



L'EDUCATIVO NELLE PROFESSIONI

L'educazione nelle rappresentazioni, nei saperi e nelle esperienze degli operatori sanitari

Stefano Benini

Adjunct professor | Department of Medical and Surgical Sciences | University of Bologna (Italy) | stefano.benini@unibo.it
Corresponding Author

Education in the representations, knowledge, and experiences of healthcare professionals

Abstract

The new paradigms of health care require to develop the educational function to meet emerging health needs. The paper shows the results of a qualitative study that involved physicians, nurses, physiotherapists and midwives to understand representations, knowledge and experiences in the field of education. Through the analysis of the professionals' words, it was possible to analyse the elements of implicit epistemology on education regarding its general aspect and the more specific one related to health practice. The multiplicity of educational interventions emerging from the operators' stories and reflections finds full correspondence with their professional descriptions. The survey reveals a complex health educational syntax that promotes the self-determination of the patient and his/her existence. According to the testimonies, the pedagogical intervention underpinning the educational practices, starting with the basic training of healthcare professionals, is somewhat lacking.

Keywords

education, healthcare professionals, implicit epistemology, representations, educational practices in healthcare

I nuovi paradigmi della cura sanitaria chiedono di sviluppare sempre più la funzione educativa per rispondere ai bisogni emergenti di salute. Il lavoro presenta i risultati di uno studio qualitativo che ha coinvolto medici, infermieri, fisioterapisti e ostetriche per comprendere le loro rappresentazioni, conoscenze ed esperienze in tema di educazione. Attraverso l'analisi delle parole degli operatori è stato possibile decifrare gli elementi dell'epistemologia implicita sull'educazione, sia per quanto concerne il suo aspetto generale, sia per quello più specifico legato all'esercizio sanitario. L'indagine svela una sintassi educativa sanitaria complessa, che vuole riconoscere la persona curata e la sua esistenza, promuovendone l'autodeterminazione. Dalle testimonianze risulta alquanto carente l'intervento pedagogico a sostegno delle pratiche educative, a partire dalla formazione di base degli operatori.

Parole chiave

educazione, operatori sanitari, epistemologia implicita, rappresentazioni, pratiche educative in sanità

1. La tensione educativa delle professioni sanitarie

L'aumento delle patologie cronico degenerative, l'invecchiamento della popolazione e le molteplici forme di fragilità stanno portando a rivedere i modelli e i luoghi in cui la cura sanitaria è stata tradizionalmente pensata e agita. Le competenze degli operatori si stanno sempre più spostando verso il modello della *sanità di iniziativa* e/o della *medicina di prossimità*, impostato sulla logica dell'andare verso il cittadino attraverso reti multiprofessionali di presa in carico e di continuità delle cure (Maciocco, 2019). Lo testimoniano gli orientamenti politico-organizzativi degli ultimi anni, protesi allo sviluppo dell'assistenza domiciliare, alla costituzione delle case della salute e degli ospedali di comunità. In questo scenario cambia anche il ruolo del paziente, che da una visione passivizzante e poco valorizzata diventa esperto (Borgonovi, 2017).

Questo orientamento si nota in modo particolare nella gestione della malattia cronica, dove l'approccio terapeutico non può più essere considerato sufficiente. C'è bisogno anche di altro. La persona affetta da malattia cronica necessita di acquisire e mantenere quelle competenze che l'aiutano a vivere in maniera ottimale con la sua malattia (WHO, 1998). Perché ciò accada è necessario proporre interventi educativi strutturati volti a sensibilizzare, a informare e a facilitare l'apprendimento all'autogestione della malattia.

Significa, per dirla con D'Ivernois e Gagnayre (2009), aiutare la persona e la sua famiglia a comprendere la malattia, il trattamento e i comportamenti in una prospettiva di cooperazione con i curanti.

La dimensione educativa, seppur variabile e articolata, è ben presente all'interno dei profili sanitari. Si tratta di una dimensione che trova la sua collocazione al centro delle tante pratiche che si compiono ogni giorno nei contesti della cura sanitaria e che è possibile sintetizzare nelle seguenti categorie: *educare per prevenire*, con riferimento agli interventi di educazione e promozione alla salute e di educazione sanitaria; *educare per curare*, richiamando le pratiche di educazione terapeutica rivolte alle persone affette da malattie croniche; *educare per incontrare*, in relazione al vasto e complesso sistema delle posture educative che in forma più o meno intenzionale hanno effetti sulla progettazione esistenziale di coloro che vivono la malattia (Benini, 2016).

C'è però un problema che permane nei contesti di pratica: il concetto di educazione quasi mai viene letto nella prospettiva pedagogica e dell'educazione degli adulti; esso rimane connotato da un linguaggio esclusivamente medico, che troppo spesso tende ad appiattire la complessità educativa sulla dimensione informativa-prescrittiva (Castiglioni, 2016). Per superare tale impasse, si rende necessario interrogare la pratica educativa sanitaria, così da capire realmente e realisticamente come venga intenzionata e quale assunzione semantica – e conseguentemente operativa – assuma per gli operatori.

Sulla base di queste premesse è stata avviata un'indagine volta a decifrare l'esperienza di alcuni operatori sanitari, per comprendere il loro livello di confidenza con le tematiche pedagogiche e per capire come viene rappresentata ed espressa la funzione educativa.

2. Il progetto di ricerca sulla fisionomia dell'educativo sanitario

L'indagine è nata dal desiderio di avviare un percorso volto a integrare la teoria con la prassi per dar vita a un movimento circolare capace di consegnare un assetto epistemologico alla lettura pedagogica in sanità.

In letteratura si trovano molti studi che trattano l'efficacia degli interventi educativi dal punto di vista clinico, con focus specifici sulle metodologie utilizzate dagli operatori (prevalentemente medici e infermieri) per promuovere l'aderenza ai programmi di educazione terapeutica nella malattia cronica (Farley, 2020). Il fenomeno educativo non è stato però indagato in termini di vissuti e di rappresentazione negli operatori sanitari. Allo stato attuale non si riscontrano studi che mettano in evidenza matrici e modelli della formazione (e/o educazione) nei professionisti che operano nei contesti sanitari; modelli che in maniera più o meno intenzionale sorreggono gli atteggiamenti e le modalità comunicativo-relazionali e educative nel quotidiano sanitario. In questo caso si è sentita la necessità di completare i risultati di efficacia delle azioni educative con la comprensione di quelle latenze cognitive, affettive e pedagogiche (Massa, 1992) che accompagnano gli operatori sanitari.

Il disegno di ricerca che ha sorretto lo studio è quello fenomenologico-descrittivo (Giorgi, Giorgi, 2003), per arrivare a comprendere, da un lato, i fattori di significato dell'esperienza vissuta dai partecipanti

e, dall'altro, a tracciare una mappa dei principali interventi educativi che vengono realizzati nei contesti sanitari analizzati.

Per il reclutamento è stato utilizzato il metodo del “campionamento a palla di neve” (Noy, 2008; Marshall, 1996), cioè si sono interpellati alcuni operatori appartenenti ai diversi profili professionali sanitari – medici, infermieri, fisioterapisti, ostetriche – cui è stato chiesto di coinvolgere altri colleghi nello studio. Sono stati realizzati 7 focus group organizzati tenendo conto dell'appartenenza dei partecipanti alla stessa professione e al medesimo setting. Tutti i focus group sono stati audio registrati, per consentire l'analisi testuale della trascrizione parola per parola dei contenuti. L'indagine è stata realizzata nel pieno rispetto della riservatezza e delle normative vigenti nell'ambito della ricerca educativa. Hanno partecipato 39 operatori sanitari, 16 uomini e 23 donne, con un'età mediana di 43 anni e un'esperienza lavorativa media di circa 15 anni, operanti in alcune strutture sanitarie pubbliche della provincia di Bologna.

In apertura di ciascun focus group è stato chiesto di associare tre parole al concetto di educazione e di scriverle in un post-it. Questo mandato, proposto come gioco rompighiaccio per creare un clima disteso (Albanesi, 2004), ha permesso di entrare nel vivo dell'indagine e di far emergere opinioni, riflessioni ed esperienze sulle trame educative legate alla pratica sanitaria.

3. I risultati

3.1 *Le rappresentazioni dell'educazione*

Il confronto tra le parole scritte nei post-it, prese nei loro significati e tratti attributivi, mette in luce la presenza di numerose unità semantiche tra loro anche divergenti, mostrando la sussistenza di rappresentazioni differenti dell'educazione. Si ricava un ricco lessico sull'educazione che richiama la pluralità di sguardi e di esperienze che raccontano, in modo parziale, una tradizione e una cultura diffusa sull'educazione, delineate nelle seguenti categorie associative:

- educazione e immaginari della *scuola*: insegnare, conoscenza, scuola, formare, addestramento, libro, maestra, materia, studio, trasposizione didattica;
- educazione e *condotta sociale*: rispetto, buon esempio, galateo, buone maniere, disciplina, coercizione educazione, società;
- educazione e fenomeno per la *crescita*: sviluppo, evoluzione, crescere, diventare autonomi;
- educazione in relazione ai *soggetti dell'educazione*: famiglia, genitori, bambino, adulto, guida;
- educazione come espressione delle *sue finalità e azioni*: accompagnare, tirare fuori, trasmissione, ascoltare, comunicazione, informare, trasmettere, incanalare, aiutare.

Queste categorie aprono indubbiamente ai diversi modi di intendere e, molto probabilmente, di agire l'educativo. Ciascuna rappresentazione progetta e presuppone un mondo di riferimento carico di simbolismi e significati dei quali forse non sempre si è consapevoli. Spesso, infatti, sono tacite o, ancor più, latenti, pur proiettando il modo di intendere e vivere l'educazione che, come in questo caso, passa attraverso l'uso di una parola. Le rappresentazioni, infatti, servono a interpretare, a «rendere familiare» (Moscovici, 1984) e socialmente condivisibile ciò che percepiamo e che appare ancora poco noto.

Le rappresentazioni che gli operatori hanno fatto emergere si insinuano come punti di vista, opinioni personali, convinzioni che trovano il loro volto nella materialità educativa.

Come ricorda Angelo Franza (2018), c'è un immaginario pedagogico dentro ciascuno di noi che guida i modelli di educazione che spesso vengono agiti in modo arbitrario e inconsapevole.

Se è tanto a livello generale, stando alle dinamiche educative che ciascuno vive quotidianamente nelle vesti di genitore, figlio o anche educatore (sportivo, di gruppi, di parrocchie o di associazioni), lo sarà anche quando si è chiamati ad esprimere una competenza professionale che si connota per la sua alta complessità pedagogica, come avviene nei contesti sanitari.

3.2 L'educazione nella pratica sanitaria: tra analogie e corrispondenze

Molti dei partecipanti hanno indicato piena corrispondenza con quanto scritto sui post-it riportando il discorso al proprio specifico professionale, con esempi concreti che hanno svelato alcuni frammenti dell'educativo sanitario. Ad esempio:

Educazione è insegnamento di regole, a prescindere che siano positive o meno. Nel nostro lavoro effettivamente di regole noi cerchiamo di trasmetterne molte, come medici... (medico).

Anche insegnare... ai nostri pazienti che sono anziani dobbiamo reinsegnare a camminare, dopo che un evento ha cambiato la loro vita, dobbiamo insegnare loro cose che prima erano naturali (fisioterapista).

Siamo anche un po' maestri perché con il tempo e gradualmente facciamo comprendere a chi ancora non si è calato nel ruolo di genitore cosa accade dopo il parto (ostetrica).

Sono testimonianze che rimandano a un pensare e a un fare educazione legati alle attività dell'insegnamento e dell'apprendimento, con riferimenti più o meno velati al mondo della scuola. Lo vediamo quando l'ostetrica afferma che per educare i neogenitori diventa *un po' maestra*, oppure quando il medico e il fisioterapista si fanno insegnanti di regole e promotori dell'autonomia.

Ma l'educazione non è solo sinonimo di didattica. Per sostenere l'ammalato l'educazione diventa un intervento sanitario vero e proprio, legato al mandato professionale, come è stato affermato da chi ha preso come riferimento la frase *aiuto per gli altri* scritta sopra a un post-it:

Certo, educazione è anche aiuto per gli altri, nel senso che noi non ci limitiamo solo a eseguire delle tecniche, ma interagiamo, coinvolgiamo, educiamo (infermiera).

Emerge la nitida consapevolezza di quanto l'atto sanitario non possa esaurirsi nella sola riparazione del danno biologico: è qualche cosa in più. L'aiuto non è finalizzato alla sola malattia, ma la trascende, coinvolge la vita della persona, come ha detto un operatore nel commentare la parola *cambiamento*.

Cambiamento, nel senso che noi portiamo il paziente a cambiare i comportamenti. Ad esempio, li educiamo a modificare stili di vita o a usare strategie per problemi contingenti per far raggiungere una buona qualità di vita (fisioterapista).

La qualità della vita diventa un obiettivo implicito dell'educazione in sanità, ribaltando il paradigma biomedico che vedeva gli sforzi sanitari finalizzati a contrastare la malattia e ad allontanare la morte.

Si educa per promuovere un cambiamento, tirando fuori dalla persona le sue risorse – dice un infermiere che lavora in ambito riabilitativo – affinché possa agire una tras-formazione e raggiungere una qualità della vita accettabile. Perché ciò avvenga è auspicabile che operatore e assistito entrino in relazione e si alleino cercando di percorrere un itinerario che li accomuna, anche se solo per il breve periodo di tempo limitato alla cura. In questo modo l'educazione in sanità si presenta, per analogia, come un cammino:

Cammino... nel senso che bisogna percorrere un cammino insieme per raggiungere gli obiettivi di una buona qualità di vita in seguito all'evento patologico (fisioterapista).

Nel corso dei focus group sono state molte le parole commentate che, partendo da un'idea generale di educazione, sono state declinate per analogia alla pratica sanitaria, senza tuttavia entrare nello specifico dell'educativo. Prendiamo come esempio i commenti dati alle parole *rispetto e famiglia*:

Ci vuole rispetto, non mi piace il tu confidenziale. Il tu si dà in base al contesto, all'età, al rapporto intimo che si crea, per questo ci sta anche rispetto per educare (infermiera).

Famiglia, perché è il fulcro del nostro lavoro (ostetrica).

Pur non riportando a una materialità educativa propriamente intesa, queste parole evocano, rimandano e presentano sfumature che consentono di stabilire dei nessi con il contesto sanitario. Questa prima parte dell'indagine, che fa da ponte tra la sponda educativa nella sua accezione generale e quella sanitaria, fa emergere una certa facilità e confidenza degli operatori nel rintracciare analogie e corrispondenze. Complessivamente è un dato importante, che fa presagire quanto il fenomeno educativo non solo sia riconosciuto, ma anche legittimato e per certi versi tesaurizzato.

Pur in assenza di costanti riferimenti concreti e pertinenti agli operatori, prendendo spunto da alcuni concetti generali, hanno avuto la possibilità di rendere dicibili le assonanze, i frammenti, le immagini e i ricordi che entrano in relazione con l'educativo sanitario.

Le parole hanno certamente lasciato delle tracce di un modo di pensare e di agire la pratica educativa in sanità.

3.3 Tra direzioni e mete dell'educativo sanitario

Nel corso della discussione sono emersi diversi concetti e punti di vista che svelano le forme, le finalità e le direzioni degli interventi educativi. Tali figure si diversificano in base al profilo professionale dell'operatore e al contesto di cura in cui esercita, come di seguito riportato:

Noi educiamo a tante cose: dall'assunzione del farmaco agli stili di vita, ma anche alle scelte sanitarie; ad esempio, quando ci chiedono: "dottore, vado privatamente a fare la risonanza oppure aspetto? Faccio una Tac oppure no?" Anche in questi casi siamo chiamati a educare (medico di medicina generale).

In alcuni casi il riferimento viene fatto al proprio profilo professionale:

Noi educiamo ad accettare la malattia: ad esempio, nei confronti degli anziani dobbiamo aiutarli a trovare un significato per accettare meglio la condizione. Un anziano sa che è sul finire della vita e per questo lo si aiuta a vedere delle cose là dove non vede; l'educazione diventa una competenza trasversale che stimola a trovare una motivazione nonostante la malattia (fisioterapista).

Risponde una partecipante a un focus group:

La nostra funzione educativa non si esprime solo nelle cure pratiche come insegnare a cambiare il pannolino, a gestire il moncone ombelicale o nell'allattamento, ma interveniamo per rendere autonome le coppie soprattutto nelle cure di sostegno e di crescita nei diversi ambiti, come nei corsi di accompagnamento alla nascita, nella degenza, oppure sostenendo le coppie quando hanno molti timori (ostetrica).

Mentre chi lavora in un servizio di post acuti afferma:

Dal momento che qui prepariamo alla dimissione, noi educiamo a far riprendere le attività di vita che avevano precedentemente, nei limiti del possibile. Ad esempio, li stimoliamo a stare alzati, ad andare in bagno a ripristinare la continenza, è tutto un'educazione su tutto (infermiere).

Pur succinte ed estrapolate da discorsi più organici, queste testimonianze delineano diverse facce dell'educativo le cui espressioni possono ricondurre a due grandi categorie.

La prima considera l'educazione come insieme di fatti concreti collegati alla materialità della cura sanitaria sulla base degli obiettivi specifici di salute. È il caso degli interventi educativi proposti per l'assunzione di un farmaco, per la cura del cordone ombelicale o per insegnare le strategie per ripristinare la mobilitazione. Sono interventi educativi concreti, con una valenza anche formativa nei confronti della persona, per la gestione della cura e della terapia. Essi mirano a facilitare l'apprendimento di nuovi comportamenti, dettagliando le conoscenze, le azioni e gli accorgimenti da adottare in certe situazioni, per rendere l'ammalato competente nella gestione della terapia.

La seconda vede l'educazione come fondamento per promuovere l'adattamento alla nuova condizione di vita. È l'educazione rivolta alla sfera esistenziale della persona, che si manifesta, ad esempio, nel sostenere

le coppie a sviluppare la propria funzione neogenitoriale, nel promuovere l'autonomia in preparazione della dimissione ospedaliera e, ancor più, nel cercare di stimolare quella *motivazione al vivere*, nonostante la malattia, cercando di far *vedere quello che non si riesce a vedere*, come ha dichiarato una fisioterapista. La coscienza da parte degli operatori che gli interventi educativi non sono diretti alla sola gestione della malattia è un dato che non può passare inosservato. In questo caso l'educazione viene considerata un processo che integra la malattia nella storia di vita della persona. Al centro degli interventi educativi non c'è tanto la malattia, quanto la persona e il suo vivere, come di seguito raccontato:

Certe volte, è vero, si educa alla malattia, ma il più delle volte noi aiutiamo a far accettare la malattia, accompagnando la persona lungo il suo percorso di vita. Come fisioterapisti facciamo fare degli esercizi per la malattia, sosteniamo la persona ad alzarsi per andare incontro ai suoi parenti o per vedere il sole che sorge. Il fisioterapista in questo caso dà il suo contributo aiutando all'accettazione di una condizione di vita (fisioterapista).

Ma anche in chi non ha prevalentemente a che fare con situazioni patologiche, negli interventi educativi, si palesa il riferimento alla centralità della persona. Leggiamo:

Oltre a educare alle cure materiali, noi ci riferiamo ad aspetti più sostanziali... quando una mamma ci chiede: "Come comportarmi quando il bambino non smette di piangere?", non significa da parte nostra insegnarle solo come lo deve prendere in braccio, ma soprattutto come deve entrare in relazione con lui, come rispondere ai bisogni del bambino per rafforzare quella che è e sarà la competenza del genitore (ostetrica).

Si tratta di interventi educativi che sanno andare al di là di ciò che appare, per comprendere il bisogno implicito celato dietro a una richiesta di aiuto, frutto della capacità – ma ancor più della disponibilità – dell'operatore di decentrarsi per poter *pensare i pensieri altrui*. In questo modo si spiega la ragione per cui, dietro a un intervento riabilitativo per ripristinare una funzionalità persa, ci sia quell'intenzione di aiutare la persona ad *andare incontro ai parenti* oppure *a vedere il sole che sorge*.

Sono certamente intenzioni e orientamenti o, meglio, "tasselli silenziosi" che compongono l'architettura delle rappresentazioni che costituiscono le menti di molti operatori guidando la direzione dei loro gesti di cura. Raramente però questi tasselli prendono voce sulle scene sanitarie.

Questa analisi ci consente di intravedere un territorio assiologico nitido, centrato prevalentemente sul *rispetto* (ricordiamo essere una parola con un maggior indice di frequenza sull'educazione, stando all'analisi dei post-it) assunto come premessa affinché gli interventi educativi siano mossi nella direzione della persona e del suo esistere, come ha enunciato con molta fermezza un'operatrice che presta servizio presso un centro riabilitativo:

Per educare è necessario innanzitutto aiutare le persone a non sentirsi delle cose in mano ad altre persone. Dobbiamo far sentire loro che sono presenti nella cura e fanno parte della cura stessa e non devono subire nulla. Dobbiamo renderle consapevoli e responsabili aiutandole a tirare fuori le proprie risorse per scegliere il proprio progetto di cura (infermiera).

La direzione dell'educazione protende verso la creazione di spazi aperti per l'autodeterminazione del malato, facendolo sentire parte attiva nella cura.

La rappresentazione dell'ammalato non è più quella di una *cosa in mano di altre persone*, ma di un soggetto libero che può scegliere il proprio progetto terapeutico.

Certo, educare significa stimolare l'autocura – risponde un partecipante all'indagine – e per questo noi dobbiamo cercare di tirare fuori tutte le potenzialità possibili, che non sempre si vedono, e questo non è facile (infermiere).

Le testimonianze degli operatori si muovono nella direzione di un'idea di educazione che comprende in primo luogo la persona e la sua esistenza, un'educazione che tenta di decifrare l'implicito e che stimola all'autonomia. Ma non solo. Si palesa l'idea di un'educazione aperta al futuro e alle possibilità e che sappia, quindi, promuovere speranza, come è stato testualmente riportato:

Più che donarla noi manteniamo viva la speranza, perché non va mai spenta. In modo onesto siamo chiamati a mantenere la speranza della qualità della vita, senza false illusioni... (fisioterapista).

Nell'insieme emerge una rappresentazione di educazione che non si discosta più di tanto dagli orientamenti e dalle finalità che la pedagogia introduce per le figure professionali con profili formalmente educativi. Viene da domandarsi quindi se medici, infermieri, fisioterapisti e ostetriche possano essere ritenuti veri e propri educatori, stando alle funzioni professionali che esprimono.

3.4 Essere o fare l'educatore?

Alla domanda "Vi sentite educatori quando svolgete la vostra funzione professionale?" si palesa fin da subito un velo di titubanza con la messa in campo di opinioni divergenti tra chi si ritiene, seppur inconsapevolmente, educatore e chi invece no, come dichiarato:

Mah! Educatori è una parola grossa (medico).

Se all'unanimità viene riconosciuta la funzione educativa come ambito legittimo dell'esercizio sanitario, per quanto riguarda il sentirsi e/o il fare l'educatore non vi è accordo.

Una spiegazione la possiamo attribuire al significato della parola educatore, che nella lingua italiana viene utilizzata sia per indicare i professionisti dell'educazione con un profilo specifico – insegnanti, educatori dell'infanzia – sia per coloro che esercitano una funzione educativa senza alcun titolo, come nel caso dei genitori, degli animatori e via dicendo.

Il sentirsi educatori si legherebbe più che altro alla disposizione interna, che non è connessa al solo ruolo professionale propriamente detto, in quanto coinvolge l'assetto personale di ciascun operatore, come notiamo dalla risposta incisiva di un intervistato:

Sì, hai voglia! Mi sento educatore qui al lavoro, come in famiglia (infermiera).

Il fatto di percepirsi educatore risente anche della possibilità di giungere alla consapevolezza più approfondita della propria funzione professionale. Si tratta di un processo graduale che richiede la piena disponibilità a una pratica riflessiva centrata sull'esercizio professionale, come di seguito dichiarato:

Sì mi sento educatore, ma è una cosa che si scopre negli anni. Anche perché la formazione è centrata sugli aspetti tecnici e solo nel tempo impari che la tecnica è meno importante della relazione. Dico questo perché non ho seguito corsi di pedagogia, ma sul campo ho imparato tutto (fisioterapista).

La consapevolezza del proprio ruolo e della funzione educativa si dà nella capacità di sviluppare forme di conoscenza non ancorate alla routine, ma aperte alla scoperta e all'apprendimento che deriva in primo luogo dall'esperienza. In questo modo si promuove riflessività che consente di dettagliare i confini e mettere in luce gli inediti che fino a quel momento non erano emersi, poiché latenti:

Allora è chiaro, siamo educatori! Siamo educatori di regole di vita, siamo educatori di come si prende una pillola, siamo educatori di come dovresti comportarti, educatori di modelli di stili e abitudini di vita, come il non fumare. Sei educatore nel momento in cui la famiglia vuole un parere. Tu vai a casa e ti trovi i tuoi pazienti e vedi come vivono e si comportano, sono occasioni importantissime nelle quali hai come strumento l'educazione e tu diventi un educatore (medico).

3.5 Le trappole e gli inceppi dell'educativo

In merito alle difficoltà che gli operatori vivono nei confronti degli interventi educativi, emergono due tipologie di fatiche: la prima rimanda agli apparati burocratico-amministrativi delle organizzazioni sanitarie;

la seconda fa riferimento alle resistenze che l'assistito mette e in campo e alle difficoltà relazionali incontrate durante gli interventi.

Per quanto concerne le trappole burocratico-amministrative, gli operatori fanno riferimento alla mancanza di tempo, a una cultura sanitaria incapace di valorizzare gli aspetti educativi e a una eccessiva burocratizzazione.

La personalità e lo stato emozionale dell'assistito, uniti alle condizioni cliniche e ai vissuti di malattia sono le cause maggiormente riconducibili alle resistenze e dinamiche interpersonali che rendono difficoltoso l'intervento educativo in sanità.

Se la letteratura, ma ancor più le pratiche, riconosce il familiare come una risorsa del processo di cura, questo non significa che l'entrare in relazione con lui non sia per gli operatori anche una fonte di fatica, come emerso nel corso delle discussioni:

Una delle nostre fatiche è il confronto con i familiari poiché dobbiamo spiegare che siamo noi il loro punto di riferimento, infatti la figura del medico è prevista solo per consulenze settimanali, manca il ruolo autorevole del dottore (infermiera).

Pretendere che un familiare debba cambiare prospettiva sul sistema di cura, chiedendogli di abbandonare la consuetudine che lo vedeva chiedere al medico le informazioni sullo stato di salute del suo congiunto al termine della visita, certamente non è facile. La fatica dei familiari ricade poi inevitabilmente sul vissuto degli infermieri per via del mancato riconoscimento della loro funzione professionale.

Il parente diventa ostacolante anche quando le sue aspettative di cura non coincidono né con l'organizzazione in generale né con il piano assistenziale proposto dagli operatori, come accade nello sviluppo delle autonomie, su cui spesso ci sono visioni e attese diverse, che generano non pochi malumori; ad esempio:

È faticoso quando i pazienti non collaborano e i parenti non li stimolano, anzi li assecondano, perché secondo loro chi è ammalato deve stare a letto, mentre noi sappiamo che è importante alzarli (infermiera).

3.6 Per una formazione alla cura educativa: tra assenze, esperienze e alleanze

La formazione sembra non privilegiare la trasmissione dei contenuti pedagogici. I saperi utili per la pratica educativa in sanità pare vengano acquisiti al di fuori del percorso di studi e, solo con il tempo, si arriva a riconoscerne l'importanza.

La maggior parte degli operatori riconosce l'assenza di una formazione attenta e, dunque, dedicata alla trasmissione di teorie e pratiche educative. D'altro canto, si identifica l'esperienza sul campo quale ambito privilegiato per l'acquisizione degli elementi utili alla competenza educativa.

Sulla formazione è stato avviato un dibattito acceso che ha tenuto conto di diverse tematiche, che vanno dalle politiche sulla formazione in generale al sistema universitario e regionale, fino ad arrivare a considerare il ricorso ad alleanze interdisciplinari, permettendoci di raccogliere prospettive interessanti di chi vive in prima persona i limiti formativi legati alla pratica sanitaria. La formazione sanitaria sembra non corrispondere adeguatamente allo sviluppo della competenza educativa.

Formare allo sviluppo della competenza educativa è un bisogno riconosciuto dagli operatori stessi e come tale chiede di essere soddisfatto per adempiere adeguatamente al proprio mandato educativo, riducendo la fatica e aumentando l'efficacia e, di conseguenza, il grado di soddisfazione. Dichiarò a tal proposito un intervistato:

I bisogni formativi sull'educazione sicuramente ci sono e sono tanti. Io penso che se qualcuno ci avesse aiutato a interpretare alcune delle tante problematiche del malato riusciremmo a educarlo meglio. Riuscire a far passare dei messaggi di un certo tipo è certamente un aiuto per noi medici, in quanto ti fa fare meno fatica e ti permette di educare meglio (medico).

4. Brevi considerazioni conclusive

L'indagine ha mostrato le diverse forme dell'educativo sanitario: si educa per promuovere l'adesione al piano terapeutico-assistenziale; si educa per prevenire le malattie e promuovere stili di vita salutari; si educa anche per sostenere la persona nel processo di integrazione della malattia nella sua storia di vita. Si profila una sintassi educativa che comprende la persona e la sua esistenza per promuoverne l'autodeterminazione a partire dal riconoscimento della sua biografia e del suo sentire per diventare via via competente rispetto alla malattia, alla sua cura e alla capacità di collaborare con i curanti. Il costrutto che ne deriva è quello di un'educazione aperta al futuro, al possibile e alla speranza.

Tuttavia, dalla voce degli operatori emergono anche numerosi lati oscuri connessi all'educazione e alle sue pratiche. Si ricordano: la mancanza di tempo per educare l'assistito; l'eccessiva burocratizzazione delle cure; le resistenze della persona, dei familiari e talvolta degli operatori; l'assenza di una formazione dedicata alla trasmissione di teorie e pratiche educative che ha portato la maggior parte degli operatori a imparare sul campo.

L'indagine mette in luce un'epistemologia educativa implicita che necessita di essere definita da uno statuto pedagogico sanitario, già avviato da pedagogisti italiani quali Anna Maria Di Giorgio (1981, 1990), Piero Bertolini (1994, 2005), Lucia Zannini (2003, 2004, 2008), Patrizia de Mennato (2011), Luigina Mortari (2006, 2013), Micaela Castiglioni (2016, 2017); tale statuto chiede di essere riconosciuto a pieno titolo dai professionisti della salute, dal mondo accademico e dalle comunità scientifiche.

Per promuovere l'educazione in sanità non è sufficiente trasferire solide fondamenta pedagogiche, come Bobbo ha saputo riportare nel suo manuale (Bobbo, 2012), ma richiede anche un sostegno agli operatori per aiutarli a lavorare sulla propria esperienza, sugli impliciti e sulle latenze. Su questa linea è possibile affermare senza ombra di dubbio che i focus group a cui gli operatori hanno preso parte hanno avuto, al loro interno, anche una forte tensione pedagogica.

L'indagine, infatti, si è spinta ben oltre il suo itinerario euristico: le opinioni espresse dagli operatori non sono state depositate solo per produrre dati; non vi è stata alcuna riproduzione tout court delle esperienze, dal momento che i partecipanti non si sono limitati al solo registro cognitivo e riproduttivo dei fatti educativi. Nel corso dell'indagine più volte sono state chiamate in causa le emozioni, i vissuti e i progetti, non solo con le parole, ma anche nel clima che ha accompagnato gli accesi dibattiti che si sono realizzati in alcuni focus group.

La dicibilità della propria esperienza, la condivisione dei vissuti e la possibilità di ritagliarsi un tempo per sé, dal momento che la riflessione individuale e di gruppo è avvenuta fuori dal contesto lavorativo, ha permesso che i fatti rivelati prendessero anche una direzione trasformativa. L'interazione e la discussione di gruppo hanno promosso un aumento della consapevolezza innescando, per certi versi, anche dei processi di empowerment grazie a una razionalità critica che ha permesso ai professionisti di agire riflessivamente (Schön, 1999) entrando in dialogo con il contesto in cui quotidianamente esercitano.

In più, gli operatori sanitari che hanno preso parte allo studio hanno avuto la possibilità di essere ascoltati e di esprimere le proprie riflessioni senza particolari remore e in totale assenza di giudizi. L'apprezzamento che molti hanno manifestato non è stato rivolto solo al tema dell'indagine, ma all'esperienza vissuta all'interno dei focus group, come espresso di seguito:

Sono stato molto soddisfatto di questa esperienza. È perché per una volta siamo stati ascoltati, ed è un gran piacere. È stato terapeutico, anzi no, direi che è stato pedagogico (ride) per tutti. È stato più interessante una cosa del genere piuttosto che quel corso che ho dovuto seguire l'altro giorno per l'ECM (medico).

La tensione pedagogica dei focus group che si è venuta a creare si deve, con ogni probabilità, alla risposta al bisogno che gli operatori hanno di riflettere sulla propria esperienza, ma ancor più di ascoltarsi, confrontarsi e conoscersi.

I tempi e la tipologia della cura sanitaria tendono a privilegiare il fare e l'azione, oscurando tutto ciò che è immateriale come il pensare, il parlare e il sentire, creando spesso dei profili di solitudine. L'indagine

indirettamente ha contrastato tale fenomeno e, seppur per poco, ha permesso agli operatori di abitare uno spazio di presenza a sé e agli altri. Ed è solcando la direzione della presenza a sé e agli altri – per dirla con Cristina Palmieri (2014) – che i professionisti della cura potranno diventare quella “presenza” curante necessaria a promuovere le persone lungo il loro cammino esistenziale.

Nota bibliografica

- Albanesi C. (2004). *I focus group*. Roma: Carocci.
- Benini S. (2016). *Reti di possibilità. Quando la pedagogia incontra le prassi sanitarie*. Milano: FrancoAngeli.
- Bertolini P. (1994). Un possibile (necessario) incontro tra la pedagogia e la medicina. In Bertoli G. (Ed.), *Diventare medici. Il problema della conoscenza in medicina e nella formazione del medico* (pp. 55-78). Milano: Guerini.
- Bertolini P. (2005). *Ad armi pari. La pedagogia a confronto con le altre scienze sociali*. Torino: Utet.
- Bobbo N. (2012). *Fondamenti pedagogici di educazione del paziente*. Padova: Cleup.
- Borgonovi E. (2017). Cambia il ruolo del paziente nei sistemi di tutela della salute. *MECOSAN*, 103, pp. 3-7.
- Castiglioni M. (2016). Pedagogia e Medicina a confronto. Per un progetto formativo e di cura narrativo-autobiografico nei con-testi medico-sanitari. *Metis*, 1, pp.1-13.
- Castiglioni M. (2017). Pedagogia delle professioni della salute e della cura. In Bertagna G., Ulivieri S. (Eds.), *La ricerca pedagogica nell'Italia contemporanea. Problemi e prospettive* (pp. 329-332). Roma: Studium.
- D'Ivernois J.F., Gagnayre R. (2009). *Educare il paziente*. Milano: McGraw-Hill Education (Edizione originale pubblicata 1995).
- de Mennato P., Orefice C., Branchi S. (2011). *Educarsi alla “cura”. Un itinerario riflessivo tra frammenti e sequenze*. Lecce: Pensa MultiMedia.
- Di Giorgio A.M. (1981). *Pedagogia e medicina*. Bologna: Cappelli.
- Di Giorgio A.M. (1990). *L'uomo paziente: riflessioni di una pedagogista su malattia e crescita della persona*. Bologna: EDB.
- Farley H. (2020). Promoting self-efficacy in patients with chronic disease beyond traditional education: A literature review. *Nursing Open*, 7, pp. 30-41.
- Franza A. (2018). *Teoria della pratica formativa. Apprendimento dall'esperienza e Clinica della formazione*. Milano: FrancoAngeli.
- Gambacorti-Passerini M.B. (2016). *Pedagogia e medicina: un incontro possibile. Un'esperienza di ricerca in salute mentale*. Milano: FrancoAngeli.
- Giorgi A.P., Giorgi B.M. (2003). The descriptive phenomenological psychological method. In Camic P.M., Rhodes J.E., Yardley L. (Eds.), *Qualitative research in psychology: Expanding perspectives in methodology and design* (pp. 243-273). Washington DC: American Psychological Association.
- Graffigna B.R. et alii (2017). Promozione del patient engagement in ambito clinico-assistenziale per le malattie croniche: raccomandazioni dalla prima conferenza di consenso italiana. *Recenti Progressi in Medicina*, 11, pp. 455-475.
- Maciocco G. (2019). *Cure primarie e servizi territoriali. Esperienze nazionali e internazionali*. Roma: Carocci.
- Marshall M.N. (1996). Sampling for qualitative research. *Family Practice*, 6, pp. 522-525.
- Massa R. (1992). *La clinica della formazione. Un'esperienza di ricerca*. Milano: FrancoAngeli.
- Mortari L. (2006). *La pratica dell'aver cura*. Milano: Mondadori.
- Mortari L., Saiani L. (2013). *Gesti e pensieri di cura*. Milano: McGraw-Hill.
- Moscovici S. (1984). The Phenomenon of Social Representations. In Farr R., Moscovici S. (Eds.), *Social representations* (pp. 289-309). Cambridge: Cambridge University Press.
- Noy C. (2008). Sampling Knowledge: The Hermeneutics of Snowball Sampling. *Qualitative Research. International Journal of Social Research Methodology*, 4, pp. 327-344.
- Palmieri C. (2014). Essere “presenza” curante: aver cura dell'esperienza della cura. *Encyclopaideia*, 39, pp. 55-63.
- Palmieri C., Gambacorti-Passerini M.B. (2019). *Il lavoro educativo in salute mentale. Una sfida pedagogica*. Milano: Guerini.
- Schön D. (1999). *Il professionista riflessivo. Per una nuova epistemologia della pratica professionale*. Roma: Dedalo (Edizione originale pubblicata 1983).
- Weil A.R. (2016). The Patient Engagement Imperative. *Health Affairs*, 4, p. 563.
- WHO (1998). *Therapeutic Patient Education Continuing Education Programmes for Health Care Providers in the*

Field of Prevention of Chronic Diseases. Report of a WHO Working Group. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Zannini L. (2003). *Salute, malattia e cura. Teorie e percorsi di clinica della formazione per gli operatori sociosanitari.* Milano: FrancoAngeli.

Zannini L. (2008). *Medical humanities e medicina narrativa. Nuove prospettive nella formazione dei professionisti della cura.* Milano: Raffaello Cortina.

Zannini L. (Ed.) (2004). *Il corpo-paziente. Da oggetto delle cure a soggetto della relazione terapeutica.* Milano: FrancoAngeli.

Zannini L. *et alii* (2016). Raccontare per formare il proprio sé professionale: la proposta della narrazione e della scrittura riflessiva nelle professioni della cura. *Metis*, 1, pp. 388-399.