luoghi in cui vengono svolte: questi, infatti, sono in parte quelli già evidenziati per il lavoro del medico, definiti e "isolati", in parte quelli dove si svolge la vita quotidiana degli ospiti: «Non ho cucinato ieri, perché il martedì a pranzo mangiamo la pizza che prendiamo da una pizzeria da asporto» (Intervista 6 contesto 1). Queste parole, ad esempio, evidenziano il fatto che nel contesto capita che la coordinatrice si occupi di cucinare, azione che viene svolta nella cucina della comunità, spesso in compagnia di qualche ospite. «Ci sono casi in cui passa ad azioni più operative» (Intervista 5 contesto 2): anche in questo caso, emerge la possibilità, già sperimentata, che la coordinatrice svolga anche azioni definite come operative, di relazione diretta e attiva con gli ospiti e con le attività quotidiane.

Altre direzioni di azione della figura di coordinamento, invece, richiedono luoghi differenti, precisi e delimitati: «Poi c'è tutta la parte amministrativa che è una gran fetta del suo lavoro...quindi tante ore dedicate al lavoro alla tastiera, piuttosto che a scrivere...» (Intervista 8 contesto 2). «Poi avevo un'équipe, infilata dall'una alle due per l'organizzazione della Residenza Leggera, e poi dalle due fino alle 4 e mezza l'équipe della comunità» (Intervista 1 contesto 2). «Poi ho gestito una parte organizzativa di telefonate, risposte per mail a scuole, servizi vari...Al pomeriggio ho lavorato ancora al computer per rispondere ad alcune mail, ho recuperato alcune telefonate» (Intervista 6 contesto 1). Le parti del lavoro dedicate alla conduzione del lavoro di équipe, alla gestione di questioni burocratiche, amministrative, di rapporto con enti esterni, vengono agite dalle figure di coordinamento in tempi e spazi collocati "al di fuori" della vita quotidiana della comunità.

In questo senso, quindi, delineata secondo gli aspetti del ruolo, del sapere e delle pratiche appena descritti, la figura di coordinamento educativo, seppur con le rilevanti differenze messe in luce, appare come un profilo professionale “intermedio” tra quello del medico e quello di educatori e infermieri. Le due coordinatrici, in modo differente, tengono le fila di parte del lavoro del gruppo e, per fare ciò, abitano spazi e tempi differenti rispetto a quelli di educatori e infermieri; allo stesso tempo, però, sono realmente presenti anche durante momenti e spazi dove trascorre la vita quotidiana degli ospiti della comunità.

La descrizione del profilo dell’educatore, che si presenterà tra breve, aiuterà a mettere in luce ulteriormente questa linea di specificità della figura di coordinamento rispetto alla gestione operativa e quotidiana del lavoro svolto nelle due comunità esplorate.

7.2.4 L’educatore

- Primo caso di studio

L’immagine che aiuta a rappresentare il ruolo dell’educatore nel primo contesto esplorato è tratta dal collage realizzato da una delle educatrici presenti:



Figura 15 (Particolare del collage 7 contesto 1)



Figura 16 (Collage 7 contesto 1)

La figura 15 viene narrata dall’autrice con queste parole: «Questo è il simbolo del classico ruolo dell’educatore che aiuta il ragazzo e gli sta vicino. L’educatore sta a contatto col paziente 24 ore su 24, è quello che conosce effettivamente il paziente, lo trova nei momenti brutti, belli, sempre, conosce il ragazzo a 360 gradi» (Narrazione del collage 7 contesto 1).

La rappresentazione dell’idea di “vicinanza” è, quindi, centrale nella definizione dell’educatore nel primo caso studiato. Questa vicinanza riguarda diversi aspetti del lavoro educativo: in questo senso, emergono due dimensioni che caratterizzano il ruolo dell’educatore: una vicinanza rispetto agli aspetti empatici, emotivi, relazionali con gli ospiti, e una vicinanza relativa alla condivisione dei momenti di vita quotidiana.

La vicinanza emotiva e relazionale viene descritta come un coinvolgimento dell’educatore che si espone e si mette in gioco personalmente e totalmente nel rapporto con l’ospite:

«Supportiamo e aiutiamo con una vicinanza estrema i vari ragazzi che qui vengono, mettendoci in gioco sempre e spesso, arrampicandoci a volte su delle cose che sono più grandi di noi, e quindi poi non è sempre facile, bisogna trovare un modo per avvicinarsi sempre più all'altro ma si fa sempre fatica, perché non è comunque facile» (Intervista 12 contesto 1). «Il ruolo dell'educatore è quello di capire i ragazzi ed aiutarli nelle problematiche che emergono. [...] Secondo me il ruolo più importante, quello fondamentale, è quello dell'educatore, perché è quello che sta di più con i ragazzi, è quello con cui il ragazzo si apre di più» (Intervista 10 contesto 1). Anche i protocolli osservativi rilevano come presente e importante la componente del ruolo dell'educatore legata al relazionarsi: «V. è molto arrabbiato, viene ripreso e affiancato da un'altra educatrice: con lei si ferma a parlare per circa un'ora in cucina» (Osservazione 7 contesto 1). «Percepisco una sensazione di accoglienza nei gesti degli educatori quando accolgono i ragazzi che tornano da scuola o da qualche altra attività» (Osservazione 7 contesto 1). Il lavoro educativo, quindi, appare innanzitutto rappresentato come un lavoro di vicinanza relazionale, di costruzione di legami e rapporti con gli ospiti presenti, anche attraverso la condivisione di aspetti di vita pratica e quotidiana. Questo è, infatti, il secondo aspetto che caratterizza il ruolo dell'educatore, chiamato ad occuparsi di aspetti legati alla gestione della quotidianità: «Quella che viene messa in atto nelle azioni quotidiane, nel mangiare, nel dormire, nel lavarsi è la parte che vede coinvolti noi educatori, il nostro ruolo» (Intervista 7 contesto 1). «Alla fine noi educatori siamo chiamati a coinvolgerci nella vita quotidiana e pratica dei ragazzi, perché è il nostro mandato, il nostro lavoro» (Intervista 12 contesto 1).

L'aspetto della gestione del quotidiano, del vivere costantemente a contatto con gli ospiti, occupandosi anche di questioni pratiche è uno degli aspetti di difficoltà riportati dagli educatori stessi in relazione al proprio ruolo. Vengono sottolineate, infatti, le dimensioni di "pesantezza" e "logoramento" derivanti dalla prolungata e costante condivisione di tempi e spazi con gli ospiti: «Penso sia proprio specifica del ruolo dell'educatore, forse anche un aspetto molto difficile, perché logora, ma alla fine è proprio nel fare quotidiano che si gioca l'azione degli educatori...» (Intervista 6 contesto 1).

La completa dedizione e concentrazione su attività di gestione pratica e quotidiana è raccontata dagli educatori del primo contesto come l'"esecuzione", la messa in atto concreta di quanto deciso, a livello terapeutico da altri professionisti: «Noi operiamo su alcune cose che ci vengono dette, ad esempio rispetto a quanto dice la neuropsichiatra si capisce fin dove l'intervento educativo può arrivare, fin dove c'è un ostacolo che non siamo noi ma è la malattia, la patologia... Noi siamo un po' quelli che operano in concreto nelle cose che ci

vengono dette» (Intervista 4 contesto 1). «A volte mi sento un po', come educatrice, un "esecutore" nella pratica di quanto deciso, siamo noi educatori ad agire» (Intervista 12 contesto 1). Anche differenti professionisti dell' *équipe* sottolineano il carattere di "messa in atto" nella pratica che contraddistingue il ruolo dell'educatore, in riferimento a pensieri terapeutici formulati da altri professionisti: «È molto chiaro che loro non sono i terapeuti, interpretano anche delle linee terapeutiche finché possono, come le comprendono, perché chiaramente non rientra nella loro professione in senso stretto, tutta la parte di terapia...» (Intervista 5 contesto 1). «Sono poi degli esecutori dei percorsi dei ragazzi» (Intervista 13 contesto 1). Seguendo questa direzione, il ruolo dell'educatore non emerge con caratteristiche forti legate a un pensiero educativo progettuale e attivo. Una parte progettuale e di pensiero relativa al ruolo dell'educatore viene riportata dalle parole del medico e di una educatrice: «L'educatore si occupa soprattutto dell'aspetto educativo, si occupa della parte qui di capire, di portare un suo materiale che è poi quello della griglia di osservazione, in cui ha una visione in tutti i contesti del ragazzo e traduce questa visione in "che capacità di autonomia ha"» (Intervista 9 contesto 1). «La parte di ragionamento, anche per il tipo di lavoro che fanno la portano soprattutto psichiatra e psicologa, noi portiamo pensieri relativamente a quelli che facciamo o che vediamo fare dai ragazzi, ma sono "pezzi" sempre molto legati ad azioni o accadimenti quotidiani» (Intervista 4 contesto 1). Dalle parole riportate emerge un ruolo educativo costruito su un pensiero esercitato sempre e comunque in forte riferimento a una componente di gestione pratica, legato ad esempio allo strumento della griglia di osservazione, centrata sul monitoraggio delle autonomie dei ragazzi nelle aree di azioni quotidiane.

In riferimento a un pensiero progettuale, anche la parte di vicinanza relazionale prima descritta non appare sempre orientata da un chiaro e definito pensiero, condiviso a livello di *équipe*. Si è spesso osservato, infatti, che durante la riunione di *équipe*, condividendo le pratiche agite coi ragazzi, spesso vengano messe in luce contraddizioni o azioni non progettate o condivise. In questo senso, come nota la ricercatrice nelle osservazioni, spesso il medico «Invita il gruppo soprattutto a riflettere sul senso di alcune scelte e di alcuni comportamenti. Sottolinea inoltre di essersi accorto che il gruppo di operatori spesso non è compatto nei comportamenti e nelle strategie che agisce nei confronti dei ragazzi, e che pensa sia necessaria una maggior condivisione e discussione del proprio operato» (Osservazione 19 contesto 1).

Quanto tematizzato in riferimento alla vicinanza relazionale e alla condivisione di tempi e attività quotidiane coi ragazzi, si ritrova anche nelle pratiche degli educatori. Gli educatori

lavorano in base a una turnistica che li vede presenti in comunità ventiquattr'ore su ventiquattro: trascorrendo, dunque, coi ragazzi, tutta la giornata, sono chiamati a prendersi cura sia della relazione e dell'interazione coi ragazzi, sia delle attività quotidiane: *«Siamo quelli che facciamo praticamente tutte le cose che riguardano la vita quotidiana dei ragazzi in comunità» (Intervista 7 contesto 1)*. *«Ho dato il cambio a A. nell'aiutare a studiare una ragazza perchè doveva preparare una verifica, è in terza e deve fare una piccola tesina. Era un po' in ansia, ha avuto una crisi di pianto in cui si è sfogata, avrebbe dovuto andar via alle 6 invece ha voluto restare qui fino alle 9» (Intervista 12 contesto 1)*. La cura del quotidiano e la cura delle relazioni con i ragazzi, nel contesto esplorato, sono aspetti estremamente interrelati tra loro nell'agire degli educatori, tant'è che la vicinanza relazionale e le interazioni con i ragazzi vengono agite e raccontate in riferimento alle azioni quotidiane da svolgere: *«Loro sono quelli che stanno coi ragazzi, che fanno cose concrete e che aiutano anche a dare senso a quello che fanno...c'è tutta questa attività estremamente importante e quotidiana, che va avanti per mesi, per anni...in cui si stabiliscono relazioni...» (Intervista 5 contesto 1)*. *«Sta comunque nelle azioni pratiche il nostro lavoro, perché è lì che si gioca il nostro rapporto coi ragazzi e la possibilità di costruire qualcosa con loro» (Intervista 12 contesto 1)*. L'agire dell'educatore in questo contesto, quindi, viene rappresentato e significato in relazione alla forte componente di azioni pratiche e quotidiane che occupano la sua giornata lavorativa, all'interno della quale avviene anche la componente relazionale del lavoro. Questa gestione della quotidianità, vissuta spesso nei suoi caratteri di pesantezza e logoramento prima accennati, non appare sempre guidata da una progettualità che veda le azioni compiute e proposte inserite all'interno di una cornice di senso e significato che vada oltre la necessità pratica.

Quando vi è occasione di un lavoro diverso rispetto all'azione pratica, viene descritto come una situazione "particolare", in cui una situazione eccezionale ha creato le condizioni per un agire differente: *«Ho visto che eravamo in tanti, R studiava con G, la S aveva delle commissioni da fare, io ne ho approfittato per scrivere una parte del progetto terapeutico di A con la G, perché abbiamo anche queste robe da fare. I ragazzi sono tanti, ogni educatore è di riferimento per alcuni ragazzi e deve occuparsi di tenere le fila dei loro progetti, curarne la stesura scritta, condividendola con le Dottoresse, quindi bisogna trovare anche questo tempo» (Intervista 7 contesto 1)*.

Inoltre, vi è una attività in particolare, ben separata e distinta dal quotidiano, che è stata notata e raccontata come pensata e progettata: ci si riferisce a un laboratorio di teatro, condotto settimanalmente da due educatori e rivolto solo ad alcuni ragazzi. In questa occasione, gli

educatori si recano in una stanza al piano sotterraneo della comunità, dunque in uno spazio differente rispetto a quello delle azioni quotidiane, in un tempo specifico. A questa particolare attività, i due educatori coinvolti dedicano pensieri e progettualità, azioni che, invece, non vengono agite dagli educatori per altre attività, come notato. Si dice, infatti, relativamente all'attività del teatro: *«Alle 15 più o meno sono scesa con R al piano di sotto per preparare la stanza in cui facciamo teatro con alcuni ragazzi e mettere a punto la progettazione dell'attività. Noi due gestiamo questo momento, che è una sorta di attività teatrale per aiutare i ragazzi a tirar fuori anche le emozioni principali che vivono [...] Si vedono alcune cose che poi si possono usare nella vita reale per aiutarli a tirare fuori maggiormente determinate emozioni...»* (Intervista 4 contesto 1). Il resto della quotidianità, invece, appare poco riempito da un'intenzionalità e una progettualità di tipo educativo. Ad esempio, la riunione settimanale coi ragazzi viene raccontata come un momento di azione educativa, *«Quando abbiamo finito teatro c'è stata la riunione dei ragazzi, che è un momento secondo me molto utile e importante per gli educatori, perché ci si confronta con loro...»* (Intervista 4 contesto 1), ma le osservazioni effettuate non hanno rilevato una progettazione di questo momento da parte degli educatori, che viene svolto e condotto in maniera "improvvisata" e quasi sempre legata ad eventi e situazioni contingenti: *«La riunione dei ragazzi è stata condotta con svariate contraddizioni di chi conduceva. I ragazzi a volte dicevano di non capire le domande che venivano loro proposte»* (Osservazione 11 contesto 1). *«Viene letta dalla coordinatrice una lettera scritta da una ragazza a I., ricoverata in ospedale. A partire da quella si avvia il dialogo coi ragazzi sui loro vissuti circa il ricovero di I., il suo star male mentre era in comunità e il suo prossimo ritorno dopo Pasqua. La situazione è "calda" e urgente, i ragazzi hanno urgenza di parlarne. La riunione, però, è condotta solo dalla coordinatrice, senza un apparente accordo e condivisione dell'organizzazione del momento con gli altri operatori. Un'educatrice è messa molto in difficoltà da una domanda a bruciapelo della coordinatrice durante la riunione»* (Osservazione 18 contesto 1). Anche il tempo "quotidiano" osservato dalla ricercatrice sembra molto spesso gestito e organizzato da azioni degli educatori senza una progettualità che le guidino e le reggano: *«Gli educatori propongono qualche partita a ping-pong e invitano ad andare a fare i compiti»* (Osservazione 5 contesto 1). *«Al momento iniziale del pomeriggio non c'è nulla di proposto dagli educatori, i ragazzi vagano qua e là tra un locale e l'altro della comunità»* (Osservazione 15 contesto 1).

Nel primo contesto, dunque, la pratica degli educatori sembra orientarsi poco in base a un pensiero e una progettualità educativa che guidi la gestione e l'organizzazione quotidiana. Si seguono in linea di massima le direttive delineate dal pensiero di psichiatra e psicologa, a cui

gli educatori riferiscono alcune delle proprie pratiche e a cui, come si è notato, si rivolgono quando necessitano di chiarimenti e delucidazioni: «Noi operiamo su alcune cose che ci vengono dette, ad esempio rispetto a quanto dice la neuropsichiatra» (Intervista 4 contesto 1). «Noi applichiamo quello che ci viene detto durante gli incontri settimanali, quello che ci viene riferito sul punto in cui ci troviamo, su cosa dovrebbe essere fatto, come...» (Intervista 13 contesto 1).

Anche i momenti di scambio e consegne tra un educatore e l'altro sembrano evidenziare un'attenzione ad aspetti pratici e organizzativi, con minor tendenza a pensieri progettuali: sono state osservate consegne date in modo orale, mentre si è visto mettere raramente in pratica la scrittura di diari giornalieri per tenere una traccia riflessiva di quanto agito: «Gli educatori e gli infermieri parlano tra loro nel momento del cambio di turno, si discute di aspetti legati all'alimentazione, alla gestione dei vari momenti della giornata, con riferimento anche alla gestione pratica di quei momenti in comunità» (Osservazione 19 contesto 1). La scrittura è una pratica che può consentire al lavoro educativo in primo luogo di essere narrato, reso visibile attraverso le parole, in secondo luogo permette di sviluppare un pensiero critico, riflessivo e progettuale su quanto agito⁸⁶¹. Gli educatori del primo contesto, utilizzando poco la scrittura, sembrano mettere in luce una professionalità centrata sulla pratica piuttosto che sul pensiero, rendendo difficoltoso rendere visibile e comunicabile il lavoro da essi svolto, tenendone traccia, come ricorda frequentemente il medico: «La psichiatra rimprovera agli educatori di non lasciare traccia scritta del loro lavoro, lasciando tutto al livello delle chiacchiere e della relazione coi ragazzi. In questo modo si rischia di riportare ai genitori fatti non veri o letti in modo distorto. Chiede agli educatori di scrivere anche per affermare in modo più serio e preciso la loro professionalità» (Osservazione 13 contesto 1).

Richiamando la tematizzazione proposta da Piero Bertolini in riferimento all'azione educativa, seguita come modello pedagogico di riferimento per il presente lavoro, si può notare che l'agire educativo osservato nel contesto non sembri rientrare all'interno di quella che Bertolini definisce «esperienza educativa razionalmente fondata»⁸⁶², in quanto non vi sono sempre intenzionalità e progettualità a guidarla. Secondo Bertolini, infatti, è proprio intorno al carattere di intenzionalità e intorno al riferimento a peculiari unità di senso, ricordate in un precedente capitolo, che può essere costruita un'esperienza educativa razionalmente fondata. Qualora manchi il carattere di progettualità intenzionale, secondo Bertolini, vi è un altro tipo

⁸⁶¹ Cfr. E. Biffi, *Le scritture professionali del lavoro educativo*, Franco Angeli, Milano, 2014.

⁸⁶² P. Bertolini, *L'esistere pedagogico. Ragioni e limiti di una pedagogia come scienza fenomenologicamente fondata*, La Nuova Italia, Firenze, 1999, pp. 159-160.

di esperienza educativa, definita come spontanea, che coinvolge il soggetto da educare nella pratica e nella conoscenza grazie alle situazioni, alle relazioni e agli eventi che accadono. Questo tipo di azione educativa è quella che maggiormente si adatta all'agire educativo osservato nel contesto, differenziandolo, dunque, da quell'esperienza educativa razionalmente fondata che Bertolini delinea quale azione caratteristica di un professionista educativo consapevole e responsabile epistemologicamente.

Inoltre, la turnistica degli educatori vede una loro compresenza insieme agli infermieri, con cui condividono la giornata lavorativa: come già tematizzato in relazione al profilo infermieristico, in questo contesto le azioni degli educatori vengono spesso a sovrapporsi e confondersi con quelle degli infermieri. Entrambi i professionisti gestiscono la quotidianità della comunità e della relazione coi ragazzi, senza un pensiero condiviso che preservi e contempi le specificità professionali, costruendo la propria pratica principalmente in riferimento a quanto suggerisce l'esperienza o a quanto richiedono le circostanze. In questo modo, vi è una sovrapposizione tra ruoli e azioni di educatori e infermieri: «*Gli educatori fanno anche un po' gli infermieri, perché se serve le terapie le danno gli educatori*» (Intervista 13 contesto 1). «*Poi nel lavoro quotidiano, effettivamente, facciamo un po' le stesse cose, capita che anche i farmaci a volte li somministriamo noi*» (Intervista 7 contesto 1).

Strettamente collegata con quanto scritto finora, appare anche la rappresentazione relativa al sapere che guida e orienta l'agire degli educatori: l'esperienza risulta, infatti, essere la direttrice principale che orienta la pratica professionale dell'educatore, che costruisce un "bagaglio esperienziale" utile per agire nel contesto: «*Ci organizziamo con l'esperienza e col confronto...il nostro sapere è un po' quello della quotidianità, che ti guida anche sulle attività che potresti fare. [...] Però la fonte principale è l'esperienza o al massimo il confronto tra le nostre diverse esperienze*» (Intervista 7 contesto 1). «*Mah, io viaggio a esperienza e a confronto coi colleghi...Anche nella riunione che facciamo tra noi educatori e infermieri ci basiamo soprattutto sull'esperienza e su cosa pensa ognuno di noi*» (Intervista 3 contesto 1).

In questo senso, non sembra essere presente un sapere professionale condiviso e riconoscibile che orienti l'agire degli educatori nel contesto. Ricordando il pensiero di Donald Alan Schön, trattato in un precedente capitolo, gli educatori del primo contesto non sembrano possedere quel tratto distintivo che accomuna un certo gruppo professionale: «[I professionisti] condividono anche un comune corpo di esplicita conoscenza professionale, più o meno sistematicamente organizzata, [...] l'insieme dei valori, delle prestazioni, e delle norme in base alle quali attribuiscono un senso alle situazioni della pratica, formulano obiettivi e

direzioni per l'azione e determinano che cosa rende una condotta professionale accettabile»⁸⁶³. Ricordiamo a tal proposito che gli educatori presenti nel contesto provengono da percorsi formativi differenti: alcuni provengono dai Corsi Regionali, in vigore prima della proposta del percorso universitario, alcuni provengono dal Corso di Laurea L/SNT2, e solo una educatrice, assunta su progetti specifici e non direttamente dall'Azienda Sanitaria, è formata dal Corso di Laurea L/19. Questo sicuramente non facilita la sicura e scontata condivisione di un sapere comune, sul quale poter costruire il proprio agire. Gli educatori raccontano e descrivono un sapere appreso che risulta poco utile rispetto al proprio agire: *«Secondo me sulla teoria puoi farci riferimento in maniera molto generale, poi per come sto vivendo io il lavoro qui, quanto ho studiato sui libri lo uso fino a un certo punto, poi dipende tanto da come si presentano le situazioni nella pratica, in base a quelle agisco...Io non sto facendo riferimento a nessun tipo di teoria, di argomenti studiati, perché a volte secondo me vengono fuori delle problematiche basate sulla vita, sull'esperienza diretta, che puoi anche aver studiato tanto, ma non ti è tanto utile in quel momento...»* (Intervista 10 contesto 1). *«C'è una parte teorica di studi, certo, che ti forma nel percorso universitario, in un certo senso forma la base teorica su cui costruisci il lavoro, ma poi non è che la dimentichi nel lavoro, forse rimane "sotto" e la dai per scontata, ma non ci pensi per nulla, parlo per me ovviamente, quando prendi certe decisioni nella gestione quotidiana della comunità, dei ragazzi»* (Intervista 7 contesto 1). Sembra che non vi sia la percezione di un sapere, di una disciplina di riferimento per la pratica educativa, che possa essere di supporto anche alle azioni pratiche e quotidiane che così fortemente caratterizzano l'agire dell'educatore. Le osservazioni della ricercatrice, a questo riguardo, riportano un curioso avvenimento in cui gli educatori non riescano nemmeno a esplicitare quale sia la disciplina di riferimento per la loro professione: *«Ogni professionista doveva compilare un modulo relativo ad alcuni incontri di formazione da frequentare, specificando la sua qualifica professionale e la sua disciplina di riferimento. La psichiatra ha compilato con la disciplina "medicina", la psicologa con "psicologia" e gli educatori hanno lasciato in bianco la voce perché non sapevano come riempirla...»* (Osservazione 14 contesto 1).

L'unica educatrice formata nel percorso universitario di Scienze dell'Educazione operante nel primo contesto esplorato accenna a una capacità di riflessività appresa negli studi pedagogici che consente di leggere, interpretare e progettare l'agire pratico, anche in riferimento al tirocinio universitario: *«A me comunque molte cose di quelle che ho studiato sono state utili, forse però quello che uso di più di quei tre anni, più che un sapere, è lo spunto di riflessione*

⁸⁶³ D. A. Schön, *Formare il professionista riflessivo. Per una nuova prospettiva della formazione e dell'apprendimento nelle professioni*, tr. it. Franco Angeli, Milano, 2006, p. 66.

mia che mi hanno dato. Alcune cose, leggendole e criticandole o essendo d'accordo, mi hanno permesso di costruirmi un pensiero mio applicabile all'agire pratico.[...] Secondo me il tirocinio è la parte più importante che l'università ti dà, che ti fa capire se questo è il lavoro che fa per te, perché lo sperimenti proprio sul campo, è lì che capisci davvero cosa stai mettendo in gioco...» (Intervista 4 contesto 1).

Quanto sottolineato da questa educatrice permette di tratteggiare una capacità di riflessione che orienti l'agire pratico dell'educatore, che va verso l'idea di riflessione nel corso dell'azione proposta da Schön: «Il nostro pensiero serve a risagomare che cosa stiamo facendo proprio mentre stiamo agendo. Sostengo che, in casi come questi, riflettiamo *nel corso dell'azione*»⁸⁶⁴. In questo senso, la componente pratica, di azione ed esperienza risulta essere fondamentale nell'agire professionale e nel sapere che ogni professionista costruisce per orientare l'azione. Quanto sottolinea l'autore, però, è anche l'importante presenza di un pensiero professionale che aiuti ad analizzare, pensare quanto viene agito. Questa componente relativa a una competenza di “pensiero professionale” sembra essere molto debole nel lavoro educativo del primo contesto, che appare basato su una pratica quotidiana routinaria. I professionisti educativi sembrano abituati ad agire, a “fare” nel concreto, ma poco propensi a “pensare”, a ricondurre a senso, intenzionalità, orientamenti educativi le azioni pratiche del loro agire. Il dispositivo educativo della comunità sembra essere vissuto come “educante di per sé”, rinforzando questo tipo di agire, concentrato e immerso in una pratica senza un pensiero approfondito. La spinta a pensare proviene frequentemente da parte della psichiatra che aggiunge lei stessa anche la parte di pensiero educativo.

Non appare, quindi, la percezione di un sapere chiaro e definito, anche ripensando a quanto appreso in formazione, che orienti la pratica dell'educatore e sia un riferimento chiaro per la costruzione della professionalità: una prima considerazione a questo riguardo può essere rivolta alla frammentarietà e alla molteplicità dei percorsi formativi per l'educatore, presentati in precedenza, che conducono a una figura professionale non definita né regolamentata. Una seconda considerazione può essere rivolta alla necessità di definire sia il proprio sapere, sia la propria specificità professionale. In questo senso, si è notato che, non riuscendo a riferirsi a un sapere pedagogico come riferimento disciplinare in grado di caratterizzare e rendere narrabile il proprio agire, gli educatori di questo contesto si rivolgono fortemente all'utilizzo di un linguaggio basato su termini relativi al mondo medico e sanitario per descriversi. L'analisi effettuata con il software NVivo, infatti, ha permesso di esplorare le

⁸⁶⁴ Ivi, p. 58.

parole utilizzate dagli educatori (interviste e narrazioni relative ai collage), evidenziando una forte presenza di termini legati al mondo medico e sanitario, insieme a quelli relativi al “fare” per descrivere le proprie azioni. La riflessione su questo aspetto ha permesso di notare l’ipotesi interpretativa secondo la quale non emerge una rappresentazione chiara e definita della professionalità educativa nel contesto che, per narrarsi e descriversi, oscilla tra l’uso di un registro medico e sanitario e la scelta di verbi legati all’idea del “fare” per raccontare la propria pratica.

Quanto scritto finora, dunque, ha messo a tema la rappresentazione del profilo educativo nel primo caso di studio, che verrà confrontato con quanto emerso dal secondo contesto.

- *Secondo caso di studio*

Anche nel secondo contesto esplorato il ruolo dell’educatore viene rappresentato come quello “vicino” agli ospiti, alla relazione con loro e alla condivisione della vita quotidiana in comunità: *«Significa prendersi in carico tutto, dalle questioni che riguardano la casa fino ai singoli progetti riabilitativi, nel senso che sono anche il referente di certe persone, quindi le seguo sia nell’insieme che su singole questioni. In passato è capitato che una certa persona dovesse fare delle uscite mirate nel corso della settimana, solo per lui, per fare determinate cose. Quindi sia la quotidianità, sia interventi mirati a certe cose particolari, programmate»* (Intervista 9 contesto 2).

Come appare già dalle parole riportate, però, la vicinanza richiesta al ruolo dell’educatore viene rappresentata come fortemente intrecciata con l’idea della progettualità: l’agire quotidiano, nelle faccende pratiche e nella relazione con gli ospiti è significato sia dagli educatori stessi, sia dagli altri professionisti, in relazione ai progetti e all’intenzionalità con cui è costruito il percorso di cura per gli ospiti: *«Un educatore qui cerca di mantenere e portare a termine gli obiettivi che si prendono nel momento in cui si scrive il progetto di una persona...[...] Avendo degli obiettivi puoi dirti dove stai andando, cosa hai raggiunto e su cosa devi ancora lavorarci su»* (Intervista 5 Contesto 2). *«Lavorare sulle aspettative, sulle progettualità, sulle risorse, è un po’ il lavoro degli educatori»* (Intervista 1 contesto 2). *«Il ruolo dell’educatore si gioca nella scoperta di alcune potenzialità che magari sono sopite o che magari sono soffocate da alcune esperienze anche di vita e quindi si vanno a individuare quali possono essere gli aspetti cruciali della persona e poi un lavoro proprio di riscoperta e che smuove queste potenzialità perché possano realizzarsi il più possibile in una vita più consona alla loro personalità»* (Intervista 11 contesto 2). La rappresentazione del ruolo dell’educatore, dunque, chiamata a una vicinanza nelle azioni pratiche quotidiane e nella

relazione con gli ospiti, viene raccontata e significata in relazione a un pensiero progettuale che accompagna e caratterizza questi aspetti. Un ruolo così tematizzato viene ritrovato in maniera congruente nelle pratiche agite dagli educatori nel contesto.

Emerge, innanzitutto, una consapevolezza e un'attenzione relativa al definire e organizzare il lavoro quotidiano, senza lasciare che avvenga in maniera casuale: *«La prima cosa che ho fatto è stata controllare gli impegni della giornata, pianificare col collega quali cose fare nel pomeriggio» (Intervista 5 contesto 2).* *«Ad esempio io seguo due di loro nell'orto, che abbiamo iniziato due anni fa con Cascina Gatti, mentre adesso forse ci danno un orto qui dove ci sono gli orti comunali, ce ne assegneranno uno. Lì, certo, è un'attività "banale" e quotidiana, ma devi utilizzare gli attrezzi, ci sono delle competenze da sviluppare e devi aiutarli, supportarli, è molto interessante» (Intervista 8 contesto 2).* *«Abbiamo mangiato, poi alla sera alle 8 era prevista un'uscita con M., programmata da tempo. Lui aveva questa richiesta di andare in una delle viette sotto i portici dietro piazza del Duomo dove aveva sentito dire che si trovavano i writers, anche quelli che fanno break dance. Era una cosa che lui aveva piacere di vedere e l'abbiamo organizzata perché per lui è importante provare ad uscire la sera» (Intervista 9 contesto 2).* Anche l'utilizzo della scrittura, in questo contesto viene abitualmente utilizzato dagli educatori per tenere traccia, comunicare e organizzare il loro agire. Le consegne vengono scambiate sia in maniera orale, ma, soprattutto, attraverso la compilazione di un diario scritto da ogni educatore alla fine del turno: *«Alla fine di ogni turno noi educatori scriviamo i diari» (Intervista 11 contesto 2).* *«Arrivo in comunità: gli operatori che hanno lavorato la mattina stanno facendo il cambio di consegna con gli operatori del pomeriggio. Lo scambio avviene nella stanza dell'équipe, sulla base delle scritture redatte dai professionisti in turno la mattina. Vi è presente anche la coordinatrice, che interviene e aggiorna sulla situazione di alcuni ospiti» (Osservazione 7 contesto 2).* *«Arrivo in comunità, mi apre un'infermiera, in turno con un'altra operatrice. Sono entrambe in stanza operatori e stanno compilando e aggiornando i diari clinici degli ospiti» (Osservazione 10 contesto 2).* La scrittura aiuta a tenere traccia del lavoro svolto, ma anche a comunicarlo per poter progettare e orientare la pratica di tutto il gruppo, oltre a consentire una riflessione critica su quanto agito.

In questo senso, appaiono un'intenzionalità e un pensiero che strutturano l'agire dell'educatore. Anche le azioni più legate alle dimensioni dell'abitare, del vivere quotidiano, vengono pensate e messe in atto in relazione agli ospiti e ai loro progetti: *«Le due educatrici presenti consultano l'agenda relativa ai successivi giorni della settimana e cercano di programmare la gestione migliore dei tempi, le modalità degli spostamenti, in funzione degli*

ospiti e dei loro progetti. Ad esempio, l'indomani un ospite deve essere accompagnato in ospedale per una visita. Si pensa di portarlo in macchina, ma poi, ricordando che parte del suo progetto è volta a portarlo a utilizzare i mezzi pubblici, si decide di accompagnarlo col treno e il pullman» (Osservazione 12 contesto 2). «Alle 17:30 inizia un'attività di cucina che vede impegnati tre ospiti con un'operatrice: questa nel corso del pomeriggio ha sollecitato i tre partecipanti nella scelta del menù, considerando quello che c'è in dispensa. Alle 17:30 insieme scendono al piano sotterraneo della comunità, dove ci sono la lavanderia e la dispensa per prendere il cibo necessario: l'operatrice chiede loro di prendere da soli quanto serve, chiedendole indicazioni se hanno dei dubbi. Una volta risaliti con il cibo in cucina, l'operatrice spiega i passaggi necessari per la preparazione del piatto scelto e invita ciascuno a impegnarsi in uno di questi passaggi. I tre si accordano e collaborano sulla gestione degli spazi e degli attrezzi» (Osservazione 6 contesto 2).

Quanto riportato fa emergere chiaramente sia la presenza delle dimensioni quotidiane nell'agire degli educatori, sia una loro progettazione e messa in atto secondo pensieri e progetti specifici.

Lo stesso momento della riunione settimanale, evidenziato anche in riferimento al primo contesto, viene preparato dagli educatori, soprattutto dalla coordinatrice che cerca di essere presente per condurre l'assemblea e, qualora impossibilitata, telefona in comunità per essere certa della progettazione del momento: *«Mentre sono lì telefona la coordinatrice e un'educatrice si stacca dal lavoro. La coordinatrice al telefono voleva confrontarsi in vista dell'assemblea con gli ospiti e sottolineare alcuni punti importanti da discutere in riunione» (Osservazione 13 contesto 2). «Poi iniziano i preparativi per l'assemblea, i due operatori presenti si consultano sui temi da trattare, rispetto a quanto detto in équipe» (Osservazione 4 contesto 2).*

In questo senso, dunque, è possibile notare un carattere di intenzionalità progettuale che guida l'agire educativo, rendendo possibile la sua definizione nei termini dell'esperienza educativa razionalmente fondata tratteggiata da Bertolini e articolata lungo le diverse unità di senso che ne fanno emergere le direzioni intenzionali. Il riferimento alla *sistemicità* emerge nell'attenzione data allo sviluppo negli ospiti delle autonomie necessarie per far emergere la loro possibilità esistenziale nel contesto sociale e culturale di appartenenza, in relazione anche alla capacità di agire una *socialità* in esso. La direzione della *relazionalità* è messa in luce dall'impostare e costruire le relazioni con gli ospiti secondo un pensiero specifico, non casuale, che ne orienta il senso in vista della progettualità pensata per ogni singolo soggetto. La *possibilità* e l'*irreversibilità* delle azioni educative sono evidenti nel continuo tentativo di

ripensamento, progettazione e verifica di quanto agito, nei momenti dello scambio di consegne e nelle riunioni di *équipe*, in cui i professionisti riflettono sulle possibilità aperte dalle azioni educative e sulla necessità di ri-orientare o ri-progettare quanto già messo in atto. Vi è, infine, da notare la rappresentazione del sapere degli educatori nel secondo caso di studio. Il riferimento all'esperienza risulta presente e importante nella descrizione del sapere degli educatori: *«Formazione interna e continua in cooperativa c'è, ma quello che faccio si basa molto anche su esperienza maturata sul campo»* (Intervista 9 contesto 2). Questo aspetto emerge anche dalle parole utilizzate dagli educatori per raccontare la loro pratica, che vedono un forte uso di termini legati al “fare” e all’”agire”. Insieme al riferimento all'esperienza, però, emerge chiaramente anche una attitudine a ricondurre la propria pratica a un delicato lavoro di pensiero e progettualità, volto ad orientare l'agire ad obiettivi educativi, indicando anche la presenza di un sapere professionale: *«L'educatore proprio per la sua formazione ha questa cosa che dicevo prima di essere più...di pensare a quello che è il progetto di una persona, di essere più focalizzato sull'utilità delle attività, sul progetto riabilitativo»* (Intervista 5 contesto 2). *«Comunque penso che quello che ho studiato abbia sedimentato, sì, sicuramente, se no sarebbe come se chiunque potesse fare qualsiasi cosa, chiunque potesse fare questo lavoro così senza una preparazione»* (Intervista 2 contesto 2). *«Comunque sono tutti saperi o esperienze che devi di volta in volta adattare sulle caratteristiche, sui bisogni del gruppo che c'è in quel momento, proprio perché anche la comunità cambia costantemente, rimangono le mura, ma gli orari, le abitudini, le cose che si fanno cambiano in funzione del gruppo e si crea una cosa abbastanza dinamica»* (Intervista 9 contesto 2).

Le parole riportate consentono di notare come la pratica, anche legata a questioni quotidiane, sia costruita e orientata in base a competenze e pensieri specifici. Questo lavoro viene fortemente promosso dalla coordinatrice educativa, che, come si vedrà meglio in seguito, ha impostato un lavoro di *équipe* molto concentrato sul creare spazi e momenti dedicati alla progettazione, alla significazione e all'orientamento dell'azione educativa. L'attenzione, come si noterà nelle parole della coordinatrice, è anche quella di impostare il lavoro di gruppo con l'arricchimento di una supervisione pedagogica che aiuti nel lavoro progettuale ed ermeneutico per orientare l'agire educativo: *«Noi abbiamo questa supervisione pedagogica con C. e il gruppo degli educatori che lavorano con lei sono in parte di pedagogia, quelli degli appartamenti, mentre noi della comunità abbiamo una formazione differente... [...] con C. ci si interroga molto sui significati, sul senso...e gli educatori sanitari non mi sembra che abbiano questa parte filosofica nella formazione...Da una parte c'è una tecnica più specifica sulle competenze sanitarie, centrate su questa idea di “riabilitazione”, che è il nome che si dà*

spesso all'educazione in ambito sanitario...organizzare dei percorsi che riabilitino. Sicuramente nella formazione di C. c'è più un interrogarsi su quello che si fa, un approccio di pensiero che non c'è tanto in chi arriva da percorsi sanitari». (Intervista 1 contesto 2)

Quanto affermato dalla coordinatrice mette in luce anche un'attenzione particolare rivolta ai diversi percorsi formativi da cui provengono gli educatori: questo fatto, avvertito come elemento di complessità, diviene occasione di riflessione critica sul modo in cui organizzare il lavoro. «*Gli educatori provengono per la maggior parte dalla formazione sanitaria, perché è l'unico titolo riconosciuto...[...] Mi piacerebbe interrogarmi su queste diverse provenienze per una professionalità che è unica e definita, come si differenziano o si assomigliano....perchè mi rendo conto che ci sono delle differenze ed è necessario tenerne conto nel progettare il lavoro del gruppo» (Intervista 1 contesto 2).* In questo senso, la criticità relativa alla frammentazione dei percorsi formativi per educatori e al notare che essi conducano a figure professionali poco definite e con un sapere professionale poco tematizzato, appare anche nel secondo contesto. Il forte orientamento alla progettualità promosso nel gruppo, però, favorisce fortemente la tensione al pensiero e alla significazione del lavoro educativo, che fa trovare in questi elementi la specificità delle professionalità educative. A questo riguardo, è possibile notare che le parole degli educatori non comprendono un massiccio utilizzo di termini provenienti da linguaggi specifici di altre professioni, trovando modalità per narrare il proprio agire e il proprio ruolo in riferimento a una loro peculiarità.

Quanto finora esposto, dunque, sembra far emergere una forte spinta alla riflessione e alla progettazione del lavoro educativo: i partecipanti esprimono il riconoscimento di una competenza e di un sapere proprio degli educatori, che aiuta e orienta la pratica. Anche l'agire rivolto a questioni quotidiane, di gestione domestica, diviene occasione di riflessione per progettarne la messa in atto in vista di specifici obiettivi e significati educativi. I momenti riflessivi basati sull'azione, condivisi tra educatori in turno o durante la riunione settimanale, diventano, in questo contesto, occasione di esplicitare un sapere orientato alla progettazione e alla verifica della pratica educativa. In questo senso, il lavoro di gruppo diventa un luogo in cui il sapere educativo ha tempi e spazi di confronto con punti di vista infermieristici e medici, in vista della progettazione delle pratiche dei diversi professionisti.

- Un confronto tra i casi

L'educatore, insieme all'infermiere, è la figura professionale maggiormente presente all'interno dei contesti esplorati: il lavoro su turni, infatti, prevede una presenza costante degli educatori in comunità.

Il lavoro di analisi ha permesso di identificare il concetto di “vicinanza”, legato a differenti dimensioni, come quello maggiormente caratterizzante il ruolo degli educatori, in entrambi i contesti esplorati. La continua presenza dell’educatore nei contesti, come si è visto, conduce questo professionista a un agire “vicino” agli ospiti nella condivisione degli aspetti di vita quotidiani e nella relazione con loro.

Il ruolo dell’educatore, così vicino agli ospiti, in riferimento alla relazione con loro e alla gestione degli aspetti pratici e organizzativi del quotidiano, viene, però, vissuto e messo in atto nei due contesti con modalità di azione e di pensiero fortemente differenti.

Nel primo servizio, infatti, la gestione pratica del contesto e della quotidianità degli ospiti sembra “avvolgere” completamente il ruolo dell’educatore, che viene descritto, dagli educatori stessi come concentrato fortemente su questi aspetti: *«Noi siamo quelli più “avvolti”, non so se si capisce, dalle dimensioni pratiche, cioè quotidiane, della vita di tutti i giorni dei ragazzi, dalle calze da cambiare all’accompagnarli alle attività varie...»* (Intervista 12 contesto 1). Nel secondo contesto, invece, la parte del ruolo educativo deputata a gestire azioni e questioni quotidiane è descritta come fortemente orientata sulla costruzione di un pensiero progettuale volto a mettere in atto, seppur nelle modalità quotidiane, azioni educative per costruire possibilità di cambiamento per gli ospiti: *«[Un educatore] deve tante volte supportarli [gli ospiti] nelle cose di tutti i giorni, che facciamo, come la cura del sé, le mansioni del quotidiano...Fino ad arrivare ad attività più complesse, specifiche che tu gli proponi in vista di progetti e obiettivi pensati»* (Intervista 9 contesto 2).

In questo secondo contesto sembra, dunque, che il ruolo dell’educatore comprenda la presenza di una componente di pensiero e progettualità specificamente rivolte alle azioni educative messe in atto.

Le osservazioni delle pratiche e i racconti forniti dai partecipanti a questo riguardo hanno permesso di mettere in luce come il ruolo dell’educatore venisse tradotto in pratiche professionali. In entrambi i contesti emerge una forte componente basata su attività e aspetti quotidiani a caratterizzare la pratica lavorativa dell’educatore. Questi aspetti vengono raccontati da tutti i partecipanti, in riferimento alla pratica dell’educatore: *«Sono andata al mercato con la G, abbiamo preso il pollo perché abbiamo pranzato col pollo. Siamo tornate e abbiamo preparato la tavola, G mi ha aiutata»* (Intervista 7 contesto 1). *«Abbiamo giocato a carte con P...poi abbiamo fatto un po’ di attività quotidiane, lavatrici con P., cambiato le lenzuola con P.»* (Intervista 5 contesto 2). Anche nelle osservazioni della ricercatrice appaiono importanti le componenti di “quotidianità” nelle pratiche degli educatori: *«Quando arrivo sta terminando il momento del pranzo: alcuni educatori con qualche ragazzo stanno*

sparecchiando» (Osservazione 7 contesto 1). «Mentre l'educatrice scola il riso, verso le 12:15, chiede agli ospiti che si trovano in salone di apparecchiare la tavola» (Osservazione 9 contesto 1).

In entrambi i contesti la pratica dell'educatore appare quindi, come fortemente "impregnata" di aspetti pratici, concreti, legati alla quotidianità. Il lavoro di analisi effettuato attraverso il software N-Vivo, a questo riguardo, ha permesso di esplorare il tipo di parole utilizzate dai partecipanti per descrivere e raccontare la pratica degli educatori. Questa esplorazione dei dati ha messo in luce come l'agire dell'educatore sia descritto con verbi legati al "fare", al "mettere in atto". Inoltre, tali azioni vengono raccontate in riferimento a luoghi e tempi tipici della vita quotidiana: *«Abbiamo preparato la tavola» (Intervista 7 contesto 1). «Abbiamo studiato» (Intervista 12 contesto 1). «Abbiamo iniziato la preparazione della cena» (Intervista 4 contesto 1).* L'agire dell'educatore abita spazi e tempi quotidiani, si trova esposto a un continuo rapporto con gli ospiti; non vi sono luoghi definiti e delimitati, come si è notato per la pratica del medico e, in parte, per il coordinatore educativo, all'interno del quale un educatore possa delimitare e circoscrivere il suo agire professionale.

In questo senso, la pratica degli educatori, in entrambi i contesti, sembra, in parte notevole, occupata da azioni pratiche, ma i due contesti si differenziano rispetto al modo in cui componenti di pensiero e progettuali contribuiscono a guidare e orientare tali atti.

Nel primo contesto, infatti, come già notato in riferimento al ruolo dell'educatore, questo professionista sembra essere "avvolto" dalle dimensioni pratiche e quotidiane del suo agire. Sembra non esserci spazio per elementi di pensiero e progettualità educativa che si distanzino da questi aspetti: *«Anche i nostri pensieri sono spesso concentrati su questi aspetti, perché bisogna "incastrarsi", tra i turni, gli accompagnamenti, i pasti da preparare...» (Intervista 12 contesto 1).* Il confronto col secondo contesto ha permesso, per differenza, di mettere chiaramente in luce una pratica educativa sempre molto agita su dimensioni quotidiane, ma guidata e orientata da un pensiero e una progettazione.

L'ultimo aspetto da sottolineare relativamente alla pratica degli educatori, comune a entrambi i contesti, è la condivisione con gli infermieri di tempi e spazi di lavoro. In questo senso, queste due professioni si incontrano quotidianamente nella pratica lavorativa: affronteremo puntualmente questo aspetto più avanti, quello che preme qui sottolineare, descrivendo l'agire dell'educatore, è il fatto che spesso gli educatori si trovano a condividere con gli infermieri la maggior parte del tempo lavorativo. Nel primo contesto, all'interno di questa condivisione, come già notato relativamente alla professione infermieristica, spesso c'è poca attenzione e tematizzazione per le specificità professionali, e anche gli educatori si trovano a svolgere

azioni infermieristiche, legate ad esempio alla somministrazione dei farmaci: «*Capita che anche i farmaci a volte li somministriamo noi*» (Intervista 7 contesto 1). «*Noi diamo i farmaci al posto degli infermieri, perché loro non sono sempre in turno...*» (Intervista 12 contesto 1). In questo senso, la condivisione della pratica lavorativa con gli infermieri fa sì che alcune azioni di tipo prettamente sanitario vengano svolte, in maniera interscambiabile, anche da professionisti educativi. Nel secondo contesto, invece, si è notato come vi sia un'attenzione del gruppo e dei singoli alla messa in luce delle peculiarità infermieristiche ed educative, consentendo, quindi, una condivisione di tempi e spazi di lavoro che preveda, però, anche un agire professionale specifico.

La pratica degli educatori, dunque, risulta essere costruita da innumerevoli aspetti, fortemente connessi con dimensioni dell'agire pratico e da una forte condivisione con professionisti sanitari, quali gli infermieri. Il sapere che la contraddistingue, infatti, risulta essere molto legato agli aspetti della vita quotidiana, di quanto agito e, in qualche misura, appreso attraverso l'esperienza. Questi aspetti risultano essere centrali nella tematizzazione del sapere educativo nel primo contesto, che viene a coincidere quasi totalmente con l'apprendimento esperienziale. Nel secondo contesto, oltre all'importanza dell'esperienza, viene messo a tema il riferimento a un sapere educativo centrato sulla capacità progettuale, sullo sviluppo di autonomie e possibilità per i soggetti presenti in comunità.

Quanto scritto finora relativamente al profilo dell'educatore presente nei contesti ha consentito di terminare la prima fase dell'analisi, volta alla tematizzazione e alla comprensione delle rappresentazioni e dei significati emersi in relazione ai profili professionali operanti nei contesti, in relazione agli aspetti del "ruolo", delle "pratiche" e del "sapere". Il processo analitico andrà ora a considerare l'incontro tra questi professionisti, evidenziando criticità, punti di forza e riflessioni a riguardo.

7.3 L'incontro tra sapere medico/sanitario e sapere pedagogico nella pratica professionale

Il presente paragrafo si occuperà di mettere in luce, in riferimento all'analisi dei materiali raccolti, l'incontro tra i saperi medico e pedagogico nella pratica, secondo le modalità e le peculiarità attraverso cui questo incontro sembra avvenire nei due contesti esplorati.

Si prenderà in esame, in primo luogo, il lavoro di *équipe*, occasione in cui i diversi professionisti riuniti si confrontano per progettare e costruire la pratica professionale del gruppo. In seguito si illustreranno alcune contaminazioni tra ruoli e pratiche professionali

durante l'agire quotidiano, per giungere infine a tematizzare alcune riflessioni sull'incontro tra saperi differenti nella pratica professionale.

7.3.1 Il lavoro di *équipe*: l'incontro tra saperi per progettare la pratica

Presentando i due contesti in cui è stata realizzata la ricerca, si è già evidenziato come la dimensione del gruppo di lavoro multi-professionale sia un elemento fortemente caratterizzante i due servizi. Si è sottolineato, infatti, come l'*équipe* multi-disciplinare si occupi di progettare, organizzare e gestire il lavoro in comunità e di redigere i progetti individuali per gli ospiti: in questo senso, l'incontro tra i differenti saperi, propri di ogni professionista componente il gruppo, dovrebbe consentire la creazione di progetti terapeutici e riabilitativi, orientati alla cura di ogni soggetto, in riferimento a molteplici aspetti. Ogni professionista, in seguito, con la propria pratica professionale, si occuperà della realizzazione di parti specifiche del progetto. La verifica di quanto messo in atto e, dunque, dell'implementazione vera e propria del progetto, avviene nuovamente in *équipe*, dove i diversi saperi si incontrano nuovamente per confrontarsi sulla pratica messa in atto.

In questo senso, il lavoro di *équipe* sembra essere il luogo principale dove i saperi si incontrano, per progettare, costruire e verificare la pratica.

- Primo caso di studio

I collages realizzati dai professionisti per rappresentare il lavoro di *équipe* mettono in luce alcune immagini che fanno emergere significati condivisi da più partecipanti.

In primo luogo può essere notata la rappresentazione del lavoro di *équipe* come un gioco di squadra, in cui l'apporto dei singoli componenti è finalizzato a un unico obiettivo:

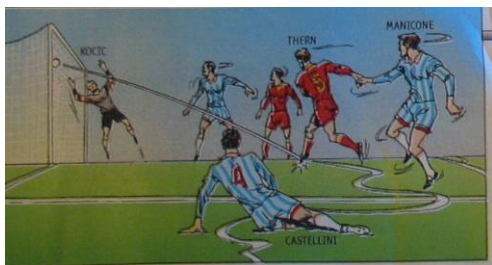


Figura 17 (particolare del collage 1 contesto 1)



Figura 18 (collage 1 contesto 1)

«Il nostro lavoro è un gioco di squadra, un lavoro di squadra, con un unico obiettivo»
(Narrazione del collage 1 contesto 1).



Figura 19 (particolare del collage 11 contesto 1)



Figura 20 (collage 11 contesto 1)

«Questi qui in alto a sinistra, come una squadra, ovviamente siamo noi, un gruppo, tante teste, tante persone, tutte diverse l'una dall'altra...dove c'è una forza in ognuno di noi, chi più e chi meno» (Narrazione del collage 11 contesto 1).

Viene, quindi, portata l'immagine di un lavoro in cui il gruppo viene rappresentato come orientato a obiettivi comuni: l'agire dei singoli membri è differente, ma concorre a una realizzazione unitaria.

Può essere notata, in seguito, l'immagine del confronto, espressa come elemento saliente all'interno del lavoro di *équipe*, costruito sulla presenza di professionisti diversi:



Figura 21 (particolare del collage 2 contesto 1)



Figura 22 (Collage 2 contesto 1)

«Ci sono queste persone riunite in cerchio che discutono, che per me è il momento del confronto, che è fatto da tutti» (Narrazione del collage 2 contesto 1).



Figura 23 (particolare del collage 5 contesto 1)



Figura 24 (collage 5 contesto 1)

«Questa immagine rappresenta il linguaggio dei fiori...volevo raffigurare l'idea dei diversi linguaggi, che ci sono nel nostro gruppo, che per me non è una babele, ma sono tanti linguaggi» (Narrazione del collage 5 contesto 1).

Vi è un confronto, a livello di quanto i partecipanti fanno emergere a livello di rappresentazione, tra i membri del gruppo, basato anche sul fatto che il gruppo sia interdisciplinare e i professionisti parlino, quindi, linguaggi differenti.

Infine, evidenziando le immagini scelte da più partecipanti, è possibile nominare la rappresentazione della difficoltà, espressa lungo due direzioni: la prima direzione è quella della complessità legata al lavoro di un gruppo inter-disciplinare, mentre la seconda direzione è indicata dalla fatica derivante dal rapportarsi quotidianamente con la malattia mentale.



Figura 25 (particolare del collage 12 contesto 1)



Figura 26 (collage 12 contesto 1)

«Le idee che sono alla base del nostro lavoro insieme si scontrano in una guerra costante» (Narrazione del collage 12 contesto 1).



Figura 27 (particolare del collage 3 contesto 1)



Figura 28 (collage 3 contesto 1)

«Ho inserito dei draghi e uno che ci combatte...perché noi spesso lottiamo contro delle cose molto grosse, molto complicate, molto difficili, spaventose anche, per cui dei draghi lo rappresentano bene» (Narrazione del collage 3 contesto 1).

Il lavoro di *équipe*, quindi, non viene rappresentato come un luogo idealizzato o utopistico, ma ne vengono messe in luce aspetti difficoltosi in relazione sia alla multi-disciplinarietà del contesto, sia in riferimento alla complessità del lavoro nell'area della salute mentale.

Dopo aver tematizzato i nuclei di significato espressi dai partecipanti attraverso la scelta di immagini che hanno abitato molteplici collages, la trattazione cercherà ora di mettere in luce caratteristiche e peculiarità delle modalità attraverso cui il gruppo agisce, organizza e progetta il lavoro, considerando i ruoli e gli apporti dei diversi professionisti in questo processo.

Il lavoro di gruppo nel primo contesto analizzato è spesso gestito in due momenti separati: una prima parte vede coinvolti infermieri, educatori e coordinatrice educativa per impostare aspetti legati alla turnistica e all'organizzazione pratica e quotidiana della comunità. Questi momenti del lavoro di *équipe* vengono così descritti nei protocolli osservativi della ricercatrice: *«La riunione nella prima parte si è incentrata su alcune questioni "pratiche": la gestione dei bagni al mattino e alla sera, la gita in montagna. Non c'era una conduzione "forte" della riunione: spesso le persone parlavano tutte insieme, si passava continuamente da un argomento all'altro. Si è fatto più volte accenno al tentativo di cercare una "linea educativa", ma sempre in generale, senza riferirla ai progetti individuali dei singoli ragazzi. Non si arriva a decisioni chiare e univoche sugli argomenti oggetti di discussione. Sulla gita in montagna sembra prevalere la linea di portare solo sei ragazzi, in quanto altri si stanno comportando "male" e al gruppo degli operatori non sembra adeguata la loro presenza in un contesto come quello della gita» (Diario 4 contesto 1).* *«Inizia la riunione tra educatori ed infermieri, il discorso stenta ad iniziare, si continua a dire che è inutile parlarsi in così pochi. In realtà, chiedendosi di cosa parlare, vengono elencati molti discorsi possibili da affrontare.*

Si inizia a parlare di un evento capitato a una ragazza la sera precedente. L'educatore presente racconta quanto successo, alcuni altri intervengono col loro parere. Non mi pare ci si confronti con professionalità sull'argomento ma come chiacchiere. Non vengono pensate strategie di intervento, motivazioni, intenzionalità particolari, ma ci si limita a raccontare l'accaduto o a dire cosa un altro avrebbe fatto se fosse stato presente» (Diario 13 contesto 1).

Una partecipante rappresenta questi momenti di *équipe* con un'immagine nel collage relativo alla rappresentazione del lavoro di gruppo:



Figura 29 (particolare del collage 1 contesto 1)



Figura 30 (collage 1 contesto 1)

L'immagine è accompagnata dalla seguente narrazione: *«A volte è veramente confusionario il lavoro, e allora serve che arrivi la figura del capo, la neuropsichiatra, che raccolga e porti ordine...» (Narrazione del collage 1 contesto 1).*

In questo senso, sembra che la prima parte del lavoro di *équipe* che vede coinvolti educatori, infermieri e coordinatrice educativa si limiti ad una organizzazione pratica, all'interno di un'atmosfera confusionaria, non chiaramente diretta e condotta, che non consente un effettivo confronto tra differenti saperi in vista di una progettazione pensata e condivisa della pratica professionale. Inoltre, la divisione del lavoro di *équipe* in due momenti sempre distinti sembra suggerire e rinforzare l'idea che le questioni pratiche e organizzative riguardino solamente educatori, infermieri e coordinatrice, mentre sia necessario attendere l'arrivo della psichiatra per iniziare a mettere in atto un lavoro progettuale o riflessivo.

Infatti, quando arriva la figura del medico, innanzitutto il registro del lavoro di *équipe* cambia decisamente, come si nota nelle osservazioni *«Quando entrano psicologa e psichiatra la riunione cambia "registro": la conduzione viene assunta in maniera "forte" dalla psichiatra. Chiede il silenzio, fa le domande, espone il suo pensiero con forza. Ad esempio relativamente alla gita chiede di ripensare all'idea di lasciare a casa alcuni ragazzi: non considera la gita un premio, ma una possibilità "terapeutica" che la comunità offre e che può essere presentata anche ai ragazzi più in difficoltà con una presenza educativa solo per loro.[...]»*

(Osservazione 4 contesto 1). «Nella riunione di oggi non c'è la psichiatra. La psicologa chiede quali siano i problemi principali del momento agli educatori, si trattano alcune situazioni in particolare. Alcune persone si alzano, vanno e vengono. C'è molta confusione, non si riesce a parlare quasi di nulla. La psicologa dice espressamente "Fate così perché non c'è A. (la psichiatra)» (Osservazione 21 contesto 1).

Il lavoro di *équipe* di questo servizio sembra essere principalmente costruito intorno alla figura del medico, che è quella che, con il suo ruolo e il suo sapere, delineati in precedenza, porta nel gruppo la possibilità di pensare, di interrogarsi intorno a dei saperi per significare la pratica, come ben sottolinea un'educatrice: «L'esperienza teorica ce la dà la neuropsichiatra. Comunque con la neuropsichiatra nelle riunioni, lei spiega sempre molta teoria, relativamente ai vari comportamenti...quello che noi non arriviamo a capire, lei ci spiega veramente bene il perché, come comportarsi, cosa fare. Però quando non si riescono a capire certi comportamenti, magari banali...magari poi la dottoressa ti spiega per filo e per segno...lei quando parla coi genitori, lei tira fuori tanto e ci spiega tanto...Il ruolo della teoria lo porta la Dottoressa, ci aiuta a guardare a lungo termine...» (Intervista 11 contesto 1).

Il collage realizzato dal medico, infatti, offre la rappresentazione di elementi legati alle dimensioni del pensare, del capire, come fondanti il lavoro di *équipe*:



Figura 31 (particolare del collage 9 contesto 1)

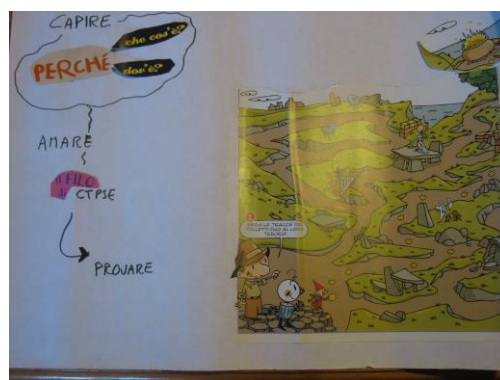


Figura 32 (collage 9 contesto 1)

«Questo filo l'ho voluto chiamare "capire", quando rompo le scatole sulle formazioni, perché bisogna capire chi è, cos'è, dov'è, in tutte le situazioni che ci troviamo davanti, altrimenti se uno non capisce non può neanche partire a fare niente» (Narrazione del collage 9 contesto 1).

Il ruolo e il sapere del medico, in questo contesto, consentono la creazione di un gruppo di lavoro che vede in lei un chiaro riferimento di competenza, autorevolezza e potere, ben

esemplificato da un'immagine scelta da un membro dell'*équipe* per rappresentarne la struttura:

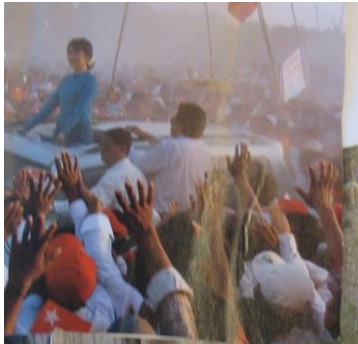


Figura 33 (particolare del collage 13 contesto 1)



Figura 34 (collage 13 contesto 1)

«Abbiamo una struttura nel nostro lavoro che è ben strutturata, cioè c'è un capo, ci sono addetti, c'è collaborazione tra gli addetti» (Narrazione del collage 13 contesto 1).

La figura del medico costruisce il lavoro del gruppo: il suo sapere orienta il pensiero e la progettazione della pratica. Questo fa sì che gli altri professionisti, riconoscendo in lei la fonte principale di orientamento e direzione, si “adagino” nel ritagliarsi un ruolo “esecutivo”, costruito sull'agire pratico, prestando poca attenzione alla parte di pensiero e progetto. Anche il ruolo del coordinamento educativo, come è stato notato, segue questa logica: si occupa principalmente di questioni organizzative nella prima parte della riunione, delegando a quando arriverà il medico la parte di pensiero e significazione della pratica. Questo ruolo del medico costruisce il lavoro del gruppo in una maniera specifica, come ben sottolineano i diversi membri: *«È un lavoro anche più direttivo, più da responsabile, quindi diciamo che è una sorta di unione tra i vari ambiti...l'ambito terapeutico che fa lei stessa e la psicologa, e il lavoro educativo della quotidianità...è una sorta di sintesi. La psichiatra fa una sorta di sintesi di tutte le componenti, quelle terapeutiche e quelle educative» (Intervista 2 contesto 1).* In questo modo, la figura del medico orienta, attraverso il suo sapere, la pratica professionale di tutti i professionisti dell'*équipe*: si crea, quindi, l'idea che le azioni di riflessione e significazione, anche legate a tematiche educative, infermieristiche, psicologiche, siano competenze provenienti e proponibili soltanto dal medico. In questo senso, il lavoro educativo, fortemente coinvolto in azioni legate alla quotidianità, tende a riferire la parte di significazione e riflessione sulla pratica alla figura della psichiatra; emerge, quindi, la tendenza delle professioni educative a costruire il proprio agire principalmente sulle azioni

pratiche e quotidiane, quasi “tralasciando” e “delegando” il loro sapere, necessario per progettare, significare e verificare le loro pratiche, al sapere del medico.

Inoltre, le osservazioni mostrano come, a livello di quanto agito dai professionisti, il medico inviti il gruppo, o singoli professionisti ad azioni di riflessione e pensiero, come se quasi si fosse creata l’abitudine ad attendere la presenza della psichiatra per tale tipo di pratica lavorativa: «*[La psichiatra] invita quindi il gruppo soprattutto a riflettere sul senso di alcune scelte e di alcuni comportamenti. Sottolinea inoltre di essersi accorta che il gruppo di operatori spesso non è compatto nei comportamenti e nelle strategie che agisce nei confronti dei ragazzi, e che pensa sia necessaria una maggior condivisione e discussione del proprio operato*» (Osservazione 19 contesto 1). «*La psichiatra dirige la discussione e cerca di creare un senso relativamente a tutto ciò che i vari professionisti portano come esempi*» (Osservazione 22 contesto 1).

In questo senso, la figura del medico sembra essere il perno attorno al quale viene costruito l’incontro tra saperi in vista della progettazione della pratica, tant’è vero che i professionisti si rivolgono a lei per qualsiasi questione, ad esempio anche per aspetti educativi, dei quali ci si potrebbe confrontare con la coordinatrice educativa: «*Gli educatori chiedono spesso alla psichiatra come devono agire nella pratica, cosa devono rispondere*» (Osservazione 6 contesto 1).

Seguendo questa direzione di pensiero, in questo gruppo pare essere costruita una logica che vede i singoli professionisti desiderosi e bisognosi di un confronto con il medico, che appare la figura detentrica di un sapere riconosciuto e in grado di orientare la pratica. Proprio per questo, il medico viene rappresentato e percepito, da se stesso e dai membri del gruppo, come fondamentale e determinante per la riuscita del lavoro del gruppo: «*Io comunque mi reputo determinante*» (Intervista 9 contesto 1). «*Tiene lei le fila del lavoro di tutti [...].Lei ha comunque la parte del capo-fila, quella che tiene le redini, dà sicurezza*» (Intervista 13 contesto 1). «*[Quello della psichiatra] è un lavoro anche più direttivo, più da responsabile, quindi diciamo che è una sorta di unione tra i vari ambiti...l’ambito terapeutico che fa lei stessa e la psicologa, e il lavoro educativo della quotidianità...è una sorta di sintesi*» (Intervista 2 contesto 1).

L’incontro tra saperi, dunque, avviene in questo contesto attraverso il riferimento forte alla figura del medico, che “allarga” il suo sapere anche ai campi professionali e disciplinari degli altri professionisti. In questo senso, le figure professionali non mediche sembrano in parte “rinunciare” a un esercizio riflessivo del loro sapere professionale, mettendo in atto una pratica professionale che viene significata soprattutto dal sapere della psichiatra. La pratica

progettata dall'*équipe*, dunque, è fortemente basata sull'apporto del sapere medico e, in misura molto minore, dai saperi provenienti dalle altre professioni, che rimangono concentrate su aspetti concreti e organizzativi del loro agire. I saperi dei professionisti non medici sembrano "scompare" nell'incontro con il sapere della psichiatra, a cui tutti si rivolgono per chiarire e significare anche aspetti peculiari della loro professione. L'incontro in questo contesto sembra quindi costruito su un movimento che collega ogni professionista al medico, senza potenziare o mettere in luce le proprie specificità e competenze professionali e costruendo, invece, dei ruoli e delle azioni esecutive che si rifanno al pensiero e al sapere del medico per significare la pratica.

- *Secondo caso di studio*

Anche nel secondo contesto è possibile rintracciare alcune tematiche di fondo che i partecipanti hanno scelto per rappresentare il lavoro della loro *équipe*. Le tematiche trasversali sono equiparabili a quelle emerse nel primo contesto; vi è, infatti, l'attenzione alla dimensione del gruppo, inteso come unione di persone intorno a un obiettivo lavorativo.



Figura 35 (particolare del collage 8 contesto 2)



Figura 36 (Collage 8 contesto 2)

«C'è la squadra di calcio che condivide con generosità, altruismo, sacrificio lo stesso obiettivo con ruoli diversi» (Narrazione del collage 8 contesto 2).



Figura 37 (particolare del collage 1 contesto 2)



Figura 38 (collage 1 contesto 2)

«Ho rappresentato il nostro cerchio di équipe, sono le magliette e anche nella mia visione esprimono la diversità dell'équipe con le sue professionalità diverse ma anche con le sue diverse formazioni, caratteristiche personali. L'équipe è circolare, così come siamo noi quando facciamo l'équipe» (Narrazione del collage 1 contesto 2).

Appare quindi presente la rappresentazione del gruppo come un insieme di professionisti, riconosciuti nella loro diversità e organizzati intorno a un obiettivo comune. In quest'ultima immagine (figura 37), emerge anche il tema del confronto tra i vari membri, che rappresenta un altro aspetto trasversale.



Figura 39 (particolare del collage 9 contesto 2)



Figura 40 (collage 9 contesto 2)

«Quest'immagine rappresenta un gruppo di persone che fanno scherma e sta a rappresentare il confronto che ci può essere anche all'interno dell'équipe che non è mai visto come una rivalità o il voler imporre il proprio pensiero, o dover subire il pensiero degli altri, quanto quello di dover fare magari una sintesi secondo comunque delle regole o prassi che bisogna darsi» (Narrazione del collage 9 contesto 2).



Figura 41 (particolare del collage 7 contesto 2)



Figura 42 (collage 7 contesto 2)

«Qui sono un po' le posizioni dell'équipe, cerchiamo di stare in cerchio in modo che ci si possa guardare tutti, confrontare tutti» (Narrazione del collage 7 contesto 2).

All'interno della dimensione del confronto, appaiono anche gli aspetti di fatica a rappresentare il lavoro di équipe, sottolineati soprattutto in riferimento alla difficoltà di agire all'interno di un gruppo inter-disciplinare:



Figura 43 (particolare del collage 5 contesto 2)

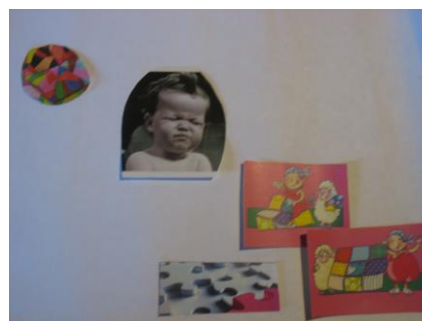


Figura 44 (collage 5 contesto 2)

«Questo invece rappresenta un po' un piccolo malcontento che ogni tanto si crea, no, ci sono dei casi in cui non ci si trova sempre d'accordo» (Narrazione del collage 5 contesto 2).



Figura 45 (particolare del collage 7 contesto 2)



Figura 46 (collage 7 contesto 2)

«Altre volte invece ciascuno ha la propria strada, la propria posizione, però c'è sempre un contesto che ci contiene» (Narrazione del collage 7 contesto 2)

Queste caratteristiche, comuni e trasversali ai collages realizzati nel secondo contesto, consentono ora di tematizzare più nel dettaglio le caratteristiche del lavoro di gruppo in questo servizio.

Va notato innanzitutto che il coordinamento dell'équipe e della struttura è affidato a una figura di coordinamento educativo e non al medico: questo costituisce la base organizzativa sulla quale viene impostato il lavoro del gruppo.

Oltre alle caratteristiche comuni e generali che fondano il lavoro di gruppo e che sono state richiamate in precedenza, in questo contesto emerge fortemente la dimensione progettuale del lavoro di *équipe*:

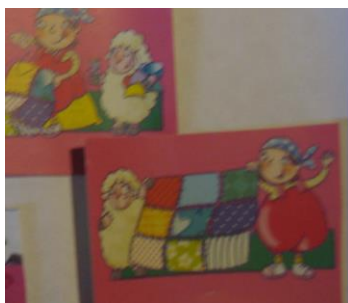


Figura 47 (particolare del collage 5 contesto 2)

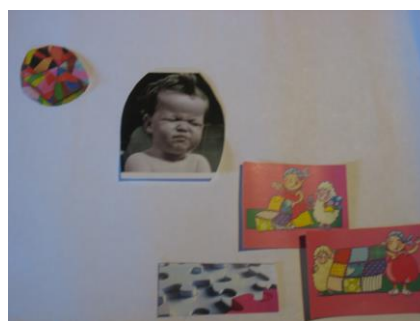


Figura 48 (collage 5 contesto 2)

«Queste due immagini rappresentano come alla fine di questo processo di caos, disaccordo...alla fine si riesce sempre, almeno qui, a trovare il modo di collaborare e mettere insieme i pezzi e riuscire a creare e progettare anche qualcosa di interessante, di originale e di efficace» (Narrazione del collage 5 contesto 2).



Figura 49 (particolare del collage 1 contesto 2)



Figura 50 (collage 1 contesto 2)

«Per me l'équipe è il luogo che inventa, che poi da tutto questo tira fuori delle idee, delle prospettive per il futuro, per cui la lampadina e il razzo rappresentano questa uscita poi dall'altra parte» (Narrazione del collage 1 contesto 2).

L'*équipe* è il luogo in cui il lavoro viene progettato, orientato e indirizzato: questa progettualità viene rappresentata come resa possibile dall'incontro tra punti di vista e saperi professionali differenti, riconosciuti e mantenuti nella loro diversità e specificità:



Figura 51 (particolare del collage 7 contesto 2)

«Ho pensato all'équipe in generale...qui ci sono due bambini che guardano un granchio e ho commentato: "Diversi sguardi, diversi punti di vista"» (Narrazione del collage 7 contesto 2).

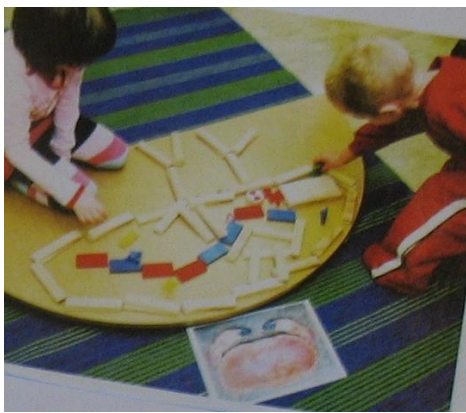


Figura 52 (particolare del collage 7 contesto 2)



Figura 53 (collage 7 contesto 2)

«Poi si cerca di comporre un quadro, quindi cerchiamo di mettere insieme tutte le visioni che abbiamo della persona, del paziente, ognuno con una percezione, un'idea diversa e piano piano, ognuno col proprio contributo, cerchiamo di riprodurre un po' la nostra visione della persona e capire cosa poterci fare» (Narrazione del collage 7 contesto 2).



Figura 54 (particolare del collage 5 contesto 2)

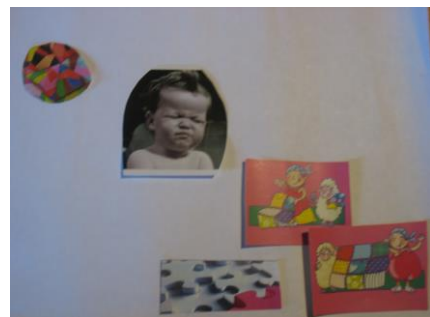


Figura 55 (collage 5 contesto 2)

«Questa è l'immagine finale di questo processo, è un puzzle in cui però c'è un pezzo che ha un colore diverso, nel senso che si costruisce qualcosa di comune ma ognuno mantiene la sua identità, la sua originalità e questo dà un contributo importante a quella che è poi la struttura, il risultato dell'équipe» (Narrazione del collage 5 contesto 2).

In questo contesto, come viene esplicitato nella narrazione riportata, il confronto e la progettazione del lavoro di gruppo avvengono attraverso l'attivo coinvolgimento e la richiesta di contributi professionali specifici, rivolta ad ogni componente.

Oltre che dalle immagini e dalle narrazioni, questo aspetto emerge con chiarezza anche dai protocolli osservativi redatti in occasioni di alcune riunioni di *équipe* osservate: *«La coordinatrice passa poi a trattare le situazioni dei singoli ospiti, chiede di partire da quegli ospiti di cui si parla sempre meno. Si chiedono aggiornamenti agli operatori sulla vita quotidiana in comunità, sulle attività specifiche dell'ospite. In particolare si chiede agli infermieri di aggiornare in merito a nuove terapie o nuovi farmaci iniziati da alcuni. La coordinatrice riporta il parere dei medici circa i cambiamenti di alcune terapie e la necessità di confrontarsi più approfonditamente con loro per alcune situazioni» (Osservazione 12 contesto 2).* *«La coordinatrice chiede poi all'infermiere di occuparsi di una questione definita di "competenza infermieristica", cioè la gestione della nuova normativa relativa all'acquisto dei farmaci, secondo cui la comunità comprerà solo i medicinali psichiatrici» (Osservazione 11 contesto 2).*

Gli esempi riportati mettono in evidenza come il lavoro del gruppo, diretto dalla coordinatrice educativa, sia costruito come un incontro tra i differenti punti di vista e le specifiche competenze dei diversi professionisti. In questo senso, il ruolo di "regia" della coordinatrice aiuta a facilitare il riconoscimento delle specificità professionali, che vanno ricordate e tenute in considerazione in vista di progettare la pratica quotidiana in base a queste. Progettazione e orientamento del lavoro in comunità vengono, dunque, definiti e discussi alla luce dei contributi di tutti i professionisti, coinvolti su aspetti specifici di loro competenza. I diversi saperi si incontrano, dunque, in questo contesto, nel tentativo di riflessione e significazione di un oggetto comune, ovvero la pratica agita ai fini della cura degli ospiti. Inoltre, come già precedentemente notato, le rappresentazioni di autorevolezza sono rivolte, in questo contesto, sia intorno alla figura dei medici, sia intorno a quella della coordinatrice educativa. Questo porta a far sì che non vi sia una sola persona a cui viene attribuita una *leadership* costituita sulla base del ruolo assunto e del sapere posseduto: se i medici sono ritenuti autorevoli per le caratteristiche già esposte, è anche vero che è la coordinatrice ad essere rappresentata come "regista" e "snodo fondamentale" per il lavoro del gruppo. In aggiunta a queste considerazioni

è importante, infine, rimarcare come le figure dei medici e della coordinatrice costruiscano il proprio agire e quello del gruppo sulla base di una richiesta di contributo di tutti i professionisti presenti, relativamente al loro punto di vista disciplinare, alla progettazione delle pratiche e alla riflessione su quanto agito. In questo senso le rappresentazioni di autorevolezza costruite in relazione alle figure mediche e di coordinamento educativo creano intorno a loro dei movimenti circolari di confronto tra professionisti, in continui rimandi tra progettualità e ri-analisi delle pratiche agite alla luce dei diversi punti di vista professionali.

- Un confronto tra i casi

Riprendendo quanto riportato in apertura della presentazione del lavoro di *équipe* nei due contesti studiati, appare come, dalle immagini scelte nei collages, sia possibile individuare dei nuclei di rappresentazioni simili per raccontare il lavoro di gruppo nei due contesti. I temi dell'*équipe* rappresentata come "squadra", del confronto in essa presente e dello scontro che spesso la abita sono emersi in maniera simile nei collages raccolti nei due servizi.

La trattazione successiva, però, prendendo spunto anche dal materiale raccolto attraverso le osservazioni e le interviste, ha messo in luce come questi stessi nuclei vengano messi in atto e vissuti in modi diversi nei due contesti.

Nel primo contesto, infatti, è emerso come la "squadra" sia strutturata fortemente intorno alla *leadership* istituzionalizzata e riconosciuta della psichiatra, attenta a non considerare solo il suo punto di vista disciplinare. Il suo sforzo di tenere in considerazione i differenti professionisti va nella direzione di monitorare, significare e indirizzare il loro agire partendo dalla sua figura, dal suo ruolo e dal suo sapere. In questo modo, come si è notato, il gruppo si struttura, in una maniera funzionale ma specifica, intorno alla sua figura e al suo sapere, ritenuto l'unico fortemente autorevole, in grado di orientare e portare la componente di pensiero su ogni aspetto della vita lavorativa nella comunità. Su questo presupposto si basa anche l'idea del conflitto che viene rappresentata nei *collages*, ossia malumori spesso originati da rimproveri o sottolineature che il medico pone all'operato degli altri professionisti, cercando di far notare incongruenze o aspetti su cui è necessario riflettere o investire maggiori energie. Il conflitto, in questo senso, avviene spesso in seguito al contributo del medico che sposta il punto di vista dalla pratica alla sua significazione o alla riflessione su questa: «*La psichiatra rimprovera loro di non essere abituati a pensare e, come aveva già fatto in incontri precedenti, rimprovera l'assenza delle scritture quotidiane*» (Osservazione 14 contesto 1). Inoltre, le occasioni di conflitto relative a riflessioni progettuali circa gli interventi coi ragazzi coinvolgono spesso solo psichiatra e psicologa, in quanto gli altri professionisti, come notato,

sono principalmente concentrati sull'esecuzione e la messa in atto delle linee di intervento definite: *«Psicologa e psichiatra sono in disaccordo quando si parla di linee di intervento da assumere coi ragazzi» (Osservazione 4 contesto 1)*. Si è osservato, invece, come le figure infermieristiche ed educative siano più portate ad esprimere con forza il loro parere e la loro posizione, anche in maniera conflittuale, qualora siano in discussione questioni che interessano la gestione pratica e organizzativa della comunità: *«Proprio sul finale sorge un'accesa discussione tra un infermiere e un'educatrice sulla gestione dell'emergenza della ragazza che torna dall'ospedale, che va a toccare anche dimensioni dell'organizzazione pratica del lavoro, come la turnistica e il coinvolgimento dei vari operatori nelle decisioni che riguardano tutti» (Osservazione 19 contesto 1)*.

È, dunque, quello che si struttura nel primo contesto, un incontro in cui i diversi professionisti riconoscono un'autorità indiscussa nel medico e nel suo sapere, rimandando a lei questioni, domande, riflessioni circa il loro operato, e rinunciando in parte al pensiero e alla consapevolezza epistemologica circa la propria disciplina di riferimento. Educatori e infermieri appaiono come professionisti molto centrati sulle dimensioni del fare, dell'agire concretamente e organizzativamente in vista del buon funzionamento della vita in comunità, ma poco propensi alla riflessione e alla significazione del proprio agire in vista di una progettualità.

In questo contesto, la struttura istituzionale e organizzativa, proveniente dall'Azienda Sanitaria, privilegia e favorisce il riconoscimento e l'importanza tradizionalmente rivolti alla professione medica, come si è notato in precedenza, tramite i quali vengono attribuiti al medico un certo potere e un certo *status*, derivante dal suo sapere e dal riconoscimento sociale ad esso attribuito. Su questo modello il gruppo si struttura in maniera chiara, funzionale rispetto alla gestione della comunità, ma in cui l'incontro tra saperi viene mediato, reso possibile e significato solo attraverso la figura del medico e del suo sapere.

Il secondo contesto, invece, basato su un'articolazione differente, e dovuta al fatto di essere gestito da una Cooperativa Sociale, vede la coordinatrice educativa come professionista deputato a tenere le fila del gruppo e del lavoro in comunità.

In questo servizio, come si è notato, l'immagine della "squadra" è costruita sull'idea di un gruppo che si confronta in base al riconoscimento e alla richiesta di apporti professionali specifici di tutti i membri. Inoltre, il lavoro del gruppo è raccontato come fortemente caratterizzato dalla progettualità, che, guidata dalla coordinatrice, coinvolge e riguarda tutti i professionisti. Viene riconosciuta un'autorevolezza nelle figure della coordinatrice, come "regista" e guida di quanto avviene in comunità, e nei medici, sulla base del loro sapere e del

loro ruolo. La struttura e l'organizzazione dell'*équipe*, in questo caso, favoriscono il fatto che i medici siano membri del gruppo come gli altri professionisti, diminuendo, in un certo modo, l'autorevolezza e il potere già loro derivanti socialmente e culturalmente proprio per la loro professione. Questo conduce alla possibilità di costruire un lavoro di gruppo che consenta ai diversi professionisti di portare contributi e competenze. La coordinatrice si muove in maniera attenta a questo riguardo, come è stato sottolineato in relazione, ad esempio, alle figure infermieristiche. All'interno di questa cornice, inoltre, ogni professionista è chiamato a relazionare circa le proprie azioni e agli obiettivi progettuali a cui sono rivolte, favorendo la riflessione sulla pratica e il mantenimento di specificità e consapevolezza epistemologica disciplinare.

L'incontro appare, quindi, costruito sull'attivo coinvolgimento dei professionisti, anche per quanto riguarda i conflitti che si verificano all'interno del gruppo, durante i quali viene richiesto e considerato il punto di vista professionale dei vari membri: *«In seguito ci si confronta sulle situazioni dei singoli ospiti. Si inizia ad affrontare un caso su cui il gruppo è molto in difficoltà. Gli operatori raccontano le difficoltà del quotidiano, dichiarando che per loro l'équipe è vissuta come momento “evacuativo” della difficoltà che S. comporta: dopo essersi “svuotati” in équipe è possibile per loro continuare ad affrontare la quotidianità con lui, tenendolo nella giusta considerazione nella gestione quotidiana. La coordinatrice comprende il problema e cerca di sondare diverse possibilità che possono essere messe in atto con S., valutandone senso ed effetti. Anche la psichiatra contribuisce alla discussione, in primo luogo controllando la terapia di S. e esplicitando le modifiche che potrebbero essere fatte, il modo in cui S. potrebbe prendere tali modifiche; dichiara inoltre cosa lei potrebbe dire a S. nel prossimo colloquio. La coordinatrice fa presente di tenere in considerazione e ricordare la storia che S. ha avuto coi farmaci» (Osservazione 10 contesto 2).*

Appare, quindi, un incontro costruito sul riconoscimento delle specificità delle differenze professionali, a cui si richiede di mettere in atto azioni precise, concordate nel gruppo sulla base di una progettualità rivolta al lavoro riabilitativo per gli ospiti. La figura della coordinatrice è descritta e agisce come un “regista”, che tiene le fila e orienta il lavoro del gruppo, richiedendo apporti e riflessioni precise ai singoli membri.

Il lavoro di gruppo, però, non è l'unica parte del lavoro in cui professionisti diversi si incontrano: se, infatti, il lavoro di *équipe* prevede un rapporto tra differenti saperi in vista del progettare o del verificare la pratica, è necessario evidenziare l'incontro che avviene anche durante la quotidiana azione lavorativa di ogni professionista nella *routine* della comunità. In questa sede, infatti, determinati ruoli professionali si trovano a stretto contatto,

“contaminando” a vicenda le specificità appartenenti ai diversi profili. Inoltre, a partire dall’incontro tra i professionisti dell’*équipe*, possono essere messi a tema alcuni punti di attenzione relativi a questo tema, utili a illuminare e significare ulteriormente la traiettoria di ricerca.

La successiva parte del paragrafo, dunque, cercherà di mettere in luce proprio questi aspetti e questi temi, relativi all’incontro tra saperi e professionisti che avviene sia all’interno del contesto di *équipe*, sia nella pratica individuale di ogni professionista nel servizio.

7.3.2 Contaminazioni tra ruoli e saperi professionali nella pratica

In relazione alla domanda di ricerca, il lavoro di analisi del materiale raccolto ha cercato di esplorare anche significati e rappresentazioni per dare un’interpretazione a quella parte di incontro tra saperi e pratiche di professionisti educativi e sanitari che avviene nell’agire lavorativo quotidiano all’interno del servizio.

Educatori e infermieri, come si è già accennato, sono accomunati da una modalità di lavoro su turni e, dunque, condividono la pratica lavorativa quotidiana a stretto contatto. Questo crea un incontro molto ravvicinato tra le loro azioni professionali che, molto spesso, si sovrappongono e si confondono, rendendo difficile definire cosa contraddistingua la pratica di un infermiere da quella di un educatore. Esprimendosi relativamente alla pratica degli infermieri, viene riportato che: *«In realtà fanno un po’ lo stesso lavoro degli educatori nel concreto per la maggior parte del tempo» (Intervista 4 contesto 1)*. *«Secondo me il ruolo dell’infermiere in questo contesto è molto simile al ruolo dell’educatore» (Intervista 5 contesto 2)*. Allo stesso modo, descrivendo il lavoro dell’educatore si sottolinea che: *«Poi nel lavoro quotidiano, effettivamente, facciamo un po’ le stesse cose [degli infermieri], capita che anche i farmaci a volte li somministriamo noi» (Intervista 7 contesto 1)*. *«Quello che ho osservato io, è che anche l’infermiere all’interno della comunità ha un ruolo molto trasversale, non è l’infermiere puro, diventa anche un po’ educatore...» (Intervista 11 contesto 2)*.

Queste ultime parole permettono di evidenziare come l’incontro tra profili infermieristici ed educativi possa concretizzarsi spesso in una sovrapposizione tra pratiche professionali, che vede gli educatori occuparsi delle somministrazioni dei farmaci e gli infermieri che *«giocano coi ragazzi insieme a noi, preparano da mangiare all’ora di cena e tutto quanto...» (Intervista 7 contesto 1)*.

Gli infermieri sono professionalmente presenti nei servizi sia perché previsti secondo la Legge, *«gli infermieri, in seguito all’accreditamento sanitario, sono figure necessarie, per cui*

sono fondamentali, necessarie, rispetto a quello che l'ASL ci chiede» (Intervista 1 contesto 2), sia perché vi è una serie di mansioni sanitarie, farmacologiche di loro competenza, «Loro dovrebbero avere delle competenze un po' più specifiche su questi aspetti...non so...lo studio dei farmaci, piuttosto che l'attenzione per quelli che sono gli aspetti di salute della persona, che comunque rientrano in un progetto complessivo sugli ospiti, sono importanti...tutto questo capitolo del "prenditi cura di te stesso", vuol dire anche "occupati della tua salute"» (Intervista 1 contesto 2). Questo sapere professionale è riconosciuto e ricordato dai professionisti intervistati in entrambi i contesti: «Dovrebbero occuparsi della gestione dei farmaci, dei prelievi o degli esami che i ragazzi devono fare, della gestione della cartella sanitaria dei ragazzi» (Intervista 7 contesto 1). «Il bagaglio di conoscenze infermieristiche ti serve» (Intervista 8 contesto 2). Le azioni pratiche messe in atto in relazione a queste competenze non occupano, però, tutto il tempo lavorativo, creando occasione per una forte "contaminazione" col ruolo e le pratiche degli educatori: «Non è che [l'infermiere] può star lì a guardare per aria aspettando di fare un prelievo...c'è da accompagnare i ragazzi alle varie attività, fare la riunione con loro, studiare, preparare la tavola...E anche gli infermieri si trovano coinvolti in queste azioni» (Intervista 1 contesto 1).

All'infermiere, dunque, viene riconosciuta una competenza specifica, su determinate pratiche, ma che non viene utilizzata per la maggior parte del tempo lavorativo trascorso nel contesto: «Qui non è che ci sia poi molto da fare sul piano infermieristico, di diverso rispetto alle altre professioni» (Intervista 6 contesto 2).

Questa "contaminazione" tra ruolo e pratiche di educatori e infermieri viene favorita anche dal fatto che, come si è già trattato, l'agire educativo in contesti residenziali, quali quelli esplorati, prevede una importante attenzione ad aspetti quotidiani e *routinari*. Tali ambiti, se non progettati, significati e inseriti all'interno di una progettualità educativa, vengono facilmente gestiti come atti ripetuti, legati all'esistenza quotidiana, di cui occuparsi senza nessuna specifica professionalità né progettualità. In questo modo, oltre a costruire l'idea di un lavoro educativo centrato sulla pratica, senza un sapere per orientarla e progettartela, ci crea il rischio di un incontro tra educatori ed infermieri basato su un agire non pensato e ragionato, che conduce ad annullare i saperi e le specificità professionali, perdendone il potenziale.

Come si è notato in apertura di questa trattazione, la "contaminazione" di ruolo e pratiche di infermieri ed educatori è presente in entrambi i contesti, ma viene gestita e significata in maniera differente. Nel primo, in particolare, oltre ad essere agita una forte sovrapposizione nella pratica, non viene quasi mai dedicato un tempo di pensiero e riflessione in *équipe* per tematizzare specificità e competenze dei diversi professionisti e provare a progettare la pratica

in base anche alle differenti professionalità presenti. La stessa modalità di gestire la riunione di *équipe* in due momenti separati accomuna educatori ed infermieri in una prima parte riservata agli “operatori”, termine usato per definire entrambi i profili professionali, riuniti insieme in quanto lavorano su turni e condividono con gli ospiti la quotidianità all’interno del servizio. Durante il lavoro di *équipe*, anche nella parte in cui sono presenti psichiatra e psicologa, non sono mai stati osservati momenti in cui si sono progettate azioni o sono stati suddivisi compiti in base alle competenze professionali di educatori e infermieri.

Nel secondo contesto, per quanto l’agire quotidiano porti alla contaminazione tra ruolo e pratica educativa e infermieristica ricordata, è stato osservato, a livello di *équipe*, ma anche a livello dei singoli, un tentativo di ricordare e sottolineare le diverse specificità professionali, cercando di progettare ed affidare determinate azioni a un profilo professionale preciso, orientando anche l’agire sanitario verso specifici obiettivi: *«La coordinatrice chiede poi all’infermiere di occuparsi di una questione definita di “competenza infermieristica”, cioè la gestione della nuova normativa relativa all’acquisto dei farmaci, secondo cui la comunità comprenderà solo i medicinali psichiatrici. Chiede dunque di scrivere due righe ai medici di base degli ospiti informandoli che saranno loro chieste più ricette per permettere agli ospiti l’acquisto dei farmaci generici attraverso la mutua»* (Osservazione 11 contesto 2). *«All’improvviso G. (infermiere) si ricorda che è l’ora dell’iniezione di un’ospite: raccoglie il materiale necessario e si reca nella stanza di G.; mentre esce, M. (educatrice) gli ricorda di provare a far effettuare l’iniezione a G. stessa, in quanto l’altra infermiera ha provato a farle tenere in mano la siringa e accompagnarle solo il movimento. Questo per l’obiettivo fissato in *équipe* di provare a rendere G. autonoma nelle sue cure»* (Osservazione 14 contesto 2).

Inoltre, nella *routine* quotidiana si cerca di far sì che gli aspetti farmacologici e sanitari vengano presi in carico dagli infermieri, creando uno spazio di confronto e comunicazione anche su questi elementi all’interno del lavoro di gruppo: *«Ho visto inoltre che gli infermieri tengono aggiornati giornalmente i valori fisici dei pazienti, come il peso, su cui poi si confrontano anche in *équipe*»* (Osservazione 10 contesto 2). *«Si chiedono aggiornamenti agli operatori sulla vita quotidiana in comunità, sulle attività specifiche dell’ospite. In particolare si chiede agli infermieri di aggiornare in merito a nuove terapie o nuovi farmaci iniziati da alcuni»* (Osservazione 12 contesto 2).

In questo modo, per quanto l’agire pratico spinga comunque a una “contaminazione” tra educatori ed infermieri, vi è una base di pensiero condiviso a livello di *équipe* che spinge a riconoscere saperi e competenze specifiche, progettando aspetti dell’agire quotidiano in base a questa consapevolezza.

L'incontro che si genera, dunque, pur con aspetti di sovrapposizione, è costruito su un lavoro di gruppo che cerca di riconoscere e "potenziare" le specificità professionali in vista della progettazione del lavoro del gruppo.

Lo sguardo e l'azione della coordinatrice educativa, in questo caso, spingono fortemente il gruppo a un lavoro di progettazione e significazione della pratica in vista di un incontro tra saperi e competenze che parta dal tentativo di riconoscimento delle specificità di ognuno. In questo caso, quindi, il ruolo di coordinamento facilita e favorisce la costruzione di un incontro tra saperi e pratiche, orientato il più possibile a non creare totale sovrapposizione dei profili.

Il ruolo di coordinamento educativo nel primo contesto, invece, risulta essere molto più concentrato su dimensioni pratiche e organizzative, vissute anche quotidianamente dalla coordinatrice che condivide la maggior parte del tempo in comunità con educatori e infermieri. La sua attenzione, anche nel coordinare parte del lavoro di gruppo, rimane, dunque, centrata sull'organizzazione di un lavoro "funzionante" ed "efficace" dal punto di vista pratico; in questo modo, il suo coordinamento non viene agito verso il soffermarsi a dare senso e importanza alle differenti competenze professionali in vista di un approfondito e pensato incontro tra diversi saperi anche nella pratica quotidiana. Come si è notato in precedenza, un'attenzione esclusiva agli aspetti operativi nella pratica educativa conduce a smarrire la parte di pensiero, riflessività che dovrebbe far parte del sapere professionale dell'educatore. Richiamando il riferimento al pensiero di Letizia Caronia, già riportato, un lavoro educativo centrato su un agire senza significazione smarrisce la «*responsabilità epistemologica*»⁸⁶⁵, descritta come «l'ineludibile (ma spesso invisibile) quota di scelta che si insinua in tutti i passaggi epistemici che punteggiano il pensare e l'agire in educazione sia in qualità di ricercatori che in qualità di professionisti»⁸⁶⁶. In questo senso, quando il lavoro educativo "rinuncia" o "dimentica" la necessaria significazione della pratica, tralascia la messa in atto di un sapere, non rendendo possibile un incontro "autentico" con altri saperi: nel caso del primo contesto esplorato, ad esempio, il sapere educativo non si incontra "autenticamente" col sapere medico, ma delega spesso la parte riflessiva e di attribuzione di significato al sapere del medico. Anche nel secondo contesto, come si è visto, la contaminazione con la pratica degli infermieri, ad esempio, rende spesso difficile riconoscere ed agire lo specifico sapere educativo, orientato alla significazione di azioni anche quotidiane e *routinarie*, in vista di specifici progetti ed obiettivi educativi.

⁸⁶⁵ L. Caronia, *Fenomenologia dell'educazione. Intenzionalità, cultura e conoscenza in pedagogia*, Franco Angeli, Milano, 2011, p. 118.

⁸⁶⁶ *Ibidem*.

Il lavoro dei medici, invece, rimane quasi totalmente escluso da una “contaminazione” con altri ruoli e saperi nell’agire professionale quotidiano: come è già stato tematizzato, la pratica del medico avviene in luoghi e tempi ben definiti, tendenzialmente separati dallo scorrere della *routine* quotidiana, in cui la relazione tra psichiatra e ospite non vede la presenza di altri professionisti. In questo senso, l’incontro del sapere medico con quello degli altri professionisti avviene principalmente nelle riunioni di *équipe* o in momenti “interstiziali”, di scambio informale tra colleghi. Nel primo contesto questi incontri, sia a livello di *équipe*, sia a livello individuale sono spesso costruiti sulla rappresentazione che vede educatori e infermieri richiedere pareri e opinioni al medico in relazione al loro agire: «*Al termine della riunione un’educatrice rivolge alla psichiatra una domanda su come intervenire in una certa situazione con una ragazza. La domanda riguarda un atteggiamento dell’educatrice, in senso educativo*» (Osservazione 6 contesto 1). Se è il medico a domandare lo fa per permettere ai professionisti ad andare oltre l’attenzione agli aspetti pratici e organizzativi, mettendo chiaramente in atto la forza riconosciuta al suo ruolo istituzionale e al suo sapere: «*Sottolinea che secondo lei è necessario che gli educatori pensino di più*» (Osservazione 16 contesto 1). «*La psichiatra rimprovera agli educatori di non lasciare traccia scritta del loro lavoro, lasciando tutto al livello delle chiacchiere e della relazione coi ragazzi. In questo modo si rischia di riportare ai genitori fatti non veri o letti in modo distorto. Chiede agli educatori di scrivere anche per affermare in modo più serio e preciso la loro professionalità [...] Si crea un momento di silenzio: la psichiatra si rivolge agli operatori dicendo: “Forza, chiedetemi pure qualcosa, su qualche situazione particolare, è martedì, sono qua per rispondervi!”*» (Osservazione 13 contesto 1). In questo caso, appare un sapere medico che incontra altri saperi a partire da sé, considerandosi ed essendo considerato determinante, come già ricordato, per la costruzione del lavoro del gruppo. Inoltre, sapere medico e sapere educativo sembrano incontrarsi sulla base della sensazione che il lavoro educativo necessita dell’apporto di significazione della pratica resa possibile e agita dal sapere e dal ruolo della psichiatra.

Nel secondo contesto, invece, pur risultando evidente l’autorevolezza riconosciuta alla figura del medico, il lavoro di gruppo è impostato in modo da creare un confronto tra tutti i punti di vista professionali, tra cui quello medico. In questo senso, sono frequenti le situazioni che vedono i medici, sia in *équipe*, sia in occasioni informali, domandare pareri e aggiornamenti ad altri professionisti, anche per regolare i propri interventi sulla base di quanto messo in atto da altri membri del gruppo: «*Verso le 16:45 arriva lo psichiatra, in anticipo; chiede a M. (coordinatrice educativa) di potersi confrontare e aggiornare sulle situazioni degli ospiti con lei prima di iniziare i colloqui*» (Osservazione 15 contesto 2).. «*Arriva lo psichiatra. Saluta*

tutti, anche se brevemente, si reca in stanza operatori, dove chiede a P. (operatrice ASA) un breve aggiornamento circa eventi particolari della settimana. In seguito inizia i colloqui in stanza operatori» (Osservazione 14 contesto 2). In questo senso, sembra di poter osservare nel contesto la figura di un medico che necessita del confronto con altri saperi, con il racconto delle pratiche messe in atto e progettate da altri professionisti, per poter costruire e orientare anche il suo stesso agire.

Appare evidente, dunque, la complessità insita in contesti che prevedono gruppi di lavoro multi-professionali: l'incontro tra saperi differenti nell'organizzare una pratica orientata ad un unico fine non è scontato né reso "automatico" dalla presenza di profili professionali diversi. La regia e l'orientamento del gruppo risultano essere fondamentali, come si è notato, in vista della creazione delle condizioni perché avvenga un incontro *autentico* tra differenti saperi, anche nella pratica quotidiana.

Vanno poi sottolineati altri elementi che concorrono alla creazione di rappresentazioni e significati intorno all'incontro tra saperi nella pratica di gruppi multi-disciplinari: sono già state, in questo senso, accennate le tematiche relative al potere, alla considerazione attribuiti ai diversi professionisti e ai percorsi formativi che, costruendo sapere e agire professionale, orientano e predispongono anche in modi differenti al lavoro in gruppi multi-disciplinari. Questi aspetti verranno specificamente ripresi e approfonditi nei successivi sotto-paragrafi.

7.3.3 Potere e considerazione delle differenti professioni

All'interno di gruppi multi-disciplinari, risulta centrale la questione relativa al potere e alla considerazione attribuiti alle diverse professioni: la suddivisione del potere, infatti, oltre a determinare l'organizzazione dell'*équipe*, fa sorgere rappresentazioni, sensazioni ed emozioni tra i membri del gruppo, oltre ad instaurare dinamiche relazionali ad essa correlate.

Il lavoro di analisi del materiale raccolto ha permesso di individuare nuclei specifici che sono stati interpretati alla luce di riflessioni relative all'attribuzione di potere e alla considerazione delle diverse professioni presenti nel gruppo.

Dimensioni interrelate all'immagine e alla rappresentazione del potere sono state evidenziate confrontando tra loro alcuni dei temi individuati: in primo luogo emerge la questione del potere nella relazione tra il tema del ruolo, del sapere del medico e il tema del lavoro di *équipe*; in secondo luogo tra il tema del ruolo del coordinatore educativo e il tema del lavoro di *équipe*.

Si è messo in luce, infatti, come in entrambi i contesti la figura del medico sia considerata in modo tale da attribuirle un certo potere, in virtù della sua stessa professione, prima ancora che

per il ruolo istituzionale o le sue competenze. Tale aspetto viene bene esplicitato dalle parole di un partecipante: *«[Il medico] funziona anche come un po' un elemento gerarchicamente superiore per cui alle volte serve anche per dare dei rimandi un po' più ufficiali, pregnante, se c'è qualche difficoltà nel rispetto delle regole, piuttosto che qualunque altro intervento debba avere un peso un po' diverso. Alle volte proprio perché siamo noi i medici della comunità, non necessariamente perché siano nostre competenze» (Intervista 7 contesto 2).* Questo permette di ipotizzare un nesso interpretativo che lega le parole pronunciate nell'intervista e la trattazione proposta nel corso del terzo capitolo circa la costruzione del sapere e del ruolo professionale del medico nel contesto europeo. Si è visto, infatti, come l'evoluzione del sapere medico sia andata costruendosi sempre più sulla base di quel modello bio-medico che ha consentito enormi progressi scientifici nel campo, modellando progressivamente la figura del medico intorno a una conoscenza tecnica e scientifica iperspecializzata. Questo modello, pur con tutte le critiche e i punti di debolezza già evidenziati, ha consentito e favorito la creazione di una figura professionale con definite e specifiche competenze, oltre a una consapevolezza epistemologica di questi aspetti, a determinare un profilo professionale socialmente riconosciuto, stimato anche in virtù dei progressi della disciplina e della elevata considerazione di questa nel dibattito scientifico. Sono stati evidenziati questi aspetti anche all'interno del percorso formativo per la figura del medico, basato su una riconosciuta e forte tradizione, che conduce ad una professione fortemente definita, regolamentata e chiara, anche all'interno del mercato del lavoro internazionale. Nel corso del terzo capitolo, quindi, si è cercato di mettere in luce aspetti ed elementi che hanno contribuito, epistemologicamente, storicamente e socialmente, a creare le condizioni per un'attribuzione di autorevolezza alla figura medica, proprio in virtù della sua stessa professione.

Analizzando il materiale, è stato possibile tracciare delle ipotesi interpretative che evidenziassero gli stessi aspetti a partire dalle parole raccolte dai partecipanti, come è stato notato nell'ultimo stralcio di intervista riportato. La figura del medico appare, infatti, "rivestita" da un'attribuzione di autorevolezza⁸⁶⁷ che le attribuisce un potere particolare, in virtù della sua stessa professione: *«[Il medico] rappresenta un po' anche una figura al di sopra delle parti, o un superiore, con un ruolo specifico, che gli ospiti riconoscono come tale» (Intervista 9 contesto 2).*

⁸⁶⁷ Si sceglie consapevolmente il termine "autorevolezza" invece di "autorità", volendo sottolineare non tanto una caratteristica esclusivamente di potere e livello gerarchico, ma il significato di una considerazione sociale e professionale riconosciuta sulla base degli aspetti che verranno esposti nella trattazione.

Una siffatta attribuzione di considerazione, autorevolezza e potere non risulta neutrale: in base a essa, infatti, è già tracciata una sorta di “mappa gerarchica” del gruppo, a partire dalle significazioni e dalle rappresentazioni dei diversi membri, come emerge dalle parole appena riportate. Inoltre, come si è notato, gli stessi luoghi in cui abita la pratica professionale del medico sembrano raccontare e mostrare l’importanza e il potere che le sono conferiti: le sue azioni sono identificate, infatti, in luoghi ben definiti, delimitati e separati rispetto agli spazi dove trascorre la vita quotidiana del servizio: «*La psichiatra è al piano di sotto*» (Osservazione 9 contesto 1). «*Il suo lavoro si svolge poi comunque nello studio, chiuso*» (Osservazione 4 contesto 2). In questo senso, la pratica dei medici si articola intorno a specifici e particolari articolazioni spaziali che la definiscono in un movimento che si alterna tra “sopra” e “sotto” nel primo contesto, e tra “dentro” e “fuori” nel secondo: il medico può definire e abitare un suo specifico spazio di lavoro, diviso dai luoghi dove scorrono le attività quotidiane degli ospiti (“sopra” nel primo servizio e “fuori” nel secondo), che può essere chiuso. Queste caratteristiche sembrano, dunque, contenere elementi di potere della figura del medico, che ha a disposizione spazi definiti, identificabili e soprattutto delimitabili, consentendo in un certo qual modo di creare luoghi “protetti” rispetto a quelli più caotici, problematici e logoranti abitati dalla quotidianità degli ospiti: «*La psichiatra e la psicologa alla fine la loro parte di lavoro la svolgono nello studio, alcuni aspetti li monitoriamo noi nell’andamento quotidiano, ma è un tipo di lavoro più circoscritto il loro, ben delimitato, non invade ogni aspetto della vita*» (Intervista 7 contesto 1).

Le caratteristiche istituzionali, organizzative del contesto, l’articolazione del lavoro di gruppo sono, poi, ulteriori elementi che possono potenziare, rendere evidente, direzionare il potere che è stato evidenziato appartenere al medico in maniera quasi “naturale”.

Si è già notato, infatti, come nel primo contesto le caratteristiche istituzionali e amministrative del servizio attribuiscono al medico la gestione e la responsabilità di conduzione del lavoro di tutto il gruppo, aumentando, in questo senso, potere e autorevolezza di questo professionista. Qui, infatti, la psichiatra viene ad essere definita come «*boss*» (Intervista 12 contesto 1) e ad assumere quel ruolo che, attento all’orientamento e alla guida della parte di lavoro di ogni singolo professionista, viene a costituire un lavoro di gruppo fortemente costruito intorno al suo sapere, al suo ruolo e alla sua pratica per progettare le azioni, riflettere su queste e significarle. In questo senso, l’autorevolezza che circonda tradizionalmente la sua professione viene ad essere significata dai membri del gruppo in relazione a un forte e definito potere che le viene attribuito: «*La neuropsichiatra è il capo, è il boss, quello che dice lei è legge, che tu sia d’accordo o no*» (Intervista 3 contesto 1). Quanto scritto può essere esemplificato anche

attraverso un episodio trascritto in seguito a un'osservazione, dal quale appare evidente come il parere del medico sia ritenuto più "potente" rispetto a quanto già espresso da altri professionisti: *«I ragazzi sono quasi tutti a casa da scuola, perché molte scuole sono chiuse per la neve. Le due educatrici assunte su progetto non partecipano alla riunione per stare con loro. Prima di iniziare la riunione propongono alla coordinatrice educativa di portarli al parco davanti alla comunità per giocare con le neve: lei e tutti gli altri educatori dicono assolutamente di no, di non farli uscire, che non sono a casa per divertirsi, di farli studiare. Mentre la psichiatra è presente nella riunione, entra una delle due educatrici che sono coi ragazzi e dice che alcuni hanno bisogno di andare in biblioteca. La psichiatra fa notare che effettivamente si staranno annoiando chiusi dentro la comunità...fa pensare che una bella passeggiata nella neve, anche solo per giocare e correre, potrebbe essere un'ottima idea. Nessuno replica nulla e poco dopo i ragazzi escono, accompagnati dalle due educatrici» (Osservazione 10 contesto 1).*

Questo potere crea un gruppo funzionante, ordinato però intorno alla figura del medico, che risulta indispensabile per progettare la linea comune del gruppo e, soprattutto, per portare a livello di significazione, pensiero e progettualità la pratica dei diversi professionisti: *«Il ruolo del medico è un ruolo proprio di coordinamento, di tenere le fila del tutto, è il boss, tiene uniti tutti noi, ci permette di arrivare ad una linea comune, perché se no probabilmente ognuno farebbe non quello che vuole, ma sarebbe mosso dal suo istinto» (Intervista 12 contesto 1).*

Anche nel secondo contesto, come è stato notato grazie alle parole riportate in apertura del paragrafo, è presente un'attribuzione di autorevolezza al medico proprio in virtù della sua stessa professione, che gli conferisce una sorta di potere gerarchico e istituzionale. Questa rappresentazione di partenza viene direzionata all'interno di un'organizzazione del contesto e dell'*équipe* che non prevede un ruolo istituzionale di gestione e coordinamento affidato ai medici.

In questo modo, vi è un'altra figura professionale, la coordinatrice educativa, chiamata a dirigere e tenere le fila del gruppo di lavoro e di quanto avviene in comunità.

Questo non elimina né l'autorevolezza né una sorta di potere insiti negli psichiatri presenti, rintracciabili nei luoghi abitati dalle loro pratiche e nelle parole usate per descriverli, riportate in precedenza; l'organizzazione del gruppo, però, consente di considerare i medici come professionisti autorevoli e importanti, ma membri di un'*équipe* non coordinata da loro. In questo senso, il loro contributo e il loro punto di vista sono stimati e considerati, ma non sono ritenuti unici né relativamente alla possibilità di portare pareri e pensieri, né relativamente alla

forza istituzionale che detengono. In questo senso, il sapere e la pratica dei medici sono uno dei punti di vista portati in *équipe*, uno dei contributi che concorrono alla progettazione e alla messa in atto di un lavoro di gruppo basato su diversi apporti professionali: *«Relativamente alla gestione del diabete di un'ospite, viene affrontata la situazione medica dello stato della malattia, il peso che questa ha sulla patologia psichiatrica della persona, il punto di vista infermieristico della gestione dei controlli glicemici, il risvolto educativo del responsabilizzare G. nella gestione della malattia.»*

Vengono chiesti alla psichiatra pareri circa alcuni comportamenti da adottare con G., in relazione alla sua patologia psichiatrica, motivati da un ragionamento degli educatori precedente» (Osservazione 3 contesto 2).

In questo modo, il movimento di gruppo si struttura intorno a una circolarità che contiene al suo interno l'attribuzione di autorevolezza e potere al medico, ma non lo considera come l'unico elemento in grado di orientare e significare il lavoro dell'*équipe*. Inoltre, vi è la rappresentazione di un forte potere attribuito anche alla coordinatrice educativa, permettendo di evidenziare, come già esplicitato, delle immagini relative al potere anche nel materiale relativo al ruolo di questa professionista e alla gestione del lavoro di *équipe* nel secondo contesto: *«La coordinatrice ha un ruolo intermedio tra quello dello psichiatra e quello dell'educatore, nel senso che in molti casi anche la coordinatrice ha il ruolo di fare da autorità: se si verificano dei problemi, delle liti o tensioni tra gli ospiti, la coordinatrice interviene per dare una regola piuttosto che cercare di far chiarire le persone facendo dei colloqui o degli interventi di questo tipo» (Intervista 5 contesto 2).* Appare, quindi, come venga attribuito anche alla coordinatrice un ruolo autorevole, nominato proprio in riferimento a quello del medico, già considerato tale, e quello dell'educatore, ritenuto meno caratterizzato da autorità. Questa autorevolezza è attribuita alla coordinatrice in parte per il ruolo istituzionale di responsabilità del gruppo e del servizio, in parte anche per la sua azione di regia progettuale del lavoro di *équipe* e per la sua azione rivolta al continuo confronto coi diversi professionisti per considerare e valorizzare l'apporto e la specificità di ognuno: *«[La coordinatrice] è secondo me, il perno attorno a cui ruota tutto e secondo me è anche un po' una cerniera tra i medici, l'area più clinica, e gli operatori, gli educatori» (Intervista 7 contesto 2).* Quanto riportato dalle parole raccolte in un'intervista, può essere ritrovato anche in episodi osservati, nei quali la coordinatrice ricerca attivamente il confronto e l'aggiornamento con i diversi membri del gruppo: *«La coordinatrice passa poi a trattare le situazioni dei singoli ospiti, chiede di partire da quegli ospiti di cui si parla sempre meno. Si chiedono aggiornamenti agli operatori sulla vita quotidiana in comunità, sulle attività*

specifiche dell'ospite. In particolare si chiede agli infermieri di aggiornare in merito a nuove terapie o nuovi farmaci iniziati da alcuni.

La coordinatrice riporta il parere dei medici circa i cambiamenti di alcune terapie e la necessità di confrontarsi più approfonditamente con loro per alcune situazioni» (Osservazione 12 contesto 2).

Quanto scritto, dunque, permette di considerare come, nel secondo contesto, nuclei semantici relativi al potere e all'autorevolezza siano rintracciabili all'interno del lavoro di gruppo sia in relazione alla professione medica, sia in relazione alla figura di coordinamento educativo. Nel primo contesto, invece, tali rappresentazioni sono state evidenziate solo intorno alla psichiatra. Relativamente ad educatori e infermieri, nonostante siano i professionisti che maggiormente abitano i servizi e che trascorrono più tempo con gli ospiti, non è emersa alcuna rappresentazione né attribuzione semantica che associasse il concetto di potere e autorevolezza a queste figure professionali. Per cercare di significare e interpretare questa constatazione, si è seguita una doppia direzione ermeneutica, emergente dall'analisi del materiale. In primo luogo, si è messo in luce come educatori ed infermieri siano le professioni che, all'interno dei contesti, maggiormente basano il loro agire sulla pratica: infatti, per designare entrambi i professionisti insieme, viene spesso utilizzato il termine "operatori", rimandando, dunque, l'immagine di un professionista che "fa", "agisce". In questo senso, riportando l'attenzione a quanto tematizzato nel primo capitolo, è possibile ricordare come l'evoluzione del sapere nel contesto europeo abbia attribuito da sempre maggior considerazione alla componente teorica rispetto a quella pratica. Si è osservato, infatti, che anche il valore sociale e il potere attribuiti alle professioni si siano orientati in maniera maggiore verso quelle attività basate su forti caratteristiche di lavoro intellettuale, per le quali era necessaria una lunga formazione, anche teorica. Sulla base di quanto tematizzato, dunque, anche all'interno dei due contesti osservati, le professioni rivolte ad azioni operative sembrano godere di minor importanza e autorevolezza.

Oltre alla considerazione della componente pratica, però, si è seguita anche una seconda direzione interpretativa sulla base del lavoro analitico effettuato: se è vero, infatti, che educatori ed infermieri sono chiamati ad azioni pratiche, è pur presente e individuata, in relazione ad esempio alla professione infermieristica, anche una base di competenza e sapere specifici e definiti, come espresso e articolato in precedenza. Vi sono, infatti, competenze peculiari che caratterizzano l'infermiere, ma, nonostante il riconoscimento di queste caratteristiche che rimandano a una componente teorica e di sapere, la professione infermieristica non sembra contraddistinta da caratteristiche di autorevolezza.

Si è ipotizzato, dunque, che una direzione interpretativa potesse andare a considerare le componenti pratiche e teoriche nella loro reciproca interrelazione, in riferimento all'attribuzione di potere e considerazione. Non appare, infatti, solo la tematizzazione di una professione come "pratica" a causare una sua scarsa autorevolezza: in relazione alla professione infermieristica, infatti, vengono individuate e descritte competenze definite, utili e peculiari. Questo sapere, però, non riesce, o riesce solo faticosamente, ad essere utilizzato e tradotto in maniera chiara nell'azione professionale, creando, quindi, uno scollamento tra la componente teorica e quella pratica.

Proprio in questa distanza, non allineamento tra dimensione di sapere e di azione potrebbe essere interpretata la poca autorevolezza attribuita ad alcuni profili professionali: laddove, infatti vi è un sapere non spendibile, non traducibile e non visibile nell'agire o una pratica difficilmente riconducibile a un sapere, sembra non esservi opportunità per una elevata considerazione della professione.

Quanto scritto relativamente all'educatore, ad esempio, permette di ricordare, a questo proposito, come non sia individuato in maniera chiara un sapere uniforme e definito che ne orienti l'agire: ne emerge un profilo professionale poco regolato e che basa gran parte del lavoro sull'esperienza pratica.

In questo senso, dunque, la considerazione e l'autorevolezza professionale sembrano essere attribuite a quei profili in cui vi è un allineamento tra azione e sapere o un riconoscimento delle competenze necessarie e da costruire per svolgere la pratica professionale. Ricordando, ad esempio, i due profili delle coordinatrici educative, è possibile evidenziare come l'autorevolezza sia attribuita alla figura del secondo contesto laddove, oltre alla carica istituzionale, vi è un'articolazione e un riconoscimento di una serie di saperi necessari per il ruolo e la pratica professionale, seppur costruiti nel corso di diverse esperienze. Nel primo contesto, invece, si è tratteggiata una figura di coordinamento molto vicina alla pratica degli educatori, senza un sapere peculiare e specificamente articolato che potesse orientarne la pratica, tra l'altro principalmente rivolta a questioni pratiche e organizzative.

Quanto scritto finora, dunque, in seguito a una specifica trattazione relativa al potere e alla sua individuazione all'interno dei contesti studiati, ha permesso di accennare alla questione relativa al sapere, alla sua costruzione e determinazione in vista della pratica professionale. Questi aspetti, infatti, sono parsi essere in relazione con l'attribuzione di potere e autorevolezza alle diverse figure professionali in contesti multi-disciplinari. La trattazione proseguirà, dunque, cercando di offrire alcune riflessioni emerse in seguito al processo di

analisi in riferimento ai percorsi formativi dei professionisti educativi e sanitari, in vista di un loro possibile lavoro in un gruppo inter-disciplinare.

7.3.4 *Quale formazione per un incontro interdisciplinare?*

Si è notato come un gruppo che comprende professionisti diversi sia un luogo di complessità, in relazione a molti e differenti fattori. In questo senso, il ruolo, il sapere e le pratiche che caratterizzano ogni professionista sono aspetti che, nell'analisi presentata, concorrono a strutturare il lavoro dell'*équipe* intera, la gerarchia del gruppo, l'autorevolezza e il potere attribuito ad ogni membro, all'interno della cornice istituzionale e amministrativa da cui dipende il contesto. In particolare, si vuole ora puntare l'attenzione sull'aspetto della formazione dei professionisti, quale elemento fondamentale per l'incontro dei loro differenti saperi nella pratica professionale. Si è evidenziato, infatti, come anche il percorso formativo, in relazione al bagaglio di conoscenze che ogni professionista porta con sé, crea dei profili più o meno definiti e considerati all'interno del gruppo.

Oltre a considerare gli aspetti di competenze professionali costruite negli anni di formazione, sembra importante proporre una riflessione circa la formazione che i professionisti sanitari ed educativi hanno relativamente all'incontro inter-disciplinare. Come ben si è sottolineato in precedenza, infatti, il lavoro in un gruppo inter-professionale apre a numerosi aspetti di complessità, di confronto continuo, di vicinanza e "contaminazione" con professionisti diversi. Tutte queste caratteristiche rendono peculiare la pratica professionale in siffatti contesti, rispetto a luoghi più "tradizionali" e "omogenei" per le singole professioni. Come si è fortemente messo in luce per la professione infermieristica, ad esempio, viene più volte ribadito dai professionisti che gli infermieri, nei servizi esplorati, «*devono comunque uscire un po' dall'idea dell'infermiere ospedaliero*» (Intervista 12 contesto 1). Mentre l'ospedale è un luogo "tradizionale" in cui agire la professione infermieristica, essendo usualmente abitato da profili sanitari, i servizi di salute mentale, invece, che prevedono gruppi di lavoro fortemente inter-disciplinari, risultano un contesto più complesso per "fare l'infermiere". La stessa considerazione, ovviamente, può essere rivolta anche agli altri profili professionali considerati.

Seguendo questa traiettoria di pensiero, dunque, si vuole proporre una riflessione sulla formazione dei professionisti sanitari ed educativi, in vista di un loro possibile lavoro in contesti inter-disciplinari.

Quanto già tematizzato relativamente al sapere delle diverse professioni incontrate, ha permesso di evidenziare alcuni punti relativamente ai percorsi formativi da loro intrapresi.

In riferimento all'area sanitaria, si è notato come i percorsi formativi dei medici e degli infermieri siano regolamentati, univoci e sembrano apportare conoscenze specifiche, ben individuabili: *«Abbiamo la nostra formazione da infermieri, specifica» (Intervista 13 contesto 1)*. *«Faccio riferimento agli studi di medicina e psichiatria e agli approfondimenti che poi uno fa personalmente. Per cui, una cosa che ho in mente quando entro in comunità è che comunque quello che faccio, anche la cosa più informale, ha un senso nella relazione e clinico» (Intervista 7 contesto 2)*. Da questi percorsi formativi, dunque, provengono delle figure professionali definite, riconoscibili e descrivibili anche in base a un sapere che le contraddistingue. All'interno di un incontro inter-professionale le figure provenienti da un percorso formativo sanitario (medici e infermieri nei contesti esplorati) portano un sapere ben individuato, specifico rispetto alla loro professione.

Le professioni educative, invece, fanno riferimento e provengono da percorsi formativi differenti, in relazione alla diversità e alla recente evoluzione della formazione rivolta agli educatori: appare quindi un percorso formativo non univoco, poco uniforme e poco equiparabile nelle diverse esperienze che sono state raccontate nel lavoro di ricerca, come emerge ad esempio dalla riflessione di un partecipante: *«Mi piacerebbe interrogarmi su queste diverse provenienze per una professionalità che è unica e definita, come si differenziano o si assomigliano...perchè mi rendo conto che ci sono delle differenze: con C. ci si interroga molto sui significati, sul senso...e gli educatori sanitari non mi sembra che abbiano questa parte filosofica nella formazione...Da una parte c'è una tecnica più specifica sulle competenze sanitarie, centrate su questa idea di "riabilitazione", che è il nome che si dà spesso all'educazione in ambito sanitario...organizzare dei percorsi che riabilitino» (Intervista 1 contesto 2)*. Soprattutto, non riesce ad essere raccontato e descritto un sapere di riferimento per la pratica educativa, tratteggiando un'immagine della professione educativa come costruita prevalentemente intorno all'esperienza: *«Per come sto vivendo io il lavoro qui, quanto ho studiato sui libri lo uso fino a un certo punto, poi dipende tanto da come si presentano le situazioni nella pratica, in base a quelle agisco...» (Intervista 10 contesto 1)*. *«Quello che faccio si basa per lo più su esperienza maturata sul campo» (Intervista 9 contesto 2)*. Anche le figure di coordinamento provengono da un percorso formativo per educatore, arrivando a ricoprire un ruolo di coordinamento solo in seguito ad una lunga esperienza lavorativa educativa: *«La scuola educatori ti dà un'infarinatura di saperi che vanno dalla psicologia, alla psichiatria, alla farmacologia, alle scienze sociali, al diritto...su cui poi negli anni stratifichi le tue esperienze personali, le tue esperienze professionali e i saperi che man mano raccogli» (Intervista 6 contesto 1)*. *«Ci sono casi in cui [la*

coordinatrice] passa ad azioni più operative, nel senso che diventa proprio un'educatrice, di fatto di formazione lo è» (Intervista 5 contesto 2). Quanto riportato mette in luce la complessità insita nei percorsi formativi dell'area educativa, che non sembrano condurre a una professionalità definita e regolamentata sulla base di un sapere accumulato. All'interno di un gruppo inter-disciplinare, è emerso, quindi, come sia difficoltoso per le professioni educative portare un contributo professionale basato su specifiche e riconosciute competenze, seppur in maniera differente nei due contesti, come è stato specificato.

Una caratteristica che sembra accomunare i percorsi formativi di tutti i professionisti presenti è l'assenza di una preparazione specifica rivolta all'incontro con diverse professioni, in vista della partecipazione a gruppi di lavoro inter-disciplinari. Questo è un aspetto su cui occorre una particolare riflessione, in relazione al tema studiato nel percorso di ricerca. Se, infatti, sono stati descritti da una parte professionisti dell'area sanitaria molto formati su aspetti scientifici, biologici e tecnici, secondo profili regolati, ben definiti e, dall'altra parte, figure educative provenienti da diversi percorsi formativi, senza un sapere di riferimento determinato in modo chiaro, i professionisti di entrambe le aree non riportano la convinzione di aver sviluppato competenze necessarie per un lavoro inter-disciplinare durante la loro formazione: *«La parte medica della mia formazione orienta il mio lavoro di neuropsichiatra, soprattutto negli aspetti legati alle terapie, alla gestione delle patologie...Ma lavorare in una comunità, in un gruppo inter-disciplinare, implica molti aspetti in più, perché c'è tutta una parte esperienziale, quotidiana, che va vissuta e che fa riferimento a tipi di saperi diversi, più legati alla vita e all'esperienza vissuta...» (Intervista 9 contesto 1). «Nessuno mi ha mai insegnato poi cosa fa il medico in comunità, in un gruppo inter-disciplinare e come lo fa, per cui un po' si impara dall'esperienza propria e un po' da quella degli altri» (Intervista 7 contesto 2). «Saper collaborare...questo si impara anche e soprattutto con l'esperienza» (Intervista 1 contesto 2). Le parole trascritte mettono in luce come il lavoro e la collaborazione in un gruppo inter-professionale non avvengano in maniera scontata, ma non sia stata sperimentata una formazione specifica che orientasse alle competenze a ciò necessarie. Viene riportato, infatti, come sia l'esperienza la fonte principale di conoscenza per abitare un contesto multi-disciplinare. L'apprendimento esperienziale, come già tematizzato nel corso del primo capitolo, rimane certamente un aspetto importante della conoscenza, ma, quanto si vuole sottolineare in questa sede è la riflessione circa l'opportunità di dedicare momenti formativi per tematizzare e far sperimentare alcune delle competenze necessarie a un lavoro di collaborazione tra professionisti diversi, in modo da offrire alcuni strumenti per*

orientare la loro pratica e non dover basare l'organizzazione e la gestione del gruppo solamente e totalmente su prove esperienziali.

Si è messo in luce, infatti, come le politiche sociali italiane stiano orientandosi sempre più verso una spinta all'integrazione socio-sanitaria: in questo senso, le professioni del campo sanitario e del campo sociale si troveranno sempre più spesso a condividere le pratiche lavorative. Avendo notato come la progettazione, l'organizzazione e la realizzazione del lavoro in un gruppo che coinvolge differenti professioni siano complicate e delicate, sembra necessario soffermarsi a trattare questi aspetti nel corso dei percorsi formativi dei professionisti che saranno protagonisti nell'implementazione dell'auspicata integrazione socio-sanitaria.

Innanzitutto, sembrerebbe importante rivolgere un'attenzione specifica alla formazione dell'identità professionale, sulla base della definizione e del riconoscimento di un sapere caratterizzante. Tale aspetto permette di formare professionisti consapevoli della propria provenienza disciplinare, abili a rispondere epistemologicamente della propria pratica: in questo modo, un gruppo inter-disciplinare può essere formato da membri capaci di portare un chiaro contributo professionale, potenzialmente in grado di stare a contatto con diversi sguardi senza confondersi, sovrapporsi o cercare in essi una sicurezza o una significazione epistemologica anche della propria pratica. Questa identità disciplinare, inoltre, potrebbe essere l'elemento che permette ai diversi professionisti di interpretare e rileggere la pratica agita, apprendendo ulteriormente dall'esperienza. Il sapere esperienziale, infatti, è risultato essere un aspetto molto citato dai partecipanti, soprattutto dell'area educativa, in riferimento all'orientamento della pratica: una chiara competenza professionale, in questo senso, aiuterebbe a creare un apprendimento esperienziale riflessivo, orientato e indirizzato da una specificità e una chiarezza professionale, in modo da poter apprendere dalla significazione dell'esperienza, e non solo dall'accadimento pratico sperimentato.

Rispetto a quanto osservato, sembra che i percorsi formativi dell'area sanitaria siano ben centrati sulla determinazione di una professionalità definita, formando professionisti con chiare e riconoscibili competenze. I percorsi dell'area educativa, invece, sembrano maggiormente frammentati e poco univoci, trasmettendo questa rappresentazione anche in riferimento all'identità dei profili professionali che formano e alle loro competenze, poco riconosciute e ritenute non sempre utili in seguito agli studi effettuati.

Un ulteriore punto di attenzione che parrebbe necessario nei percorsi formativi di professioni sanitarie ed educative riguarda tutti quegli aspetti relativi all'agire in un'*équipe* multi-professionale: capacità relazionali, di collaborazione, di confronto, di gestione del conflitto, di

progettazione congiunta del lavoro. La figura di coordinamento del gruppo sembrerebbe quella che maggiormente necessita di una formazione su questi aspetti, che nei due contesti vengono presentati come appresi nel corso dell'esperienza di vita e di lavoro: *«Io penso di usare più o meno consapevolmente dei saperi che nella mia vita ho attraversato in vari modi, nel corso dell'esperienza. Sicuramente ci sono una serie di saperi anche sul versante amministrativo-burocratico che per esempio io ho poco, ma adesso la figura del coordinatore è complessa e deve assumersi un po' diverse parti, tra cui anche la gestione del servizio in senso formale e organizzativo. Poi c'è tutto un sapere legato all'aspetto del gruppo, alla gestione del gruppo. Per cui io personalmente non ho grandi saperi sulle dinamiche, ho comunque qualcosina sulla gestione del gruppo di lavoro rispetto al perseguimento dell'obiettivo, sicuramente è un sapere importante»* (Intervista 1 contesto 2). *«Tutto quello che ho fatto nella mia vita, compreso avere due bambini, mi è servito [...] La parte medica della mia formazione orienta il mio lavoro di neuropsichiatra, soprattutto negli aspetti legati alle terapie, alla gestione delle patologie... Ma lavorare in una comunità, in un gruppo interdisciplinare, implica molti aspetti in più, perché c'è tutta una parte esperienziale, quotidiana, che va vissuta e che fa riferimento a tipi di saperi diversi, più legati alla vita e all'esperienza vissuta...»* (Intervista 9 contesto 1). Notando come, nei due contesti esplorati, la funzione di coordinamento sia svolta da un professionista sanitario e da uno educativo, sembra importante prevedere una formazione specifica sugli aspetti specifici del lavoro inter-disciplinare sia nell'area sanitaria, sia in quella educativa.

Inoltre, un'attenzione specifica al lavoro in gruppi multi-professionali riguarda non solo chi coordina, ma ogni singolo potenziale membro di questi contesti, in quanto l'incontro tra saperi diversi nella pratica non avviene soltanto per chi coordina, ma anche e soprattutto per chi agisce a un livello maggiormente pratico e operativo. In questo senso, una formazione su questi aspetti sarebbe auspicabile a livello teorico e pratico a qualsiasi livello dei percorsi formativi dell'area sanitaria e educativa. L'attenzione teorica potrebbe creare la conoscenza sugli elementi da mettere in atto e considerare nelle diverse fasi del lavoro di gruppo, mentre la sperimentazione pratica in sede, ad esempio, di tirocinio, offrirebbe ai futuri professionisti la possibilità di sperimentare l'incontro tra saperi prima di dover agire essi stessi la pratica professionale. In questo modo, già nel corso della formazione, potrebbero fare esperienza di un lavoro inter-disciplinare, senza dover poi imparare attraverso l'esperienza lavorativa quanto occorre per l'agire professionale in tale tipo di contesto.

In particolare, sulla base di quanto esplorato nei due contesti studiati, si vuole porre l'attenzione su due aspetti che potrebbero ben caratterizzare i professionisti chiamati a

svolgere la loro pratica in contesti in cui il sapere medico/sanitario e quello educativo si incontrano. La prossima e conclusiva trattazione, dunque, andrà proprio nella direzione di mettere in luce queste caratteristiche, su cui si potrebbe ipotizzare anche la progettazione di una specifica formazione rivolta all'incontro tra saperi nella pratica professionale.

7.3.5. Attenzione e delicatezza: ipotesi per un incontro tra sapere medico e pedagogico nella pratica

Per proporre alcune riflessioni finali circa l'incontro tra sapere pedagogico e medico nella pratica professionale, sulla base dell'esperienza di ricerca realizzata, la trattazione vuole ora ri-esaminare quanto scritto sull'analisi del materiale raccolto, alla luce di quanto tematizzato in precedenza relativamente al possibile incontro tra disciplina pedagogica e medica. L'incontro tra professionisti educativi e sanitari nei contesti esplorati si sviluppa intorno al concetto di "diagnosi" che porta gli ospiti ad entrare in contatto col servizio: la diagnosi è stata in precedenza definita come l'elemento attorno al quale si costruisce l'incontro tra i diversi saperi che predispongono azioni pratiche di "cura". Grazie all'analisi del materiale si è notato come emerga chiaramente la competenza medica relativa alla diagnosi che accompagna ogni ospite, attorno alla quale vengono costruiti i progetti terapeutici individuali. I dati raccolti hanno, però, anche evidenziato che, invece, il sapere educativo sia più difficilmente identificabile e riconoscibile nella progettazione e nell'attuazione della cura progettata intorno alle diagnosi identificate dal sapere medico. Si sono riportate, in precedenza, le parole di un professionista che descriveva gli educatori come "gli esecutori" nella pratica del progetto terapeutico. Quella parte del sapere educativo, tematizzata come l'attenzione a significare azioni pratiche e quotidiane in vista di una progettualità educativa definita, è facilmente "smarribile" nella pratica quotidiana dei contesti esplorati, in cui il rischio è quello di attuare un lavoro educativo principalmente concentrato sullo svolgimento delle azioni *routinarie*.

Innanzitutto, dunque, in contesti multi-professionali in cui si incontrano il sapere medico e quello educativo, è fondamentale un'attenzione volta al riconoscimento delle specificità professionali. In un precedente capitolo si è ricordata l'importanza di gruppi di lavoro interdisciplinari nei contesti sanitari, in cui la presenza di diverse professioni potesse creare azioni sinergiche per una cura globale della persona, oggetto di interesse comune per la disciplina medica e pedagogica.

L'analisi del materiale presentata ha mostrato come, nei contesti osservati, la presenza di diverse professioni non sia una condizione sufficiente perché vi sia un effettivo incontro tra

esse nella progettazione di azioni di cura comuni: è necessaria, infatti, un considerevole sforzo di *attenzione* per il riconoscimento delle specificità professionali nell'agire pratico. Si è notato come, ad esempio, il rapporto con la prassi, tematizzato in precedenza come un possibile elemento di incontro tra disciplina medica e pedagogica, sia un aspetto su cui sia necessaria una continua *attenzione* del gruppo di lavoro, in vista della messa in atto delle diverse competenze professionali. Si è visto come la pratica del medico psichiatra sia facilmente identificabile, riconoscibile in spazi e tempi specifici, che la connotano come definita, autorevole rispetto ad aspetti diagnostici, farmacologici e terapeutici. L'agire, invece, degli educatori e degli infermieri si svolge più a contatto con azioni e faccende che accompagnano la vita degli ospiti: questo rapporto con la prassi più quotidiano, non identificabile in spazi e tempi precisi e limitati, può portare alla perdita dello specifico *corpus* di conoscenze e competenze professionali. Seguendo tale direzione, è necessaria un'*attenzione* di tutto il gruppo, in primo luogo di chi lo coordina, alla continua sottolineatura delle specificità di ogni professionista, in vista della progettazione di un lavoro di gruppo basato su queste peculiarità per poter mettere in atto una cura globale nei confronti degli ospiti. L'*attenzione* deve essere agita non soltanto da chi coordina il gruppo, ma da ogni singolo professionista: un educatore *attento*, in questo senso, sa che il suo agire, qualora fosse orientato solamente sullo svolgimento della *routine* quotidiana, perderebbe la parte di consapevolezza significativa e responsabilità epistemologica che contraddistinguono il sapere pedagogico che dovrebbe orientare la sua azione.

Alla componente di *attenzione* a specificità, competenze e ruoli, ben si accompagna una caratteristica di *delicatezza* ad accompagnare il lavoro di gruppi inter-professionali composti da profili sanitari ed educativi. Una volta che il gruppo ha costruito un agire *attento* alle specificità professionali è, infatti, necessario un atteggiamento *delicato* di ogni professionista nel concreto incontro con saperi diversi nella pratica quotidiana: c'è *delicatezza* in un gruppo di lavoro che spende energie nella progettazione del lavoro dando spazi e tempi per la comunicazione del punto di vista di ogni professionista; c'è *delicatezza* nella ricerca del parere di altri colleghi e nel confronto con la pratica agita da altri in vista di orientare il proprio agire anche su quanto pensato e messo in atto da diversi professionisti. È evidente come questa *delicatezza* sia successiva alla presenza della componente di *attenzione* prima definita, che consente al gruppo e ad ogni singolo membro di riconoscere autenticamente il senso della presenza del suo profilo e di altri differenti professionisti all'interno dello stesso gruppo.

Sulla base di queste caratteristiche, *attenzione* e *delicatezza*, sembra possibile poter ipotizzare

una realizzazione di quell'inter-disciplinarietà che è stata evidenziata come caratteristica costitutiva sia della disciplina medica, sia di quella pedagogica. Se, infatti, come si è mostrato in precedenza, la medicina e la pedagogia, analizzate a un livello teoretico ed epistemologico, mostrano un'intrinseca apertura ad altri saperi per meglio illuminare l'oggetto di studio e di cura a cui si rivolgono, si è successivamente evidenziato attraverso l'analisi del materiale raccolto come, nella quotidiana pratica professionale, sia necessario confrontarsi con un'elevata complessità per costruire un incontro tra saperi ed azioni dei professionisti.

Le caratteristiche di *attenzione* e *delicatezza* proposte si collocano, dunque, nella direzione di ipotizzare alcuni fondamenti necessari per un effettivo incontro nella pratica professionale tra sapere medico e sapere pedagogico. In questo senso, come si è visto, una pratica progettata grazie al punto di vista di saperi professionali differenti richiede un gruppo inter-professionale che ragioni continuamente sulla sua composizione e sulle specificità di ogni professionista coinvolto. Non vi può essere incontro tra differenti profili professionali qualora uno non abbia chiare le sue competenze e peculiarità da offrire per la progettazione e l'attuazione del lavoro: si può ipotizzare, dunque, che l'incontro inter-professionale si costruisca a partire da una consapevolezza e una responsabilità epistemologica di ogni professionista.

Nei contesti esplorati, ad esempio, è parso evidente come consapevolezza e responsabilità epistemologiche siano spesso poco presenti nei professionisti dell'educazione che, occupandosi maggiormente di questioni pratiche e quotidiane, spesso smarriscono quella fondamentale parte della loro professionalità che deve riflettere e significare quanto verrà agito, in funzioni di obiettivi e progettualità educative. Questa mancanza fa sì che questa parte di lavoro, attinente al sapere educativo, venga svolta da altri professionisti: in questo senso l'incontro tra saperi sembra non avvenire né essere possibile, in quanto una parte di sapere educativo viene "delegata" a un altro professionista, perdendo la specifica componente di questa professionalità all'interno del gruppo.

Inoltre, in riferimento a questo aspetto, è possibile riferirsi in maniera specifica al settore della salute mentale: è stato definito, infatti, come possibile legame tra psichiatria e pedagogia, la connessione esistente tra patologie psichiatriche e aspetti esistenziali, legati alla storia di vita e formazione di ogni soggetto. In questo senso, la pedagogia può essere indicata come sapere illuminante per tematizzare e prendersi cura di elementi centrali nella patologia psichiatrica. Risulta, però, evidente che, qualora i professionisti educativi accantonino la parte di pensiero e riflessione specifica del loro sapere, il legame appena evidenziato venga perso, in quanto una delle due discipline protagoniste dell'incontro non mette in atto la specificità che consente l'arricchimento della seconda.

La *delicatezza* ipotizzata potrebbe essere accostata all'atteggiamento successivo all'*attenzione* per la responsabilità epistemologica, accompagnando ogni professionista ad un agire capace di aprirsi e confrontarsi con pensieri e azioni di altri. Questa *delicatezza* permette, quindi, che l'incontro tra saperi, una volta riconosciuti, venga portato avanti nella pratica professionale in maniera coerente e orientata a quanto stabilito. Rispetto al materiale analizzato, ad esempio, è possibile riferirsi alla "contaminazione" di ruoli e pratiche tra infermieri ed educatori: se è apparsa una competenza specifica dell'infermiere in determinati aspetti, è emerso anche come, nella pratica quotidiana, spesso questa competenza venisse trasformata faticosamente in azioni, messe in atto da educatori o infermieri in maniera indifferenziata. In questo senso, un agire *delicato* potrebbe andare verso l'accortezza di accordarsi coi colleghi per ben definire aree di intervento specifiche: questo, pur richiedendo uno sforzo aggiuntivo rispetto ad una pratica messa in atto in maniera casuale, permette di creare una chiarezza sia all'interno del gruppo di lavoro, sia per gli ospiti, che sapranno esattamente a quale professionista rivolgersi per ogni necessità specifica.

Avviando la trattazione verso le sue conclusioni, dunque, appare chiaramente come l'incontro tra sapere medico/sanitario e sapere pedagogico nella pratica professionale presenti un'elevata complessità che richiede, come si è visto, capacità di *attenzione* e *delicatezza*, individuali e di gruppo, per una sua autentica realizzazione.

Questo incontro, infatti, non è creato, in maniera scontata, dalla sola dichiarazione di multi-professionalità all'interno di un gruppo di lavoro: la presenza di profili professionali differenti non garantisce una pratica progettata e realizzata sulla base di un effettivo incontro di competenze e specificità. Gli aspetti di gestione e orientamento del gruppo, l'inevitabile confronto con la pratica da mettere quotidianamente in atto, i ruoli attribuiti e costruiti intorno alle diverse figure professionali sono aspetti, come si è visto, che complessificano l'incontro tra saperi in vista di una pratica comune.

Nel caso della disciplina medica e pedagogica, in riferimento a quanto emerso dalla ricerca, appare in questo caso evidente come sia necessaria una chiarezza epistemologica dei professionisti, soprattutto di quelli educativi, per poter mettere in atto un incontro tra saperi, da agire anche nella pratica.

Attenzione alla responsabilità epistemologica, dunque, e una successiva *delicatezza* nella pratica possono essere due ipotesi di azione perché medicina e pedagogia possano autenticamente incontrarsi nell'agire, traducendo in pratica quelle caratteristiche di interdisciplinarietà, orientamento alla prassi e sinergia multi-disciplinare che, a livello teorico accomunano le due discipline in vista di una cura globale della persona.

Conclusioni

Giunti al termine della trattazione, sembra ora opportuno offrire alcune riflessioni conclusive circa il tema indagato, ossia l'incontro tra sapere medico e sapere pedagogico nella pratica professionale quotidiana.

Si intendono, dunque, proporre alcuni aspetti fondamentali utili per mettere in luce considerazioni finali circa significati e nodi dell'incontro suddetto. Queste riflessioni, inoltre, cercheranno di tematizzare e connettere tra loro aspetti legati a un'analisi teorica dell'incontro tra le due discipline, quali quelli presentati nel corso dei primi capitoli, ed elementi emersi dall'indagine empirica presentata nella seconda parte del lavoro.

Paradigmi differenti a partire da un modello culturale comune

Per poter studiare la possibilità di un incontro nella pratica tra medicina e pedagogia è stata necessaria un'indagine che andasse a ripercorrere non solo la costruzione epistemologica e paradigmatica delle due discipline, ma anche il modello di sapere e conoscenza consolidatosi all'interno del contesto culturale preso come riferimento per l'indagine, ossia quello europeo. Questa esplorazione non ha certo preteso di presentare approfonditamente la storia della conoscenza in Europa, ma, attraverso la scelta di passaggi e protagonisti fondamentali, ha consentito di mettere in luce il modello di sapere affermatosi nel continente nel corso dei secoli. Tale modello risulta essere la matrice culturale sulla cui base si è scritta anche la storia delle due discipline prese in esame, cioè medicina e pedagogia. Sembra importante richiamare questo aspetto durante le conclusioni del presente lavoro, in quanto l'origine e la storia di costruzione dei due saperi in oggetto non può essere ignorata nel tentativo di esplorare il loro incontro nella pratica.

Constatando, infatti, come il modello scientifico e sperimentale sviluppatosi in seguito all'opera di Galileo abbia caratterizzato fortemente l'evoluzione del sapere europeo, è possibile comprendere appieno anche la costituzione della scienza medica e di quella pedagogica. La medicina, seppur partita in Occidente da profonde connessioni con la filosofia, si è infatti plasmata quasi totalmente sul modello sperimentale, andando incontro ad un rapido progresso scientifico e tecnologico, che l'ha facilmente inserita all'interno di quelle che sono state definite "scienze della natura". La presenza di un modello scientifico chiaro e consolidato, i successi e i progressi ottenuti a livello sperimentale e tecnologico hanno, dunque, consentito una elevata considerazione del sapere e della pratica medica, sia nel

dibattito scientifico, sia nella considerazione sociale attribuita alla disciplina e alla professione. All'interno dello stesso modello culturale di riferimento, la pedagogia si è, invece, costruita all'interno del complesso movimento paradigmatico delle scienze umane, sviluppatosi come risposta e reazione a quel modello scientifico e sperimentale, ora cercato e imitato, ora rifiutato e negato, sulla cui base, però, le discipline definite come “scienze dello spirito” non riuscivano a mettere a fuoco il proprio oggetto di studio. La definizione delle discipline umane quali “scienze” si è affermata successivamente rispetto alle “scienze della natura”, dal momento che il loro statuto paradigmatico ha faticato ad essere considerato, appunto, scientifico. Tali aspetti hanno causato una loro scarsa considerazione sia nel dibattito scientifico europeo, sia nel valore sociale attribuito alla loro pratica.

La considerazione di questi passaggi epistemologici e paradigmatici che hanno caratterizzato la disciplina medica e pedagogica risulta fondamentale per comprendere alcuni tratti emersi nel corso della ricerca. Richiamando alla memoria, infatti, la diversa considerazione sociale attribuita nel corso dei secoli ai due tipi di professioni, è possibile significare le tematiche attribuite al concetto di “potere”, messe in luce dal materiale raccolto. La professione medica, infatti, tuttora, risulta detentrica di una riconosciuta autorità, anche in relazione alle posizioni istituzionali ad essa attribuite, creando una particolare gerarchia all'interno del gruppo di lavoro. Questo aspetto risulta fondamentale nell'esplorazione dell'incontro tra sapere medico e pedagogico, dal momento che il potere costruitosi intorno alla professione e al sapere medico caratterizza fortemente queste professioni e la loro interazione con altre figure, tra cui quelle educative.

La storia di costruzione epistemologica e paradigmatica delle due discipline, in questo senso, permette di comprendere la differente attribuzione di potere anche sulla base di quanto accaduto nel corso dei secoli nel contesto culturale di riferimento, andando ad evidenziare come la considerazione di questo aspetto risulti centrale per la traiettoria di ricerca evidenziata. Inoltre, altri aspetti, quali la formazione per i professionisti delle due aree o alcuni elementi di complessità insiti nel loro incontro, presentano dei nessi con i processi di costruzione paradigmatica di medicina e pedagogia all'interno del comune modello culturale europeo, appena richiamati.

I percorsi formativi: necessità di una formazione all'incontro inter-professionale

Alcuni tratti emersi dal percorso di costituzione di medicina e pedagogia sono rintracciabili anche nella definizione dei percorsi formativi pensati per i professionisti delle due discipline. Avendo preso come riferimento l'esempio italiano, è stata infatti evidenziata una proposta

formativa chiara, univoca e consolidata su una lunga tradizione per l'area sanitaria, che conduce a professioni definite e regolamentate, anche all'interno del contesto europeo. La formazione per le professioni educative, invece, si presenta come un percorso articolato lungo diverse traiettorie e direzioni, determinando profili professionali differenziati, legislativamente poco chiari e non regolamentati. Anche a livello europeo, infatti, come si è notato, vi è la richiesta di una maggiore determinazione delle figure professionali educative, anche in vista di una più semplice circolazione di queste sull'intero territorio comunitario.

Questo porta alla presenza nei contesti lavorativi, come riscontrato anche nella ricerca presentata, di professionisti medici e sanitari con profili definiti, riconosciuti, e con un univoco *corpus* di conoscenze come base per orientare l'agire. I professionisti educativi, invece, provengono da percorsi formativi anche estremamente diversi l'uno dall'altro: la conoscenza appresa in formazione non costituisce un bagaglio comune per caratterizzare la loro figura professionale, che non risulta, tra l'altro, chiaramente normata e definita a livello nazionale.

Quanto scritto consente di presentare alcune riflessioni, nel corso delle conclusioni, circa l'importanza degli aspetti formativi anche in relazione alla possibilità di incontro tra sapere medico e sapere pedagogico nella pratica professionale: quanto si è osservato, infatti, in accordo con la tematizzazione degli aspetti caratteristici dei due percorsi formativi, ha permesso di evidenziare la difficoltà dei professionisti educativi nel riconoscere, esplicitare e utilizzare con consapevolezza epistemologica il sapere pedagogico in vista dell'incontro con altri saperi. Si è visto quanto il sapere pedagogico necessiti di tematizzazione, esplicitazione e riflessione continua per poter essere reso evidente, manifesto e, soprattutto, preso in considerazione quale co-protagonista di un incontro che coinvolga disciplina medica e pedagogica. Senza questa "presenza" epistemologica e di azione del sapere pedagogico, sembrerebbe, infatti, poter essere messa in discussione la possibilità di un effettivo incontro col sapere medico, in quanto non vi sono la messa a tema e l'utilizzo di un sapere con il quale la conoscenza medica possa incontrarsi e progettare una pratica in maniera congiunta.

Infine, il lavoro di ricerca ha permesso di mettere a tema un ultimo aspetto importante circa i percorsi formativi dei professionisti medici/sanitari ed educativi, ossia l'assenza, in entrambe le aree, di una parte di formazione specificamente dedicata al lavoro inter-professionale, all'incontro con altri professionisti e altri saperi.

Le politiche sociali italiane, come si è considerato, si stanno orientando sempre più verso il concetto di integrazione socio-sanitaria: in questo senso vengono sempre maggiormente promossi gruppi di lavoro che coinvolgono professionisti dell'area sanitaria, sociale ed

educativa. Avendo considerato quanto sia complesso il lavoro inter-professionale, sembrerebbe fondamentale riflettere sull'opportunità di far sì che i professionisti sociali, sanitari ed educativi, sempre più chiamati ad un lavoro congiunto, sviluppino delle competenze specifiche e necessarie per affrontare la pratica professionale in contesti multidisciplinari, in modo da poter realizzare un effettivo incontro tra saperi per progettare la pratica, costruito su una sinergia e un pieno sviluppo ed utilizzo dello sguardo disciplinare che ogni professionista può portare. I punti di incontro e contatto tra le due discipline, infatti, seppure ad un primo sguardo potrebbero apparire remoti, esistono e sono rilevanti e presenti. In maniera particolare, questi nessi appaiono “vivi” e “pulsanti”, anche nella loro complessità e problematicità qualora li si riferisca alla concreta pratica professionale agita quotidianamente in specifici contesti e servizi.

Ipotesi di nessi tra medicina e pedagogia: possibilità di un incontro a livello teorico

Richiamando quanto affrontato nel corso del quarto capitolo, sulla base della tematizzazione della costruzione della disciplina medica e pedagogica sullo sfondo comune del contesto culturale europeo, è stato possibile individuare alcuni punti di contatto tra i due saperi.

Innanzitutto, entrambe le discipline appaiono rivolte a una costitutiva interdisciplinarietà, dovuta alla necessità di considerare sguardi e contributi di altri saperi per fare luce sull'oggetto di indagine, ossia l'uomo. Proprio l'oggetto di interesse, inoltre, costituisce un secondo punto di incontro fondamentale per medicina e pedagogia: l'una si occupa della cura del benessere e della salute fisica dell'uomo, mentre l'altra è centrata sulla cura della sua formazione, orientata allo sviluppo della persona. Due discipline, dunque, centrate sul concetto di “cura”, che si è visto essere declinato in accezioni profondamente differenti: l'enfasi sul *to cure*, ad indicare un modello basato sulla passività del paziente e la competenza del medico, e la tematizzazione del *to care*, a indicare un modello volto a una progettualità esistenziale per mettere in atto le potenzialità di ciascun individuo.

Infine, è emerso il nesso con la pratica, ossia il fine pratico a cui sia medicina, sia pedagogia tendono: la salute e la formazione dell'uomo. Questo aspetto caratterizza, inoltre, le due discipline con una peculiare tensione al futuro in vista, appunto, del mantenimento o della riabilitazione di uno stato di salute e dello sviluppo della persona umana in vista di una sua formazione.

Sulla base di queste considerazioni, costruite su un'analisi teorica dei paradigmi costitutivi delle due discipline, in conclusione del quarto capitolo, si è indicata l'ipotesi di una forte sinergia tra i professionisti delle due aree.

Questa intenzione, fondata e argomentata a livello teorico nel corso del suddetto capitolo, è stata poi confrontata con quanto esplorato nel corso della ricerca empirica: nel percorso di ricerca è stato possibile esplorare i nessi tra le due discipline, tematizzati prima a livello di possibilità teorica, anche nelle pratiche professionali quotidianamente agite nei contesti studiati. L'analisi dei materiali raccolti nel processo di ricerca ha, così, permesso di formulare ulteriori riflessioni circa i nessi e le connessioni tra i due saperi nella pratica, andando ad attribuire a questo incontro elementi di costitutiva complessità.

Criticità e complessità dell'incontro tra sapere medico e pedagogico nella pratica

I nessi tra le due discipline evidenziati a livello teorico sono riscontrabili e presenti anche nell'agire professionale, ma il contatto con la pratica aggiunge a questi ulteriori elementi di complessità. Il carattere di interdisciplinarietà, ad esempio, è ben presente nella tematizzazione epistemologica dei due saperi, ma, come si è notato anche a proposito della formazione, i professionisti, sia medici e sanitari, sia educativi, paiono non possedere competenze specifiche per agire in un contesto che chiama fortemente in causa questo fattore di interdisciplinarietà, quale un gruppo di lavoro composto da professionisti differenti. In questo senso, l'interdisciplinarietà viene affrontata nel momento in cui ci si trova a contatto con sguardi diversi. Il sapere accumulato negli anni di formazione dai professionisti sanitari, ad esempio, costituisce un *corpus* chiaro e definito, poco abituato e "allenato" alla considerazione e alla legittimazione di altri paradigmi di conoscenza. Allo stesso tempo, altri professionisti, tra cui quelli educativi, faticano a presentare e far riferimento alla loro specificità disciplinare, ricercando conferme e sicurezze in tipi di sapere avvertiti come maggiormente "potenti" o "riconosciuti". In questo modo, la sinergia auspicata viene a perdersi in quanto, all'interno di un contesto di interdisciplinarietà, non viene riconosciuto, tematizzato e utilizzato il potenziale disciplinare di tutti i professionisti coinvolti.

Il nesso relativo all'oggetto di indagine comune è facilmente riscontrabile nella pratica osservata nel corso del processo di ricerca empirica: gli ospiti dei due contesti, infatti, sono chiaramente i destinatari delle azioni di "cura" messe in atto sia dai professionisti sanitari, sia da quelli educativi. In relazione agli ospiti e ai loro progetti terapeutici si riscontra, inoltre, il fine pratico a cui sia medicina, sia pedagogia tendono. Inoltre, è necessario notare, nel corso delle conclusioni del lavoro, come, seppur basata su un lavoro di gruppo, l'azione di cura messa in atto da professionisti medici ed educativi, sia profondamente differente. L'azione dei medici, infatti, svolta in tempi e luoghi circoscritti e identificabili, viene rivolta alla definizione di diagnosi, alla gestione della terapia farmacologica e dei colloqui con gli ospiti.

In tutte queste situazioni, il medico occupa una posizione “autorevole”, come emerso dal processo di analisi, in cui utilizza le sue competenze per garantire il più alto grado possibile di benessere fisico per l’ospite. Questo benessere risulta il fine pratico a cui il medico tende, certificabile e visibile nell’andamento terapeutico del paziente, nelle modalità di assunzione dei farmaci, nella frequenza o sporadicità di fase acute e critiche della malattia.

L’azione dei professionisti educativi dovrebbe essere rivolta allo sviluppo delle potenzialità formative ed esistenziali, possibili in maniera differente per ogni singolo soggetto. Per raggiungere questo obiettivo, parte importante del lavoro educativo risulta essere la condivisione delle attività quotidiane dei soggetti in vista del potenziamento delle loro abilità di vita. Queste azioni, inoltre, dovrebbero essere inserite in un progetto educativo individuale, in modo da inserire ogni attività, anche quelle legate alla quotidianità, in una cornice di senso che le motivi e le significhi.

Si è visto come la vicinanza con l’agire pratico, routinario e quotidiano renda possibile uno smarrimento del pensiero educativo e della riflessione pedagogica sull’agire, andando a perdere la cornice di senso che motiva la pratica e concentrando completamente il lavoro dell’educatore su azioni legate all’organizzazione del contesto, messe in atto in maniera ripetitiva e “automatica”. In questo modo, viene perso sia il modello di cura del *to care*, che richiede una continua riflessione sulla progettualità da agire per il potenziale sviluppo dell’individuo, sia il fine pratico a cui la pedagogia dovrebbe tendere, che non viene più a identificarsi nella formazione dell’ospite, ma nell’espletamento di compiti e attività pratiche legate alla vita quotidiana del servizio.

La riflessione da portare in conclusione del lavoro, dunque, sulla base di quanto appena scritto, porta a considerare come i nessi tra la disciplina medica e quella pedagogica, seppur tracciabili ed individuabili a un livello teorico, presentino innumerevoli aspetti di complessità qualora si trovino ad essere realizzati nella pratica. Seguendo questa direzione di pensiero, infatti, l’incontro tra i due saperi nella pratica dei professionisti viene a tematizzarsi come complesso, oggetto di una possibile riflessione relativa alla sua messa in atto.

Riflessioni per la realizzazione di un incontro tra saperi nella pratica

Per presentare gli ultimi pensieri conclusivi, si ritiene importante richiamare la curiosità di partenza che ha motivato la costruzione del lavoro presentato: l’interesse era, infatti, quello di osservare come avvenga nella pratica lavorativa quotidiana l’incontro tra sapere medico e sapere pedagogico. In questo senso, dunque, il punto di partenza per il progetto di ricerca ha

voluti dirigersi verso lo studio di un contesto, individuato nell'area della salute mentale, in cui questi due saperi, pedagogia e medicina, possono incontrarsi.

Il presupposto che ha permesso l'inizio di un percorso di studio e ricerca era, quindi, articolato intorno all'idea che la presenza di professionisti educativi e medici/sanitari in uno stesso contesto fosse condizione necessaria e sufficiente per osservare ed esplorare l'incontro tra i loro saperi nella pratica agita.

La letteratura consultata e il materiale raccolto nel corso della ricerca empirica hanno condotto alla formulazione di pensieri e riflessioni che hanno complessificato notevolmente il presupposto di partenza. Infatti, come si è appena notato in relazione agli aspetti di complessità e criticità che caratterizzano l'incontro tra sapere medico e pedagogico nella pratica professionale, la sola presenza di professionisti delle due aree in uno stesso gruppo di lavoro non pare essere una condizione che "garantisca" la realizzazione di un effettivo incontro nella pratica tra i loro saperi.

Quanto scritto nel corso del processo di analisi del materiale, ripreso in parte anche in queste conclusioni, ha messo in luce, infatti, la difficoltà nella costruzione di un gruppo di lavoro orientato a una progettazione che tenga conto e considerazione dei punti di vista disciplinari di tutti i suoi membri. Si è visto, infatti, come sia complicato tematizzare, rendere visibile e utilizzabile il sapere pedagogico da parte dei professionisti educativi e, allo stesso tempo, come risulti difficile, soprattutto per i medici, legittimare lo sguardo di differenti discipline. Queste difficoltà, tematizzate in maniera molto più approfondita e articolata nel corso del settimo capitolo, sono riscontrabili anche nella concreta pratica professionale agita, andando ad evidenziarsi in "contaminazioni" e "sovrapposizioni" tra ruoli e azioni professionali, che portano a perdere le specificità disciplinari, o nella costituzione di una "gerarchia" di *équipe* in cui un solo professionista agisce la parte di pensiero, anche in relazione ai saperi specifici di altre professioni.

In questo senso, la proposta dei concetti di *attenzione* e *delicatezza* indica l'ipotesi circa la necessità sia di una consapevolezza epistemologica di ogni professionista, sia di una conseguente apertura al riconoscimento e alla legittimazione di altri sguardi disciplinari per poter mettere in atto un incontro tra saperi nella pratica che non "nasconda" o "faccia a meno" del contributo specifico di ogni professionista, ma sappia considerare ogni competenza in vista di un'effettiva sinergia.

Il presupposto di partenza, dunque, una volta giunti al termine del percorso di studio e ricerca di cui ha motivato la costruzione, sembra poter essere messo in crisi, non in un'ottica "distruttiva" di quanto cercato ed esplorato nel corso del presente lavoro, ma in vista della

formulazione di ulteriori domande e piste di indagine, rese possibili proprio da quanto finora fatto emergere.

Se, infatti, l'incontro tra sapere medico e pedagogico nella pratica professionale non pare essere una caratteristica "scontata" nei contesti in cui operano i professionisti delle due aree, viene spontaneo intravedere delle possibili direzioni di studio volte a tematizzare, come accennato in precedenza, punti ed aspetti che possono gettare luce sulla sua realizzazione.

La formazione dei professionisti medici/sanitari ed educativi all'interdisciplinarietà pare essere un aspetto su cui sia necessario riflettere in vista di un effettivo incontro tra i saperi e le competenze nella pratica; anche lo studio delle figure di coordinamento dei gruppi inter-professionali, chiamate a gestire ed orchestrare la regia che dirige l'incontro tra i saperi per la progettazione di una pratica comune, può sicuramente costituire un ulteriore nodo da esplorare.

La curiosità di partenza, dunque, ha condotto a un complesso lavoro di studio e ricerca, che ha portato alla presentazione di riflessioni, pensieri e risposte circa la traiettoria di indagine, ma, soprattutto, ha aperto la strada a una messa in crisi "fertile" dei presupposti iniziali, generatrice di ulteriori domande e desiderio di conoscenza. In questo senso, l'ipotesi di partenza, esplorata e tematizzata in una serie di possibili risposte, si pone come apertura a nuove piste di ricerca per significare altri aspetti emersi dalla traiettoria di indagine, manifestando la continua volontà di dare senso a un interesse di studio, rigorosamente e puntigliosamente studiato nel corso del presente lavoro.

Per concludere, si può fare ricorso all'immagine di una ricerca che, costruendosi su un percorso a spirale e, dunque, aperto e non rigidamente chiuso, ha portato a costruire una conoscenza a partire dall'esperienza vissuta ed esplorata, generatrice di ipotesi interpretative, ma, soprattutto, di un dialogo e di ulteriori riflessioni su quanto indagato e sugli stessi presupposti di partenza. La curiosità di partenza è stata fertile spinta all'intraprendere un percorso di studio e approfondimento, consentendo di mettere in luce alcune risposte che, a loro volta, si rivelano essere ulteriori spunti di indagine e tracce per continuare a pensare e cercare.

ALLEGATO A: IL MODELLO OSSERVATIVO

Data

Descrizione della situazione osservata (riprendere gli elementi formali e di contesto già annotati nella scrittura a caldo dopo l'osservazione):

Valutazioni, intuizioni, espressioni di vissuti emotivi e sentimenti inerenti quanto osservato:

Note teoretiche (NT):

Note metodologiche (NM):

Note programmatiche (NP):

Note critiche (NC):

Note teoretiche: catturano le nuove idee scaturite dall'osservazione. Formulano nuove ipotesi, identificano presupposti rimasti taciti, istituiscono connessioni fra le proprie esperienze e determinate teorie. (NT)

Note metodologiche: riflessioni sui metodi di ricerca usati, idee per metodi e procedure alternative. "Quali sono le circostanze in cui ho usato un certo metodo?", "Quale ruolo ho giocato nella situazione attivata?", "A partire dall'esperienza, quali osservazioni si possono fare rispetto al metodo utilizzato?" (NM)

Note programmatiche: ipotesi sulla possibilità di introdurre cambiamenti nelle fasi successive di lavoro, registrare difficoltà organizzative incontrate. (NP)

Note critiche: considerazioni su elementi percepiti come problematici, sottolineano incertezze e dubbi. (NC) Sono trasversali a tutte le altre note⁸⁶⁸.

⁸⁶⁸ Per la tematizzazione dei differenti tipi di note, il riferimento è al testo di L. Mortari, *Cultura della ricerca e pedagogia. Prospettive epistemologiche*, Carocci, Roma, 2007, pp. 231-233.

ALLEGATO B: OSSERVAZIONE 8 CONTESTO 2

Data: 25 novembre 2013

Descrizione dell'osservazione osservata (riprendere gli elementi formali e di contesto già annotati nella scrittura a caldo dopo l'osservazione)

Riunione di *équipe*, ore 10-13.

Sono presenti tutti gli operatori, tranne un'educatrice e un'infermiera, in quanto sono in ferie, e lo psichiatra, che essendo presente meno ore in comunità, partecipa a un'*équipe* al mese.

La coordinatrice chiede in primo luogo gli argomenti con cui formulare l'odg. Viene data precedenza ad alcune questioni di natura organizzativa: si parla quindi di problemi pratici di manutenzione della struttura, quali piccoli guasti casalinghi e l'ipotesi di sostituzione della cucina.

In seguito ci si confronta sulla organizzazione delle feste natalizie, tenendo in considerazione quanto emerso dall'assemblea tenuta con gli ospiti la settimana precedente, e decidendo dunque di festeggiare con una cena al ristorante che la comunità offre come regalo di Natale agli ospiti. Si decide la data e quali ristoranti contattare per un preventivo.

La coordinatrice ricorda anche di segnare i giorni che ogni professionista vorrebbe come liberi nelle vacanze natalizie.

La psichiatra non partecipa attivamente alla definizione di queste questioni, dice la sua opinione, però, relativamente all'idea della cena come festeggiamento, approvando la proposta.

In seguito ci si confronta sulle situazioni dei singoli ospiti. Si inizia ad affrontare un caso su cui il gruppo è molto in difficoltà. Gli educatori e gli infermieri raccontano le difficoltà del quotidiano, dichiarando che per loro l'*équipe* è vissuta come momento "evacuativo" della difficoltà che S. comporta: dopo essersi "svuotati" in *équipe* è possibile per loro continuare ad affrontare la quotidianità con lui, tenendolo nella giusta considerazione nella gestione quotidiana. La coordinatrice comprende il problema e cerca di sondare diverse possibilità che possono essere messe in atto con S., valutandone senso ed effetti. Anche la psichiatra contribuisce alla discussione, in primo luogo controllando la terapia di S. e esplicitando le modifiche che potrebbero essere fatte, tenendo però in considerazione il modo in cui S. potrebbe vivere tali cambiamenti; dichiara inoltre cosa lei potrebbe dire a S. nel prossimo

colloquio. La coordinatrice sottolinea di ricordare la storia di difficoltà che S. ha avuto coi farmaci, valutando il peso dei suoi vissuti in relazione all'ipotesi di cambiamenti terapeutici.

Si decide di attivare un primo colloquio di S. con la coordinatrice in cui puntualizzare alcuni aspetti della vita comune e di chiarire con il CPS quali possono essere le mete a cui indirizzare il progetto di S. in comunità.

Si affronta la situazione di un altro ospite, relativamente al suo rapporto con la famiglia e le difficoltà che comporta. Anche in questo caso educatori e infermieri narrano il quotidiano, gli infermieri in particolare relativamente ad aspetti sanitari. La psichiatra controlla la terapie e propone l'aumento di un farmaco.

Verso le 12 alcuni ospiti bussano e chiedono informazioni circa la preparazione del pranzo, un'ospite entra per dire che non vuole andare alla sua attività di teatro. Una volta risposto a G. circa il teatro, il gruppo approfitta dell'occasione per parlare della situazione di G., anche relativamente all'inizio della terapia con l'insulina. A questo proposito viene ricordato che si è persa l'abitudine di fare la spesa con lei per aiutarla nella scelta e nella gestione del cibo. La coordinatrice dice che tale attività si è persa per via dei turni e del fatto che era stata affidata a un'infermiera per effettuarla il martedì, ma quando questa persona non era in turno quel giorno, la spesa con G. non veniva fatta. Propone dunque di andare oltre la logica dei turni e di affidare la gestione della spesa di G. ad una persona che se ne prenda cura al di là dei turni. Pensava fosse più indicato affidare ad un infermiere questa attività con G., in quanto la gestione del cibo di un diabetico ha degli elementi di gestione sanitaria.

Infine la coordinatrice sottopone la situazione di M., di cui si parla poco perché "sta bene", dà pochi problemi, ma non per questo bisogna dedicargli meno pensieri. In questo senso chiede all'*équipe* di pensare a M. in vista della prossima riunione, che partirà appunto dalla sua situazione.

Valutazioni, intuizioni, espressioni di vissuti emotivi e sentimenti inerenti quanto osservato

La sensazione è quella di essere in un contesto in cui c'è una guida chiara (la coordinatrice) e in cui ogni professionista ha il suo spazio e la sua considerazione.

Mi ha dato una sensazione di "sollievo" sentire che la coordinatrice pensava certi incarichi per un determinato profilo professionale, quasi potessi dire "ma allora una differenza tra professionisti, anche tra educatori e infermieri, alla fine c'è".

Ho visto inoltre che gli infermieri tengono aggiornati giornalmente i valori fisici dei pazienti, come il peso, su cui poi si confrontano anche in *équipe*.

Non c'è solo un professionista che “pensa”, ma ogni componente porta competenze e vissuti lavorativi che compongono il pensiero dell'*équipe*. A ognuno vengono chiesti parere e posizione sulle questioni in discussione.

Note teoretiche (NT): Rileggendo quanto scritto mi accorgo che quanto già vissuto ed osservato nel primo contesto esplorato sia comunque presente, quasi come filtro, o ulteriore lente, nel mio sguardo da osservatrice in questo secondo caso. Penso sia necessario mantenere vigile l'attenzione su questo aspetto per utilizzare l'esperienza già osservata come arricchimento per significare il secondo contesto, ma non come unico e totale aspetto per comprendere la realtà che sto osservando.

Note metodologiche (NM): come osservatrice, mi sembra di essere arrivata a una conoscenza esauriente del contesto, dei vari professionisti che in esso operano, delle pratiche messe in atto, della loro gestione e progettazione. In questo senso, mi pare che lo strumento dell'osservazione, all'interno del metodo seguito, stia giungendo a una saturazione dei dati raccolti. Come già effettuato nel primo caso, bisognerà prevedere, a breve, l'attivazione delle prossime fasi di ricerca ipotizzate.

*Note programmatiche (NP): la coordinatrice mi chiede se procede tutto bene e quando penso di attivare le prossime fasi di ricerca. Rispondo che a gennaio attiverò lavoro di gruppo e interviste, rimanendo d'accordo che alla prossima *équipe* posso esplicitare i tempi a tutti, spiegando in cosa consisteranno le prossime fasi.*

Note critiche (NC): vivo sempre una certa criticità nel determinare il passaggio da una fase di ricerca a un'altra. Per questo aspetto mi è necessario un confronto, lavorando sui materiali finora raccolti, che cercherò in primo luogo nella tutor di Dottorato.

ALLEGATO C: INTERVISTA 4 CONTESTO 1

Intervista a F. (educatrice con formazione del Corso di Laurea in Scienze dell'Educazione),
30 aprile 2013, ore 10/10:45

L'intervista si svolge in mattinata, è presente solo una ragazza in comunità, dunque F. può staccarsi con facilità per effettuare l'intervista. Siamo nella stanza della psicologa, in cui sistema due sedie davanti alla scrivania. Sul tavolo appoggio il collage e il registratore, chiedendo a F. l'autorizzazione a registrare il nostro colloquio. Ottenuto il suo consenso, accendo il registratore e inizio l'intervista.

- Vorrei ripartire dal tuo collage, e chiederti se mi racconti la scelta delle diverse immagini in relazione al lavoro di collaborazione dell'èquipe...

Dunque, innanzitutto ho inserito la scritta "un inguaribile ottimista che non significa ingenuo". Per un educatore è fondamentale essere ottimista. Devi sempre, secondo me, iniziare un percorso qui sapendo che puoi arrivare fino a un certo punto, sapendo che un miglioramento ci deve sempre essere. Senza essere ingenui perché si sa che le difficoltà ci saranno e non è che non si devono vedere.

L'immagine della corsa per sottolineare l'orientamento del percorso dei ragazzi verso un traguardo.

Ho messo la foto di un uomo sul ciglio di un baratro che sta guardando lontano, perché ogni tanto è un po' il nostro compito, del nostro lavoro di *équipe*: i ragazzi è un po' come se fossero su un ciglio che non sanno esattamente cosa fare, addirittura certe volte se buttarsi o ripensarci. Penso sia fondamentale il fatto di pensare, non solo in questa situazione, ma perché tutte le azioni che vengono fatte qui, anche se sembra che ognuno parla coi ragazzi a livello colloquiale, per me c'è o dovrebbe sempre esserci un pensiero dietro. Da una parte è importante che ci sia la spontaneità, simboleggiata dalla scritta "semplicemente", nel lavoro di tutta l'*équipe*, perché bisogna essere il più possibile se stessi coi ragazzi, perché se no, se uno si mostra in un altro modo, la cosa viene sentita tanto... Però nel frattempo ci deve essere una riflessione dietro, per non comportarsi a caso.

"Investire nel futuro", perché è fondamentale che l'*équipe* tutta insieme dia ai ragazzi una prospettiva sul futuro che possa essere ottimista, che faccia intravedere una speranza.

Tutti insieme, poi cerchiamo anche di capire “quando è il momento giusto”, quando intervenire, quando si può fare quel passo in più...non è che sia la cosa più facile del mondo, ma è importante cercare di focalizzarlo...

L'immagine della gioia perché penso sia una componente imprescindibile nel lavoro di *équipe*, che non dovrebbe mancare mai in questo lavoro, e devono sentirlo i ragazzi che c'è felicità, che c'è voglia di stare con loro. Mi sono accorta che più i ragazzi sentono questo, più sono coinvolti, vengono a parlarti...e questa è fiducia. Se si promette qualcosa a un ragazzo è fondamentale mantenerlo, dalla promessa di un accompagnamento pomeridiano, a cose più serie.

L'immagine del cambiamento, per parlare dei ragazzi delle modifiche che stiamo vedendo in loro, di quello che possono diventare...l'età dell'adolescenza è un momento difficile, non si riconoscono più in certe situazioni...fargli capire anche che questo cambiamento è indispensabile e che porta anche qualcosa di positivo, perché il cambiamento spesso spaventa. Lavorare in un'*équipe* così multidisciplinare per me è molto positivo, perché l'educatore fa il suo pezzo...la vedo un po' come una catena di montaggio... L'ultima immagine è la persona sul parapendio perché è una sensazione di libertà all'interno dell'*équipe*, mi accorgo che l'essere semplicemente se stesso anche in *équipe* sia importante.

- Grazie! Ti chiederei ora di raccontarmi qual è il ruolo dell'educatore all'interno del tuo contesto di lavoro...

Noi siamo un po' quelli che operano in concreto nelle cose che ci vengono dette. La parte psicologica, più di riflessione col ragazzo la fanno altri. Noi operiamo su alcune cose che ci vengono dette, ad esempio rispetto a quanto dice la neuropsichiatra si capisce fin dove l'intervento educativo può arrivare, fin dove c'è un ostacolo che non siamo noi ma è la malattia, la patologia...

Poi per un educatore è importante essere ottimista, sempre, comunque, in ogni situazione, perché già i ragazzi non le vedono determinate cose, è importante che tu comunque lo sia talmente tanto per sentire in te anche il pezzo che non hanno loro.

Secondo me un percorso educativo è un po' come una maratona, vai piano piano ma è una corsa verso un traguardo. Però è indispensabile che si vada piano, a ritmo costante, non bisogna fare scatti, perché magari pretendi troppo dal ragazzo, si brucia...ma che sia un passaggio costante, dove uno si può anche fermare, camminare per un pezzo, però è un avanzare lento e graduale.

Poi penso che gli educatori siano un po' guide ed esploratori, perché dobbiamo guidare i ragazzi verso il futuro, verso le proprie prospettive, ed esplorare, perché bisogna esplorare la vita del ragazzo, le sue emozioni.

L'educatore si deve occupare più che altro delle attività concrete dei ragazzi, che siano dall'accompagnarlo alle varie attività, fino a tutti i ragionamenti che si possono fare per orientare le attività dei ragazzi...Poi tutti gli altri ragionamenti che stanno dietro è un lavoro più psicologico...

- Dunque, se ho ben capito, secondo il tuo punto di vista, l'educatore in primo luogo fa, agisce, mentre gli altri aspetti di ragionamento...

Beh, diciamo che forse è molto "pressante" e urgente la parte del fare, dello stare coi ragazzi, certo che pensiamo al nostro operare, soprattutto in *équipe*, ma la parte di ragionamento, anche per il tipo di lavoro che fanno, la portano soprattutto psichiatra e psicologa, noi portiamo pensieri relativamente a quelli che facciamo o che vediamo fare dai ragazzi, ma sono "pezzi" sempre molto legati ad azioni o accadimenti quotidiani. Forse è anche proprio il nostro essere immersi nel fare che ci rende particolarmente centrati su questo aspetto, e A. quando ci chiede di "pensare" in *équipe* ci "spiazza" un po', non so come spiegarmi, perché alla fine quello è il loro lavoro, mentre noi facciamo...come se noi chiedessimo a A. o G., di stare qui a gestire una cena o il momento di andare a letto...

- Grazie della specifica sul ruolo dell'agire e del pensare nel lavoro educativo...Visto che prima hai iniziato anche a parlare del ruolo della psicologa, ti pongo a questo riferimento un'ulteriore domanda, in cui ti chiederei di raccontarmi qual è lo specifico ruolo delle altre professioni all'interno della comunità...

L'educatore deve anche demandare per capire fin dove arriva il suo pezzo e non dire cose che non hanno senso, passarlo a persone più competenti in quell'aspetto. Per me infatti è fondamentale, e l'ho sempre pensato, che ci sia una collaborazione strettissima tra psicologa e educatori, perché l'educatore spesso viene a conoscenza anche di qualcosina in più, perché è a stretto contatto tutti i giorni coi ragazzi, però la psicologa ha gli strumenti che l'educatore non ha. Quindi una collaborazione tra queste due figure può far sì che si lavori bene.

La figura delle neuropsichiatra è importantissima, perché molti ragazzi che hanno queste dinamiche, senza farmaci non sarebbero trattabili...anche se l'obiettivo è poi quello di

eliminare la terapia, di fargli vivere la loro vita nella maniera più normale possibile, però è una figura indispensabile, che ha un sacco di conoscenze, ci dà elementi di psichiatria che anche la psicologa non ha. Quindi è un elemento ulteriore...Secondo me è dalla collaborazione di queste tre figure, educatori, psicologa, psichiatra, che si arriva alla costruzione di un progetto molto utile e buono per il ragazzo.

La figura dell'infermiere professionale si dà a livello di somministrare i farmaci, in situazioni di emergenza...è anche importante la presenza maschile, perché gli infermieri che abbiamo qui sono tutti maschi, quindi anche il rapporto tra un ragazzo e una presenza maschile è importante, perché si sviluppa un altro tipo di relazione...forse è anche importante che sia una persona che non ha competenze a livello educativo...anche se poi in realtà fanno un po' lo stesso lavoro degli educatori nel concreto per la maggior parte del tempo.

L'assistente sociale mi sono accorta che sia una figura importante nelle relazioni con le istituzioni, a livello di competenze sa districarsi in un sacco di situazioni, ad esempio tutta la parte dei rapporti con la scuola va fatta con lei...

- Vorrei chiederti ora se mi racconti la tua ultima giornata di lavoro in comunità...sei arrivata, sei entrata e...

Dunque, mercoledì arrivo qui per l'ora di pranzo, entro in comunità, saluto chi è già qui, poso la borsa in stanza educatori e vado in cucina. Il momento del pranzo a me piace tantissimo, stare a tavola coi ragazzi vuol dire condividere un momento in cui siamo tutti insieme e possono esserci discorsi di ogni genere, vieni a conoscere i ragazzi visti tutti insieme, dinamiche che ci sono anche tra di loro...

Quando arrivo trovo il pranzo già preparato da chi fa il turno della mattina.

Dopo pranzo ho fatto compagnia sempre in cucina a un paio di ragazzi che arrivano più tardi da scuola e quindi mangiano dopo rispetto agli altri.

Poi alle 15 più o meno sono scesa con R. al piano di sotto per preparare la stanza in cui facciamo teatro con alcuni ragazzi e mettere a punto la progettazione dell'attività. Noi due gestiamo questo momento, che è una sorta di attività teatrale per aiutare i ragazzi a tirar fuori anche le emozioni principali che vivono. A me piace tantissimo. Qualcuno è totalmente inibito a lavorare sulle sue emozioni, ed è utilissimo, vengono fuori piano piano queste cose, si scoprono anche ambiti in cui magari una persona che sembrava inibita riesce a tirare fuori qualcosa, riesce a esprimersi con altri canali che possono essere il canto, il ballo, la

recitazione...Si vedono alcune cose che poi si possono usare nella vita reale per aiutarli a tirare fuori maggiormente determinate emozioni...

Quindi mercoledì abbiamo fatto quest'oretta di teatro in cui abbiamo lavorato sulle emozioni mettendo in scena alcuni *sketches* basati sull'improvvisazione.

Dopo, quando abbiamo finito teatro c'è stata la riunione dei ragazzi, che è un momento secondo me molto utile, perché ci si confronta...

Mercoledì abbiamo iniziato dalla scatola delle idee, che è una scatola che abbiamo in cui i ragazzi mettono dei bigliettini su cui scrivono cose che magari non hanno il coraggio di dire davanti a tutti durante la riunione, domande, questioni che si vogliono discutere tutti insieme.

Ci siamo confrontati su alcune questioni anche proprio pratiche e concrete, come i turni del lavaggio dei piatti, noi dovremmo cercare poi di capire quello che sta dietro anche a queste cose pratiche, l'impegno, le paure...

Poi abbiamo anche provato a far emergere il vissuto dei ragazzi in certe situazioni di emergenza che si erano create, si cercano di far uscire i loro stati d'animo, come quando ad esempio qualcuno va via dalla comunità...

Poi dopo la riunione coi ragazzi abbiamo iniziato la preparazione della cena, sono stata ancora un po' con qualche ragazzo, a chiacchierare, poi di solito verso le 19 vado via.

La cena è alle 19:30, mi sono fermata un paio di volte, dopo si guarda un po' di televisione tutti insieme prima di andare a letto.

- Nel costruire le azioni del tuo lavoro di educatrice, che mi hai appena raccontato, fai riferimento a qualche tipo di sapere?

Io credo che lo studio sia indispensabile, se no sarebbe proprio sminuire una laurea, che anche io ho fatto...A me comunque molte cose di quelle che ho studiato mi sono state utili, forse però quello che uso di più di quei tre anni, più che un sapere, è lo spunto di riflessione che mi hanno dato.

Alcune cose, leggendole e criticandole o essendo d'accordo, mi hanno permesso di costruirmi un pensiero mio.

Ma mi sono anche accorta che moltissimo si impara con l'esperienza, non è che è un lavoro a tentativi, ma all'inizio magari anche solo una frase sbagliata detta in certe circostanze, anche i primi giorni, ti accorgi per l'esperienza che non va bene, una persona deve un po' imparare e comunque, nonostante tutto, sperimentare l'educazione a livello reale o sui libri sono due cose completamente diverse.

Credo che il sapere ci voglia, però è tutta un'altra cosa poi vivere la cosa e sperimentarla sul campo.

Secondo me il tirocinio è la parte più importante che l'università ti dà, che ti fa capire se questo è il lavoro che fa per te, perché lo sperimenti proprio sul campo, è lì che capisci davvero cosa stai mettendo in gioco...una cosa è leggerlo sui libri, seguire anche le indicazioni, gli orientamenti che danno e un'altra cosa è viverlo nella pratica, sulla tua pelle...e lì orienti poi più sull'esperienza, su quello che vedi e vivi...Questo penso...

- Grazie mille, io avrei terminato l'intervista, sempre che non ti sia venuto in mente qualcosa da aggiungere...

Direi di no...per ora mi sembra tutto...

- Provvederò a trascrivere quanto ci siamo detti oggi e a riconsegnarti lo scritto, in modo che tu possa rileggere, dirmi se ho compreso quello che mi hai appena detto, chiedermi di fare delle modifiche o aggiungere altri pensieri...

Ok, va benissimo, allora aspetto la trascrizione...

Bibliografia

- A.A.V.V., *IL CMPP. Centro Medico Psico Pedagogico. Sussidi tecnici per i servizi sociali*, Fascicolo numero 15, Tipografia Atena, Roma, 1969.
- Abbagnano N. & Fornero G., *La filosofia. Da Schopenhauer a Freud*, Paravia, Padova, 2009.
- Albano R. & Marzano M. (a cura di), *L'organizzazione del servizio sociale. Strumenti di analisi e proposte operative*, Franco Angeli, Milano, 2000.
- Alcaro M., *John Dewey, Scienza, prassi, democrazia*, Laterza, Roma-Bari, 1997.
- Alexander F. G. & Selesnick S., *Storia della Psichiatria*, Newton Compton, Roma, 1975. Ed. or. *The History of Psychiatry*, Estate Franz Alexander & Sheldon Selesnick, 1966.
- Allegri E., *Supervisione e lavoro sociale*, La Nuova Italia, Roma, 1997.
- Anderson-Levitt K. M., Ethnography, in J. L. Green, G. Camilli & P. B. Elmore, *Handbook of Complementary Methods in Education Research*, Lawrence Erlbaum Associates, Washington, 2006.
- Andreoli V., *Se scienza e tecnica vanno in folle*, articolo su *Avvenire*, 14 gennaio 2003.
- A.N.E.P. *La vita buona nella società attiva. Osservazioni per la consultazione pubblica*. 24 ottobre 2008, consultabile su www.anep.it.
- Angrosino M. & Rosenberg J., Observations on observation. Continuities and challenges, in N. K. Denzin & Y. S. Lincoln, *The Sage Handbook of Qualitative Research*, Sage, Thousand Oaks (CA), 2011, pp. 467-478.
- Annacontini G., *Lo sguardo e la parola. Etnografia, cura e formazione*, Progreedit, Bari, 2006.
- Annacontini G., *Dalla mano al pensiero. Nessi pedagogia e medicina*, Pensa MultiMedia, Lecce-Brescia, 2012.
- Antonacci F. & Cappa F., *Riccardo Massa. Lezioni su la peste, il teatro, l'educazione*, Franco Angeli, Milano, 2000.
- Arendt A., *Vita activa. La condizione umana*, trad. it. S. Finzi, Bompiani, Milano, 2008 (ed. or. *The Human Condition*, the University of Chicago Press, Chicago, 1958).
- Artoni M. & Tarozzi M., Fenomenologia come metodo e filosofia di ricerca nelle scienze umane, in *Encyclopaideia*, 27, 2010, pp. 11-22.
- Ashworth P., *An Approach to Phenomenological Psychology: The Primacy of the Lifeworld*, in "Journal of Phenomenological Psychology", 33 (2), 2003, pp. 145-156.

- Atkinson R., *L'intervista narrativa. Raccontare la storia di sé nella ricerca formativa, organizzativa e sociale*, tr. it. Cortina, Milano, 2002.
- Atkinson R., *The Life Story Interview as a Bridge in Narrative Inquiry*, in D. J. Clandinin, *Handbook of Narrative Inquiry. Mapping a Methodology*, Sage, Thousand Oaks (CA), 2007.
- Babini V., *Liberi tutti. Manicomi e psichiatri in Italia: una storia del Novecento*, Il Mulino, Bologna, 2009.
- Banks M., *Using Visual Data in Qualitative Research*, Sage, London, 2007.
- Barbato A. et al., *A study of Long-Stay Patients Resettled in the Community After Closure of a Psychiatric Hospital in Italy*, *Psychiatric Services*, (2004), 55, 1, 67-70.
- Bartolini A. (a cura di), *Artisti dell'educazione. La professionalità educativa tra necessità e possibilità*, Aracne, Roma, 2012.
- Basaglia F., (a cura di), *L'istituzione negata. Rapporto da un ospedale psichiatrico*, Einaudi, Torino, 1968.
- Basaglia F., *Scritti: 1968-1980. Dall'apertura del manicomio alla nuova legge sull'assistenza psichiatrica*, Einaudi, Torino, 1982.
- Basaglia F., *L'utopia della realtà*, Einaudi, Torino, 2005.
- Basaglia F., *Conferenze brasiliane*, Cortina, Milano, 2008.
- Bassegy M., *Case Study Research in Educational Settings*, Open University Press, Buckingham, 1999.
- Bateson G., *Mente e natura*, tr. it. Adelphi, Milano, 1984 (ed. or. *Mind and Nature*, Dutton, New York, 1979).
- Bateson G., Bateson M. C., *Dove gli angeli esitano. Verso un'epistemologia del sacro*, tr. it. C. Longo, Adelphi, Milano, 1989.
- Bateson G., *Una sacra unità. Altri passi verso un'ecologia della mente*, (a cura di R. E. Donaldson), Adelphi, Milano, 1997.
- Bateson G., *Verso un'ecologia della mente*, tr. it. Adelphi, Milano, 2000.
- Bellatalla L. & Genovesi G., *Storia della pedagogia. Questioni di metodo e momenti paradigmatici*, Le Monnier, Firenze, 2006.
- Bertin G. M., *Introduzione al problematicismo pedagogico*, Marzorati, Milano, 1951.
- Bertolini G. (a cura di), *Diventare medici. Il problema della conoscenza in medicina e nella formazione del medico*, Guerini, Milano, 1994.

- Bertolini G. & Massa R. (a cura di), *Clinica della formazione medica*, Franco Angeli, Milano, 1997.
- Bertolini P., *Pedagogia e scienze umane*, Cooperativa Libreria Universitaria, Bologna, 1973.
- Bertolini P., *L'esistere pedagogico. Ragioni e limiti di una pedagogia come scienza fenomenologicamente fondata*, La Nuova Italia, Firenze, 1999.
- Biffi E. (a cura di), *Educatori di storie. L'intervento educativo fra narrazione, storia di vita e autobiografia*, Franco Angeli, Milano, 2010.
- Biffi E., *Scritture adolescenti. Esperienze di scrittura nella scuola secondaria*, Erickson, Trento, 2010.
- Biffi E., *Collage-making: a practice at the boundaries*. Intervento presentato a: ESREA Conference CCCU 28th Feb – 3rd March 2013 Researching learning lives: on discipline, interdisciplinarity and imaginative imperatives in auto/biographical and narrative research, Canterbury.
- Biffi E., *Le scritture professionali dell'educatore*, Franco Angeli, Milano, 2014.
- Binswanger L., *La psichiatria come scienza dell'uomo*, tr. it., B. M. D'ippolito, Mimesis, Milano, 2013. Ed. or. *Der Mensch in der Psychiatrie*, Günther Neske Verlag, Pfullingen, 1957.
- Bion W. R., *Apprendere dall'esperienza*, Armando, Roma, 1971.
- Bissolo G. & Fazzi L. (a cura di), *Costruire l'intergazione sociosanitaria. Attori, strumenti, metodi*, Carocci, Roma, 2007.
- Bocchi G. & Ceruti M., *La sfida della complessità*, Feltrinelli, Milano, 1985.
- Boncinelli E., *L'anima della tecnica*, Rizzoli, Milano, 2006.
- Borutti S., *Filosofia delle scienze umane. Le categorie dell'Antropologia e della Sociologia*, Mondadori, Milano, 1999.
- Bourdieu P., *Per una teoria della pratica*, Cortina, Milano, 2003.
- Bove C., *Ricerca educativa e formazione. Contaminazioni metodologiche*, Franco Angeli, Milano, 2009.
- Boyd W., *Storia dell'educazione occidentale*, tr. it. L. Picone, Armando Editore, 1959. Ed. or. *The History of Western Education*, Adam and Charles Black, London, 1952.
- Braga P. (a cura di), *Promuovere consapevolezza. Esperienze di formazione tra ricerca e pratica educativa*, Junior, Bergamo, 2010.

- Bramanti D., *Alcune osservazioni in merito a: l'integrazione sociosanitaria nell'attuale assetto dei servizi*, in "Politiche sociali e servizi", n. 1/1988. Milano, Università Cattolica, 1988.
- Brambilla L. & Palmieri C., *Educare leggermente. Esperienze di residenzialità territoriale in salute mentale*, Franco Angeli, Milano, 2010.
- Brenner M. E., Interviewing in Educational Research, in Green J. L., Camilli G. & Elmore P. B., *Complementary Methods in Educational Research*, Lawrence Erlbaum Associates, Washington, 2006.
- Brentari C., Màdera R., Natoli S. & Tarca L. V., *Pratiche filosofiche e cura di sé*, Mondadori, Milano, 2006.
- Bruner J., *Il conoscere. Saggi per la mano sinistra*, Armando, Roma, 1976.
- Bruner J., *La ricerca del significato. Per una psicologia culturale*, Bollati Boringhieri, Torino, 1992. (Ed. or. *Acts of Meaning*, Harvard University Press, Cambridge, 1990).
- Bruner J., *La cultura dell'educazione*, trad. it. Feltrinelli, Milano, 1996.
- Bruni A. & Gherardi S., *Studiare le pratiche lavorative*, Il Mulino, Bologna, 2007.
- Bruzzone D., *Farsi persona. Lo sguardo fenomenologico e l'enigma della formazione*, Franco Angeli, Milano, 2012.
- Bruzzone D., Victor E. Frankl e la ricerca di significato come intenzionamento del mondo, in A. Bobbio (a cura di), *Pedagogie dialogali e relazioni di aiuto. Teorie, azioni, esperienze*, Armando, Roma, 2012.
- Bruzzone D. & E. Musi (a cura di), *Vissuti di cura. Competenze emotive e formazione nelle professioni sanitarie*, Guerini, Milano, 2007.
- Butler-Kisber L., Collage as Inquiry, in Knowles J. G. & Cole A. L., *Handbook of the Arts in Qualitative Research: Perspectives, Methodologies, Examples, and Issues*, SAGE Publications, Thousand Oaks (CA), 2008.
- Butler-Kisber L., *Qualitative Inquiry. Thematic, Narrative and Arts-Informed Perspectives*, Thousand Oaks (CA), 2010.
- Byrne D. & Ragin C. C., *The Sage Handbook of Case-Based Methods*, Sage Publications, London, 2009.
- Callari Galli M., F. Cambi & M. Ceruti, *Formare alla complessità. Prospettive dell'educazione nelle società globali*, Carocci, Roma, 2003.
- Cambi F., *Introduzione alla filosofia dell'educazione*, Editori Laterza, Roma-Bari, 2008.

- Cambi F., *Manuale di storia della pedagogia*, Editori Laterza, Roma-Bari, 2009.
- Cambi F., *L'inquietudine della ricerca. Bilanci e frontiere di un itinerario pedagogico*, Edizioni della Fondazione Nazionale "Vito Fazio-Allmayer", 2011.
- Cambi F., G. Cives & R. Fornaca, *Complessità, pedagogia critica, educazione democratica*, La Nuova Italia, Firenze, 1991.
- Canosa R., *Storia del manicomio in Italia dall'Unità a oggi*, Feltrinelli, Milano, 1979.
- Cantarelli M., Il cambiamento dell'assistenza infermieristica attraverso l'organizzazione, in *Rivista La Ca' Granda* anno XLI, 2000, n° 2.
- Cantillo G., (a cura di), *Wilhelm Dilthey. Critica della metafisica e ragione storica*, Il Mulino, Bologna, 1985.
- Cardini M., & Molteni L. (a cura di), *L'educatore professionale. Guida per orientarsi nella formazione e nel lavoro*, Carocci, Roma, 2003.
- Carli R. & Paniccia R. M., *La cultura dei servizi di salute mentale in Italia. Dai malati psichiatrici alla nuova utenza: l'evoluzione della domanda di aiuto e delle dinamiche di rapporto*, Franco Angeli, Milano, 2011.
- Caronia L., *Costruire la conoscenza. interazione e interpretazione nella ricerca in campo educativo*, La Nuova Italia, Firenze, 1997.
- Caronia L., *Fenomenologia dell'educazione. Intenzionalità, cultura e conoscenza in pedagogia*, Franco Angeli, Milano, 2011.
- Castells M., *La nascita della società in rete*, trad. it. Egea, Milano, 2002.
- Castiglioni M. D., *Fenomenologia e scrittura di sé*, Guerini, Milano, 2008.
- Castiglioni M. D. (a cura di), *Narrazione e cura*, Mimesis, Milano, 2014.
- Ceccato S., *La mente vista da un cibernetico*, ERI Edizioni, Torino, 1972.
- Ceccato S., *Linguaggio, consapevolezza, pensiero*, Feltrinelli, Milano, 1980.
- Centro Studi Riccardo Massa, rapporto di ricerca a cura di C. Palmieri, "*Dare forma al lavoro educativo, formare al lavoro educativo*", 2010.
- Ceruti M. & Preta L. (a cura di), *Che cos'è la conoscenza?*, Laterza, Roma-Bari, 1990.
- Charon R., *Narrative Medicine. A model for empathy, reflection, profession and trust*, American Medical Association, 2001.
- Chase S. E., Narrative Inquiry. Still a Field in the Making, in Denzin N. K., & Lincoln Y. S. (eds.), *The Sage Handbook of Qualitative Research*, Sage, Thousand Oaks, (CA), 2011.

- Chiosso G. (a cura di), *Educazione, pedagogia e scuola dall'Umanesimo al Rinascimento*, Mondadori, Milano, 2012.
- Cigoli V. & Mariotti M. (a cura di), *Il medico, la famiglia e la comunità. L'approccio biopsicosociale alla salute e alla malattia*, Franco Angeli, Milano, 2002.
- Civita A., *Introduzione alla storia e all'epistemologia della psichiatria*, Guerini, Milano, 1996.
- Clandinin D. J. (eds.), *Handbook of Narrative Inquiry. Mapping a Methodology*, Sage Publications, Thousand Oaks , (CA), 2007.
- Clandinin D. J. & Connelly F. M., *Narrative Inquiry. Experience and Story in Qualitative Research*, Jossey-Bass, San Francisco, 2000.
- Cocever E. & Chiantera A. (a cura di), *Scrivere l'esperienza in educazione*, Clueb, Bologna, 1996.
- Colombo G., Cocever E. & Bianchi L., *Il lavoro di cura. Come si impara, come si insegna*, Carocci, Roma, 2004.
- Comenio G., *La grande didattica*, a cura di A. Biggio, La Nuova Italia, Firenze, 1993.
- Connelly F. M. & Clandinin D. J., Narrative Inquiry, in Green J. L., Camilli G. & Elmore P. B., *Handbook of Complementary Methods in Educational Research*, Lawrence Erlbaum Associates, Washington, 2006, pp. 477-487.
- Consiglio Nazionale Studenti Universitari, *Mozione concernente la figura dell'educatore professionale*, 22 dicembre 2001.
- Cooper D., *Il linguaggio della follia*, Feltrinelli, Milano, 1979.
- Coppola L., *NVivo: un programma per l'analisi qualitativa*, Franco Angeli, Milano, 2011.
- Corbellini G. & Jervis G., *La razionalità negata. Psichiatria e antipsichiatria in Italia*, Bollati Boringhieri, Torino, 2008.
- Cosmacini G., *La qualità del tuo medico. Per una filosofia della medicina*, Laterza, Roma-Bari, 1995.
- Cosmacini G., *La medicina non è una scienza. Breve storia delle sue scienze di base*, Cortina, Milano, 2008.
- Cosmacini G., *La scomparsa del dottore. Storia e cronaca di un'estinzione*, Cortina, Milano, 2013.
- Cosmacini G. & Rugarli C., *Introduzione alla medicina*, Laterza, Bari, 2007.

- Crewe B., & Maruna S., Self-Narratives and Ethnographic Fieldwork, in Hobbs D. & Wright R., *The Sage Handbook of Fieldwork*, Sage, London, 2008.
- Dahlberg K., Dahlberg H. & Nyström M., *Reflective Lifeworld Research*, Student Litteratur, Hungary, 2008.
- Dammacco F. & Danieli G., La formazione del medico dalla Tabella XVIII ai nostri giorni, in *Centenario della Costituzione degli ordini dei medici. Cento anni di professione al servizio del Paese*, FNOMCeO, Roma, 2010.
- Dal Pra Ponticelli M., *Multifunzionalità e multidisciplinarietà nella professione di Assistente Sociale*, in: *La Rivista di Servizio Sociale*, n.3/2002, Roma.
- Debesse M. & Mialaret G., *Trattato delle scienze pedagogiche*, I vol., Armando, Roma, 1971.
- Del Giudice G., Fioritti A., Rotelli F. & Saccottelli G., (a cura di), *I servizi di salute mentale come laboratorio*, in *Animazione Sociale*, Dicembre 2009, anno 39, nr. 238 (seconda serie).
- Demetrio D., *Educatori di professione. Pedagogia e didattiche del cambiamento nei servizi extra-scolastici*, La Nuova Italia, Firenze, 1990.
- Demetrio D., *Raccontarsi. L'autobiografia come cura di sé*, Raffaello Cortina, Milano, 1996.
- Demetrio D., *Micropedagogia. La ricerca qualitativa in educazione*, La Nuova Italia, Milano, 2000.
- Demetrio D., *La scrittura clinica. Consulenza autobiografica e fragilità esistenziali*, Raffaello Cortina, Milano, 2007.
- Demetrio D., *Educare è narrare: le teorie, le pratiche, la cura. Scritti di Elisabetta Biffi, Micaela Castiglioni, Emanuela Mancino*, Mimesis, Milano, 2012.
- Demetrio D., Donini E., Mapelli B., Natoli S., Piazza M. & Segre A., *Il libro della cura, di sé, degli altri, del mondo*, Rosenberg&Sellier, Torino, 1999.
- Denzin N. K., & Lincoln Y. S., *Handbook of Qualitative Research*, Sage, Thousand Oaks (CA), 2000.
- Dewey J., *Come pensiamo*, tr. It. A. Guccione Monroy, La Nuova Italia, Firenze, 1961. (Ed. or. *How we think. A restatement of the relation of reflective thinking to the educative process*, Heath, Boston, 1933).

- Dewey J., *Le fonti di una scienza dell'educazione*, La Nuova Italia, Firenze, 1984. (Ed. or. *The sources of a Science of Education*, Livering Publishing Corporation, New York, 1929).
- Dewey J., *Democrazia e educazione*, trad. it. E. E. Agnoletti, P. Paduano, Sansoni, Padova, 2004.
- De Amicis E., *Nel giardino della follia*, ETS, Pisa, 1902.
- De Giacinto S., *Educazione come sistema. Studi per la formalizzazione della teoria pedagogica*, La Scuola, Brescia, 1977.
- De Lauri A. & Achilli L. (a cura di), *Pratiche e politiche dell'etnografia*, Meltemi, Roma, 2008.
- De Marrais K. & Lapan S. D. (Eds.), *Foundations for research*, Erlbaum, Mahwah, NJ, 2004.
- De Mello D. M., The Language of Arts in a Narrative Inquiry Landscape, in Clandinin D. J., *Handbook of Narrative Inquiry. Mapping a Methodology*, Sage, Thousand Oaks (CA), 2007.
- De Mello D. M., The language of Arts in a Narrative Inquiry Landscape, in Knowles J. G. & Cole A. L., *Handbook of the Arts in Qualitative Research: Perspectives, Methodologies, Examples, and Issues*, SAGE Publications, Thousand Oaks (CA), 2008.
- De Monticelli R., *La conoscenza personale. Introduzione alla fenomenologia*, Guerini e Associati, Milano, 1995.
- Di Giorgio A.M., *Pedagogia e medicina*, Cappelli, Bologna, 1981.
- Dilthey W., *Introduzione alle scienze dello spirito*, a cura di G. A. De Toni, La Nuova Italia, Firenze, 1974.
- Dilthey W., *Psicologia descrittiva, analitica e comparativa*, a cura di A. Marini, CUEM, Milano, 1979.
- Dilthey W., *Per la fondazione delle scienze dello spirito. Scritti editi e inediti 1860-1869*, a cura di A. Marini, Franco Angeli, Milano, 1985.
- Divinsky M., *Stories for life: Introduction to Narrative Medicine*, Can. Fam. Physician, 2007.
- Ducci V., *Percorsi di integrazione nei servizi sociosanitari*, in: *Il Dipartimento di salute mentale. Integrazione delle professionalità e dei servizi nella comunità locale*, Contributi dal seminario, Volterra 4-10 marzo 1990.

- Eisner E., Art and Knowledge, in Knowles J. G. & Cole A. L., *Handbook of the Arts in Qualitative Research: Perspectives, Methodologies, Examples, and Issues*, SAGE Publications, Thousand Oaks (CA), 2008.
- Engel G. L., *The need for a new medical model: a challenge for biomedicine*, Science, 1977, , trad. it., *La necessità di un nuovo modello medico: una sfida alla biomedicina*, Sanità, scienza e storia, n. 2, 1985.
- Fabietti, U., *Etnografia e culture. Antropologi, informatori e politiche dell'identità*, Carocci, Roma, 1998.
- Fabbri L. & Rossi B., *Pratiche lavorative. Studi pedagogici per la formazione*, Guerini, Milano, 2010.
- Fadda R., *La cura, la forma, il rischio. Percorsi di psichiatria e pedagogia critica*, Unicopli, Milano, 1997.
- Farmakas A., Papastavrou E., Siskou O., Karayiannis G. & Theodorou M., *Challenges in mental health nursing: working in institutional or community settings?*, Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 2014, 21, 39–45.
- Farrington B., *Francesco Bacone filosofo dell'età industriale*, Einaudi, Torino, 1967.
- Ferrario P., *Politica dei Servizi Sociali*, Carocci, Roma, 2001.
- Ferrario P., *Dalla Legge 328/00 a oggi: riforma costituzionale e Piano nazionale dei servizi sociali*, in “Prospettive sociali e sanitarie”, 3, 2002.
- Ferrario P., *Dalla Legge 328/00 a oggi: gestione dei servizi sociali e accreditamento sociale*, in “Prospettive sociali e sanitarie”, 6, 2002.
- Ferrario P., *Dalla Legge 328/00 a oggi: integrazione sociosanitaria e distribuzione della spesa fra Comuni e ASL*, in “Prospettive sociali e sanitarie”, 12, 2002.
- Ferraris M., *Storia dell'ermeneutica*, Bompiani, Milano, 1992.
- Fioritti A., *Riportare i servizi di salute mentale a contatto con le sfide dell'oggi. Oltre le volontà restaurative e sentimenti nostalgici*, in *Animazione sociale*, Dicembre 2009, anno 39, nr. 238 (seconda serie).
- Flyvbjerg B., Case Study, in Denzin N. K. & Lincoln Y. S., *The Sage Handbook of Qualitative Research*, Sage, Thousand Oaks (CA), 2011, pp. 301-316.
- Formenti L., *La formazione autobiografica. Confronto tra modelli e riflessioni tra teoria e prassi*, Guerini, Milano, 1998.
- Formenti L. (a cura di), *Attraversare la cura. Relazioni, contesti e pratiche della scrittura di sé*, Erickson, Trento, 2009.

- Fornaca R., *Storia della pedagogia*, La Nuova Italia, Firenze, 1991.
- Foucault M., *Storia della follia nell'età classica. Dementi, pazzi, vagabondi, criminali*, Rizzoli, Milano, 1992.
- Foucault M., *Il potere psichiatrico. Corso al Collège de France (1973-1974)*, Feltrinelli, Milano, 2003.
- Foucault M., *La nascita della clinica. Una archeologia dello sguardo medico*, Einaudi, Torino, 2007.
- Frabboni F. & Pinto Minerva F., *Manuale di pedagogia generale*, Laterza, Bari, 1994.
- Franchini R., *Costruire la comunità-che-cura. Pedagogia e didattica nei servizi di aiuto alla persona*, Franco Angeli, Milano, 2001.
- Frankl V. E., *La vita come compito*, Sei, Torino, 1997.
- Franza A., *Riflessioni sul problema della conoscenza in pedagogia*, La Nuova Italia, Firenze, 1981.
- Frega R. & Brigati R. (a cura di), *La svolta pratica in filosofia*, Quodlibet, Macerata, 2005.
- Freidson E., *La dominanza medica*, Franco Angeli, Milano, 2002.
- Freud S., *L'Io e l'Es e altri scritti 1917-1923*, Bollati Boringhieri, Torino, 2000.
- Gadamer H. G., *Verità e Metodo*, trad. it. G. Vattimo, Bompiani, Bergamo, 1983. Ed. or. *Wahrheit und Methode*, 1960, J. C. B. Mohr (Paul Siebeck) Tübingen.
- Gadamer H. G., *Elogio della teoria. Discorsi e saggi*, Guerini, Milano, 1989.
- Gadamer H. G., *Dove si nasconde la salute*, Cortina, Milano, 1994.
- Galanti M. A., *Sofferenza psichica e pedagogia. Educare all'ansia, alla fragilità e alla solitudine*, Carocci, Roma, 2007.
- Galanti M.A., *Patologia psichica e follia al femminile: l'induzione della dipendenza*, in R. Biancheri, L. Dell'Osso (a cura di), *Da Esculapio a Igea.*, Plus, Pisa, 2007, pp. 43-60.
- Garin E., *L'educazione in Europa (1400-1600)*, Laterza, Bari, 1957.
- Giap Parini E., *Sapere scientifico e modernità*, Carocci, Roma, 2006.
- Giorgi A., *The Descriptive Phenomenological Method in Psychology. A Modified Husserlian Approach*, Duquesne University Press, Pittsburgh (PA), 2009.
- Gobbo F., *Etnografia dell'educazione in Europa*, Unicopli, Milano, 2003.
- Goffman E., *Asylums. Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza*, tr. it. F. Basaglia, Einaudi, Torino, 2010.

- Good B. J., *Narrare la malattia. Lo sguardo antropologico sul rapporto medico/paziente*, Einaudi, Torino, 2006.
- Gori C. (a cura di), *Politiche sociali di centro-destra. La riforma del welfare lombardo*, Carocci, Roma, 2005.
- Granese A., *Filosofia analitica e problemi educativi*, La Nuova Italia, Firenze, 1968.
- Granese A. (a cura di), *Analisi logica dell'educazione*, La Nuova Italia, Firenze, 1971.
- Green J. L., Camilli G., & Elmore P. B., *Handbook of Complementary Methods in Educational Research*, Lawrence Erlbaum Associates, Washington, 2006.
- Grinberg L., Sor D. & Tabak de Bianchedi E., *Introduzione al pensiero di Bion*, trad. it. Raffaello Cortina, Milano, 1993.
- Guthrie D., *Storia della medicina*, trad. it. L. D. Treves, Feltrinelli, Milano, 1967.
- Hadot P., *Che cos'è la filosofia antica?*, Einaudi, Torino, 1998.
- Hadot P., *Esercizi spirituali e filosofia antica*, Einaudi, Torino, 2005.
- Hall A. R. & Boas Hall M., *Storia della scienza*, Il Mulino, Bologna, 1991.
- Hamena J., Performance Ethnography, in Denzin N. K. & Lincoln Y. S., *The Sage Handbook of Qualitative Research*, Sage, London, 2011.
- Heidegger M., *Essere e tempo*, trad. it. Longanesi, Milano, 1970.
- Heidegger M., *Il concetto di tempo*, trad. it. Adelphi, Milano, 1998.
- Hempel C. G., *Aspetti della spiegazione scientifica*, Il Saggiatore, Milano, 1986.
- Herder J. G., *Idee per la filosofia della storia dell'umanità*, tr. it. a cura di V. Verra, Laterza, Roma-Bari, 1992.
- Hilal A. H. & Alabri S- S., Using NVivo for Data Analysis in Qualitative Research, in *International Interdisciplinary Journal of Education*, January 2013, Volume 2, Issue 2, pp. 181-186.
- Husserl E., *La crisi delle scienze europee e la fenomenologia trascendentale*, trad. it. Il Saggiatore, Milano, 1987. (Ed. or. *Die krisis der europäischen Wissenschaften und die transzendente Phänomenologie*, Nijhoff, Den Haag, 1954).
- Husserl E., *Crisi e rinascita della cultura europea* (a cura di R. Cristin), Marsilio, Venezia, 1999.
- Imbasciati A., *La mente medica. Che significa "umanizzazione" della medicina?*, Springer, Milano, 2008.
- Infantino A., *Progettazione pedagogica e organizzazione del servizio. Teorie e strumenti per la scuola e i servizi educativi*, Guerini, Milano, 2002.

- Iori V., *Lo spazio vissuto*, La Nuova Italia, Firenze, 1996.
- Iori V. (a cura di), *Emozioni e sentimenti nel lavoro educativo e sociale. “In lista per vivere” e altre narrazioni autobiografiche tra famiglie e servizi*, Guerini, Milano, 2003.
- Iori V. & Rampazi M., *Nuove fragilità e lavoro di cura*, Unicopli, Milano, 2008.
- Jackson P., *Life in Classroom*, Holt, Rinehart & Winston, New York, 1968.
- Jaspers K., *Il medico nell'età della tecnica*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 1991.
- Jedlowski P., *Il mondo in questione. Introduzione alla storia del pensiero sociologico*, Carocci, Roma, 1998.
- Jedlowski P., *Il sapere dell'esperienza. Fra l'abitudine e il dubbio*, Carocci, Roma, 2008.
- Jessor R., Colby A., & Shweder R. A., *Ethnography and Human Development*, University of Chicago Press, Chicago, 1996.
- Jones M., *The therapeutic Community*, Basic Books, New York, 1953.
- Kanizsa S., *Che ne pensi?*, Carocci, Roma, 1993.
- Kanizsa S., L'intervista nella ricerca educativa, in S. Mantovani (a cura di), *La ricerca sul campo in educazione. I metodi qualitativi*, Mondadori, Milano, 1998.
- Kanizsa S. & Tramma S., *Introduzione alla pedagogia e al lavoro educativo*, Carocci, Roma, 2011.
- Knowles J. G. & Cole A. L., *Handbook of the Arts in Qualitative Research: Perspectives, Methodologies, Examples, and Issues*, SAGE Publications, Thousand Oaks (CA), 2008.
- Koyrè A., *Dal mondo del pressappoco all'universo della precisione*, trad. it. Einaudi, Torino, 2000.
- Kranzberg M. & Gies J., *Breve storia del lavoro. L'organizzazione del lavoro umano nel suo processo evolutivo*, Mondadori, Milano, 1991.
- Kuhn T., *La struttura delle rivoluzioni scientifiche*, trad. it. A. Carugo, Einaudi, Torino, 1999.
- Ladyman J., *Filosofia della scienza*, (edizione italiana a cura di T. Piazza), Carocci, Roma, 2007.
- Lakatos I. & Musgrave A. (a cura di), *Critica e crescita della conoscenza*, Feltrinelli, Milano, 1993. Ed. or. *Criticism and the growth of knowledge*, University Press, Cambridge, 1970.

- Lanfredini R., *Filosofia della conoscenza*, Le Monnier, Firenze, 2007.
- La Rosa V., *Linee evolutive della pedagogia sperimentale in Italia. Modelli, temi, figure*, Franco Angeli, Milano, 2012.
- Leoni F. (a cura di), *Franco Basaglia. Un laboratorio italiano*, Mondadori, Milano, 2011.
- Lèvinas E., *Totalità e infinito. Saggio sull'esteriorità*, tr. it. A. Dell'Asta, Jaca Book, Milano, 2006. Ed. or *Totalité et infini*, Martinus Nijhoff, The Hague, 1971.
- Lincoln Y. & Guba E., *Naturalistic Inquiry*, Sage, Beverly Hills (CA), 1985.
- Lioy P., *Nelle case del dolore*, in “Corriere della Sera”, 9 dicembre 1902.
- Lizzola I., *Aver cura della vita. L'educazione nella prova: la sofferenza, il congedo, il nuovo inizio*, Città Aperta, Troina, 2002.
- Lizzola I., La malattia e la cura in prospettiva etica e antropologica, in Ferrari V. A. & Visintini R. (a cura di), *La tela di Penelope. Psicologia di comunità, lavoro di rete e gruppi per persone coinvolte in una patologia invalidante*, Franco Angeli, Milano, 2004, pp. 117-136.
- Lizzola I. (a cura di), *Interagire nelle dipendenze. Un percorso di ricerca e formazione*, Unicopli, Milano, 2005.
- Lo Schiavo M. & Cicoletti D., *Indagine e valutazione sul funzionamento degli Organismi di Coordinamento della Salute Mentale e integrazione sociosanitaria*, Istituto per la Ricerca Sociale, 2012.
- MacMilaan K. & Koenig T., The Wow Factor: Preconceptions and Expectations for Data Analysis Software in Qualitative Research in *Social Science Computer Review*, 2004; 22, pp. 179-186.
- Madera R. (a cura di), *Adultità. Le pratiche filosofiche nella formazione*, n. 27, aprile 2008, Guerini, Milano, 2008.
- Madera R. & Tarca L.V., *La filosofia come stile di vita. Introduzione alle pratiche filosofiche*, Mondadori, Milano, 2003.
- Manghi S., *La conoscenza ecologica. Attualità di Gregory Bateson*, Cortina, Milano, 2004.
- Mantegazza R., *Filosofia dell'educazione*, Mondadori, Milano, 1998.
- Mantovani S. (a cura di), *La ricerca sul campo in educazione. I metodi qualitativi*, Mondadori, Milano, 1998.

- Mariani V., *Il lavoro d'équipe nei servizi alla persona. Metodologia e indicazioni operative*, Del Cerro, Pisa, 2006.
- Marini A., *Materiali per Dilthey*, Unicopli, Milano, 1979.
- Martini B., *Pedagogia dei saperi. Problemi, luoghi e pratiche per l'educazione*, Franco Angeli, Milano, 2011.
- Marx K., *Il capitale*, Editori Riuniti, Roma, 1973.
- Massa R., *Istituzioni di pedagogia e scienze dell'educazione*, Laterza, Roma-Bari, 1999.
- Massa R., *Le tecniche e i corpi. Verso una scienza dell'educazione*, Unicopli, Milano, 2003.
- Massa R. & Catella M., *Prevenzione: un alibi minimalista. Intervista-saggio di Marino Catella e Riccardo Massa*, Centro Ambrosiano, Milano, 2000.
- Mc Call G. J., The Fieldwork Tradition, in Hobbs D. & Wright R., *The Sage Handbook of Fieldwork*, Sage, London, 2008.
- Merriam, S. B., *Qualitative Reserach. A guide to Design and Implementation*, Jossey-Bass, San Francisco (CA), 2009.
- Merrill B. & West L., *Using Biographical Methods in Social Research*, Sage, London, 2009.
- Mezirow J., *Apprendimento e trasformazione. Il significato dell'esperienza e il valore della riflessione nell'apprendimento degli adulti*, Raffaello Corina, Milano, 2003.
- Micheli G. A., *Il vento in faccia. Storie passate a sfide presenti di una psichiatria senza manicomio*, Franco Angeli, Milano, 2013.
- Migani C., *Il ruolo degli operatori della salute mentale*, in *Prospettive Sociali e Sanitarie*, n. 21/2006.
- Montalbetti K., *La pratica riflessiva come ricerca educativa dell'insegnante*, Vita&Pensiero, Milano, 2005.
- Morin E., *La conoscenza della conoscenza*, tr. it. A. Serra, Feltrinelli, Milano, 1989.
- Morin E., *La testa ben fatta. Riforma dell'insegnamento e riforma del pensiero*, Cortina, Milano, 2000.
- Mortari L., *Apprendere dall'esperienza. Il pensare riflessivo nella formazione*, Carocci, Roma, 2004.
- Mortari L., *La pratica dell'aver cura*, Mondadori, Milano, 2006.

- Mortari L., *Cultura della ricerca e pedagogia. Prospettive epistemologiche*, Carocci, Roma, 2007.
- Mortari L., *Dire la pratica. La cultura del fare scuola*, Mondadori, Milano, 2010.
- Mortari L. & Saiani L., *Gesti e pensieri di cura*, McGraw-Hill Education (Italy), Milano, 2013.
- Moustakas C., *Heuristic Research: Design, Methodology and Applications*, Sage, Newbury Park (CA), 1990.
- Nagy S. & Leavy P., *The practice of qualitative research*, Sage Publications, Thousand Oaks (CA), 2011.
- Niero M., *Case Study. Aspetti metodologici e indicazioni pratiche*, Emme&Erre Libri, Padova, 2011.
- Nietzsche F., *La nascita della tragedia. Considerazioni inattuali*, tr. it., S. Giametta, M. Montinari, Adelphi, Milano, 1982.
- Norris J., Collage, in Knowles J. G. & Cole A. L., *Handbook of the Arts in Qualitative Research: Perspectives, Methodologies, Examples, and Issues*, SAGE Publications, Thousand Oaks (CA), 2008.
- Nussbaum M., *Terapia del desiderio. Teoria e pratica nell'etica ellenistica*, Vita e Pensiero, Milano, 2007, pp. 15-16. Ed. or., *The Therapy of Desire*, Princeton University Press, 1996.
- Olivetti Manoukian F., *Produrre servizi. Lavorare con oggetti immateriali*, Il Mulino, Bologna, 1998.
- Orefice P., *Pedagogia scientifica. Un approccio complesso al cambiamento formativo*, Editori Riuniti university press, Roma, 2009.
- Orefice P. & Mancaniello M. R., Le professioni educative e formative del Lifelong Learning: dalla ricerca scientifica al riconoscimento giuridico, in *LLL – Focus on Lifelong Lifewide Learning*, anno 6, n. 16, 28 febbraio 2010.
- Orefice P., Carullo A. & Calaprice S. (a cura di), *Le professioni educative e formative: dalla domanda sociale alla risposta legislativa. Il processo scientifico, preprofessionale e normativo del riconoscimento nazionale ed europeo*, CEDAM, Trento, 2011.
- Ottaviani R., Vanni D. & Vanni P., *Trenta lezioni di storia della medicina*, Franco Angeli, Milano, 2004.
- Pacifico M. & Coppola L., *NVivo: una risorsa metodologica. Procedure per l'analisi dei dati qualitativi*, Franco Angeli, Milano, 2010.

- Palmieri C., *La cura educativa. Riflessioni ed esperienze tra le pieghe dell'educare*, Franco Angeli, Milano, 2000.
- Palmieri C. & Prada G. (a cura di), *La diagnosi educativa. La questione della conoscenza del soggetto nelle pratiche pedagogiche*, Franco Angeli, Milano, 2005.
- Palmieri C. & Prada G., *Non di sola relazione. Per una cura del processo educativo*, Mimesis, Milano, 2008.
- Pera M., *Scienza e retorica*, Laterza, Roma-Bari, 1991.
- Percudani M., Cerati G., Petrovich L. & Vita A. (a cura di), *La psichiatria di comunità in Lombardia. Il Piano Regionale per la Salute Mentale e le sue linee di attuazione – 2004-2012*, Mc Graw-Hill Education, Milano, 2013.
- Perillo P., *Pensarsi educatori*, Liguori, Napoli, 2012.
- Peruselli C., *Approccio narrativo alle cure sanitarie*, in “Arco di Giano”, n.14, 1997.
- Piaget J., *Psicologia ed epistemologia. Per una teoria della conoscenza*, Torino, Loescher, 1971.
- Pinel P., *La mania. Trattato medico-filosofico sull'alienazione mentale*, tr. it. a cura di F.F. Basso e S. Moravia, Marsilio, Venezia, 1987.
- Pinnegar S. & Daynes J. G., *Locating Narrative Inquiry Historically. Thematics in the Turn to Narrative*, in Clandinin D. J. (eds.), *Handbook of Narrative Inquiry. Mapping a Methodology*, Sage Publications, Thousand Oaks, (CA), 2007.
- Platone, *Gorgia*, a cura di G. Reale, Bompiani, Milano, 2001.
- Pontecorvo C. & Fusè L. (a cura di), *Il curricolo: prospettive teoriche e problemi operativi*, Loescher, Torino, 1981.
- Popper K., *Società aperta, universo aperto*, tr. it. D. Antiseri, Borla, Roma, 1984.
- Porter R., *Breve ma veridica storia della medicina occidentale*, trad. it. G. C. Brioschi, M. Mascarino, Carocci, Roma, 2004.
- Pulcini E., *La cura del mondo. Paura e responsabilità nell'età globale*, Bollati Boringhieri, Torino, 2009.
- Rabboni M. (a cura di), *Residenzialità. Luoghi di vita, incontri di saperi*, Franco Angeli, Milano, 2003.
- Recalcati M., *Elogio dell'inconscio. Dodici argomenti in difesa della psicoanalisi*, Mondadori, Milano, 2007.
- Regoliosi L. & Scaratti G., *Il consulente del lavoro socio-educativo. Formazione, supervisione, coordinamento*, Carocci, Roma, 2002.

- Reise W., *Il concetto di malattia*, Episteme, Milano, 1975.
- Rezzara A. & Cerioli L., *La consulenza clinica a scuola*, Franco Angeli, Milano, 2004.
- Richards L. & Richards T., Using Computers in Qualitative Analysis, in Denzin N. K. & Lincoln Y. S., *Handbook of Qualitative Research*, Sage Publications, Thousand Oaks, 1994, pp. 445-462.
- Richards L., *Using NVivo in Qualitative Research*, Sage Publications, London, 1999.
- Ricoeur P., *Il conflitto delle interpretazioni*, trad. it. R. Balzarotti, F. Botturi, G. Colombo, Jaca Book, Milano, 1977.
- Ricoeur P., *Tempo e racconto*, vol. I, Jaca Book, Milano, 1986.
- Ricoeur P., *Logica ermeneutica?*, trad. it. F. Polidori, in *Aut aut*, n° 217-218, 1987.
- Ridolfi L., *Le professioni sociali e sanitarie nelle loro differenze di ruolo: nuovi modelli e strumenti di integrazione professionale*, paper per Espanet Conference “Innovare il welfare. Percorsi di trasformazione in Italia e in Europa”, Milano, 29 settembre-1 ottobre 2011.
- Riva M. G., Storia della pedagogia, in Massa R., *Istituzioni di pedagogia e scienze dell'educazione*, Laterza, Roma-Bari, 1990, pp. 35-188.
- Riva M. G., La formazione, in Massa R. & Bertolini G., *Clinica della formazione medica*, Franco Angeli, Milano, 1997, pp. 213-271.
- Riva M. G., Rescaldina G., Legnani W., *Strane coincidenze. Il tumore e i suoi significati: dalla malattia alla rinascita*, Franco Angeli, Milano, 2003.
- Riva M. G., *Il lavoro pedagogico come ricerca dei significati e ascolto delle emozioni*, Guerini, Milano, 2004.
- Riva M. G., Il rapporto tra teoria e prassi: una riflessione clinico-pedagogica, in *Rassegna di pedagogia*, vol. 18, 2011, p. 161-178.
- Rossi P., *Lo storicismo contemporaneo*, Loescher, Torino, 1968.
- Rossi P., *La nascita della scienza moderna in Europa*, Laterza, Roma-Bari, 1997.
- Rorty R., *Conseguenze del pragmatismo*, Feltrinelli, Milano, 1986 (ed. or. *Consequences of Pragmatism*, Blackwell, Oxford, 1979).
- Russo V. E. (a cura di), *La questione dell'esperienza*, Ponte alle Grazie, Firenze, 1991.
- Saccottelli G., *I servizi di salute mentale oltre la logica dell'ambulatorio. Note a partire da un seminario tra operatori della salute mentale*, in *Animazione Sociale*, Dicembre 2009, anno 39, nr. 238 (seconda serie).

- Sala R., *Natura e mondo della vita: Husserl e la crisi delle scienze europee*, consultabile su www.noein.it (consultato in gennaio 2014).
- Salomone I., *Il setting pedagogico. Vincoli e possibilità per l'interazione educativa*, Carocci, Roma, 1997.
- Saraceno B., *La fine dell'intrattenimento. Manuale di riabilitazione psichiatrica*, Etaslibri, Milano, 1995.
- Schneider P. B., *Fare il medico. Vocazione, formazione e professione del medico oggi e domani*, Franco Angeli, Milano, 1994.
- Schön D. A., *Formare il professionista riflessivo. Per una nuova prospettiva della formazione e dell'apprendimento nelle professioni*, Franco Angeli, Milano, 2006.
- Sennett R., *L'uomo artigiano*, trad. it. A. Bottini, Feltrinelli, Milano, 2008.
- Shorter E., *Storia della psichiatria. Dall'ospedale psichiatrico al Prozac*, Edizione Italiana a cura di C. Mencacci, Masson, Milano, 2000. Ed. or. *A History of Psychiatry. From the era of the asylum to the age of Prozac*, Ed. by John Wiley & Sons, Inc., 1997.
- Simmel G., *Forme e giochi di società*, trad. it. Feltrinelli, Milano, 1983.
- Simmel G., *Le metropoli e la vita dello spirito*, Armando, Roma, 1995.
- Simoni S., *Le culture organizzative dei servizi. La sociologia dell'organizzazione e i servizi alla persona*, Carocci, Roma, 2003.
- Sironi G., Strati A., Sironi F. & Ballabio F. (a cura di), *RRA. Ricerca Risposta Abitativa Regione Lombardia*, Fondazione Gaetano Bertini Malgarini, Milano, 2013.
- Sità C., *Indagare l'esperienza. L'intervista fenomenologica nella ricerca educativa*, Carocci, Roma, 2012.
- Smith L. & Geoffrey W., *The Complexities of an Urban Classroom*, Holt, Rinehart & Winston, New York, 1968.
- Smorti A., *Narrazioni. Cultura, memorie, formazione del sé*, Giunti, Firenze, 2007.
- Sofocle, *Aiace*, a cura di A. Boscaro, trad. it. M. G. Ciani, Marsilio, Venezia, 1999.
- Speranza L. (a cura di), *Professioni e status. Avvocati, ingegneri e medici in Calabria*, Rubbettino, Catanzaro, 2004.
- Stanczak G. C., *Visual research methods. Image, Society and Representation*, Sage, Thousand Oaks (CA), 2007.
- Stein E., *Il problema dell'empatia*, Edizioni Studium, Roma, 1998. (Ed. or. *Zum Problem der Einfühlung*, Buchdruckerei des Waisenhauses, Halle, 1917).

- Stenhouse, Case Study Methods, in Cohen L., Manion L., & K. Morrison, *Research Methods in Education*, RoutledgeFalmer London, 2000.
- Strepparava M. G. & Iacchia E., *Psicopatologia cognitiva dello sviluppo. Bambini difficili o relazioni difficili?*, Cortina, Milano, 2012.
- Tarozzi M., *Pedagogia generale. Storie, idee, protagonisti*, Guerini Editore, Milano, 2001.
- Tarozzi M. & Mortari L. (eds.), *Phenomenology and Human Science Research Today*, Zeta Books, Bucharest, 2010.
- Taylor C., *Interpretation and the Science of Man*, in Rabinow P. & Sullivan W. M., *The interpretative turn: a second look*, University of California Press, Berkeley/Los Angeles, 1987.
- Telleri F., Professionisti dell'educazione, un riconoscimento socio-giuridico controverso, in *Pedagogia oggi*, n.1/2010.
- Tornatore L., *Educazione e conoscenza*, Loescher, Torino, 1974.
- Tousijn W., *Il sistema delle occupazioni sanitarie*, Il Mulino, Bologna, 2000.
- Tramma S., *L'educatore imperfetto. Senso e complessità del lavoro educativo*, Carocci, Roma, 2003.
- Van Manen M., Edifying Theory: Serving the Good, in *Theory into Practice*, volume XXI, number 1, 1982, pp. 45-49.
- Van Manen M., *Researching Lived Experience. Human Science for an action sensitive pedagogy*, State University of New York Press, New York, 1990.
- Van Manen M., *The Tact of Teaching*, The Althouse Press, Ann Arbor (MI), 1993.
- Van Manen, Phenomenology of practice, in *Phenomenology & Practice*, Volume 1 (2007), No. 1, pp. 11-30.
- Varela F., Rosch E. & Thompson E., *The embodied mind: cognitive science and human experience*, MIT Press, Cambridge (MA), 1997.
- Vassallo N., (a cura di), *Filosofie delle scienze*, Einaudi, Torino, 2003.
- Venturini E. (a cura di), *Il giardino dei gelsi. Dieci anni di antipsichiatria italiana*, Einaudi, Torino, 1979.
- Vico G., *Principi di scienza nuova*, Mondadori, 2011.
- Virzì A., *La relazione medico-paziente. Come riumanizzare il rapporto: un manuale introduttivo*, Franco Angeli, Milano, 2007.
- Visalberghi A., *Educazione e divisione del lavoro*, La Nuova Italia, Firenze, 1973.

- Von Foerster H., *Sistemi che osservano*, Astrolabio, Roma, 1987. Ed. or. *Observing Systems*, Intersystems Publications, Seaside (CAL.), 1982.
- Von Wright G. H., *Spiegazione e comprensione*, trad. it. G. Di Bernardo, Il Mulino, Bologna, 1977.
- Vygotskij L., *Il processo cognitivo*, tr. it. di C. Ranchetti, Bollati Boringhieri, Torino, 1987.
- Weber M., *Il lavoro intellettuale come professione*, trad. it. A. Giolitti, Einaudi, Torino, 1976.
- Wenger E., *Communities of Practice. Learning, Meaning, and Identity*, Cambridge University Press, Cambridge, 1999.
- Wertz F. J., Charmaz K., McMullen L. M., Josselson R., Anderson R., & McSpadden E., *Five Ways of Doing Qualitative Analysis. Phenomenological Psychology, Grounded Theory, Discourse Analysis, Narrative Research, and Intuitive Inquiry*, Guilford Press, New York, 2011.
- Windelband W., *Le scienze naturali e la storia. Discorso di rettorato, Strasburgo – 1984*, tr. it. in A. Marini, *Materiali per Dilthey*, Unicopli, Milano, 1979.
- Witz A., *Professions and Patriarchy*, Routledge, Londra, 1992.
- Yin R., *Case Study Research: Design and Methods*, Sage, Thousand Oaks (CA), 1994.
- Yin R., Case Study Methods, in Green J. L., Camilli G. & Elmore P. B., *Contemporary Methods in Education Research*, Lawrence Erlbaum Associates, Washington, 2006.
- Zambrano M, *Chiari del bosco*, Feltrinelli, Milano, 1991. (Ed. or. *Claros del bosque*, editorial Seix Barral, Barcelona, 1977).
- Zani B., Ravenna M. & Nicoli M. A., *Da custodi dei matti a operatori di salute mentale. Un'indagine sugli infermieri psichiatrici*, Franco Angeli, Milano, 1984.
- Zannini L., *Salute, malattia e cura. Teoria e percorsi di clinica della formazione per gli operatori sociosanitari*, Franco Angeli, Milano, 2003.
- Zannini L., *Medical humanities e medicina narrativa, Nuove prospettive nella formazione dei professionisti della cura*, Milano, Cortina, 2008.
- Zannini L., Bisogni di cura di sé nei contesti sanitari: come individuarli, come leggerli, come accompagnarli, in *Encyclopaideia*, XVIII, 39, 2014, pp. 33-44.

- Zilboorg G. & Henry W. H., *Storia della psichiatria*, Feltrinelli, Milano, 1973. Ed. or. *A History of Medical Psychology*, copyright 1941 by W. W. Morton & C., Inc., New York.

Sitografia

- www.aieji.net: è il sito dell'*International Association of Social Educators*. È stato consultato in relazione alla normativa relativa alla professione educativa a livello europeo e al dibattito in atto circa i riconoscimenti comunitari della professione.
- www.anep.it: è il sito ufficiale dell'Associazione Nazionale Educatori Professionali. È stato consultato in relazione alla normativa relativa alla professione educativa di primo livello e al dibattito intorno alla formazione e al riconoscimento della professione.
- www.anpe.it: è il sito dell'Associazione Nazionale Pedagogisti Italiani. È stato consultato in relazione alla normativa relativa alla professione educativa di secondo livello e al dibattito intorno alla formazione e al riconoscimento della professione.
- www.bolognaprocess.it: è il sito ufficiale del Processo di Bologna, iniziativa rivolta a costruire uno Spazio Europeo dell'Istruzione Superiore. Il sito è stato visionato in relazione agli accordi europei volti al riconoscimento delle professioni e dei percorsi formativi.
- www.camera.it: è il sito ufficiale della Camera dei Deputati del Governo Italiano. La sua consultazione è stata necessaria ogniqualvolta fosse necessario citare o rimandare ad aspetti legislativi.
- www.isfol.it: L'Isfol è l'Istituto per lo sviluppo della formazione professionale dei lavoratori, ente nazionale di ricerca sottoposto alla vigilanza del Ministero del Lavoro e delle politiche sociali. Il sito ufficiale è stato consultato per comprendere il riconoscimento professionale delle professioni considerate nel lavoro di tesi sia in Italia, sia nel contesto europeo, con riferimento *all'European Qualification Framework*.
- www.istruzione.it: è il sito del Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca del Governo Italiano. È stato consultato per visionare le normative relative ai percorsi formativi universitari previsti per le professioni sanitarie ed educative.

- www.regione.lombardia.it: è il sito ufficiale della Regione Lombardia, che è stato visionato per ogni aspetto che riguardasse la legislazione esclusiva regionale o aspetti legati alle politiche sociali e sanitarie della Regione.
- www.salute.gov.it: è il sito del Ministero della Salute del Governo Italiano. È stato consultato per quanto riguarda le normative relative alle professioni sanitarie e, in seguito, per aspetti specifici del settore della Salute Mentale.
- www.segnalo.it sito realizzato da Paolo Ferrario, docente di Politiche Sociali presso l'Università degli Studi di Milano-Bicocca. Il sito contiene contributi creati dall'autore relative alle politiche sociali e dei servizi alla persona.
- www.siped.it: è il sito ufficiale della Società Italiana di Pedagogia. È stato consultato in relazione alla tematizzazione della professione educativa e ai dibattiti in atto circa la sua definizione, formazione e riconoscimento.
- www.who.int: è il sito della *World Health Organization*. È stato visionato per chiarire il concetto di salute mentale definito a livello mondiale.