

INDICE

| | |
|--|-----------|
| INTRODUZIONE..... | 3 |
| 1. L'OSPEDALE: LUOGO DELLA CURA E NON SOLO | 5 |
| 1.1 Introduzione all'Articolo 32 della Costituzione Italiana..... | 5 |
| 1.2 Il concetto di salute | 8 |
| 1.3 Le prospettive della cura: l'ambiente ospedaliero da intendersi come un “ <i>Non Luogo</i> ”..... | 13 |
| 1.4 Analisi della Riabilitazione come “ <i>Modello Integrato</i> ”..... | 20 |
| 2. LE COMPETENZE E GLI STRUMENTI DELL'EDUCATORE PROFESSIONALE SOCIO-SANITARIO | 24 |
| 2.1 Presentazione della figura professionale: l'evoluzione storica del concetto di educazione e il Decreto Ministeriale 520/1998 | 24 |
| 2.2 Gli strumenti metodologici: andare oltre il “ <i>sapere</i> ” | 31 |
| 2.3 La pianificazione dell'intervento educativo rivolto alla persona: un'attenzione particolare all'unicità del singolo | 39 |
| 3. IL “SAPER FARE”: L'ESPERIENZA DI TIROCINIO | 42 |
| 3.1 Reparto di Cardiocirurgia pediatrica e congenita | 42 |
| 3.2 L'adattamento consapevole degli strumenti professionali nei confronti di un “ <i>nuovo contesto operativo</i> ” | 45 |
| 3.3 Strutturazione del Progetto Educativo Riabilitativo | 47 |
| 3.4 La costruzione di significato: “ <i>conoscere è anche conoscersi</i> ” | 56 |

CONCLUSIONI

RINGRAZIAMENTI

BIBLIOGRAFIA

SITOGRAFIA

INTRODUZIONE

All'interno dell'elaborato che segue s'intende ripercorrere quella che è l'esperienza di Tirocinio professionalizzante di questo ultimo anno di studi, proponendo perciò quella che è la prospettiva di cura che viene proposta ed attuata all'interno dell'ambiente medico ed ospedaliero, una cura che dunque, per sua definizione, è prettamente concentrata sulla medicina dell'evidenza, ovvero sul “debellare” la causa che genera una condizione patologica in un determinato soggetto.

Nell'analisi si procederà nell'ottica di una rivisitazione della suddetta prospettiva, evidenziando come il mandato proprio della figura dell'Educatore Professionale socio sanitario, possa riadattarsi nei confronti di un contesto così strutturato, apportando allo stesso un contributo, che possa concentrarsi su quella che a tutti gli effetti è una “cura educativa e riabilitativa”.

Nel primo capitolo verrà presentata dapprima quella che è la definizione del concetto di Salute, nei suoi aspetti generali e rilevanti ai fini dell'analisi proposta, partendo dalla sua evoluzione storica, fino ad arrivare alla legislazione attuale che si occupa della sua tutela.

Successivamente verrà sottolineata quella che è la contrapposizione dualistica che si espleta nel binomio “Non Luogo” e “Luogo antropologico”, secondo la prospettiva concettuale proposta dall'antropologo francese Marc Augè, che ne analizza i punti rilevanti e le caratteristiche peculiari.

Nello secondo capitolo si introdurrà il discorso tramite la trattazione del Decreto Ministeriale 520 del 1998, che ad oggi rappresenta il caposaldo della normativa di riferimento pertinente alla figura dell'Educatore Professionale, regolandone l'attività sul campo e dettando gli strumenti e le competenze che fanno parte del bagaglio teorico del professionista sanitario.

Nel terzo ed ultimo capitolo si presenteranno quelle che sono state le attività pianificate, programmate e poi condotte assieme agli utenti del reparto di Cardiochirurgia Pediatrica e Congenita dell'Azienda Ospedaliero Universitaria delle Marche, con sede a Torrette(AN).

La scelta che promuove la trattazione di questo tema, è la diretta conseguenza circa l'interesse nei confronti della “cura educativa”, che come nel suddetto caso, possa tentare di andare oltre le limitazioni spaziali e temporali del contesto in cui si espleta, di come quindi un Educatore Professionale, consapevole dei propri strumenti metodologici, possa andare a modulare la propria attività anche in un ambito estremamente contrassegnato dai caratteri di efficacia ed efficienza dei risultati, proprio come lo è quello prettamente sanitario.

1 L'OSPEDALE: LUOGO DELLA CURA E NON SOLO

1.1 INTRODUZIONE ALL'ARTICOLO 32 DELLA COSTITUZIONE ITALIANA

L'Articolo 32 che si andrà ad analizzare all'interno del suddetto paragrafo, trova collocazione nella prima parte della nostra Costituzione e più precisamente all'interno del "Titolo II", rubricato nei "rapporti etico-sociali".

Per sua definizione strutturale questa norma, che consta di due commi, ci viene proposta con una formulazione sintetica, contraddistinta dal rigore e dall'immediatezza del contenuto, la quale al tempo stesso lega a se un ampio panorama di argomenti, che vi si collegano e che ancora oggi trovano spazio nel dibattito quotidiano.

“La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti.”¹

Nel primo comma sopra riportato, si può già notare come viene messo in luce il tema che si riferisce alla tutela di quella che è la salute degli individui in quanto tali, una tutela che deve necessariamente essere sospinta e praticata dalla Repubblica stessa.

È già possibile intravedere come l'articolo 32, va a delineare quella che è la categoria dei diritti denominati come "sociali", che traggono il loro fondamento nella necessità, attuata grazie all'intervento dei pubblici poteri, di promuovere ed assicurare l'eguale erogazione di prestazioni per tutti i cittadini e che quindi al tempo stesso possono essere inquadrati come "*diritti di prestazione*", ovvero da far valere nei confronti dello Stato.

Essi rappresentano una pretesa, da parte del singolo, affinché la Repubblica intervenga per renderli effettivi nella realtà quotidiana, andando a predisporre in bilancio le risorse finanziarie necessarie alla loro attuazione, in modo da poter preservarne il contenuto essenziale.

¹ Art. 32, comma 1, Costituzione Italiana, 22/12/1947

“Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana.”²

Come si può chiaramente evincere dal contenuto del secondo comma riportato, si propone un’analisi combinata, con quella che è la trattazione contenuta nell’**Articolo 13** della Carta costituzionale, il quale va a garantire quella che è l’inviolabilità della libertà personale, intesa come libertà di poter decidere in maniera attiva e consapevole, circa la propria salute e non dimenticando, ciò che viene ampiamente descritto anche nell’**Articolo 2**, il quale viene posto al vertice di tutti quelli che si configurano come i diritti inviolabili dell’uomo, in quanto singolo, o ancora, in quanto soggetto facente parte di una formazione sociale nella quale ha la possibilità di esternare la propria personalità.

Si delinea dunque il concetto di quello che oggi in ambito socio-sanitario, viene descritto come “*consenso informato*”, inquadrato come vero e proprio diritto, che trovò una prima esplicitazione nel 1947 all’interno del **Codice di Norimberga** e nella realtà Italiana con riferimento alla *legge numero 833 del 23 Dicembre 1978*, la quale sanciva come il medico non potesse eseguire trattamenti sanitari contro la volontà del paziente.

Ad oggi il suddetto diritto, rappresenta dunque il fulcro di quello che è il rapporto medico-paziente, e sullo stesso si fonda la legittimazione del professionista a prestare quella che è la sua attività professionale, sancendo così l’inizio di quella che viene chiamata “alleanza terapeutica”.

Avendo ora analizzato quello che è il contenuto dei due commi che compongono la norma, possiamo osservare come essa stessa vada a configurarsi come un diritto denominato “multiforme”, in *primis* per il suo percorso evolutivo, il quale porta con sé il passaggio tra lo stato liberale e quello sociale, dove nel primo si tutelava la mera uguaglianza formale, mentre nel secondo invece, è possibile sottolineare come l’effettiva *ratio* della legge, che dapprima si impegnava alla tutela del “*bene salute*”, come motivazione volta a garantire l’ordine pubblico e la sommaria tutela della collettività, abbia nella realtà dei fatti condotto alla genesi di un primordiale diritto del singolo cittadino, ora tutelato attivamente dalla Repubblica.

2 Ibidem

In *secundis* di come il diritto alla salute si configuri come un “bisogno di base” e perciò come una *condicio sine qua non* per il godimento dei restanti diritti fondamentali, difatti, senza questo il singolo non potrebbe per esempio, espletare il diritto all’attività lavorativa, alla creazione di relazioni sociali e familiari e nei casi più estremi alla sua stessa sopravvivenza e quindi alla vita.

Proseguendo nel definire quella che è la cornice normativa ed argomentativa dell’articolo, ne citiamo anche le due caratteristiche peculiari che lo contraddistinguono: l’intrasmissibilità, intesa come l’impossibilità di trasmissione ad altri della sua situazione soggettiva di salute e l’irrinunciabilità, in quanto diritto che non è suscettibile ad estinzione mediante atto di volontà del singolo.

1.2 IL CONCETTO DI SALUTE

“La salute non è tutto ma senza salute tutto è niente”

Arthur Schopenhauer

Nel preambolo della Costituzione dell'Organizzazione Mondiale per la Salute (OMS), firmata il 22 luglio 1946 dai rappresentanti dei 61 Stati partecipanti, ed entrata in vigore il 7 aprile del 1948, si definisce la salute come: *“uno stato di completo benessere fisico, psichico e sociale, e non solamente l'assenza di malattie o infermità”*.³

Questa definizione si pone da subito in netto contrasto con quella connotata da un'accezione negativa di *“assenza di malattia”*, da cui prende esplicitamente le distanze, e va ad assimilare in se, quello che possiamo intendere come un *“doppio concetto”*, in cui salute e libertà viaggiano su binari complementari ed incrociati.

Si configura come un tentativo di rivalutare positivamente lo statuto connesso al concetto di salute, riconoscendole quindi una propria identità, che non si esplicita solo se in contrapposizione ad una situazione di sofferenza e disagio.

Grazie a questo primo cambiamento di mentalità, è possibile iniziare ad analizzare quelle che sono state le dirette conseguenze nello scenario comune, partendo in primo luogo dall'innegabile passaggio, da quella che dapprima era una concezione *“meccanicistica”* dell'uomo, inteso proprio come una *“macchina”*, costituita da un insieme di organi ed apparati, che potevano *“rovinarsi”* e successivamente essere riparati, per abbracciare un'idea *“olistica”* della persona, in quanto tale, in cui al benessere fisico, contribuiscono sia quello emotivo, che quello relazionale.

Segue poi la constatazione che nessuno di noi è *“sano”*, ovvero pienamente in salute, in quanto nel suddetto *“stato”*, che nella pratica dovrebbe esplicitarsi nel *“completo benessere fisico, psichico e sociale”*, non può essere né constatato, né tanto meno misurato e quindi a tutti gli effetti si rende necessaria la prosecuzione dell'analisi nell'ottica in cui, tutti gli individui possano essere considerati *“malati”*, seppur in momenti transitori della loro esistenza e che la diretta conseguenza di questo, si esplica nella necessità di poter accedere a luoghi che possano garantirci delle cure adeguate.

3 O.M.S. Definizione di salute O.M.S, 1948

Il capovolgimento del concetto, comporta specularmente, una ridefinizione della concezione malattia stessa: malattia è quindi una perdita di benessere, è disagio psicologico, è insicurezza sociale; la sua “gravità” possiamo provare a misurarla tenendo in considerazione quello che è il rapporto con la distanza da quello “stato di completo benessere”, che, seppur concretamente intangibile, è però misurabile con parametri obiettivi.

Si esplicita per esempio, nelle giornate di lavoro che si perdono, nelle occasioni sociali mancate o ancora in attività non più permesse, dovute alla condizione psico-fisica che il soggetto affronta in quel momento.

Possiamo notare come prima del 1948 e quindi, nel periodo bellico, la malattia fosse un vero e proprio “catalizzatore” della vita quotidiana, nel momento in cui si presentava, diventava una problematica da affrontare, andando ad “ancorare” il paziente, nel ruolo passivo del malato, dove passavano in secondo piano sia il *background* esterno, sia il suo vissuto esperienziale, prediligendo l'analisi di tutti quegli elementi che conferivano credibilità alla ricerca della causa della malattia stessa.

Si assistette quindi al passaggio dal modello Biomedico, in favore di quello “*Bio-psico-sociale*”, che a tutti gli effetti indica lo stesso *benessere* come una condizione multifattoriale, che non comprende solo il patrimonio genetico, l'età o l'assenza di malattie, ma anche la struttura della personalità, le relazioni sociali, l'inclusione e l'integrazione con l'ambiente di vita quotidiana, ed innumerevoli altri fattori che non presentano caratteri prettamente riconducibili ad attributi biologici.

In relazione a quanto detto, è opportuno citare la Prima Conferenza Internazionale sulla Promozione della Salute, tenutasi ad **Ottawa**, in Canada, nel Novembre del 1986, di cui si riporta di seguito l'analisi: “*Le società contemporanee sono complesse e interdipendenti. La salute non può essere un obiettivo isolato. Il legame inestricabile tra l'uomo e l'ambiente costituisce la base di un approccio socio-ecologico al problema della salute. [...] La tutela delle risorse naturali in tutto il mondo va ribadita come responsabilità globale.*”⁴

4 O.M.S., Carta di Ottawa, 1986

La sopracitata introdusse il concetto di “*promozione della salute*”, definendolo come un *processo* che permette al singolo di esercitare un maggiore controllo sulla propria salute e di poterla dunque migliorare.

Attualmente la rete di servizi, che si occupano di offrire la tutela del diritto alla salute, si orienta verso la presa in carico globale della persona, in una visione olistica, al fine di promuoverne il benessere in ogni sua dimensione.

La stessa Carta procedette verso l'individuazione di tre strategie utili alla promozione della salute: *advocacy*, per promuovere la creazione di condizioni essenziali per espletare l'effettivo diritto; *enabling*, per poter abilitare le persone alla possibilità di raggiungere il loro massimo potenziale di salute ed infine abbiamo la strategia basata sul *mediating*, necessaria dunque, come suggerisce il termine stesso, per andare a mediare tra i diversi interessi coesistenti nella società nel perseguire obiettivi di salute.

Per rimanere in tema con questo excursus storico circa la tematica in oggetto, è attinente riportare anche quanto presentato durante la **Conferenza di Jakarta**, tenutasi in Indonesia nel 1997, la quale apporta ulteriori contenuti in merito, tra i quali:

1. la costruzione di una politica che si interessi concretamente alla tutela della salute;
2. il rafforzamento della connessione tra singolo e comunità, in quanto il diritto in questione, si configura come un vero e proprio crocevia tra dimensione individuale e sociale;
3. l'aumento degli investimenti da parte delle autorità competenti;
4. la garanzia rivolta verso la creazione di un'infrastruttura, che sia effettivamente il luogo dove viene garantita ed espletata la tutela del diritto in esame.

Sempre nella stessa si è inoltre parlato di quello che oggi, più che mai, è un termine assolutamente attuale e sul quale nell'ambito sociale, si discute quotidianamente, ovvero quello dell'*Empowerment*.

Lo stesso può essere definito come: “*un processo di crescita, sia dell’individuo sia del gruppo, basato sull’incremento della stima di sé, dell’auto-efficacia e dell’autodeterminazione per far emergere risorse latenti e portare l’individuo ad appropriarsi consapevolmente del suo potenziale*”.⁵

Concretamente è quindi un vero e proprio processo sociale, culturale, psicologico o politico, tramite cui il singolo individuo, oppure i gruppi sociali possono esplicitare quelli che sono i propri bisogni e le proprie preoccupazioni, andando così ad individuare le strategie, che possono portarli ad essere maggiormente coinvolti nel processo decisionale, in modo da poter soddisfare i propri bisogni.

Attraverso questo processo gli individui riescono a percepire una più stretta corrispondenza tra i propri obiettivi di vita e il modo in cui raggiungerli, ma anche una correlazione tra gli sforzi compiuti e i risultati ottenuti.

Giungiamo ora ad evidenziare quello che è l'effettivo nesso causale e di connessione reciproca che sussiste tra l'ambiente di vita quotidiana e lo sviluppo dell'individuo, nella sua realizzazione sociale, culturale e relazionale.

Di questo ne ha parlato anche lo psicologo statunitense, **Urie Bronfenbrenner**, il quale nella sua celebre opera *Ecologia dello sviluppo umano* del 1979, ci propone la prospettiva del *sistema ecologico*, definito da lui stesso come: “[...] un insieme di strutture incluse l’una nell’altra, simili a una serie di bambole russe”⁶; nel quale dunque l'ambiente, il gruppo, lo sviluppo individuale e l'apprendimento sono elementi interconnessi, nonché interdipendenti tra loro.

Il nocciolo di questo sistema complesso di elementi è il *microsistema*, il punto di partenza, che comprende quell’insieme dei diversi contesti ambientali che coinvolgono il soggetto e di cui questi sperimenta quella che è un’esperienza diretta (come la casa, la famiglia, la scuola, ecc.).

Troviamo in successione il *mesosistema*, dove ci si sposta dai singoli contesti, alla relazioni che tra questi si intrecciano, si vede allorché costituito dai legami tra i diversi ambienti di vita ai quali il singolo prende parte.

Il terzo livello ecologico si chiama *esosistema*, è costituito da ambienti e situazioni estranee alla persona, ma che condizionano ciò che accade nei livelli precedenti.

L’ultimo dei livelli delineati nell’opera del 1979 è il *macrosistema*, che rappresenta a tutti gli effetti quello che si configura come il modello di gerarchia superiore del sistema ecologico.

⁵ Accademia della Crusca

⁶ U. Bronfenbrenner, *Ecologia dello sviluppo umano*, 1979

Esso è contiene in sé le “peculiarità” che caratterizzano e qualificano tutte le strutture a lui sottostanti.

Si è configurato in questo modo un vero e proprio sistema a carattere generale e normativo, che ingloba in sé i numerosi ambiti pertinenti la vita sociale dell'uomo in quanto tale, evidenziando ancora quanto è importante analizzare il contesto di riferimento dell'utenza, per effettuare correttamente la presa in carico globale, considerando il soggetto come un portatore attivo di diritto, che esercita lo stesso e verso il quale lo Stato ha l'obbligo di fornire un'adeguata formazione in tema di salute.

1.3 LE PROSPETTIVE DELLA CURA: L'AMBIENTE OSPEDALIERO DA INTENDERSI COME UN "NON LUOGO"

“Per curare qualcuno dobbiamo sapere chi è, che cosa pensa, che progetti ha, per che cosa gioisce e soffre. Dobbiamo far parlare il paziente della sua vita, non dei suoi disturbi.”

Umberto Veronesi

L'ambiente ospedaliero si configura come il luogo, che nello scenario attuale si occupa di prestare cure agli indigenti e quindi di tutelare, mediante l'utilizzo di strumenti e l'attuazione di metodologie operative, quello che è il *“bene salute”* contenuto nell'Articolo 32 della nostra Carta Costituente.

Per poter ampliare la suddetta trattazione, è prima necessario ripercorrere quella che in tempi recenti è stata la disputa connessa all'attuazione di due approcci concettualmente differenti tra loro, ma contenenti un obiettivo comune, ovvero la cura della malattia.

Difatti nel momento in cui ci si propone di approfondire la malattia, da un punto di vista medico e anche da un punto di vista antropologico, è necessario essere a conoscenza di due parole inglesi, rispettivamente, *illness* e *disease*, per le quali viene elaborata una distinzione contenutistica da **Kleinman** negli anni Ottanta.

La prima si configura come il *“modo in cui la persona malata e i membri della famiglia o della rete sociale più ampia percepiscono, vivono e rispondono ai sintomi e alla disabilità”*.⁷

L'esperienza della malattia, intesa come una *condizione soggettiva*, include in se anche le modalità di categorizzazione e spiegazione della stessa, così da facilitarne la comprensione da parte del contesto societario.

La seconda invece si presenta come *“un'alterazione della struttura biologica o del funzionamento”*⁸, che pertanto, si rifà direttamente al modello Biomedico.

È possibile affermare dunque che il dolore e la malattia portano il soggetto ad interrogarsi e a ricercare, nelle infrastrutture predisposte, una risposta in merito all'alterazione del proprio stato di salute.

⁷ A. Kleinman, *The illness narrative: suffering, healing and the human condition*, 1988

⁸ Ibidem

In sequenza a quanto detto sopra, è lampante il rimando all'ambiente ospedaliero, come luogo predisposto per la cura della malattia, mediante la diretta attuazione del modello operativo basato sull' *Evidence Based Medicine*, definito dallo stesso fondatore, il fisico americano David **Sackett**, come “*l’uso diligente, esplicito e coscienzioso delle migliori prove scientifiche disponibili nel prendere decisioni sulla cura dei singoli pazienti*”⁹.

Si va ad attribuire in questo modo alla stessa, quella che è una "missione didattica", configurandosi come un processo di autoapprendimento, all'interno del quale l'assistenza al paziente mira a stimolare la ricerca di informazioni valide, rilevanti ed aggiornate che consentono al medico di "colmare" i *gap* di conoscenza.

Al contrario, qualora si decidesse di far riferimento all'attuazione del modello Bio-Psico-Sociale e dunque, se si intende prendere in analisi il concetto di *illness*, ci si può affidare a quelle che sono le pratiche connesse alla *Narrative Based Medicine*, introdotta dapprima da T. **Greenhalgh** e B. **Hurwitz** nel 1999, in una serie di articoli pubblicati sul *British Medical Journal* nei quali sono illustrati le modalità e campi di applicazione della narrazione in medicina e successivamente da colei che fu la pioniera nell'applicazione concreta della stessa, Rita **Charon**.

La Charon esplicitò come questa è una “*medicina praticata con competenza narrativa per riconoscere, far proprie, interpretare ed essere toccati empaticamente dalle storie di malattia*”¹⁰, offrendoci pertanto una nuova cornice per la cura, proponendo speranza, per il nostro sistema sanitario, ora frammentato in pezzi, di poter diventare più efficace in quello che è il trattamento delle malattie, andando verso il riconoscimento e il rispetto delle persone che ne sono afflitte, con la possibilità di “*nutrire*” anche coloro che se ne fanno carico.

Le storie di vita, non possono essere eliminate dalla pratica clinica e in questo modo, si dice che anche l’operatore è implicato, colui che ascolta difatti non va solamente a raccogliere il racconto, ma risponde alla storia in modo narrativo, è un processo di *co-costruzione*.

L’integrazione della componente narrativa nel processo di *nursing* ci consente di integrare consapevolmente gli strumenti quantitativi (come le scale valutative ed evidenze scientifiche) e quelli qualitativi (narrazione ed autobiografia).

9 Sackett D.L., *Evidence-Based Medicine: What it is and what it isn't.*, 1996

10 R.Charon, *Medicina narrativa*, Raffaello Cortina Editore, 2019

Questo approccio richiede una comprensione olistica, un dialogo ermeneutico ed un'abilità narrativa di un elevato grado.

I risultati derivanti ci guidano nel disseminare un'esperienza personale in una prospettiva di umanizzazione, che migliora la *qualità della vita(QDV)* e crea effetti positivi negli *outcomes* del paziente.

Per *outcomes*, facciamo riferimento ad una pratica di ricerca che mira ad evidenziare ciò che funziona e ciò che non funziona nel campo dell'assistenza sanitaria; si delinea così quello che è il processo di valutazione degli esiti degli interventi sanitari, che può essere esplicitato come "*stima, con disegni di studio osservazionali (non sperimentali), dell'occorrenza degli esiti d'interventi/trattamenti sanitari*".¹¹

Si apre così il filone delle pratiche connesse al movimento del *Medical Humanities*, il quale ha portato alla creazione di strutture accademiche e di ricerca, che si articolano attorno a diverse dimensioni, le quali rimandano alle discipline tradizionalmente chiamate "*scienze umane*".

La diffusione della suddetta prospettiva, si configura come un processo mirato al recupero di una *multi-dimensionalità* della teoria e della pratica che era andata a perdersi, portando con se un graduale abbandono della definizione puramente tecnicistica, ridotta a pratiche standardizzate e a tecniche definite a priori, in favore del recupero della centralità del rapporto interpersonale nella relazione clinica, delineando un nuovo "*umanesimo clinico*".

Si parla di "recupero", in quanto già nel passato la medicina era un'antropologia, una scienza dell'uomo.

Sin dalle sue origini nella Grecia classica, infatti, la medicina razionale, ovvero quella tradizionalmente intesa, si è dotata di uno statuto epistemologico caratterizzato da un dualismo di fondo fra sapere e pratica.

Si può notare come lo stesso termine che si utilizza per definirla, *techne*, non trova un'effettiva traduzione nelle lingue moderne, in quanto comprende due nozioni non scomponibili tra loro, l'arte e la scienza, la pratica e la conoscenza.

La *techne* si definisce in rapporto al suo opposto, il caso.

La scienza medica, in quanto al tempo stesso è sapere e pratica, opera distinzioni, unificazioni e previsioni, escludendo il caso, ovvero la fortuna, che è il terreno dell'indistinto e dell'imprevedibile.

11 I.I.S., Outcome Research

La conoscenza e la pratica medica si definiscono quindi, sin dalle loro origini, per la capacità di definire distinzioni normative: il “*sapere*” significa in questo contesto, non soltanto conoscenza ed esperienza, ma anche capacità di operare la differenza fra ciò che è corretto e ciò che non lo è.

Il sapere medico clinico (ovvero “*ai piedi del letto del malato*”) non può limitarsi all’atto descrittivo o prescrittivo, ma propone un’interpretazione, una conoscenza delle cause, delle azioni e delle reazioni.

Esso prende necessariamente in conto l’individualità e rifiuta i principi assoluti.

Già Ippocrate esplicitò quello che era il compito della medicina, ovvero di “*descrivere il passato, comprendere il presente, prevedere il futuro*”¹², prefigurando una struttura triangolare nella quale ai rispettivi vertici si trovano: il malato, il medico e la malattia.

Fu una prima teorizzazione di una relazione sociale, al livello elementare, della relazione terapeutica, e lo sviluppo della medicina sociale e dei sistemi sanitari l’ha poi amplificata.

Nell’attuale società moderna, il rapporto che sussiste tra malato, medico e malattia è mediato dalla presenza di strutture sociali, che ne plasmano la natura: l’ospedale, la comunità di cui ciascun soggetto è membro, l’assistenza pubblica.

La malattia è oggi un fattore che struttura le relazioni sociali.

La malattia e la morte sono difatti due eventi inevitabili e fondatori dell’esistenza umana e, assieme ai fattori di vulnerabilità, hanno dato origine a miti, riti, pratiche, relazioni, istituzioni e strutture sociali.

Il *curare* (anche nell’accezione basilare del “*prendersi cura*”) è una relazione sociale, che trova la sua origine in una decisione etica, in un comportamento che è solidale e che implica la presa in carico del dolore, della sofferenza e della vulnerabilità dell’altro diverso da noi, del “paziente”, cioè della persona che in quel momento sta sperimentando la sofferenza.

In merito a quanto detto, avendo esplicitato quella che è la cornice che ruota attorno all’ambiente ospedaliero, inteso come luogo della cura medica e narrativa, come scenario in cui è quantomeno idealizzabile proporre un intreccio tra la terapia

¹² C.Carena, *Ippocrate: L’arte della medicina*, Einaudi, 2020

medico-farmacologica e la relazione tra il paziente e il personale curante, si prosegue la trattazione spiegando come questo possa essere connotato dall'accezione di “*Non Luogo*”.

Dapprima però ci si propone di inquadrare quello che è definibile come un *luogo antropologico*, ovvero come costruito che prende forma, diventando un vero e proprio principio di senso per coloro che al suo interno vi abitano; in contrapposizione con ciò che invece non può essere definito come tale.

I luoghi sono dunque “*identitari, relazionali e storici*”¹³, sono intrisi di significato: da un lato, sono i singoli soggetti che possono in maniera arbitraria attribuire un senso al luogo, che abitano, tramite le relazioni che instaurano nello stesso, dall'altro sono i luoghi che conferiscono significato ai soggetti e alla loro identità, perché la loro appartenenza a un gruppo, a una comunità e la loro identità si esprimono anche tramite il legame con il luogo.

Questa attribuzione di senso è a tutti gli effetti un'opera di reciprocità: sono luoghi significativi per il tipo di legami che si creano e contemporaneamente i luoghi stessi concorrono alla formazione di relazioni significative, restituendo un senso ai soggetti che ad essi appartengono.

In rapporto al luogo, l'identità individuale e quella collettiva possono prendere forma.

Oltre all'analisi dello spazio fisico, anche il tempo e la storia sono elementi essenziali, parti integranti dei luoghi antropologici e senza dei quali non potrebbe esserci né identità, né relazione.

C'è pertanto bisogno, della dimensione temporale, affinché in un luogo si formino identità e relazioni, che diventino concrete.

Il luogo antropologico va pertanto ad accogliere all'interno del suo spazio quelli che sono i vari percorsi individuali e fa in modo che essi si mescolino e che i singoli individui possano entrare in contatto tra loro, producendo legami: è proprio dall'incontro di identità e percorsi differenti che fioriscono legami sociali e comunitari.

Si entra così nella spiegazione di quello che nello scenario di comprensione comune ruota attorno al concetto di “*nonluoghi*”, di come questo sembra possa delineare anche i luoghi immaginari, frutto della fantasia o ancora dei prodotti della finzione

13 Augé, Marc (1993): *Nonluoghi: introduzione a una antropologia della surmodernità*, Elèuthera, p. 72

letteraria (come le utopie), e di come al contrario quando **Augé** ne parla, si riferisca più propriamente a degli spazi concreti, realmente esistenti.

Rientrano nella suddetta categoria tutti quegli spazi, quegli ambienti che si identificano come dei centri commerciali o dei luoghi di consumo.

*“Se un luogo può definirsi come identitario, relazionale, storico, uno spazio che non può definirsi né identitario né relazionale né storico, definirà un nonluogo.”*¹⁴

Un non-luogo, dunque, non possiede alcuna delle caratteristiche del luogo antropologico, anzi è il suo contrario, la sua negazione.

I non-luoghi includono, infatti, gli spazi di transito o di passaggio, insomma, tutti luoghi che non presentano alcun tipo di legame con i soggetti che li frequentano, con la loro identità e la loro storia.

Il principale tratto dei non-luoghi è dunque l'assenza di punti di riferimento e di relazioni, che consentono all'individuo di stabilire dei legami, di riconoscere se stesso e conoscere gli altri.

Sembrano essere spazi privi di memoria, in quanto escludono ogni collegamento con il passato.

Il tempo dei non-luoghi è quello presente, dell'attualità, la storia non lascia traccia, se non attraverso notizie lette sui giornali o trasmesse tramite canali di comunicazione multimediali.

La natura dei non-luoghi e le loro modalità di funzionamento prevedono che tra l'individuo e il luogo si instauri un *“rapporto contrattuale”*.

Dal contratto, stipulato al momento dell'ingresso, deriva la possibilità di praticare quello stesso non-luogo.

*“In un certo senso, l'utente del nonluogo è sempre tenuto a provare la sua innocenza. Il controllo a priori o a posteriori dell'identità e del contratto pone lo spazio del consumo contemporaneo sotto il segno del nonluogo: vi si accede solo se innocenti. Le parole qui non c'entrano quasi più. Nessuna individualizzazione (nessun diritto all'anonimato) senza controllo di identità.”*¹⁵

Il contratto è dunque un'azione che identifica l'utente e che testimonia la sua innocenza, da intendersi nel senso proprio del termine, ma anche in un altro senso: l'innocenza, in questo caso, diviene anche privazione delle proprie caratteristiche, del proprio *habitus*.

14 Augé, Marc (1993): *Nonluoghi: introduzione a una antropologia della surmodernità*, Milano: Elèuthera, p. 73

15 Ibidem, p. 94

“Lo spazio del nonluogo non crea né identità singola, né relazione, ma solitudine e similitudine.”¹⁶

Si evidenzia come anche nell'ambiente ospedaliero, tutto ciò che accade nel non-luogo si vada a verificare con modalità simili, è difatti sempre presente una validazione dell'identità del singolo, ovvero di colui che usufruisce di quel servizio, con il fine ultimo di ricevere assistenza e cure adeguate, presentando così quello che è il suo documento di riconoscimento.

L'ospedale diventa all'occorrenza di ciascuno di noi un posto, o per meglio dire uno spazio, dove transitiamo, per un periodo di tempo variabile, ma dove nello stesso tempo perdiamo anche un piccolo pezzo della nostra identità, che vi rimane al suo interno.

16 Ibidem, p. 95

1.4 ANALISI DI RIABILITAZIONE COME “MODELLO INTEGRATO”

“La riabilitazione costituisce il terzo pilastro del sistema sanitario, accanto alla prevenzione e alla cura, per il completamento delle attività volte a tutelare la salute dei cittadini.

La riabilitazione è un processo nel corso del quale si porta una persona con disabilità a raggiungere il miglior livello di autonomia possibile sul piano fisico, funzionale, sociale, intellettuale e relazionale, con la minor restrizione delle sue scelte operative, pur nei limiti della sua menomazione.”¹⁷.

La Riabilitazione, non può dunque essere intesa come un aiuto che possa andare a compensare l'inabilità, essa è un vero e proprio metodo di trattamento, che assume il compito di andare ad aumentare quello che è il potere contrattuale del singolo, le sue possibilità di scambio di risorse, la sua autonomia, il miglioramento della sua qualità della vita, nonché il senso di responsabilità verso il prossimo.

Si parla in questo senso di *“agire riabilitativo”*, il quale deve pensare al soggetto come un elemento attivo e partecipe della propria cura, in cui l'attenzione viene focalizzata sulle risorse, ancor prima che sulla malattia, la quale si presenta come un trampolino di lancio per l'inizio di un processo di *“guarigione sociale”*, che abbia l'intenzionalità di *“far crescere”* il soggetto, andandone a favorire l'evoluzione personale e il cambiamento.

Proprio quest'ultimo, assieme all'aumento della partecipazione sociale e allo sviluppo di abilità, infatti, non è qualcosa che accade casualmente.

*“È necessario un metodo di lavoro sistematico, che abbia a monte dei principi e dei valori, traducibili in un processo strutturato, suddivisibile in fasi, ognuna delle quali ha un obiettivo specifico”.*¹⁸

Questo però, non significa che la riabilitazione sia una mera applicazione asettica di tecniche, poiché ha come destinatari le persone, con i loro interessi, emozioni, desideri, speranze e paure.

¹⁷ Ministero della Salute, Servizio Sanitario Nazionale

¹⁸ P. Carozza, Principi di riabilitazione psichiatrica. Per un sistema di servizi orientato alla guarigione, Franco Angeli, 2006

L'origine del metodo, viene fatta coincidere con la sua applicazione all'interno dell'ambito psichiatrico, dalla quale è possibile ricavare tre principali teorie di riferimento.

Prima fra tutte è quella proposta da **Liebermann**, denominata come “*Social Skills Training*”, di derivazione comportamentista, finalizzata al rinforzo delle abilità sociali, come per esempio l'autogestione, il *self help* o ancora la gestione dello spazio abitativo.

La stessa poggia le sue basi teoriche sull'analisi dei concetti di vulnerabilità e stress, nel senso in cui, questi possano presentarsi come aggravanti che inficiano negativamente in quella che è la capacità di adattamento di un soggetto ad una determinata situazione.

Le *abilità sociali* vengono “insegnate” al paziente in maniera graduale, tramite l'utilizzo di simulazioni che vanno a riprodurre la situazione problematica evidenziata dallo stesso, di cui si valutano quelli che sono i punti di forza e quelli disfunzionali, con l'obiettivo di proporre un feedback positivo.

La seconda teoria di riferimento invece, esposta da **Spivak** nel 1987, di configura come un “*Modello di potenziamento dei comportamenti socialmente competenti*”, concentrando l'attenzione circa il contrasto da parte del paziente verso la situazione di cronicità, in un'ottica essenzialmente psicosociale.

Si delinea concretamente tramite la stesura di programmi individualizzati centrati sulle aree “socialmente spendibili” nella quotidianità, come le competenze abitative, lavorative, della cura di sé, della gestione del denaro e della rete familiare e sociale.

Il tutto in quanto secondo Spivak, i pazienti che vanno incontro al fenomeno della cronicità, vengono come conseguenza della stessa, inglobati all'interno di una “*spirale di de-socializzazione*”, da intendersi come un processo di mutuo condizionamento tra soggetto ed ambiente di appartenenza, nel quale si evidenziano esclusivamente quelli che sono i fallimenti, le sconfitte, l'inadeguatezza delle risposte comportamentali, o ancora la difficoltà di instaurare relazioni interpersonali funzionali.

Il compito della Riabilitazione in questo caso, deve assolversi nel fornire delle competenze che possano aumentare la socialità del paziente, lavorando su quattro dimensioni:

1. il supporto nei confronti del soggetto, per favorire una maggiore accettazione di sé;

2. un'iniziale permissività, in maniera tale da esplicitare il “comportamento socialmente disfunzionale”;
3. la promozione di esperienze di successo, per confermare la progressiva attivazione del cambiamento;
4. la ricompensa dei comportamenti socializzati, modulata a seconda degli interessi e delle sue priorità.

Il terzo modello che si propone, fa riferimento al pensiero di **Ciampi**, il quale inquadra come compito della Riabilitazione, quello del “*reinserimento nella normale vita sociale e lavorativa*”¹⁹, delineando un approccio che tenga conto di alcune nozioni chiave, tra le quali abbiamo:

1. l'aspettativa da parte della componente familiare;
2. l'ipo/iper stimolazione del paziente, in quanto fattori che intaccano l'esito del trattamento riabilitativo.

Il tutto nell'ottica di una valutazione approfondita di due assi: quello pertinente al lavoro, che lui definisce come “asse lavoro”, nel quale si comprende tutto ciò che riguarda la terapia occupazionale e il normale inserimento lavorativo e quello pertinente alla casa, definito per l'appunto come “asse casa”, riguardante il transito sia in reparti ospedalieri, sia la normale conduzione della vita all'interno del contesto abitativo.

L'obiettivo del modello è quello di consentire al paziente il passaggio, da livelli più “regrediti”, sino a livelli più “maturi”, ovvero sia maggiormente strutturati, grazie all'attuazione di pratiche che devono essere presentate con una coerenza interna ed esterna, con una dialettica chiara, precisa e puntuale, al fine di perseguire il massimo coinvolgimento dell'utenza.

I punti essenziali saranno dunque:

1. l'instaurazione di un setting terapeutico specifico, trasparente ed aperto;
2. l'individuazione di uno staff terapeutico motivato e formato;
3. la garanzia di una continuità terapeutica;
4. la predisposizione di un piano di collaborazione con la famiglia.

Nella prosecuzione della trattazione in esame, è necessario proporre l'analisi di quello che è un termine che ad oggi viene spesso incluso nel merito della Riabilitazione, ossia quello di “*Recovery*”.

¹⁹ L. Ciampi, H. Hoffmann, M. Broccard: *Analisi di un nuovo trattamento antipsicotico*, Edizioni Sipintegrazioni, 2013

Lo stesso può essere definito come: *“un processo, profondamente personale e unico, di cambiamento di atteggiamenti, valori, sentimenti, obbiettivi, capacità e ruoli.*

È un modo di vivere una vita soddisfacente, piena di speranza e in grado di dare un contributo agli altri, malgrado le limitazioni causate dalla malattia.

Significa sviluppare un senso e uno scopo nuovo nella propria vita, nel momento in cui la persona riesce a evolvere al di là degli effetti catastrofici della malattia stessa” ²⁰

Il termine è un concetto complesso, in cui possono essere riconosciute due componenti principali.

In ottica sanitaria con *recovery* si definisce un “recupero” del “bene salute” che avviene in seguito ad un trattamento di carattere medico.

All'accezione sopracitata va aggiunta quella sociale, che si riferisce alla riorganizzazione e al miglioramento della vita, che possono avvenire successivamente ad un processo di riflessione sulla propria condizione di esistenza da parte dei soggetti interessati.

Viene per questi motivi considerato come un processo di crescita e sviluppo personale, e comporta il superamento del “sentire paziente”, in favore di una ri-acquisizione del controllo sulla propria vita.

C'è però un'insita distinzione fra i due concetti.

La riabilitazione fa riferimento alle relazioni tra i soggetti, il loro ambiente e le barriere esterne che impediscono l'inclusione sociale, ovvero quello che è lo stigma esterno.

Il *recovery* è pertinente alla relazione del modo in cui un paziente è abituato a guardarsi, vergognandosi di sé e sottovalutandosi, cioè lo stigma interno.

È per questo motivo che il *recovery* può essere fortemente favorito dai programmi riabilitativi, ma questi devono essere in grado di considerare la dinamicità dei percorsi di ripresa.

²⁰ Maone, D'Avanzo: *Recovery – Nuovi paradigmi per la salute mentale*, Raffaello Cortina Editore, 2015

2 LE COMPETENZE E GLI STRUMENTI DELL'EDUCATORE PROFESSIONALE SOCIO-SANITARIO

2.1 PRESENTAZIONE DELLA FIGURA PROFESSIONALE:

L'EVOLUZIONE STORICA DEL CONCETTO DI EDUCAZIONE E IL DECRETO MINISTERIALE 520/1998

*“L’educazione è la disponibilità ad abbandonare alla deriva ciò che non ci insegna
più nulla.*

*L’educazione è accogliere la lontananza, la distanza, la differenza di ciascuno
dall’altro: senza più alcuna nostalgia per l’inverosimile fondersi delle cose e degli
animi fra loro.*

*L’educazione è accettare di rinnovarsi, anche quando ci si accontenti della propria
sorte.”*

Duccio Demetrio

Si intende così iniziare l'analisi circa quella che è stata la lenta evoluzione dell'educazione, in quanto parte integrante della storia dell'uomo e di come la pedagogia abbia dovuto interpretarla, conoscerla ed orientarla.

Per un lungo periodo, quest'ultima è stata subordinata alla filosofia sviluppando approcci come quello filosofico-ermeneutico, quello critico-dialettico e ancora quello teoretico ed etico.

Questi di seguito elencati sono i passaggi fondamentali nella storia e nella filosofia dell'idea di educazione a partire dallo scenario dell'Antica Grecia, sino ad arrivare alle teorie attuate ai giorni nostri.

I **Sofisti** sostenevano il principio della *educabilità* di tutti gli uomini, superando la vecchia concezione aristocratica secondo la quale l'*aretè* (ovverosia la virtù intellettuale e fisica) non era un patrimonio ereditario, ed introdussero così per la prima volta nella cultura pedagogica occidentale un principio di tipo democratico.

Socrate al contrario, spostò la propria attenzione verso l'uomo.

La sua dichiarazione di *non sapere*, l'atteggiamento del pensiero sempre aperto e critico, la fiducia nelle capacità autonome della ragione di scoprire la verità, il

criterio metodologico della *maieutica* e della dialettica introdussero principi pedagogici di validità permanente.

La dialettica nella sua stretta connessione con l'ironia assunse in Socrate una valenza educativa di estrema rilevanza.

Mentre nei Sofisti la dialettica possedeva come proprio obiettivo la persuasione e doveva far leva sugli affetti e sul coinvolgimento emotivo dell'interlocutore, in Socrate la stessa mirava a risvegliare le energie del soggetto, perché questo potesse rendersi conto del suo parziale sapere, e quindi assumesse una decisione consapevole di azione.

A Socrate interessava *“la conoscenza che conosce se stessa, come frutto del colloquio interiore e del continuo scambio dialogico, investigativo e formativo con altri uomini. L'educazione socratica vuole rendere libero l'uomo di decidere da solo per divenire personalmente responsabile della propria vita.”*²¹

A seguire troviamo la trattazione proposta da **Platone**, che passò attraverso la *lectio* di Socrate e propose un focus sulla correlazione che sussiste tra educazione e Stato, in quanto secondo il suo pensiero, pedagogia e politica sono strettamente dipendenti tra loro; questo perché la politica non si limita solo all'organizzazione delle attività dell'uomo all'interno della *polis*(città, spazio di vita), ma *diventa plasmatrice dell'anima*²².

La pedagogia platonica mira dunque ad allontanare l'uomo da quello che è il *“mondo apparente”*, per condurlo verso l'autenticità della conoscenza, che teoricamente si colloca nell'attività della ragione e nel primato del *theorein*.

Con **Aristotele** fa il suo ingresso nell'area di riflessione pedagogica quella nozione articolata del soggetto educativo, che egli ricomponi in un'unità connotata da una complessità risultante dalla somma delle sue dimensioni, corporea e razionale, affettiva e volontaria.

L'educazione si prefigura come un processo che si muove su piani diversi, che si passa dall'esperienza al pensiero, ma che sa anche produrre conoscenza.

La scoperta aristotelica sul fondamento biologico della vita psichica è la più importante.

21 A. Mariani, F. Cambi, M. Giosi, D. Sarsini: *Pedagogia generale, identità, percorsi, funzione*, Carocci editore, p. 90

22 Ibidem

Egli sosteneva difatti che l'anima non fosse una realtà tripartita, in quanto è la "*forma del corpo*", quindi la dimensione razionale dell'uomo non è separata dalle funzioni relazionali che l'uomo svolge con gli altri esseri viventi, con cui ha rapporti positivi ed articolati.

Le premesse per un riconoscimento dei bisogni della soggettività, derivano proprio da questa prospettiva e di conseguenza, la stessa, richiede un rapporto educativo attento alla sua personalità.

La forte opposizione tra natura e cultura è alla base della concezione pedagogica di **Rousseau**: nella natura, gli esseri umani possono godere di uguaglianza e libertà, nella società e nella cultura sono invece obbligati a sottostare ad obblighi (legge) e a sperimentare quotidianamente innumerevoli forme di disuguaglianza.

Di conseguenza, Rousseau sostiene che l'educazione deve necessariamente essere naturale, nell'accezione in cui la natura, consiste proprio nell'insieme delle facoltà umane e intellettive appartenenti allo stato puro, originario dell'uomo, facoltà che sono state corrotte dalla civiltà e dalla cultura della società moderna.

Ne deriva che, l'educazione non può essere estrapolata unicamente dai dettami della società, ma deve necessariamente basarsi sull'uomo visto come autonomo.

Sulla stessa linea di pensiero troviamo in successione anche il pensiero esposto dall'educatore svizzero **Pestalozzi**, per il quale si ritiene necessario evidenziare la centralità delle esigenze del singolo allievo e la personalità dell'insegnante, con la sua capacità di entrare in un rapporto umano profondo con l'allunno e con tutto il suo ambiente sociale.

L'educazione del cuore e il governo dei costumi, costituiscono a detta dello stesso, la chiave di volta dei successi da lui ottenuti nell'ambito formativo e del suo patrimonio educativo.

In altri termini, la dimensione formativa, era per lui prioritaria rispetto all'istruzione e a quelli che oggi potremmo identificare come «obiettivi cognitivi».

La vera emancipazione della pedagogia dalla filosofia avvenne però con l'avvento del Positivismo, quando ci si iniziò a concentrare non solo sui motivi, ma anche sui metodi, le condizioni, i processi e i risultati dell'educazione.

La pedagogia si determina così come scienza e si divide in sottocampi.

La richiesta di una cultura di base per la formazione del cittadino, diventò più evidente, ponendo il problema urgente dell'istruzione di massa.

Per contribuire al progresso della società industriale, l'educazione doveva essere potenziata da un punto di vista scientifico e coinvolgere il target di riferimento.

La teoria evuzionistica darwiniana ha contribuito significativamente alla psicologia dell'età evolutiva, concentrandosi sulla componente biologica dello sviluppo e sullo studio etologico dell'intelligenza.

In tempi più recenti è possibile citare quel movimento di rinnovamento dell'educazione e dei suoi metodi, che si sviluppò verso la fine del XIX secolo e diede vita in Europa e in America al fenomeno delle «*scuole nuove*» e della «*scuola attiva*», trovando in John **Dewey**, il suo più valido esponente e teorizzatore di una fondamentale e cruciale svolta, il quale spostò l'attenzione verso i problemi logici, psicologici e didattici pertinenti alla sfera dell'apprendimento.

*“Il proprio se' non è qualcosa di precostruito, ma piuttosto in continua formazione attraverso la scelta dell'azione.”*²³

L'educazione è per lui un processo continuo, che inizia dalla nascita e coinvolge l'individuo, anche in maniera inconscia, nell'assimilazione delle conoscenze, delle tecniche e delle abilità che la società ha creato nel corso della storia.

Il processo possiede due facce: una è psicologica e l'altra è sociale.

La prima richiede la stimolazione e lo sviluppo delle attività mentali e delle potenzialità individuali, mentre la seconda prevede che l'educatore conosca il “fanciullo”, tenendo ben presenti le condizioni sociali e i cambiamenti che hanno un impatto su di lui sia nel passato che nel futuro.

A seguire troviamo la pedagogia montessoriana, rappresentata dalla fondatrice Maria **Montessori**, la quale individuava come obiettivo principale dell'educazione, quello di fornire ai bambini gli elementi necessari per acquisire la cultura.

La Montessori ha affermato che il nuovo metodo educativo deve essere basato sull'osservazione obiettiva del destinatario dell'educazione piuttosto che sul bambino sperimentato nel laboratorio.

La sua pedagogia "scientifica" mira principalmente a cambiare la vita scolastica e la personalità degli studenti per far crescere, la spontaneità dei bambini è la base per capire che l'educazione è solo auto-educazione.

23 F. Cappa: *Esperienza e educazione*, Raffaello Cortina Editore, 2014

Per ultimo ma non meno importante, si cita di seguito il pensiero di P. **Freire**, nella sua pedagogia degli oppressi, in cui il diritto umano della libertà, cristianamente inteso, è il nucleo centrale su cui ruota la sua intera concezione.

Si discosta dalla tipica concezione del liberalismo, astratta e propagandistica, e anche dalla filosofica socratica, per lui la libertà va concepita “*come il modo di essere, come il destino dell’uomo, e perciò stesso ha senso soltanto in seno alla storia vissuta dagli uomini*”.²⁴

Così la sua pedagogia pone la massima priorità alla “*prassi*” umana.

La figura dell'Educatore Professionale socio-sanitario, così come lo si delinea oggi, all'interno dei servizi in cui presta la propria occupazione, trovò l'avvento negli anni Settanta.

Fu questa una fase pionieristica caratterizzata da una diffusa sperimentazione: man mano che le Regioni delegavano la formazione alle scuole apposite, per poter abilitare questa nuova figura, vennero sperimentate nuove metodologie, strumenti, contenuti, modalità organizzative, fu una sorta di *work in progress* che permise di affinare sempre più le strutture organizzative dei corsi dediti alla formazione.

Il periodo degli anni Settanta viene inoltre ampiamente trattato nella letteratura in quanto fu connotato da una “svolta”, in quanto si ebbe grazie alla *legge 180 del 13 maggio 1978*, meglio conosciuta come, **Legge Basaglia**, la chiusura definitiva delle strutture manicomiali, con fermo divieto inerente la costruzione di nuovi Ospedali Psichiatrici.

La suddetta legge ha rappresentato un cambiamento senza precedenti nella storia della Salute Mentale, in quanto ha contribuito alla restituzione di dignità ai malati psichici, proponendo il concreto rispetto dei loro diritti e soprattutto riconoscendoli come “persone” a tutti gli effetti.

Ciò ha determinato la fine delle pratiche di custodia ed assistenzialistiche, in favore della presa in carico globale della persona.

Tramite la stessa viene introdotto quello che ad oggi è individuato come il concetto di “*centralità della persona*”, il cui focus si sposta dalla patologia, all’individuo, in quanto soggetto portatore di unicità, con una propria storia, un proprio vissuto e dei bisogni di cura a cui, per la prima volta, si tenta di dar risposta.

In successione a quanto esposto sopra, il 1984 rappresentò la prima pietra miliare per la figura dell’educatore: di fatto si assistette alla nascita ufficiale della figura

24 P. Freire: *L'educazione come pratica della libertà*, Mondadori, 1975

dell' *“Educatore professionale”* definita attraverso il celebre *“decreto Degan”* (Decreto Ministeriale del 10 Febbraio del 1984).

Per la figura professionale si prevedeva, a livello nazionale, un iter formativo triennale universitario o professionale, per poter espletare funzioni di rilevanza educativa, rieducativa e riabilitativa, con caratteristiche di quotidianità e progettualità, in relazione ai servizi per e con la persona.

L'educatore venne in questo modo inquadrato e formato come *“figura intermedia”*.

A tutti gli effetti il decreto, costituì l'ossatura sulla quale le Regioni e le scuole professionali costruirono il modello formativo che ne ha caratterizzato fino ai giorni nostri la formazione.

L'effettiva concretizzazione della fase pionieristica, culminò nel *Decreto Ministeriale 520 del 1998*, il quale riporta che: *“l'educatore professionale e' l'operatore sociale e sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante, attua 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; cura il positivo inserimento o reinserimento psicosociale dei soggetti in difficoltà”*²⁵.

L'Educatore Professionale è pertanto un professionista che, dopo aver prestato attenzione agli elementi oggettivi delle difficoltà della persona che viene a lui affidata, si adopera per considerare tutto l'insieme delle dinamiche sociali in cui la stessa è inserita, tenendo a mente quelle che sono le sue risorse interne per la gestione comune di una situazione di crisi o cambiamento.

A livello micro-progettuale si occupa dell'ideazione e dell'erogazione diretta di una prestazione educativa.

A livello macro-progettuale, all'interno di Equipe mono o pluri-professionali, può invece dedicarsi ad azioni di analisi, stesura, coordinamento, monitoraggio e valutazione dei risultati complessivi.

Proprio per queste motivazioni, si riporta che:

“L'educatore professionale:

- 1. programma, gestisce e verifica interventi educativi mirati al recupero e allo sviluppo delle potenzialità dei soggetti in difficoltà per il raggiungimento di livelli sempre più avanzati di autonomia;*

2. *contribuisce a promuovere e organizzare strutture e risorse sociali e sanitarie, al fine di realizzare il progetto educativo integrato;*
3. *programma, organizza, gestisce e verifica le proprie attività professionali all'interno di servizi sociosanitari e strutture socio-sanitarie riabilitative e socio educative,*
4. *opera sulle famiglie e sul contesto sociale dei pazienti, allo scopo di favorire il reinserimento nella comunità;*
5. *partecipa ad attività di studio, ricerca e documentazione finalizzate agli scopi sopra elencati*”²⁶.

Le caratteristiche peculiari della figura in trattazione sono:

1. il lavoro sulla **quotidianità**, condotto assieme all'utente che si ha in carico, prestando un'attenzione particolare alla globalità della persona e alla valorizzazione funzionale di quelle che sono le risorse del soggetto;
2. la promozione del **reinserimento** sociale;
3. la **prevenzione** del disagio ed il contenimento dello stesso, per limitarne ove possibile, la propagazione del danno.

2.2: GLI STRUMENTI METODOLOGICI: ANDARE OLTRE IL “SAPERE”

“Per educazione dobbiamo intendere l'insieme di quelle azioni (individuali e sociali) che favoriscono lo sviluppo fisico, intellettuale e morale della persona umana, verso l'autocoscienza e il dominio di sé, verso la rispondenza reciproca con le esigenze della comunicazione, della cooperazione sociale e della partecipazione ai valori.”²⁷

L'educazione diviene in quest'ottica proposta come un processo prettamente incentrato nella dimensione “sociale” che lo stesso attiva, trovando oggi più che mai attuazione concreta nell'**educazione permanente**, meglio individuata come *lifelong learning* e definibile come *“qualsiasi attività intrapresa dalle persone in modo formale, non formale, informale, nelle varie fasi della vita, al fine di migliorare le conoscenze, le capacità e le competenze, in una prospettiva personale, civica, sociale e occupazionale”*.²⁸

L'educazione poggia le sue basi teoriche ed epistemologiche di riferimento alla pedagogia, la quale ha tentato di costituire una propria autonomia, sia come disciplina, che come scienza, avvalendosi sia della dimensione teorica che di quella pratica.

Questi codici di lettura si definiscono come sistemi autonomi e complementari.

Il primo poggia su sei categorie formali, che sono rispettivamente:

1. **l'oggetto** della pedagogia, secondo cui la riflessione si concentra sulla formazione dell'individuo nella sua contestualizzazione storica, culturale e sociale. Questa formazione è strutturata in direzione della crescita intellettuale, dell'autonomia cognitiva e affettiva e dell'emancipazione;
2. il **linguaggio**, delineando come la pedagogia è unica, perché può organizzare un vasto assortimento di codici, in modo che possa essere utilizzato per soddisfare le diverse esigenze di formalizzazione sia dei soggetti che dei loro contesti educativi e di intervento;
3. la **logica ermeneutica**, ove si può osservare un connubio ordinato che congiunge l'ipotesi di partenza, l'attuazione della verifica della precedente e la

²⁷ A. Mariani, F. Cambi, M. Giosi, D. Sarsini: *Pedagogia generale, identità, percorsi, funzione*, Carocci editore

²⁸ Legge 92 del 28/06/2012, art. 4, comma 51

riformulazione teorica finale, facendo così della pedagogia una scienza che studia i problemi di molteplici discipline, ovvero tutte le varie prospettive e le varie tecniche di codificazione del reale;

4. il **dispositivo integrativo**, individuando come nella pedagogia sussistano numerosi approcci per indagare circa la realtà in analisi;
5. il **principio euristico**, secondo cui la pedagogia è una scienza in continuo cammino, verso una destinazione mai definita a priori;
6. il **paradigma della legittimazione**, per la sua poliedricità e per la sua continua ricerca, si legittima come sapere complesso e plurale, antinomico e dialettico, generativo e trasformativo.

Nel secondo alfabeto, quello riguardante la prassi, si analizzano: lo sviluppo, il gioco, la diversità, l'autonomia, la creatività, la formazione intellettuale, l'estetica, la formazione del corpo e del movimento, la formazione affettiva e relazionale e ancora, la formazione etica e sociale.

Per esprimerlo in maniera semplice, è possibile introdurre la metafora del gioco degli scacchi, dove troviamo rispettivamente:

1. le pedine, gli oggetti, tutti quei processi formativi relativi ai differenti soggetti della formazione, la quale si esplica in primo luogo nella scuola, in quanto motore della socializzazione primaria;
2. gli alfieri, ovvero la molteplicità dei linguaggi tramite cui la pedagogia legge e interpreta la complessità dei fatti educativi;
3. le torri, incarnano la logica ermeneutica, in quanto sono l'espressione del punto di vista della pedagogia, ossia il "luogo di avvistamento" dal quale guardare il mondo;
4. i cavalli, non sono altro che la ricerca, che gode della massima libertà esplorativa;
5. la regina, raffigura la capacità cioè di ipotizzare delle soluzioni inedite alle situazioni impreviste relative all'equazione dialettica teoria-prassi;
6. il re, viene definito come il luogo della sintesi, è la risultante del processo educativo-pedagogico.

In questa metaforica partita, l'avversario da debellare è la *pedagogia dogmatica*, ovvero la pedagogia chiusa nella difesa delle proprie verità assolute, una pedagogia che non ricerca e non chiede il confronto.

Oggi, la pedagogia è riconosciuta dalla più ampia letteratura come una scienza poliedrica e comunicante, che studia l'educazione e le sue attività, che possiede le sue prospettive conoscitive e metodologiche, che utilizza un linguaggio specifico e che conduce ricerche autonome.

Su questa linea di pensiero, si propone la definizione assegnata all'educazione da parte di Riccardo **Massa**, secondo cui essa “è un dispositivo, consiste cioè in un insieme strutturato di componenti dimensionali che svolge una propria azione rispetto a molteplici livelli di riferimento”.²⁹

Il dispositivo e la sua suddivisione in livelli consentono di leggere l'educazione nella complessità dei suoi componenti e di posizionarla attorno ai saperi che si ripiegano su di essa, individuando inoltre la specificità dello sguardo pedagogico.

In esso mette in relazione elementi umani, non umani, cognitivi, affettivi, procedure, tecniche, documenti, e altri ancora aggregandoli in più livelli, ciascuno dei quali rimanda ad una possibile lettura del fenomeno in se.

Avendo analizzato quello che si configura come il background teorico posto alla base dell'essere educatore e del fare educativo, si prosegue la trattazione circa quello che è a tutti gli effetti il nocciolo del nostro bagaglio operativo, ovverosia, quelli che sono alcuni gli strumenti metodologici, tratti dalle **dieci tesi pedagogiche**, che consentono l'applicazione pratica delle conoscenze acquisite.

Primo fra tutti vi è **l'osservazione**, la quale si nutre della curiosità che ci spinge alla conoscenza di qualcosa o di qualcuno, che assolve l'obiettivo primario di indurci alla scoperta.

Inizia così il percorso e procedendo per tappe, che convenzionalmente prendono il nome di “*interrogativi di ricerca*”, tra queste ricordiamo:

1. “**Chi?** Il *soggetto*”: si definisce dapprima colui che è il soggetto osservante e che quindi compie attivamente un'azione, in questo modo sarà possibile accostarsi all'oggetto osservato con maggiore consapevolezza;
2. “**Che cosa?** L'*oggetto*”: si pone l'attenzione su chi abbiamo di fronte, mettendo in questo modo a fuoco il nostro obiettivo non ci si irrigidisce nei suoi confronti, ma al contrario è possibile lasciare la porta aperta al dubbio e alla mutevolezza dell'altro, consapevoli che la realtà cambierà non appena si attiverà il processo di cambiamento;

²⁹ M. Palma: *Il dispositivo educativo. Esperienza, formazione e pedagogia nell'opera di Riccardo Massa*, Franco Angeli, 2016

3. “**Perché? L'obiettivo**”: si evince ora il principio d'intenzionalità, che si pone a garanzia di un'azione che possiede una direzione precisa e che si divincola dalla casualità;
4. “**Quando? Il tempo**”: si sottolinea come in un processo dinamico di cambiamento di un soggetto, sia quantomeno necessario osservare con accuratezza quelli che sono i ritmi della relazione che s'instaura, le pause che possono verificarsi durante il cammino, o ancora le cadenze con cui compiamo le azioni all'interno del rapporto, in maniera tale da prevenire la cronicizzazione del lavoro che si compie;
5. “**Dove? Lo spazio**”: il Setting di lavoro sul campo può variare e di conseguenza possono variare anche le modalità dei comportamenti che l'utenza attua negli stessi, si concretizza dunque la necessità di strutturare il processo osservativo tenendo conto di dove l'azione si concentra.

Possiamo affermare come l'atto di osservare, nonostante possa essere concepito come un mero automatismo, al contrario implica sforzo e costanza, ed esiste solo ovunque vi sia una correlazione più o meno definita tra osservante ed osservato.

A seguire troviamo la tesi pedagogica che riguarda le funzioni di **sostengo e progettualità**, dove la prima si riferisce al d.p.r. 348/1983 secondo cui l'educatore professionale ha il compito di “*promuovere e sollecitare l'attivazione d'interessi, la formazione personale e sociale di giovani ed anziani alla vita comunitaria*”³⁰, fungendo dunque da attivatore del processo di cambiamento.

Connesso a quanto detto abbiamo poi la nozione di progettualità, necessaria per ancorare l'esperienza educativa a criteri di precisione e consapevolezza, la si vede così maggiormente rivolta all'incontro tra educatore ed educando, nel quale si cerca di cogliere l'individualità unica ed irripetibile dell'Altro.

Si citano poi la **reciprocità ed il sostegno**, in quanto l'educatore all'interno del suo intervento assume “ruoli” e funzioni plurimi durante l'intero processo, tra i quali troviamo:

1. il *contenitore*, in quanto va a raccogliere tutto ciò che l'utenza gli rimanda e successivamente mette insieme le informazioni, al fine di implementare una pianificazione che sia coerente con l'obiettivo di partenza e con i bisogni dell'Altro;

30 d.p.r. 384/83

2. la *calamita*, secondo cui si vanno a rilevare tutti i dettagli del contesto di azione, si compie in questo modo una ricostruzione del background dell'utenza e si struttura il possibile setting all'interno del quale declinare l'intervento educativo;
3. il *complemento/amplificatore*, nel senso in cui si pone nell'ottica di una rivisitazione positiva dello status dell'utenza, promuovendone il processo di maturazione e cambiamento;
4. il *ponte*, in quanto si diventa un vero e proprio collegamento tra la “realità di partenza” verso la realtà sociale.

Troviamo poi l'importanza del **ruolo normativo** che l'educatore compie, questa tesi pedagogica fa riferimento all'evoluzione che si cela dietro alla figura professionale, da sempre assimilata come sostitutiva dei riferimenti familiari assenti, che ad oggi invece, viene definita come “alter ego” dell'autorità costituita, rappresentativa dunque di quel mondo di valori e di Norme etiche e comportamentali, connotata di un'accezione positiva.

La successiva si concentra sulla **relazione pedagogica come relazione sociale**, ove l'educatore si configura come “tutore”, questo delicato ruolo costituisce il solo spazio epistemologico, professionale ed istituzionale dell'identità dell'operatore, il quale assolve una duplice funzione: si pone come garante dei diritti umani ed è portatore di una domanda di legittimazione della propria azione.

La relazione, rappresentata simbolicamente dall'incontro tra due personalità uniche ed irripetibili, acquisisce l'attributo di “aiuto” nel momento in cui, come sostenne **Brammer**, va a “*fornire sostegno alla persona mettendola in grado di imparare come imparare*”³¹.

L'educatore, dapprima consapevole di aver instaurato una relazione solida e averne predisposto un *clima* di accoglienza e di accettazione, diviene così l'operatore predisposto a cogliere tutte le “richieste di aiuto” che vengono comunicate verbalmente o meno, da parte dell'utenza, in questo modo si può evincere quanto il dialogo possa configurarsi come uno strumento privilegiato in cui il soggetto può esprimersi ed esternare il proprio problema o la propria sofferenza.

31 Therapeutic Psychology, Fundamentals of Counselling and Psychotherapy, Brammer, Everett, 1982

Su questa linea di pensiero è possibile citare quanto esposto da **Rogers**, il quale espone quella che è la tecnica del *counseling*, che rientra all'interno delle terapie umanistiche e che prevede l'instaurazione di una diretta relazione tra paziente e terapeuta, basata sia sul codice verbale che su quello non verbale.

Nel 1951 egli definisce il proprio metodo *centrato sul cliente*, per evidenziare come tutta la costruzione del Setting debba lasciar trasparire la disponibilità empatica in cui il paziente, sentendosi accettato, ha la possibilità di attivarsi alla ricerca del suo vero sé.

Il concetto portante è quello di *realizzazione del sé*, ovvero si mira a riconoscere al cliente, considerato come soggetto "attivo", le potenzialità necessarie per risolvere i propri problemi, dopo averne raggiunto piena consapevolezza.

È una strategia operativa basata sulla "non direttività", ove l'operatore di riferimento non va ad attuare una valutazione minuziosa del soggetto, ma al contrario si pone a disposizione dello stesso, accettando fiduciosamente il suo punto di vista e rispettandone la piena libertà di azione.

L'educatore secondo il pensiero Rogersiano deve assumere una triade comportamentale composta da:

1. *congruenza*, secondo cui è necessario porsi in maniera autentica all'interno della relazione con l'altro, senza adoperare distorsioni degli stati emotivi o dei comportamenti;
2. *accettazione*, condizione necessaria affinché si possano promuovere lo sviluppo e la crescita;
3. *empatia*, in quanto può consentire una maggiore comprensione del punto di vista altrui.

In relazione a quanto detto sopra è possibile elencare un'ulteriore tesi, che si lega bene alla tematica della relazione, ovvero quella esplicativa della **dinamica comunicativa**, quest'ultima si fa tassello fondamentale per la costruzione e la riuscita di una relazione basata sulla reciprocità dello scambio.

In merito a ciò si riporta di seguito quella che è stata la trattazione sostenuta dalla Scuola di Palo Alto, che dagli anni Settanta in poi, grazie agli esponenti Gregory **Bateson** e Paul **Watzlawick**, definì la funzione *pragmatica della comunicazione*, come la capacità di provocare degli eventi nei contesti di vita tramite l'esperienza comunicativa, intesa sia nella sua forma verbale che in quella non verbale.

Hanno così proposto quello che è l'*approccio sistemico*, ovverosia, concentrato sul contesto all'interno del quale si tiene la dinamica comunicativa, sostenendo che ogni comportamento agito ha valore, proprio come si osserva nel primo assioma (proprietà semplici), il quale ci dice che “Non si può non comunicare”³².

Lo stesso ci riporta come ogni comportamento comunica un qualcosa e come anche il silenzio assume significato.

L'ultima tesi che si riporta, è pertinente alla tematica concernente il lavoro in **equipe**, quest'ultima è definibile come “gruppo di persone che svolgono la stessa attività e hanno un fine comune”³³.

Nella stragrande maggioranza dei discorsi si è associata la figura dell'educatore ad un “uomo solo”, che vaga per le strade di una città, spesso strade di periferia e che, instancabilmente, è alla “ricerca” di utenti che necessitano di aiuto.

È così che questa errata immaginazione, ci ha allontanato dall'idea di lavoro di gruppo evitando così di immaginare l'educatore parte attiva di un'equipe *multidisciplinare* di operatori.

Per “gruppo di lavoro” si intende “*un insieme di individui che interagiscono tra loro con una certa regolarità, nella consapevolezza di dipendere l'uno dall'altro e di condividere gli stessi obiettivi e gli stessi compiti.*

Ognuno svolge un ruolo specifico e riconosciuto, sotto la guida di un leader, basandosi sulla circolarità della comunicazione, preservando il benessere dei singoli (clima) e mirando parallelamente allo sviluppo dei singoli componenti e del gruppo stesso.”³⁴

L'interazione, all'interno dello stesso, non è un dunque elemento sufficiente nella costruzione di un gruppo di lavoro, esso necessita di uno step successivo, ovvero **l'interdipendenza**, cioè l'acquisizione della consapevolezza dei membri di dipendere gli uni dagli altri, con il relativo sviluppo della rappresentazione della rete di relazione con gli altri, e di un'unità basata sulla differenza.

Nella stessa “*si va a configurare il gruppo nella direzione della groupship come rappresentazione di un soggetto diverso dai singoli individui e della leadership come funzione equilibratrice tra loro.*”³⁵.

32 P. Watzlawick, D. Jackson, J. Beavin: *Pragmatica della comunicazione umana*, Astrolabio, 1971

33 *Corriere della Sera*

34 *Pubblica amministrazione di qualità*, Dipartimento della Funzione Pubblica

35 G.P.Quaglino, S. Casagrande, A.M. Castellano, *Gruppo di lavoro lavoro di gruppo*, Raffaello Cortina Editore 1992

L'interdipendenza si sviluppa sulla percezione della necessità reciproca, che conduce allo scambio, ed è il tramite vincolante per la maturazione del gruppo in direzione dello stato *d'integrazione*, la quale a sua volta sviluppa la *collaborazione*, che va a definire un'area di lavoro comune, di partecipazione attiva di tutti i membri.

Il "lavorare assieme" non è la risultante data dallo scambio delle informazioni o delle valutazioni, "*quanto dal ripensare una reale integrazione, tramite un capire comunicativo, una capacità di interpretazione partecipabile dagli operatori dell'equipe, per comprendere i processi interni ed esterni ad essa e giungere alla definizione di strategie efficaci.*"³⁶.

36 E. Faure, Rapporto sulle strategie dell'educazione, Armando, Roma, 1973, p. 268

2.3 LA PIANIFICAZIONE DELL'INTERVENTO EDUCATIVO

RIVOLTO ALLA PERSONA: UN'ATTENZIONE PARTICOLARE ALL'UNICITÀ DEL SINGOLO

La trattazione che verrà effettuata di seguito, ha inizio con l'illustrazione di quello che è il concetto celato dietro il termine “**Professione**”, la cui origine etimologica è in “*pro-fiteor*” (dove *pro* significa “davanti” e *fateri* significa “mi riconosco”), stando che indica: “*ciò di cui la persona dà pubblicamente dimostrazione di credenza, rappresenta l'attività manuale o intellettuale da cui si ricava un certo guadagno come attività sociale riconosciuta.*”³⁷

Già nel suo significato etimologico, il termine va a contenere, sia un aspetto legato alle qualità dell'essere umano, sia ciò che pubblicamente appare come “forma economica di scambio” tra persone, ovverosia quello del lavoro.

Il “*prendersi cura*” rimanda ad un servizio avente matrice educativa, ad una professione che si collega alla finalità di voler tentare di “educare” l'uomo.

Questo *continuum* pedagogico necessita di una ciclica attività di scomposizione e ricomposizione dei significati sociali e personali, di collegamenti e di separazioni che richiamano un sapere che viene dal *saper stare* in situazione, un po' come un processo che deriva dall'apprendimento tramite l'esperienza vissuta, nella sua duplice espressione di fascino e di fatica.

Intorno al concetto di professionalità è possibile riconoscere la figura dell'educatore come portatore di competenza e strumenti di conoscenza, delineando così un operatore che sia in grado di “costruire senso” sull'azione diretta.

Secondo quanto detto dunque, l'educatore, può essere inteso come portatore e garante della **cura**, la quale si rifà al suo omonimo mito, ove essa assume il significato inerente al “prendersi a cuore” tutto ciò che di positivo vediamo nell'altro e anche come il tentativo, di andare a comprendere il senso esistenziale di un'emergenza, di una sofferenza, di una malattia.

*“La cura è vedere oltre eventuali difficoltà o disabilità che possono abbagliare al primo sguardo, col fine che nessuna possibilità di autonomia vada a perdersi, stimando, ogni aspetto di potenzialità con attenzione”*³⁸.

37 N. Titta, Manuale teorico, metodologico, pratico di progettazione educativa
38 Mortari L., La pratica dell'aver cura, Bruno Mondadori, Milano, 2006

Il pensatore e filosofo tedesco M. **Heidegger**, disse che la cura è da intendersi come radice primaria dell'uomo e come *“fenomeno ontologico esistenziale fondamentale”*, esplicitando come *“l'esserci che diviene il suo modo di essere nel mondo ha in sé il senso di curare e per mezzo dell'essenza curante della cura incontra il mondo”*³⁹.

Analizzando il tutto dal punto di vista pedagogico, il suo contributo, ci consente di ragionare su come la cura, intesa come “apertura esistenziale all'essere”, vada a rappresentare il modo di progettarsi, di essere davanti a se stessi, e allo stesso tempo, non è altro che la forma del proprio essere all'interno del mondo.

La vita non è dunque una successione temporale di eventi anonimi, ma un insieme di occasioni di formazione, come unica possibilità che si oppone alla morte, un orizzonte strutturale dell'esistenza.

L'educatore che da inizio ad una relazione di cura e che pianifica un intervento educativo, dovrà dunque dapprima incontrare un Altro, diverso da se, proprio come ci suggerisce **Levinas**, filosofo francese vissuto nel Novecento, che analizzando questa tematica, sottolinea come *“chi ha cura, senza annullare la propria soggettività, risponde all'altro con un atteggiamento di accoglienza e di rispetto e in maniera di farsi garante del fatto che il bisogno di affidarsi dell'altro non si tramuti mai in possesso e/o potere su di lui”*⁴⁰.

Grazie a pensieri e pratiche di cura, mediante l'attenzione all'Altro e la competenza riflessiva verso noi stessi, abbiamo la libera facoltà di poter coltivare il desiderio di trovare un orizzonte di senso al vivere quotidiano.

Riflettendo così sulla nostra situazione di non completezza e perciò bisognosi dell'altro, mentre trascorre la vita, ci occupiamo di noi per occuparci dell'altro e renderlo in grado di aver cura di sé, per occuparci del mondo e per non lasciare che il senso di noia e grigiore vada a colmarci.

Un sapere che ruota attorno alle dimensioni implicite della cura è la Pedagogia Speciale, con essa ci si riferisce ad una forma di sapere, una sorta di conoscenza teorico-pratica, che ha come fine ultimo quello di individuare e definire modelli di intervento e comprensione inerenti il concetto di *“educabilità”*, come possibilità per ciascuno individuo di essere educato.

39 Ibidem

40 Ibidem

Alla sua genesi hanno contribuito figure come J.M. G. **Itard** e E. **Sèguin** in Francia.

“La pedagogia speciale riflette su strategie e modelli di azione per ridurre le differenze e portare al massimo potenziale le singole personalità in situazione di disagio, sia esso derivante da un deficit fisico, sensoriale o psichico oppure da deprivazione socio-culturale.”⁴¹.

Tutto ciò si riferisce all’assunto che l’uomo è educabile “ *dalla culla alla tomba*”, espressione coniata da **Beveridge** economista e sociologo inglese, inventore con una sua opera del 1942 dello Stato Sociale (meglio conosciuto come *Welfare State*), ove si enuncia la riuscita di questa teoria solamente tramite il superamento delle *barriere* sia mentali che culturali, poiché anche la rappresentazione del disabile diventa un grave ostacolo quando legata agli stereotipi che la tradizione ha generato.

In merito alla suddetta trattazione è possibile aggiungere una chiarificazione in merito a due termini spesso utilizzati assieme e confusi nel loro significato, ovvero:

- *l’inclusione*, che pur essendo sensibile alle diversità individuali, è pertinente alla comunità nel suo complesso e ha come obiettivo la rimozione di tutte le barriere sociali, economiche e politiche che ostacolano il processo di apprendimento e di crescita del singolo;
- *l’integrazione*, che pur rivolgendosi in particolare a coloro che presentano un deficit riconosciuto con certificazione sanitaria e volendone attivare dei processi di riconoscimento atti a garantire la valorizzazione delle potenzialità della persona, comporta allo stesso tempo un necessario cambiamento dal punto di vista istituzionale, organizzativo, culturale che va a beneficio non solo di coloro che presentano bisogni educativi speciali, ma di tutti, producendo una crescita civile e sociale dell’intera comunità.

Avendo esplicitato dunque come la cura è dimensione implicita sottesa al sapere della pedagogia speciale, nonché punto di partenza per l’instaurazione di una relazione basata sulla reciprocità tra “me educatore” e l’Altro, ovvero l’educando, si evince come vi sia la necessità di analizzare approfonditamente il contesto, o ambiente, di attuazione dell’intervento, così da poter predisporre delle attività che

⁴¹ S. Pinnelli, *La pedagogia speciale per la scuola inclusiva: le coordinate per promuovere il cambiamento*, 2015

vadano a coinvolgere attivamente il soggetto evidenziandone le sue caratteristiche peculiari.

3 IL “SAPER FARE”: L'ESPERIENZA DI TIROCINIO

3.1 REPARTO DI CARDIOCHIRURGIA PEDIATRICA E CONGENITA

Ho effettuato il percorso tirocinio presso il reparto di Cardiocirurgia e Cardiologia Pediatrica e Congenita, posto all'interno del dipartimento di scienze cardiovascolari, collocato rispettivamente al quinto piano dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria degli Ospedali Riuniti di Torrette di Ancona, all'indirizzo Via Conca 71.

Il reparto viene diretto dal Dott. Marco Pozzi, medico specializzato in Cardiocirurgia e in Chirurgia toracica, dalla rinomata esperienza nazionale ed internazionale.

All'interno del reparto vi si individua anche la figura del caposala, che in questo caso viene occupata dalla Dott.ssa Chiara Gatti, la quale si occupa di organizzare responsabilmente le attività svolte all'interno, nonché il rispetto delle scadenze e il controllo circa la corretta somministrazione farmacologica ai pazienti, al fine di mantenere elevati standard di efficacia ed efficienza, per poter garantire un ottimale erogazione delle cure necessarie.

Il reparto si occupa della diagnosi e trattamento medico e chirurgico di tutte le cardiopatie congenite, dal bambino prematuro al paziente adulto.

I campi di interesse spaziano dalla cardiopatia congenita diagnosticata in utero alle Cardiomiopatie in età infantile, comprese le Cardiomiopatie Aritmogene, dall'ipertensione polmonare alla diagnosi e cura della Malattia di Kawasaki.

E' inoltre Centro di riferimento Regionale per il trattamento delle cardiopatie congenite e, per la qualità dei risultati cardiocirurgici, è divenuto punto di riferimento nazionale ed internazionale.

In termini strutturali, il reparto si vede organizzato principalmente in due “micro-strutture”, definibili anche come “aree specializzate”, ove rispettivamente troviamo:

- micro-struttura di Unità di Terapia Intensiva Pediatrica, denominata *UTIP*, composta da sei stanze, all'interno della quale si trovano tutti quei pazienti definibili “critici”, ovverosia coloro che necessitano di un'osservanza ed un'assistenza particolare, nonché coloro che affrontano la fase del post intervento;

- micro-struttura di *Degenza*, composta da dodici stanze, nella quale si accolgono tutti quei pazienti che sono in attesa di effettuare un intervento o coloro che sopraggiungono per controlli di routine e che hanno necessità di permanere per brevi periodi di tempo;
- una “stanza grigia”, così definita in quanto sprovvista di monitor specifici e dedicata all'accoglienza di tutti quei pazienti che transitano in reparto per brevi visite;
- una stanza dedicata interamente alle esigenze quotidiane dei genitori, o di chiunque presti assistenza continuativa a coloro che vengono ricoverati per periodi di tempo prolungati, nella quale si trova una lavatrice, degli armadietti attrezzati per riporre gli indumenti, un frigorifero ed un bagno di servizio;
- l'ufficio della coordinatrice;
- una stanza denominata “guardiola”, ove gli infermieri possono monitorare costantemente i parametri dei pazienti e dove si trovano gli armadietti che fungono da deposito per i farmaci;
- una sala lavanderia, utilizzata dal personale di servizio che si occupa della pulizia e della sanificazione degli ambienti.

In accordo con le informazioni che noi tirocinanti abbiamo raccolto, siamo a conoscenza sul fatto che in genere il numero minimo fissato degli infermieri in turno (che possono essere individuati con la divisa verde) durante la settimana è fissato a cinque, mentre, nel turno notturno si garantisce la presenza di quattro infermieri operativi.

In reparto sono inoltre presenti h24 un cardiologo e un cardiocirurgo (entrambi individuabili con la divisa celeste).

Oltre alle figure professionali sopracitate, sono presenti le Ausiliarie, riconoscibili dalla divisa gialla, che si occupano della cura degli ambienti del ricovero e dell'organizzazione del vitto; le figure deputate alle pulizie del reparto (che troviamo con la divisa rossa), gli osteopati (che riconosciamo in quanto indossano una casacca di colore rosa) e le educatrici cinofile che portano avanti l'attività di Pet Therapy.

Sono presenti poi anche le maestre montessoriane, facenti parte di un progetto nato al fine di garantire nelle Marche, il diritto allo studio a tutti i ragazzi che non possono prendere parte alle lezioni a scuola, a causa di patologie che impongono ricoveri, day hospital o permanenza a casa.

Il tutto viene sancito nei due protocolli firmati ad Ancona, nell'anno 2021, che hanno come attori promotori l'Ufficio Scolastico delle Marche, la Regione e gli Ospedali Riuniti di Ancona.

Non vi è però una tradizionale aula scolastica, i bambini individualmente, a letto o in corsia, lavorano con il materiale scelto e suggerito dalle due insegnanti seguendo il metodo della pedagogista Maria Montessori.

All'interno del reparto opera poi anche l'Associazione Onlus "*Un Battito di Ali*", grazie alla quale noi tirocinanti abbiamo potuto svolgere la nostra esperienza in corsia.

L'associazione accoglie ed accompagna il paziente durante l'iter del ricovero, comunicando con un linguaggio ed un'impostazione che si adeguano alla fascia di età e che permettono al bambino di partire, ovviamente in termini puramente metaforici, per un "viaggio", così da regalarli un'esperienza totalmente personalizzata.

Il nucleo fondante dell'Associazione, è il suo Comitato, formato da un gruppo di genitori, che non persegue finalità di lucro, ha una struttura democratica ed è un organo autonomo, indipendente da ogni organizzazione o movimento politico.

Lo scopo che perseguono efficacemente è quello di andare a migliorare la qualità di vita dei piccoli pazienti che nel reparto vi transitano, proponendo e realizzando attività tutte accomunate da un ardente spirito solidaristico.

Teniamo a mente che lavorare in un contesto così delicato, nel quale si assiste ad un'invisibile, ma presente "separazione" fisica, tra il piccolo paziente e la figura genitoriale, che lo può accompagnare, ma solamente in parte, può mettere a dura prova le condizioni del bambino, e sicuramente trovare in reparto specialisti e professionisti che possano garantire una continuità assistenziale e che favoriscano l'instaurazione di un clima accogliente e sensibile alle esigenze del paziente, non è affatto semplice.

3.2 L'ADATTAMENTO CONSAPEVOLE DEGLI STRUMENTI NEI CONFRONTI DI UN "NUOVO CONTESTO OPERATIVO"

Come espresso nei capitoli precedenti, la Pedagogia, intesa come orizzonte strutturale della nostra metodologia, va pensata come una vera e propria scienza basata sull'azione pratica e sulla progettualità che ruota attorno a quest'ultima.

È possibile affermare così che essa rappresenta una sintesi dialogica tra una scienza che promuove un "agire ideale" dell'educazione, ed un'attività dialogica che mira a promuovere la partecipazione del soggetto.

In questo senso una scienza progettuale, si basa su una cultura della progettualità che, *"ristabilisca un equilibrio tra senso della realtà e senso della possibilità, un equilibrio attivo e dinamico con il mondo in cui si vive, anche se non è facile, evitando di cadere, da un lato, nella tentazione di restare al di sopra della realtà, con l'utopia, dall'altro, al di sotto, con la rassegnazione"*.⁴²

Nella mia esperienza, posso dire che saper elaborare un **progetto** ha rappresentato un primo ostacolo da valicare, in quanto mi sono ritrovata all'interno di un contesto dove tutto funzionava nell'ottica dell'ottimizzazione del tempo, e dove quindi vi erano pochissimi momenti in cui si poteva provare a programmare e a progettare attività assieme all'utenza.

Ho però compreso quanto questa competenza, vada a rappresentare il *Core* della nostra professione, un "oggetto" primario su cui poter fare affidamento nella pratica educativa.

L'elaborazione di un progetto difatti, può rimanere una pratica astratta e burocratica, fatta di schemi standardizzati e procedure predisposte a priori, soprattutto se non vengono definite l'insieme di competenze pratiche e di natura organizzativa e gestionale, che sono necessarie per attuarlo.

Il professionista deve saper lavorare in un'ottica *trasformativa* tramite un'analisi approfondita dei bisogni, come per esempio, la maturazione dei rapporti sociali e affettivi, la cognizione, l'integrazione e la sicurezza emotiva.

Nel concreto dunque è possibile chiedersi quali possono e devono essere le caratteristiche di un modello progettuale, di seguito si annoverano:

- il possesso di una reale **coerenza** interna,
- la sua funzione è esplicita e rivolta alla **risoluzione di un problema** o di un bisogno,

⁴² S. Tagliagambe, L'albero flessibile. La cultura della progettualità, Zanichelli, 1998

- la sua struttura deve rifarsi ad un **modello strutturato** a seconda delle esigenze dell'utenza in questione,
- le sue **tappe** devono essere **ripercorribili** a posteriori.

Il progetto educativo è la concretizzazione in forma scritta del processo educativo e rappresenta una costante dell'intervento.

Per **processo educativo** si intende: *“l'insieme delle azioni volontarie, quindi compiute in maniera razionale e più o meno pianificate, o riflesse e delle modificazioni correlate che compongono l'azione educativa, effettuate da esperti per consentire a ciascun individuo il conseguimento del suo pieno sviluppo psicofisico.”*⁴³

Ne consegue che esso non è altro che la rappresentazione pratica del concetto di educazione, nella sua accezione epistemologica di “educere”, ovvero il “tirar fuori”.

Fra gli altri strumenti e competenze che ho dovuto riadattare, vi sono quelle che compaiono nel nostro *Core Competence*:

- *Accoglienza*, ovvero la definizione delle procedure per promuovere l'incontro con l'utente;
- *Anamnesi*, ovvero il metodo che ci consente di rilevare, registrare ed individuare i dati salienti che emergono dalla fase precedente;
- *Osservazione*, ovvero un processo costante che l'educatore attua per comprendere meglio la situazione;
- *Identificazione delle necessità educative*, fase essenziale che nel mio contesto operativo di tirocinio, si può compiere solamente in successione dell'incontro e della raccolta dei dati, così da tentare la definizione di un'ipotesi di intervento educativo, per poi condividerla con l'èquipe e con tutti gli “attori” che sono coinvolti.

43 L. Milani, Competenza pedagogica e progettualità educativa, La Scuola, 2000

3.3 STRUTTURAZIONE DEL PROGETTO EDUCATIVO RIABILITATIVO

“Il ponte si slancia leggero e pesante, al di sopra del fiume.

Esso non solo collega due rive già esistenti.

Il collegamento stabilito dal ponte, anzitutto, fa sì che le due rive appaiano come due rive.”⁴⁴

Si utilizza questa citazione in apertura al paragrafo per spiegare come il “**ponte**”, del quale si parla, è un po' come il nostro progetto educativo, ovverosia una costruito predefinito e quindi nella pratica, una costruzione fatta dall'uomo e per l'uomo.

Nella stessa riflessione esso è inteso anche come un'azione tecnica e culturale, che affronta la questione di *connettere qualcosa* già presente, rispettandone le caratteristiche, ed esaltandole per far emergere quelle che sono le potenzialità nascoste.

Nella mia esperienza ho avuto la possibilità di procedere alla realizzazione di un progetto educativo riabilitativo della durata di due mesi, con la compartecipazione di una bambina, di nome Dalila, della quale di seguito illustrerò quanto fatto assieme.

ASSESSMENT

Prima compilazione della Scheda Utente

L'utente con il quale ci si interfaccia è una bambina di nome Dalila, originaria del Camerun, ha 12 anni, ed è ricoverata presso il reparto di CCPC per effettuare un intervento molto delicato.

Al suo arrivo in ospedale, mi viene segnalato dallo staff medico ed infermieristico, come già presentasse una situazione complessa, connotata da un'insufficienza cardiaca severa, alla quale si accompagnava un'ipertensione polmonare.

Viene accompagnata dalla figura materna, una signora molto gentile e disponibile, che però ha una chiara difficoltà nel versante comunicativo, in quanto, sia lei che la figlia, parlano in maniera fluente il francese e l'inglese.

⁴⁴ A. Fabris, *Essere e tempo* di Heidegger, Crocci editore, 2010

Il suo contesto familiare, si vede dunque composto dalle due figure genitoriali e da un fratello minore.

Dalila mi riferisce di frequentare la scuola elementare, a livello di didattico, successivamente ad un confronto con la maestra, presente in reparto, si intende sottolineare come sia stata cresciuta a casa nei suoi primi anni di vita, con un'educazione prettamente familiare e portata avanti interamente dalla figura materna.

Ha iniziato a frequentare la scuola (denominata "*Ecole primarie*") all'età di 6 anni, approcciando da prima alla sua lingua madre e successivamente al francese.

In merito a ciò possiamo segnalare che la nuova Costituzione del Camerun dichiara che l'educazione di base è obbligatoria per ogni bambino e che lo Stato deve assicurare il diritto all'istruzione, l'insegnamento primario pubblico, laico ed aperto ad ogni individuo senza distinzione di sesso, confessione o tribù.

Gli obiettivi generali dell'educazione sono il rafforzamento dell'unità nazionale, lo sviluppo del bilinguismo (francese-inglese), come fattore d'integrazione e la formazione di cittadini istruiti con una solida base socio-umanistica. Allo stesso tempo, attraverso l'insegnamento vengono affermate l'identità nazionale, la costruzione di una nazione ricca e prospera, lo sviluppo dell'insegnamento tecnico e professionale.

La bambina sin dal primo colloquio informale che abbiamo svolto, durante il quale si è provveduto alla compilazione di una lettera della conoscenza, che ho adattato alla situazione, proponendola dunque in lingua francese (*Fiche de connaissances*), ha esplicitato la volontà di approfondire in futuro il suo interesse nei confronti del settore della sartoria.

Come mi è stato riferito anche dalla mamma, questo interesse lo coltiva già a casa, dilettandosi in piccoli lavori di cucito, che la impegnano nel tempo libero.

Prima compilazione Scheda delle **Abilità**

1) *Abilità di base*, inquadrabili con quella serie di abilità cognitive già sviluppate o in corso di sviluppo nel periodo d'ingresso alla scuola primaria

| Indicatore | insufficiente | sufficiente | buono | ottimo | Eventuali commenti (per descrivere la variabile di riferimento) |
|---|----------------------|--------------------|--------------|---------------|--|
| Cura del proprio Sé | | | X | | |
| Cura della propria igiene personale | | | X | | |
| Cura del vestiario | | X | | | |
| Cura sanitaria | | | | X | |
| Cura del proprio ambiente di vita (in questo caso ci si riferisce alla stanza di ospedale) | | | X | | |

2) *Abilità interpersonali e sociali*, le quali, in considerazione al contesto ospedaliero, fanno riferimento al sapersi adattare in un determinato ambiente

| Indicatore | insufficiente | sufficiente | buono | ottimo | Eventuali commenti |
|--|----------------------|--------------------|--------------|---------------|--------------------|
| Relazione col personale sanitario | | | X | | |
| Relazione col personale educativo | | | X | | |
| Disponibilità | | X | | | |

| | | | | | |
|---|--|----------|--|--|--|
| al confronto | | | | | |
| Capacità di instaurare relazioni o legami continuativi | | X | | | |

3) *Abilità comunicative*, in riferimento dapprima alla dimensione verbale, esse sono tutte quelle che promuovono una comunicazione efficace e possono essere sviluppate per tutta la vita. Quelle che invece si riferiscono alla dimensione del non verbale, sono pertinenti all'impostazione corporea e facciale, che si adottano, anche in maniera inconsapevole, durante una normale conversazione.

| Indicatore | insufficiente | sufficiente | buono | ottimo | Eventuali commenti |
|---|----------------------|--------------------|--------------|---------------|--------------------|
| Comunicazione in termini di chiarezza e coerenza | | X | | | |
| Apertura al dialogo | X | | | | |
| Formulazione di frasi di senso compiuto | | X | | | |
| Espressione dei bisogni | | X | | | |
| Capacità di proporre delle soluzioni ai problemi | X | | | | |
| Espressività del volto | | X | | | |
| Gestualità | | | X | | |
| Mimica facciale | | | X | | |

- 4) Abilità *motorio – prassica*, ove s'intendono quell'insieme di abilità connesse all'utilizzo delle mani che permettono di sviluppare una buona destrezza manuale, soprattutto in termini di velocità e precisione. Sono quelle che permettono di compiere in maniera corretta dei gesti coordinati aventi un determinato fine

| Indicatore | insufficiente | sufficiente | buono | ottimo | Eventuali commenti |
|--|---------------|-------------|-------|--------|--------------------|
| Deambulazione autonoma | | | X | | |
| Capacità di mantenere in equilibrio l'asse corporeo | | X | | | |
| Manualità fine | | | | X | |
| Coordinamento visuo – manuale | | | X | | |

Considerazioni scaturite in seguito alla prima fase valutativa per la definizione dell'Assessment:

- Valutazione delle **aree problematiche**

Su cosa è possibile intervenire?

Il soggetto in questione presentava una principale difficoltà, ovvero quella connessa all'espressione linguistica, che va necessariamente a penalizzare la sua capacità comunicativa.

Come EP ho cercato dunque di impostare un intervento educativo declinato proprio nel versante espressivo-comunicativo, perché indubbiamente le parole sono fondamentali per trasmettere ciò che un soggetto pensa, ma si può andare oltre, si possono approfondire nuovi canali espressivi, che possono affiancare e accompagnare la stessa comunicazione verbale.

- Valutazione delle **potenzialità**

Quale può essere il primo step per delineare un'ipotesi progettuale?

Sicuramente il punto di partenza del progetto in questo caso ha preso forma, grazie al carattere partecipativo dell'utente con cui mi sono interfacciata, ho difatti osservato sin da subito in Dalila una volontà positiva nell'intraprendere un percorso assieme, nonostante le difficoltà linguistiche e comunicative.

– Valutazione delle **risorse del contesto**

Come posso utilizzare al meglio il Setting ospedaliero?

Sicuramente questo Setting ben definito, mi ha permesso di declinare il mio intervento in uno spazio - tempo circoscritto, dove se io come EP ho potuto utilizzare delle modalità comunicative differenti, che mi hanno permesso di entrare in connessione con lei e di creare un intreccio relazionale.

PROGETTO EDUCATIVO RIABILITATIVO

Analisi della domanda riabilitativa:

La bambina in oggetto ha 12 anni, frequenta la scuola elementare, la sua famiglia è originaria del Camerun e quindi parla e comprende solamente la lingua francese.

In reparto è accompagnata dalla mamma, risulta essere ben disposta nei confronti dell'ambiente ospedaliero e di noi tirocinanti.

Finalità progettuale:

“Ci si propone di andare ad apportare un miglioramento della modalità comunicativa, tenendo a mente, l'importanza di mantenere al centro del progetto il piccolo paziente e la sua capacità di autodeterminarsi”

Obiettivi:

-si individuano degli obiettivi *generali*:

- Miglioramento della dinamica comunicativa, facendo leva anche su quella che è la dimensione della comunicazione non verbale;

-si inquadrano degli obiettivi *specifici*:

- Lavorare sulla capacità espressiva, implementandola con attività che siano parzialmente svincolate dalla dinamica linguistica, che facciano dunque leva sulla libertà del singolo di poter tirare fuori il proprio “sentire interiore” conseguente al delicato momento del ricovero;
- Accompagnamento l'utenza nel processo di adattamento al contesto del ricovero.

Attività educative proposte:

- Compilazione della lettera della conoscenza: attività che in questo caso è stata de-strutturata della sua natura compilativa, diventando un dibattito con la bambina, nel quale ci siamo fatte delle domande a vicenda, annotando le annesse risposte. In questo modo abbiamo gettato le basi per una conoscenza reciproca, ponendo in essere la natura professionale della mia figura e l'interesse nel voler strutturare assieme un percorso di scambio vicendevole.
- Cruciverba tematico: quest'attività è stata pensata sulla base di un interesse particolare della bambina, emerso durante i primi incontri svolti assieme, ovvero quello inerente il desiderio di continuare a coltivare la passione per il disegno e di concentrarsi sul suo interesse per la moda e più precisamente per il mondo della sartoria. Nell'attività sono state proposte delle parole, non complete nella loro interezza, e mancanti quindi di alcune lettere, che la bambina ha poi provveduto ad inserire. L'ultimo step verteva sul collegare il termine alla figura associata.
- Pixel Art: Attività nella quale ogni pixel indica quello che è il dato più piccolo dell'intera immagine e ha un valore preciso, determinato dalla sua posizione, dal colore e dall'intensità, è un'attività che ho predisposto in maniera tale da far comprendere alla bambina l'importanza di saper cogliere i dettagli, e che ognuno di esso potesse poi esser rilevante per costruire il quadro d'insieme dell'immagine.
- Disegno libero: la bambina durante i primi incontri espresse la necessità di potersi esprimere, così ho sfruttato i colori ad acqua che erano presenti in reparto, per esaudire questo suo desiderio e allo stesso tempo, ho tratto dalla sua modalità di rappresentazione numerosi spunti.
- Visione di una serie di video su Youtube: un'attività pensata per essere proposta tra un esame medico ed un altro, le tematiche che abbiamo approfondito sono state inerenti le emozioni e la sartoria, in merito a ciò, abbiamo visionato il tutto in lingua francese, con sottotitoli in italiano, per facilitare la comprensione di entrambe.
- Attività di bricolage creativo a tema sartoria: attività incentrata sulla passione della piccola Dalila, che in questo modo ha provveduto, su scala ridotta, alla realizzazione di un piccolo cartamodello.

La tecnica del “*collage*” è stata utilizzata per la prima volta nel Novecento, con la realizzazione delle opere astratte appartenenti alle correnti delle avanguardie Italiane e Spagnole.

Non è un’opera “estetica”, ma in modo intimo si abbandonano le regole convenzionali, per ritagliare ed incollare tutto ciò che attrae la nostra curiosità, in questo modo possiamo inquadrarlo come una tecnica che consente sia di raccontare il proprio mondo interno, o semplicemente di sperimentare il piacere dell’esperienza grafica.

Tempi: ogni attività viene strutturata in modo tale che possa essere portata a termine in un’ora, ogni variazione è soggetta alla condizione di salute dell’utente e alle necessità organizzative del reparto

Spazio: per la realizzazione: all’interno della camera

Costi: inerenti l’acquisto del materiale per le attività

Tempi di verifica: indicativamente ogni 2 settimane

Indicatori di verifica:

- Il soggetto partecipa alle attività con una propensione attiva verso le stesse?
- Esplicita interesse per le attività che vengono proposte?
- Presta attenzione alla consegna ed è capace portare avanti le attività che già conosce?
- Fa richieste di chiarimento qualora qualcosa non le risultasse chiaro?

Strumenti utilizzati

- Colloquio educativo informale con l'utente
- Colloquio informale con la figura genitoriale presente in reparto
- Strutturazione della valutazione educativa tramite una scala con indicatori selezionati in precedenza
- Intervista semi – strutturata proposta all'utente circa il percorso effettuato assieme
- Predisposizione del modello di verifica secondo il Modello Likert

Difficoltà incontrate durante la realizzazione del progetto:

- scarse informazioni circa le condizioni educative e didattiche dell'utenza
- comprensione dei suoi bisogni per via della difficoltà comunicativa
- ridotta quantità di tempo per strutturare ed attuare delle attività
- stanchezza e spossatezza dell'utenza, in seguito ai continui controlli

Verifica effettuata al termine del progetto:

| Indicatore | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|---|
| Partecipazione attiva | | | X | |
| Interesse circa quanto proposto | | | | X |
| Attenzione per la consegna di attività che già conosce | | X | | |
| Richieste di chiarimento | | X | | |

VALUTAZIONE EX-POST

Viene effettuata mediante la somministrazione di un'intervista semi-strutturata contenente 4 domande inerenti il periodo di realizzazione del progetto, avendo adottato il seguente metodo ho dapprima predisposto le domande in italiano, annotandole sul foglio, e successivamente le traducevo una alla volta, grazie al supporto di Google Traduttore e Dalila rispondeva sul foglio.

Le domande erano così composte:

“1) Come ti sei sentita durante questo periodo di ricovero?

Mi sono sentita bene

2) Come hai trovato la mia impostazione nel relazionarmi con te?

Mi sono sentita a mio agio

3) Le attività che ti ho proposto, ti sono piaciute?

Si, sono state interessanti e motivanti

4) Descrivi con 4 parole questi giorni che abbiamo trascorso assieme

Piacevoli, interessanti, coinvolgenti, tranquilli”

3.4 LA COSTRUZIONE DI SIGNIFICATO: “CONOSCERE É ANCHE CONOSCERSI

“Chi educa non può più limitarsi a trasmettere conoscenze, ma deve svolgere un lavoro di orientamento. Da questo punto di vista, l’educatore diventa una sorta di bussola nel ginepraio di informazioni di cui siamo prigionieri, un ginepraio in cui è difficile distinguere la verità dalla menzogna e la serietà dalla frivolezza.”⁴⁵

Si è detto nei paragrafi precedenti come l'educazione sia una vera e propria scienza, che coniuga in se la dimensione pratica e quella teorica, che procede dall'incontro, alla realizzazione di un percorso, un processo di vicendevole scambio, per culminare in una “trasformazione” della percezione degli attori in essa coinvolti; è pertanto un vero e proprio “sforzo” che si compie, che non può prescindere dalla conoscenza di Sé stessi, delle paure, delle insicurezze e delle potenzialità che possono essere applicate, o che talvolta, possono intralciare nella realizzazione progettuale.

Quando si sostiene che il cambiamento parte da noi, si descrive quello che è un postulato essenziale del nostro lavoro, e tutto ciò l'ho sperimentato soprattutto durante il “viaggio”, compiuto nel percorso di tirocinio di questo ultimo anno, dove in reparto, ho sperimentato quella che è l'ansia di non sapere cosa fare, di non avere spunti creativi, di aver perso la motivazione e di essermi trasformata in una pedina, schiava della routine e sopraffatta dalla difficoltà di far valere il mio ruolo professionale.

A fine Novembre, mi sono accorta che tutto ciò era impossibile da sostenere e che non potevo continuare così, pertanto ho deciso di informarmi su quale pratiche potessero permettermi di mettere nero su bianco, tutto ciò che provavo, è così che ho trovato conforto in uno strumento essenziale, ovverosia, la pratica narrativa della mia personale esperienza.

Quest'ultima l'avevo approfondita già nel corso tenuto lo scorso anno, dalla Prof. ssa Saltari Daniela, di *Competenze educative nei percorsi Riabilitativi*, ove si è svolto un

⁴⁵ F. Savater, Piccola bussola etica per il mondo che viene, Editori Laterza, 2014

lavoro di critica ed analisi circa le innumerevoli riflessioni proposte da **Duccio Demetrio**, del quale si riporta la citazione cardine del suo lavoro:

“L’educazione è scegliere il cunicolo, è inoltrarsi nei suoi meandri senza paura; è camminare lungo i crinali, in instabile equilibrio, sfidando i precipizi, lasciando le vie vecchie per le nuove, riscoprendo le antiche.”⁴⁶.

Di qua si nota come la continuità della pratica educativa, vada ad intrecciarsi perfettamente con la narrazione, divenendo consapevoli che non è sufficiente narrare e narrarsi, ma bisogna di volta in volta, esplicitare la natura pedagogica delle parole che si mettono in atto, così da poter apprendere qualcosa in più su se stessi, sugli altri e sul mondo che ci circonda.

Per far sì che ciò possa realizzarsi, è necessario postulare come i processi messi in atto dalla nostra personale narrazione, debbano essere riconosciuti come “motore” che ci spinge a pensare ancora, a rivisitarci continuamente; il “pensare” diventa il luogo profondo dei giochi discorsivi e conversazionali.

La narrazione per Duccio, è un processo di triplice utilità in quanto:

- invita il soggetto a *riconoscersi* come un attore protagonista della sua vita, valorizzandone il suo ruolo di rilevanza;
- promuove la comprensione di “*come*” il soggetto si rappresenta e come costruisce la storia che racconta, illuminando quindi le modalità di narrazione che mette in atto;
- si concentra sull'originalità di quanto detto, riferendosi alla *Pedagogia della memoria*, la quale diventa uno stimolo che lo guida nell'*esplorazione di Sé*.

La memoria e il ricordo, sono potenti strumenti di comunicazione, ed il lavoro sulle storie di vita, non costituisce più solamente un itinerario di indagine sulle cronologie o sui ricordi più significativi, ma la *didattica autobiografica*, si prefigge chiari scopi, rispetto ai quali chiunque si racconti, fa lavorare la propria mente, e ritrova il senso di ciò che ha significato per lei o per lui l’aver imparato dall’esperienza.

“Fare biografia non è però soltanto fare memoria, ma è una vera e propria riattivazione di abilità cognitive necessarie alla ri-memorazione, queste svolgono

46 D. Demetrio, *L'educazione non è finita*, Raffaello Cortina Editore, 2009

una funzione educativa di riflesso, anche definito eco, quando dal passato si tende di capire, organizzare, progettare il presente.”⁴⁷

L'autobiografia è dunque una strada mentale, una traiettoria costellata di arresti e di riprese, che diventa uno stimolo a ragionare sulle proprie convinzioni e a comprendere quelle degli altri.

Nella mia esperienza, la pratica di scrittura è stata fondamentale, all'inizio ho provveduto ad annotare la mia “condizione di partenza”, ovvero come mi sentivo e quali erano le mie percezioni al “giorno uno”, col tempo poi, tutto ciò è divenuto un vero e proprio diario, contenente i progressi, le battute di arresto, i pensieri, e ancora, i rimandi da parte degli utenti, dell'equipe e delle persone che mi circondavano.

Ho potuto sperimentare quanto sia essenziale raccontare ciò che ci succede, senza la paura di non essere compresi, o ancora, senza temere il giudizio altrui, perché comunque l'Altro che decide di non conoscerci, avrà sempre qualcosa da ridire, e avere la possibilità di lavorare sulla propria percezione del giudizio è illuminante, in quanto ci permette di rivisitare la nostra errata percezione, convertendola nelle profondità del suo statuto negativo, permettendoci di agire liberamente e con la giusta consapevolezza che ciò che facciamo, non è mai errato, se lo sentiamo dentro, che è sempre bello lasciarsi trasportare dalla corrente, ma che al tempo stesso è necessario tenere a mente i nostri punti di riferimento.

È un po' come salpare con la nostra nave, quella che abbiamo costruito nel tempo, o che forse ancora non è nemmeno completata, dove abbiamo messo tutti i nostri saperi e le nostre convinzioni, alla volta di una rotta inesplorata, disponendo unicamente di una cartina geografica sciupata e chissà, magari poco realistica del percorso che ci attende, è un viaggio che compiamo alla ricerca del nuovo, di un orizzonte inedito e di un cambiamento, che tutto sommato si rileva essere necessario.

⁴⁷ D. Demetrio, L'educatore auto(bio)grafo. Il metodo delle storie di vita nelle relazioni di aiuto, Unicopli, 1999

CONCLUSIONE

La stesura della relazione finale presentata, è la risultante derivata dall'esperienza del percorso di tirocinio di questo ultimo anno di studi, sommata all'ampliamento del mio bagaglio personale in quanto laureanda.

L'esperienza conclusasi all'interno del reparto, ha rappresentato il coronamento di questo viaggio, nonché la realizzazione di un progetto educativo e riabilitativo individualizzato sulla base ai bisogni, esplicitati dall'utenza, andando a confermare che, anche all'interno di un Setting di lavoro, prettamente impostato in funzione di standard sanitari orientati all'ottimizzazione dei risultati, l'Educatore Professionale, manifesta la capacità concreta di poter apportare benefici grazie alla sua azione.

Si evince così che l'ipotesi postulata in precedenza, circa la funzionalità della figura, abbia condotto ad evidenziare come è possibile incaricare l'EP del compito di *garante* dei diritti sociali dell'individuo, di come esso sia a tutti gli effetti *attivatore* e *promotore* di un cambiamento, che possa realizzarsi in differenti periodi di tempo e con altrettanti obiettivi correlati, quali, il potenziamento dell'autonomia personale, il rafforzamento della percezione sociale e il raggiungimento di determinati standard che completano il modello della *Qualità Della Vita*.

Il mio obiettivo è stato quello di strutturare un Setting, ed un Clima, che potessero favorire il coinvolgimento attivo dei piccoli pazienti e delle loro famiglie, promuovendo attività calibrate, per poter alleviare il difficile momento che stavano affrontando, concentrandomi sul capovolgimento dello statuto dell'esperienza vissuta, connotandola di accezioni maggiormente riferite alla positività e alla condivisione.

Ho voluto dedicare dei paragrafi del mio elaborato all'importanza della dimensione pertinente all'integrazione socio-sanitaria, dei tutti quei diritti che l'EP ha la capacità di promuovere e garantire, per sottolineare come è effettivamente possibile tentare il superamento di quello che da sempre è il Modello Bio-Medico di approccio alla persona, per abbracciare consapevolmente quello Bio-Psico-Sociale, tenendo dunque in considerazione tutti i fattori che influiscono e modificano l'esperienza soggettiva della malattia. Il tutto è stato reso possibile grazie all'insieme di conoscenze e competenze acquisite durante questi anni, agli strumenti della metodologia educativa, alla lettura e alla comprensione dei punti cardine del *Core Competence* e alla rivisitazione della dimensione ludica, combinata con un'analisi delle caratteristiche del Setting di lavoro.

RINGRAZIAMENTI

“Conoscere se stessi vuol dire essere se stessi, vuol dire essere padroni di se stessi, distinguersi, uscire fuori dal caos, essere un elemento di ordine, ma del proprio ordine e della propria disciplina ad un ideale.”

Ebbene sì, finalmente anche io posso porre fine a questo lungo e tortuoso percorso, arrivata alla conclusione di tutto ciò, posso ritenermi grata, per aver avuto l'occasione di conoscere e vivere, persone ed esperienze, colme di positività ed estremamente arricchenti.

Ci tengo a ringraziare da subito, tutte quelle persone che, per brevi, o lunghi tratti, hanno percorso con me questa strada, a tutti colori che si sono resi disponibili, che hanno speso per me parole d'incoraggiamento e di supporto, gioendo dei miei traguardi e sostenendomi nelle sconfitte.

Va da se, che i primi ringraziamenti li rivolgo alla mia famiglia, a mia Mamma e a mio Papà, due persone per le quali nutro forte ammirazione per la loro forza e per la tenacia con le quali affrontano la vita, coloro che mi hanno dato la possibilità di poter proseguire il mio percorso di studi, che quotidianamente mi hanno sostenuta e sospinta in questo viaggio, che ripongono in me speranza ed aspettative, per un futuro tutto da conquistare.

Ringrazio mia sorella, il mio esatto opposto, per la sua disponibilità a tendermi una mano nel momento del bisogno, per essere stata presente anche nei momenti più bui, per avermi incoraggiata ad intraprendere nuove strade, per il suo spirito gentile dal quale tutti dovremmo prendere spunto.

Ringrazio Sara, amica sincera e fidata, conosciuta tramite una passione in comune, sin da subito, è diventata per me fonte d'ispirazione per la sua intraprendenza e per la sua bontà d'animo, una ragazza umile, che mi ha dato la possibilità di farmi conoscere, per quella che realmente sono, che è riuscita ad andare oltre le apparenze.

Ringrazio poi i miei compagni di corso, ed in particolar modo quelli con i quali ho potuto stringere un rapporto di vicendevole scambio, coloro che hanno allietato i

nevrotici pomeriggi all'università, che hanno condiviso con me la trasformazione interiore, che solamente un percorso così poteva offrirci.

Ringrazio Luna, che mi accompagna dal primo caffè, preso all'inizio di questa lunga avventura, collega e prima ancora amica, a lei vanno la mia gratitudine più sincera per esserci stata anche quando le cose non andavano, anche quando eravamo fisicamente distanti.

Mi ha aperto le porte di casa sua, sempre pronta ad ascoltarmi, a capire i miei silenzi e i miei giorni no, ad apprezzarmi, senza giudicarmi.

Un ringraziamento di cuore va ai miei nonni, Vanda e Manlio, persone che col sudore e la fatica si sono costruiti un futuro e che lo hanno garantito anche a me, due anime pure, colme di affetto e gentilezza, che oggi più che mai avrei voluto al mio fianco.

Spero di essere stata in grado di soddisfare le loro aspettative, di averli resi fieri di ciò che ho fatto, perché senza alcun dubbio, in questo traguardo ci sono anche loro.

Ed è così che oggi, mi ritrovo a riempire il mio svuota tasche di altri ricordi, di momenti, di affetto, fiduciosa che il futuro possa riservarmi nuove avventure, che tutto ciò possa essere solo l'inizio di un nuovo capitolo della mia vita.

BIBLIOGRAFIA

- Costituzione della Repubblica Italiana. Art. 32. 1948
- O.M.S. Definizione di Salute, 1948
- O.M.S. Carta di Ottawa, 1986
- O.M.S. Health Promotion Glossary, 1998
- R. Brandolini, Educazione e cura dell'infanzia in prospettiva inclusiva, ecologica e sistemica, 2022
- Urie Bronfenbrenner, Ecologia dello sviluppo umano, 1979
- Augé, Marc (1993): Nonluoghi: introduzione a una antropologia della surmodernità, Elèuthera
- A .Kleinman, The illness narrative: suffering, healing and the human condition, 1988
- R.Charon, Medicina narrativa, Raffaello Cortina Editore, 2019
- C.Carena, Ippocrate: L'arte della medicina, Einaudi, 2020
- I.I.S., Outcome Research
- Ministero della Salute, Servizio Sanitario Nazionale
- P. Carozza, Principi di riabilitazione psichiatrica. Per un sistema di servizi orientato alla guarigione, Franco Angeli, 2006
- L. Ciompi, H. Hoffmann, M.Broccard: Analisi di un nuovo trattamento antipsicotico, Edizioni Sipintegrazioni, 2013
- Maone, D'Avanzo: Recovery – Nuovi paradigmi per la salute mentale, Raffaello Cortina Editore, 2015
- D.M. 520/1998
- A. Mariani, F. Cambi, M. Giosi, D. Sarsini: Pedagogia generale, identità, percorsi, funzione, Carocci editore
- F. Cappa: Esperienza e educazione, Raffaello Cortina Editore, 2014
- P. Freire: L'educazione come pratica della libertà, Mondadori, 1975
- Legge 92 del 28/06/2012, art. 4, comma 51
- M. Palma: Il dispositivo educativo. Esperienza, formazione e pedagogia nell'opera di Riccardo Massa, Franco Angeli, 2016
- M. Brammer, Everett L., Therapeutic Psychology: Fundamentals of Counselling and Psychotherapy, , 1982
- D.P.R. 348/1983

- P. Watzlawick, D. Jackson, J. Beavin, Pragmatica della comunicazione umana, Astrolabio, 1971
- Corriere della Sera
- Pubblica amministrazione di qualità, Dipartimento della Funzione Pubblica
- G.P.Quaglino, S. Casagrande, A.M. Castellano, Gruppo di lavoro lavoro di gruppo, Raffaello Cortina Editore 1992
- E. Faure, Rapporto sulle strategie dell'educazione, Armando, Roma, 1973, p. 268
- N. Titta, Manuale teorico, metodologico, pratico di progettazione educativa
- Mortari L., La pratica dell'aver cura, Bruno Mondadori, Milano , 2006
- S. Pinnelli, La pedagogia speciale per la scuola inclusiva: le coordinate per promuovere il cambiamento, 2015
- S. Tagliagambe, L'albero flessibile. La cultura della progettualità, Zanichelli, 1998
- L. Milani, Competenza pedagogica e progettualità educativa, La Scuola, 2000
- A. Fabris, Essere e tempo di Heidegger, Crocci editore, 2010
- F. Savater, Piccola bussola etica per il mondo che viene, Editori Laterza, 2014
- D. Demetrio, L'educazione non è finita, Raffaello Cortina Editore, 2009
- D. Demetrio, L'educatore auto(bio)grafo. Il metodo delle storie di vita nelle relazioni di aiuto, Unicopli, 1999

SITOGRAFIA

- Governo Italiano. *Costituzione Italiana, Articolo 32*

Disponibile al seguente link:

<https://www.governo.it/it/costituzione-italiana/parte-prima-diritti-e-doveri-dei-cittadini/titolo-ii-rapporti-etico-sociali#:~:text=a%20tale%20scopo.-,Art.,non%20per%20disposizione%20di%20legge.>

- O.M.S. *Definizione di Salute*, 1948

Disponibile al seguente link:

<https://www.coe.int/it/web/compass/health#:~:text=L'Organizzazione%20Mondiale%20della%20Sanit%C3%A0,assenza%20di%20malattia%20o%20infermit%C3%A0.%E2%80%9D&text=L'umanit%C3%A0%20ha%20fatto%20considerevoli,condizioni%20di%20salute%20nel%20mondo.>

- O.M.S. *Carta di Ottawa*, 1986

Disponibile al link:

<https://www.azioniperunavitainalute.it/files/materiali/formazione/Bologna-mar10/CartaOttawa.pdf>

- O.M.S. *Health Promotion Glossary*, 1998

Disponibile al link:

https://www.dors.it/documentazione/testo/201303/OMS_Glossario%201998_Italiano.pdf

- R. Brandolini, *Educazione e cura dell'infanzia in prospettiva inclusiva, ecologica e sistemica*, 2022

Disponibile al link:

file:///C:/Users/vanes/OneDrive/Desktop/csilva,+10_Brandolini.pdf

- A .Kleinman, *The illness narrative: suffering, healing and the human condition*, 1988

Disponibile al link:

The Illness Narratives.pdf

- I.I.S., Outcome Research

Disponibile al link:

<https://www.outcomeresearch.it/>

- Angelo Nuzzo, L'educatore Professionale, ANEP

Disponibile al link:

file:///C:/Users/vanes/OneDrive/Desktop/Brandani0202.pdf

- <https://istitutoprogettouomo.it/wp-content/uploads/2018/04/manuale-di-progettazione-educativa.pdf>
- <https://rivistedigitali.erickson.it/integrazione-scolastica-sociale/it/visualizza/pdf/1115#:~:text=La%20pedagogia%20speciale%20riflette%20su,oppure%20da%20deprivazione%20socio%2Dculturale.>