

# UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DELLA CALABRIA

## DOTTORATO DI RICERCA -XIX CICLO

Modelli di formazione. Analisi teorica e comparazione

### Campo di ricerca

Pedagogia sociale e problemi di dispersione scolastica

S.S.D. M-PED/03

## PEDAGOGIA E MEDICINA

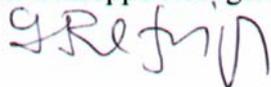
**Coordinatore del dottorato**

Prof. Giuseppe Spadafora



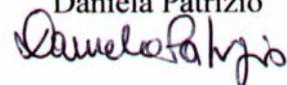
**Supervisore**

Prof. Giuseppe Refrigeri



**Dottoranda**

Daniela Patrizio



Anno Accademico 2006/07

## INDICE

<b>INTRODUZIONE</b>	p. III
<b>PARTE I – Le lontane parenti</b>	p. 1
<b>CAPITOLO I – La difficoltà dei rapporti tra pedagogia e medicina nella tradizione occidentale</b>	p. 2
1.1. L’implicitezza dei rapporti nella tradizione ippocratica	3
1.2. L’antiteticità disciplinare nella tradizione razionalista	14
1.3. La reciprocità: igiene e benessere	33
<b>PARTE II - I terreni d’incontro nella scienza contemporanea</b>	p. 46
<b>CAPITOLO II – Le interconnessioni tra pedagogia e medicina</b>	p. 47
2.1. La corporeità nei contesti sanitari	54
2.2. La salute come benessere. Tra prevenzione e educazione	68
2.2.1. Dalla salute al benessere	70
2.2.2. L’educazione alla salute	80
2.3. Il malato: oggetto medico e soggetto d’educazione	85
2.3.1. Approcci alla malattia: oltre il riduzionismo biologico	87
2.3.2. L’educazione del paziente: oltre la compliance	100
2.4. La cura: tra terapia e cura di sé	114
2.4.1. Immagini di cura. Dal “to cure” al “to care”	117
2.4.2. Cura di sé e rete sociale	131
<b>CAPITOLO III – L’incontro tra pedagogia e medicina. Le neuroscienze</b>	p. 141
3.1. Le neuroscienze: motivo unificante	141
3.1.1. L’unitarietà mente-corpo	146
3.1.2. La plasticità della mente	150
3.2. L’apprendimento	159
3.3. La memoria	169
3.4. Le emozioni	174
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	p. 183

## INTRODUZIONE

Il rapporto che la pedagogia può instaurare con le altre scienze si presenta, per la sua natura complessa, una questione delicata che è stata più volte affrontata da un punto di vista epistemologico proprio per stabilire se la natura ‘debole’ della disciplina potesse interagire in modo trasversale con altre discipline senza che ne fossero lesi l’identità, l’integrità disciplinare e lo statuto epistemologico<sup>1</sup>. In un tale scenario, il presente lavoro di ricerca, di carattere monografico, viene ad incentrarsi sulla delineazione dei rapporti tra la pedagogia e la medicina come scienze umane e sociali. L’assunto muove da una considerazione epistemologica, giustificata dalla ormai consolidata concezione della realtà complessa e sistemica, secondo cui risulta illegittima “l’eventuale pretesa dell’una scienza [quella medica] come dell’altra [quella pedagogica] di poter affrontare *in toto* le tematiche di sua diretta pertinenza”<sup>2</sup> dal momento che “nessun ordine di realtà, come nessun tipo di fenomeno, ha la proprietà di cadere per se stesso in un determinato ambito disciplinare”<sup>3</sup>.

I fenomeni che possono ritenersi contestuali al delinearsi di un rapporto tra la pedagogia e la medicina, in quanto di comune interesse euristico ai due saperi, riguardano i concetti di corporeità, malattia, salute e cura. Tuttavia, come opportunamente ha evidenziato Lucia Zannini, esponente dell’approccio clinico della formazione, “queste tematiche vengono affrontate sostanzialmente quasi sempre da un punto di vista unicamente medico, che sicuramente è una prospettiva fondamentale, ma che non può essere considerata esaustiva [...]”

---

<sup>1</sup> Cfr. F. Cambi, G. Flores D’Arcais, A. Granese, G. Spadafora, *La condizione teorica. Materiali per la formazione del pedagista*, Milano, Unicopli, 1990; O. De Santis, R. Fadda, E. Frauenfelder, A. Porcheddu, *Gli incontri mancati. Materiali per la formazione del pedagista*, Milano, Unicopli, 1990

<sup>2</sup> P. Bertolini, *Un possibile (necessario) incontro tra la pedagogia e la medicina*, in G. Bertolini (a cura di), *Diventare medici. Il problema della conoscenza in medicina e nella formazione del medico*, Milano, Guerini, 1994, p. 63

<sup>3</sup> *Ivi*, p. 55

[considerando che] chiamano in causa anche altre dimensioni, non ultima quella educativa e relazionale”<sup>4</sup>.

Una tale prospettiva viene avanzata anche da Piero Bertolini, laddove argomenta: “l’impossibilità di ridurre il fenomeno della «nascita» ad un evento puramente bio-fisiologico; [...] l’opportunità di intendere il concetto stesso di salute in modo più allargato rispetto ad una concezione esclusivamente fisicistica [chiamano] in causa il fattore «educazione» dal quale si è oggi sempre più convinti che dipenda una corretta crescita innanzitutto fisica del bambino e la realizzazione, in tutto l’arco della vita umana, di una soddisfacente *qualità della salute*. [...] delle conseguenze epistemologiche che andrebbero ricavate da una tale constatazione - commenta ulteriormente Bertolini - la medicina si mostra ancora scarsamente consapevole, se è vero come è vero che troppo spesso essa trae da ciò l’ingenua convinzione di essere lei stessa chiamata a determinare gli opportuni orientamenti educativi”<sup>5</sup>.

Solo negli ultimi decenni, considerato che contestualmente “è stata favorita una visione «patologizzante» della società e dell’individuo [in cui] i problemi, i disagi, le contraddizioni sono state interpretate come patologie”<sup>6</sup>, si riscontra in ambito medico scientifico e umanistico una revisione di assunti, distinguendo e integrando il modello bio-medico centrato sulla malattia (disease<sup>7</sup>), sulla cura e la sanitarizzazione (to cure<sup>8</sup>) con il modello bio-psico-sociale centrato sul vissuto del malato (illness<sup>9</sup>) sul benessere e il prendersi cura personale e sociale (to care).

Ai fini del presente lavoro di ricerca, è risultato rilevante evidenziare come questo passaggio comporti non solo un allargamento dello spettro e degli

---

<sup>4</sup> L. Zannini, *Salute, malattia e cura. Teorie e percorsi di clinica della formazione per gli operatori sanitari*, Milano, Franco Angeli, 2001, p. 11

<sup>5</sup> P. Bertolini, *Un possibile (necessario) incontro tra la pedagogia e la medicina*, cit., p. 58

<sup>6</sup> P. Donghi, L. Preta (a cura di), *In principio era la cura*, Roma-Bari, Laterza, 1995, p. X.

<sup>7</sup> Il termine “disease”, indica “la malattia in senso biologico”. P. Binetti (a cura di), *Persona, paziente, cliente. Il mondo del malato in un mondo che cambia*, Roma, SEU, 2000, p. 1.

<sup>8</sup> Il termine inglese “curare” ha una doppia traduzione: *to cure* nel senso di guarire; *to care* nel senso di prendersi cura. Cfr. P. Donghi, L. Preta (a cura di), *In principio era la cura*, cit., p. 47.

<sup>9</sup> Il concetto di malattia come *illness* implica “una serie di rappresentazioni, vissuti, ricadute psicosociali e di aspettative che si sviluppano a partire dall’esperienza di malattia”. L. Zannini, *Salute, malattia e cura. Teorie e percorsi di clinica della formazione per gli operatori sanitari*, cit., p. 159

approcci, da quello basato su prove di evidenza scientifica (Evidence Based Medicine) a quello attento alle esigenze del paziente (Medical Humanities), ma anche un ripensamento del paradigma scientifico di riferimento<sup>10</sup> data la riduttività dell'atteggiamento precedente con cui si è ritenuto indiscusso che del malato, della salute, della cura, del corpo fosse competente a parlarne la medicina cosicché la pedagogia ha potuto contribuire marginalmente alla questione della qualità della salute.

Una tale concezione risulta ormai improponibile considerando che, come sottolinea Mirella D'Ascenzo, “gli insuccessi dei medici di fronte alle situazioni di sofferenza e di malattia non risolvibili attraverso il farmaco ma con un ‘cambiamento’ di vita e di ‘essere col proprio corpo’ da parte del paziente (patologie croniche, diabete, malattie cardiache ecc...) rivelano la debolezza di una scienza che ha ‘ricoperto’ il soggetto in direzione di una sempre più accentuata specializzazione e spersonalizzazione dell’atto medico”<sup>11</sup> e, al contempo, segnalano la necessità di una “prospettiva francamente interdisciplinare”<sup>12</sup> da cui emerga che “non solo la medicina è una delle *scienze dell’educazione*, ma che la pedagogia a sua volta sta diventando una delle *scienze per la salute*”<sup>13</sup>.

Appare, infatti, sempre più palese che la medicina, per rendersi più consapevole dei propri scopi e dei propri metodi, ha bisogno di attingere a categorie pedagogiche. In particolare, il dialogo tra medicina e pedagogia è imprescindibile per riempire di senso nozioni come malattia, salute, storia clinica, cura. Ma vale anche il contrario: dal dialogo con la medicina, in particolare con le neuroscienze, la pedagogia arricchirà di significato nozioni come apprendimento, memoria ed emozioni.

---

<sup>10</sup> Si tratta del “modello positivistico di scientificità, nel quale gli approcci deterministico e riduzionistico sono gli unici accreditati di un valore euristico”. G. Bertolini, *Diventare medici nella complessità*, in G. Bertolini (a cura di), *Diventare medici. Il problema della conoscenza in medicina e nella formazione del medico*, cit., p. 21

<sup>11</sup> M. D'Ascenzo, *Alcune direzioni di ricerca sul rapporto pedagogia – medicina*, in “Scuola & Città”, n. 10/1996, p. 440

<sup>12</sup> P. Bertolini, *Un possibile (necessario) incontro tra la pedagogia e la medicina*, cit., p. 68

<sup>13</sup> N. Bobbo, *Medicina come scienza dell’educazione? Una questione da approfondire*, in A. Mariani (a cura di), *Scienze dell’educazione: intorno ad un paradigma*, Lecce, Pensa Multimedia, 2005, p. 195

Assumere una tale prospettiva interdisciplinare comporta un riconoscimento della prevalenza che si è data al concetto di educazione rispetto a quello di sanitarizzazione, un passaggio a cui hanno contribuito diverse correnti filosofiche, pedagogiche, scientifiche e neuroscientifiche di cui, al di là delle differenze nell'impostazione di fondo, si è tenuto conto nell'attività di ricerca. In particolare, esse sono: l'esistenzialismo e la fenomenologia con il concetto di corporeità; l'ermeneutica con il concetto di comprensione critica; la clinica della formazione che propone azioni di prevenzione e, quindi di promozione dello stato di benessere, di carattere formativo per la costruzione della personalità (conoscenze, atteggiamenti, comportamenti); le teorie della complessità che propongono una centratura sullo sviluppo globale della persona piuttosto che un assemblaggio di conoscenze settoriali; le neuroscienze che offrono una lettura della cognizione quale prodotto delle interazioni tra processi neurofisiologici e relazioni interpersonali.

Poste tali premesse, nell'analizzare il rapporto tra la pedagogia e la medicina, si è dunque ritenuto di focalizzare, considerata anche la vastità e la genericità della problematica, il modo come questo rapporto si estrinseca nei concetti di corporeità, salute, malattia, cura, mente-cervello che a seconda delle diverse significazioni storicamente e culturalmente assunte, in quanto espressione di diverse concezioni o modelli conoscitivi, ne hanno orientato la struttura. Inoltre, va precisato che il presente lavoro di ricerca non vuole essere soltanto una rilettura epistemologica del rapporto tra due saperi molto antichi secondo le dinamiche e le interconnessioni descritte, ma una trattazione in grado di proporsi quale chiave di lettura della riflessione pedagogica contemporanea considerato che la ridefinizione della reciproche influenze tra la pedagogia e la medicina portano alla revisione delle voci del paradigma della ricerca pedagogica.

Fissata la questione in tali termini, si è creduta opportuna l'articolazione del lavoro in tre capitoli: il primo collocato nella parte incentrata sull'analisi storica dei rapporti sia pure per i passaggi epocali; gli ulteriori due inquadrati nella parte dedicata ai terreni di incontro nella scienza contemporanea.

Più dettagliatamente, nel primo capitolo si è proceduto ad evidenziare la difficoltà dei rapporti tra la pedagogia e la medicina nella tradizione culturale occidentale. In particolare non si è trattato di ricostruire la storia dei due saperi, quanto piuttosto quello di farne emergere la peculiarità di ciascuna, in riferimento al modo di concepire l'uomo e soprattutto il corpo, secondo una visione olistica o dualistica, tali da giustificare l'istaurarsi di tre forme di rapporto: implicito, antitetico, reciproco.

Nel secondo capitolo, considerata la lateralità o la scarsa considerazione data ai concetti di corporeità, di salute, di malattia e di cura al di fuori di una concezione meccanicistica della vita, si è trattato di ciascuno di essi evidenziandone il ruolo di possibile nodo di interconnessione tra la pedagogia e la medicina.

Infine, nel terzo capitolo si è proceduto a proporre le neuroscienze quale possibile scenario di incontro tra la pedagogia e la medicina. Nello specifico si è evidenziato come le neuroscienze, prospettando un nuovo concetto di sviluppo nonché di formazione quale prodotto delle interazioni tra processi neurofisiologici e relazioni interpersonali, vengano a delinearci quale motivo unificante di un tale incontro. In tal modo, è stato possibile sottolineare come una tale visione di sviluppo epigenetico consenta non solo di superare un atteggiamento conoscitivo puramente mentalistico, ma anche di rendere l'indagine sulla mente e, più specificatamente, sui processi di costruzione della conoscenza quali l'apprendimento, la memoria e le emozioni aspetti d'interesse biunivoco e unificante il sapere medico e pedagogico.

## PARTE I – Le lontane parenti

“La *tèchne iatriké*, l’originaria ‘ars curandi’, la perenne ‘arte della cura’ è una tecnica, un’arte, un artigianato, un mestiere, una professione che ha una sua propria tradizione, una sua propria cultura. In seno a tale cultura la tecnica è il mezzo, ma l’*ànthropos*, l’uomo, è il fine ultimo, o primo.

Questa antropologia medica è una filosofia? La medicina ippocratica possedeva un’anima filosofica”.

*Giorgio Cosmacini\**

---

\* G. Cosmacini, *La professione della cura: ieri, oggi, domani*, in “La Ca’Granda” anno XLIV, n. 1/2003, p. 38

## **CAPITOLO I – La difficoltà dei rapporti tra pedagogia e medicina nella tradizione occidentale**

Nella cultura occidentale la storia dei rapporti tra la pedagogia e la medicina si configura, essenzialmente, come una trama fatta di intrecci sottesi, di negazioni, indebitamenti tali che, come evidenzia Piero Bertolini “tra i due tipi di saperi non esiste una tradizione di reciproca considerazione ed autentica collaborazione”<sup>1</sup>. Data la difficoltà dei rapporti tra i due saperi si è ritenuto opportuno ricostruirne l’evoluzione ponendo attenzione alle dinamicità che nel corso della tradizione occidentale hanno contraddistinto i nessi creati tra la pedagogia e la medicina. Di tali dinamicità se ne rinvengono essenzialmente tre: l’implicitezza, l’antitetività, la reciprocità.

In particolare, ad un accostamento inizialmente fecondo, seppure implicito, tra la pedagogia e la medicina ravvisabile sostanzialmente nell’antica “ars curandi” ippocratica, segue un lungo periodo di incertezze, separazioni nel quale i confini si rendono sempre più netti. Una tale antitetività può essere riconducibile, fondamentalmente, ad una disattenzione da parte della tradizione razionalista<sup>2</sup>, la quale, per ragioni storico-culturali ha preferito insistere sulle dimensioni etiche e teoretiche dell’educazione piuttosto che su quelle corporee<sup>3</sup> determinando così una svalutazione del corpo a mera realtà anatomo-fisiologica. In questo scenario si tratterà, quindi, di comprendere i modi in cui è stato interpretato, nominato e definito il corpo, ponendo in luce le diverse forme di significazione che esso ha evocato, in termini storico-antropologici e metafisico-scientifici, che risultano determinanti nel configurarsi di un rapporto antitetico tra la pedagogia e la medicina.

---

<sup>1</sup> P. Bertolini, *Un possibile (necessario) incontro tra la pedagogia e la medicina*, in G. Bertolini (a cura di), *Diventare medici. Il problema della conoscenza in medicina e nella formazione del medico*, Milano, Guerini, 1994, p. 57

<sup>2</sup> Cfr. E. Colicchi Lapresa, *Ragione e scienza nella filosofia dell’educazione classica*, Palermo, Palombo, 1984

<sup>3</sup> Cfr. F. Cambi, *I grandi modelli della formazione*, in F. Cambi e E. Frauenfelder (a cura di), *La formazione. Studi di pedagogia critica*, Milano, Unicopli, 2002, pp. 40- 41

Una simile opposizione tra i due saperi leggibile nei termini di una dicotomia mente-corpo, da un punto di vista storico-culturale si è prospettata come “una via [...] incapace di aprirsi ad una educazione che garantisca, all’uomo, la pienezza della sua libera scelta e della sua consapevole responsabilità”<sup>4</sup> soprattutto nei confronti del proprio corpo, della propria salute e, quindi del proprio benessere.

Infatti, soltanto nei rari e deboli momenti in cui, nel corso della tradizione occidentale non solo pedagogisti ma anche medici si resero, al contrario, esponenti di una “via diversa” centrata sulla valorizzazione del corpo in vista dello sviluppo integrale, solo allora si crearono i presupposti di un reciproco, seppur debole rapporto tra la pedagogia e la medicina.

### **1.1. L’implicitezza dei rapporti nella tradizione ippocratica**

La natura implicita del legame supposto tra la pedagogia e la medicina trova riscontro soprattutto nel contesto della tradizione antica, allorché come esplicita Franco Cambi, il “modello pratico-empirico presente nella cultura medica” fornisce un ulteriore “modello”, oltre quello “etico” e “naturalistico-scientifico”, per pensare la formazione<sup>5</sup>. Si tratta di un modello che, nell’accezione data da Werner Jaeger, si presenta come “paideia”<sup>6</sup>, ossia “forza culturale, elemento di guida intellettuale nella vita del popolo greco”<sup>7</sup>, in cui la pratica medica ippocratica nella sua connotazione clinica<sup>8</sup>, sistemica e di cura globale ha in sé quegli elementi che per la loro dimensione educativa, seppure

---

<sup>4</sup> E. Colicchi Lapresa, *Ragione e scienza nella filosofia dell’educazione classica*, cit., p. 7

<sup>5</sup> F. Cambi, *I grandi modelli della formazione*, cit., p. 48

<sup>6</sup> Cfr. W. Jaeger, *La medicina greca come paideia*, in Id., *Paideia. La formazione dell’uomo greco*, vol. III, Firenze, La Nuova Italia, 1970, pp. 3-76

<sup>7</sup> *Ivi*, p. 3

<sup>8</sup> Si fa riferimento all’atteggiamento che il medico ha nei confronti del malato che si piega, si curva (dal greco *Klíno*) sul suo letto (*Klinē*) per comprendere ed interpretare la sua malattia: una sorta di atteggiamento idiografico e interpretativo. Cfr. voce “clinico”, Dizionario etimologico on-line in <<http://www.etimo.it>>; inoltre cfr. G. Corbellini, *EBM. Medicina basata sull’evoluzione*, Roma-Bari, Laterza, 2007, pp. 26-26, l’approccio clinico, secondo l’autore, “si può far risalire alla tradizione ippocratica” e “considera il paziente individuale una realtà irriducibile ai modelli sperimentali della malattia”.

inespressa, sembrerebbero giustificare l'esistenza di un rapporto implicito tra la pedagogia e la medicina.

Un primo elemento concerne l'attenzione data al malato nella propria "unicità del caso" che, nel suo aspetto "individuale e precario, da gestire e da conoscere per gestirlo"<sup>9</sup>, come sottolinea Cambi, permette di rilevare "nella medicina antica, da Ippocrate a Galeno, la presenza di un paradigma di formazione – sia pure embrionale – che è sì naturalistico ma anche empirico [...] da leggere [...] attraverso un'intelligenza informale, debole, pragmatica, da strutturare secondo categorie flessibili e aperte capaci di aderire al caso"<sup>10</sup>; è in un simile atteggiamento clinico che il medico ippocratico, in una visione olistica della realtà, libero da speculazioni e, nota Jaeger, in una "attenta empiria e osservazione delle esigenze presentate dal singolo caso" è "occupato soprattutto nella cura del malato e fisso sempre a questa meta"<sup>11</sup>.

Di fronte a sé, quindi il medico ha prima di tutto un essere umano. È questo un elemento importante da evidenziare poiché permettendo di qualificare la medicina ippocratica quale "*scienza dell'uomo e per l'uomo*"<sup>12</sup>, dimostra quanto essa sia implicitamente legata alla pedagogia considerando che, come ha osservato Piero Bertolini, entrambi i settori sono accomunati nel loro costituirsi dall'esplicito intento di aiutare l'uomo a migliorare la propria qualità della vita<sup>13</sup>. La stessa terminologia utilizzata nei testi ippocratici può risultare una prova tangibile di questa comune, seppur implicita, finalità educativa: come sostiene Jacques Jouoanna, storico della medicina, "la parola greca *anthropos*, che designa «l'essere umano», torna spesso negli scritti dei medici ippocratici, che usano questa parola per parlare del malato"<sup>14</sup>. Ciò sta a significare, spiega ulteriormente lo storico, che "quello che conta è prima di

---

<sup>9</sup> F. Cambi, *I grandi modelli della formazione*, cit., p. 49

<sup>10</sup> *Ivi*, p. 50

<sup>11</sup> W. Jaeger, *La medicina greca come paideia*, cit., pp. 28-29

<sup>12</sup> A.M. Di Giorgio, *Pedagogia e medicina*, Bologna, Cappelli, 1981, p. 10

<sup>13</sup> Cfr. P. Bertolini, *Un possibile (necessario) incontro tra la pedagogia e la medicina*, cit., p.58

<sup>14</sup> J. Jouoanna, *La nascita dell'arte medica occidentale*, in M.D. Grmek (a cura di), *Storia del pensiero medico occidentale. Antichità e Medioevo*, vol. I, Roma-Bari, Laterza, 1993, p. 55

tutto il malato”<sup>15</sup> cioè a dire, nella medicina ippocratica “il fine ultimo della medicina, cioè il bene del malato, non viene mai perso di vista”<sup>16</sup>.

Stessa considerazione viene avanzata da Giorgio Cosmacini, storico della sanità e della medicina, il quale nel considerare l’antica “*tèchne iatriké*”, l’originaria “ars curandi” più esplicitamente argomenta: “la tecnica è il mezzo, ma l’*ànthropos*, l’uomo, è il fine ultimo, o primo. Questa antropologia medica è una filosofia? La medicina ippocratica possedeva un’anima filosofica”<sup>17</sup>.

Una tale affermazione può essere tradotta, accogliendo quanto osservato da Umberto Galimberti, nei seguenti termini: “uno dei concetti del giuramento ippocratico è proprio questo: il medico che è anche filosofo, dice Ippocrate, è pari a un dio, nel senso che non si limita a vedere organi ma tratta individui, perché sappiamo benissimo che una malattia è frutto anche di una biografia e di un ambiente”<sup>18</sup>. A tal proposito evidenzia Mario Vegetti, storico della filosofia e del pensiero scientifico greco antico, “secondo Ippocrate [...] la ‘malattia’ in fondo è un’astrazione, dietro la quale occorre scorgere il malato nella sua realtà di uomo che soffre, che è localizzato nel tempo e nello spazio, che presenta nella sua concretezza caratteri differenziali assolutamente irriducibili alla genericità di un nome comune il quale potesse valere per ogni luogo, ogni tempo e ogni uomo”<sup>19</sup>.

Non esiste quindi la malattia in sé, essa “non è ancora una entità nosologica”<sup>20</sup> ma è sempre legata all’esperienza e alla situazione del singolo soggetto colto, osserva Cambi, “nel suo processo individuale, nella dinamica organica e psichica che lo contraddistingue [...] attraverso una conoscenza che è *metis* e non *teoria* (contemplativa, astratta, generalizzante), comprensione *ad*

---

<sup>15</sup> J. Jouoanna, *La nascita dell’arte medica occidentale*, p.55

<sup>16</sup> *Ibidem*

<sup>17</sup> Cosmacini G, *La professione della cura: ieri, oggi, domani*, in “La Ca’Granda” anno XLIV, n. 1/2003, p. 38

<sup>18</sup> E. Boncinelli, U. Galimberti, G.M. Pace, *E ora? La dimensione umana e le sfide della scienza*, Torino, Einaudi, 2000, p. 147

<sup>19</sup> M. Vegetti, *Opere di Ippocrate*, Torino, Utet, 1965 p. 54.

<sup>20</sup> G. Cosmacini, *L’arte lunga - Storia della medicina dall’antichità a oggi*, Roma-Bari, Laterza 1997, p. 63; inoltre Cfr. M.D. Grmek, *Il concetto di malattia*, in M.D. Grmek (a cura di), *Storia del pensiero medico occidentale. Antichità e Medioevo*, cit., p. 339: “I medici ippocratici studiavano e curavano i malati, e non le malattie. Essi erano consci del fatto che le malattie non esistono in quanto entità”.

*hoc*”<sup>21</sup> a cui inevitabilmente inerisce il “principio educativo – come del resto curativo – di non considerare gli uomini quali macchine costruite in serie ma di badare a regolarsi con ciascuno secondo la natura e la condizione di ciascuno”<sup>22</sup>.

In questo implicito legame con l’azione pedagogica, ossia nella sua inespresa dimensione umana ed educativa, “l’azione del medico ippocratico combina, dunque, indissolubilmente – chiosa Lucia Zannini esponente della clinica della formazione - conoscenze e capacità umane, per cui l’atto di ispezione del malato coincide con lo sguardo di simpatia, la presa del polso con la stretta di mano, la raccolta anamnestica con l’ascolto del vissuto esistenziale, la prognosi con la risposta alla speranza o alla disperazione del malato”<sup>23</sup>.

Si tratta, quindi, di una relazione medico – paziente che, come sostiene Giorgio Cosmacini, si fonda su un “rapporto antropologico ‘duale’ dell’uomo al servizio dell’uomo”<sup>24</sup> in cui “il medico sa che il vero dramma è quello del malato in preda alla malattia, e che lui, medico può solamente arrecare un sollievo [...] col suo sapere, ma anche con la sua dedizione e la sua abnegazione, col suo senso del dialogo e con la sua comprensione nei confronti del malato”<sup>25</sup>.

Tale processo di comprensione<sup>26</sup> in cui il malato viene inteso quale globalità da capire ed interpretare nella sua complessità e unicità, può essere

---

<sup>21</sup> F. Cambi, *I grandi modelli della formazione*, cit., p. 50; per il concetto di “metis” cfr. E. Colicchi Lapresa, *Ragione e scienza nella filosofia dell’educazione classica*, cit., pp. 57-58, nonché l’intero paragrafo, *Metis, medicina, antica sofistica: la ragione pragmatica*, pp. 54-81

<sup>22</sup> O. Trozzi, *Medicina e pedagogia. Lineamenti di educazione integrale dall’antichità all’età moderna*, Lanciano, Itinerari, 1971, p. 190

<sup>23</sup> L. Zannini, *Salute, malattia e cura. Teorie e percorsi di clinica della formazione per gli operatori socio sanitari*, Milano, Franco Angeli, 2001, p. 127

<sup>24</sup> G. Cosmacini, *La vita nelle mani*, in “La Ca’Granda” anno XLIV, n. 3/2003, p. 6. Inoltre, commenta lo storico “Il duale, nella lingua della Grecia classica, era una forma nominale, aggettivale, verbale intermedia tra il singolare e il plurale e fatta apposta per indicare un rapporto d’amore, il rapporto d’amicizia, il rapporto medico-paziente”

<sup>25</sup> J. Jouoanna, *La nascita dell’arte medica occidentale*, cit., p. 56

<sup>26</sup> Sul concetto di comprensione quale elemento qualificante la vera e propria arte medica, a partire da quella ippocratica cfr. H.G. Gadamer, *Dove si nasconde la salute*, Milano, Raffaello Cortina, 1994. In particolare secondo la prospettiva ermeneutica gadameriana la comprensione si realizza soprattutto attraverso il dialogo, da cui scaturisce una produzione intersoggettiva di significato: quello che una determinata situazione di disagio ha per un determinato individuo e in cui “rientra l’intera situazione di vita del paziente e persino quella del medico”. *Ivi*, p.49

assunto quale elemento giustificante l'esistenza di un'implicita matrice pedagogica presente nella tradizione ippocratica. Infatti, tenendo conto dell'attualità di un simile approccio posto oggi a fondamento di un terreno di incontro tra la pedagogia e la medicina<sup>27</sup>, è possibile considerare la pratica medica ippocratica quale luogo di un seppur incipiente legame tra i due saperi.

A conferma di quanto si sta sostenendo, proprio in ambito medico<sup>28</sup> è stata evidenziata l'attualità dell'aforisma ippocratico: “esistono malati e non malattie”, per cui “non è sufficiente la *diagnosi di malattia*, essendo invece essenziale se non prioritaria *l'interpretazione del malato*”<sup>29</sup>, ossia “attribuire «pretium» [...] dare più *valore* alle sue esigenze, ai suoi interessi, ai suoi desideri”<sup>30</sup>. Nella Grecia ippocratica ciò si realizzava per mezzo del contatto corporeo. Infatti, come sottolinea da una prospettiva fenomenologica Stefano Benini “il medico attraverso l'ispezione del corpo malato si rapportava alla persona curata nella sua interezza e non faceva sussistere alcuna distinzione tra realtà fisiopatologica e realtà esistenziale”<sup>31</sup>.

In tal modo, seguita Benini, “la relazione medico-paziente, nella visione ippocratica, assumeva il significato di *diade pedagogica* dove due corpi – quello del medico e quello del paziente – si incontravano, si percepivano e si toccavano, per giungere ad un obiettivo comune: tentare di sconfiggere, *insieme*, la malattia”<sup>32</sup>. Un ulteriore elemento che, dunque, permette di corroborare la tesi di un implicito legame tra la pedagogia e la medicina nella tradizione ippocratica è rappresentato da questo tipo di relazione che, seppur medica, nel qualificarsi come “un rapporto interpersonale intenso e globale,

---

<sup>27</sup> Di tale questione si tratterà nel prosieguo del presente lavoro di ricerca (nel secondo capitolo). Basti qui accennare che l'approccio citato si rinviene soprattutto nei contesti di clinica della formazione e di pedagogia medica e comunque in quanti oggi sostengono il modello Medical Humanities.

<sup>28</sup> Cfr. C. Scandellari, *Diagnosi di malattia e interpretazione del malato*, in G. Galli (a cura di), *Interpretazione e diagnosi. Scienze umane e medicina*, Atti del XX Colloquio sulla Interpretazione, Macerata, 10-11 Aprile 2000, Pisa - Roma, IEPI, 2000, pp. 147-156

<sup>29</sup> *Ivi*, p. 156

<sup>30</sup> *Ibidem*

<sup>31</sup> S. Benini, *Attimi di raggiungibilità: l'occasione di un incontro*, in L. Balduzzi (a cura di), *Voci del corpo. Prospettive pedagogiche e didattiche*, Firenze, La Nuova Italia, 2002, p. 263

<sup>32</sup> *Ivi*, p. 264. Sul concetto di “diade pedagogica” cfr. A.M. Di Giorgio, *L'uomo paziente: riflessioni di una pedagoga su malattia e crescita della persona*, Bologna, EDB, 1990, p. 28

dove totale sia la dedizione del medico, totale la confidenza del malato, totale l'esplorazione della malattia nei suoi diversi aspetti, non soltanto somatici, ma anche psicologici e ambientali"<sup>33</sup>, si configura al contempo e implicitamente pedagogica.

Inoltre è doveroso rilevare, contestualmente a quanto esposto sinora, la visione sistemica della realtà che caratterizza, come elemento di fondo, l'intera impostazione medica ippocratica "con la sua insistenza – nota l'epistemologo Fritjof Capra - sull'interrelazione fondamentale tra corpo, mente e ambiente"<sup>34</sup>. In un tale approccio sistemico "l'uomo, secondo i medici ippocratici non può essere considerato nel suo insieme senza tener conto dell'ambiente esterno in cui vive"<sup>35</sup>. Va precisato, tuttavia, così come espone Jouoanna che "questo rapporto fra l'uomo e l'ambiente non si limita solo all'aspetto fisico, ma ingloba anche il carattere e l'intelligenza. L'uomo si definisce quindi, nella sua totalità, attraverso una rete di fattori molteplici e complessi di cui il medico deve tener conto, considerandoli nel loro insieme"<sup>36</sup>. A tal proposito, molto opportunamente Mario Vegetti riscontra che "l'ambiente, sia esso geografico, climatico o sociale, diveniva così parte integrante della scienza medica, e l'analisi delle sue relazioni con l'individuo diventava essenziale alla comprensione della vicenda individuale di sofferenza e guarigione"<sup>37</sup>, ma anche di salute; infatti, chiosa Capra "la salute, secondo gli scritti ippocratici, richiede uno stato di equilibrio fra le influenze ambientali, i modi di vita e i vari componenti della natura umana"<sup>38</sup> configurandosi in tal modo come un'esperienza di benessere risultante da un equilibrio dinamico<sup>39</sup>.

La ricerca della moderazione, il senso dell'equilibrio pervade così non solo la filosofia ma anche la scienza medica. Benessere viene a designare innanzitutto saper scegliere il giusto mezzo (μεσότης). Termini quali

---

<sup>33</sup> G. Cosmacini, *L'arte lunga - Storia della medicina dall'antichità a oggi*, cit., p. 62

<sup>34</sup> F. Capra, *Il punto di svolta. Scienza, società e cultura emergente*, Milano, Feltrinelli, 2007, p. 259

<sup>35</sup> J. Jouoanna, *La nascita dell'arte medica occidentale*, cit., p. 23

<sup>36</sup> *Ivi*, p. 30

<sup>37</sup> M. Vegetti, *Opere di Ippocrate*, cit., p. 46.

<sup>38</sup> F. Capra, *Il punto di svolta. Scienza, società e cultura emergente*, cit., p. 259

<sup>39</sup> *Ivi*, p. 268

“equilibrio” e “moderazione” ricorrono ampiamente nel campo medico, legandosi indissolubilmente al concetto di benessere<sup>40</sup>.

In una simile condizione in cui si ritiene determinante ai fini del benessere “non quel che sia l’uomo in sé, ma quel che egli è in rapporto a ciò che mangia e beve, e come vive e come tutto ciò influisce su di lui”<sup>41</sup>, “la medicina assume un atteggiamento pedagogico, secondo il postulato per cui si può conservare la salute mediante un’educazione specifica”<sup>42</sup> in grado di far leva sulle abitudini e sul modo di vivere dell’individuo.

Così la medicina ippocratica, nel suo carattere preventivo<sup>43</sup> si rende al contempo espressione di un regime di vita educativo. Non a caso osserva Jaeger “la dottrina della conservazione della salute. È questa la vera e propria creazione dello spirito ippocratico nel campo dell’educazione”<sup>44</sup>, dove, osserva Fantini, “il ruolo del medico è quello di suggerire il regime equilibrato o di ristabilire un equilibrio perturbato, di proporre delle regole di vita atte ad allontanare tutte le possibili discrasie”<sup>45</sup>.

Posta la questione in tali termini la medicina ippocratica si pone come “un modello di formazione dell’uomo, non solo del medico, alla cura della salute e della giustizia: la cura dell’equilibrio è al centro della cultura generale e non è ancora un aspetto specialistico della pratica medica. Il suo orizzonte va ben oltre un discorso sulla malattia”<sup>46</sup> prevedendo, infatti, un medico che aiuta

---

<sup>40</sup> Cfr. B. Rocca, *L’equilibrio enigmatico della salute*, in “La Ca’Granda” anno XLV, n.1/2004, pp. 6-11

<sup>41</sup> Ippocrate, *Sulla medicina antica*, citato in W. Jaeger, *La medicina greca come paideia*, cit., p. 32. Nelle opere igieniche ippocratiche, tra cui il trattato *Sul regime*, tre sono, dunque, gli elementi considerati: condizioni climatiche e geografiche nella quale vive l’individuo, regime dietetico cui l’individuo si attiene ed, infine, abitudini e modo di vivere dell’individuo stesso.

<sup>42</sup> P. Gil Sotres, *Le regole della salute*, in M.D. Grmek (a cura di), *Storia del pensiero medico occidentale. Antichità e Medioevo*, cit., p. 401

<sup>43</sup> “La prevenzione della medicina classica – spiega Bernardino Fantini - significava realizzare delle pratiche igieniche e dietetiche per irrobustire il corpo e mantenere la sua ‘disposizione’ migliore”. B. Fantini, *La medicina scientifica e le trasformazioni nelle teorie e nelle pratiche della medicina occidentale*, in P. Donghi, L. Preta (a cura di), *In principio era la cura*, Roma-Bari, Laterza, 1995 p. 59

<sup>44</sup> W. Jaeger, *La medicina greca come paideia*, cit., p. 44

<sup>45</sup> B. Fantini, *La medicina scientifica e le trasformazioni nelle teorie e nelle pratiche della medicina occidentale*, cit., p. 48

<sup>46</sup> B. Rocca, *L’equilibrio enigmatico della salute*, cit., p. 6

non solo “creando le condizioni più favorevoli al processo di guarigione”<sup>47</sup> come tentativo di ristabilire l’equilibrio turbato, ma anche favorendo l’acquisizione di un ‘habitus’ tendente al “rafforzamento dei fattori che costituiscono la condizione di stabilità”<sup>48</sup>.

E qui è possibile scorgere, convenendo con Cambi, l’esistenza di un pur implicito, “aurorale e storicamente marginalizzato”<sup>49</sup> modello di formazione dai contorni drammatici. “La drammaticità – spiega il pedagogista fiorentino - è posta dall’*iter* di ogni organismo che oscilla tra sanità e malattia, dai suoi processi di crisi e di equilibrio, sempre instabile e da conservare con ‘astuzia’, attraverso la cura – di – sé e i precetti igienici”<sup>50</sup>.

“È a partire dal sentimento di precarietà – osserva Rita Fadda - che ci si prende cura degli altri e di se stessi e la dialettica tra persona e vulnerabilità diventa il paradigma, [...] di ogni sapere, di ogni pratica”<sup>51</sup> tanto educativa quanto medica.

Da tali considerazioni emerge, dunque, in ultima istanza, la centralità che viene ad assumere il processo di cura nell’evidenziare l’implicitezza dei rapporti tra la pedagogia e la medicina nella tradizione antica.

L’azione che compie il medico ippocratico si configura infatti come una operazione di presa in carico, di cura globale<sup>52</sup> in un’accezione del “prendersi cura” in cui ponendosi come “guida del malato e del sano”<sup>53</sup> pone attenzione al soggetto nel suo complesso, cogliendo “come tutti i possibili fattori [...]

---

<sup>47</sup> F. Capra, *Il punto di svolta. Scienza, società e cultura emergente*, cit., p. 259

<sup>48</sup> H.G. Gadamer *Dove si nasconde la salute*, cit., p. 46

<sup>49</sup> F. Cambi, *I grandi modelli della formazione*, cit., p. 50

<sup>50</sup> *Ivi*, pp. 49-50

<sup>51</sup> R. Fadda, *L’intenzionalità educativa tra progettazione e cura*, in F. Cambi (a cura di), *Le intenzioni nel processo formativo. Itinerari, modelli, problemi*, Edizioni del Cerro, Pisa 2005, p.69

<sup>52</sup> “Cura - osserva Cosmacini - non è un nome univoco: può significare l’esercizio dei mezzi che hanno il fine di guarire la malattia o di salvaguardare la salute; oppure può essere l’equivalente del farsi carico, in modo responsivo, dei bisogni della persona. Nel primo caso cura è sinonimo di terapia, nel secondo caso è sinonimo di prevenzione, nel terzo caso è sinonimo di cura globale”. Cfr. G. Cosmacini, *La professione della cura: ieri, oggi, domani*, cit., p. 38

<sup>53</sup> B. Fantini, *La medicina scientifica e le trasformazioni nelle teorie e nelle pratiche della medicina occidentale*, cit., p. 48

convergono nel determinare la concreta condizione esistenziale di colui che necessita di essere curato”<sup>54</sup>.

Il medico ippocratico, commenta Fantini, è il “medico curante” ossia colui “che si prende cura dei suoi malati, li consiglia, li guida, li amministra con sollecitudine”<sup>55</sup> compiendo, così, al contempo anche un’azione educativa. Infatti come spiega Rita Fadda in una accezione di cura quale “a priori pedagogico”<sup>56</sup>, educare significa “amministrare e regolare una relazione, un rapporto, tra due o più soggetti, che rimangono tali e non subiscono processi di oggettivazione, perché l’amministrare ha a che fare con la gestione e l’uso della scelta e implica sempre la soggettività”<sup>57</sup>. Si tratta, a ben vedere, di dimensioni che è possibile ritrovare, in qualità di fattori caratterizzanti, nella pratica medica ippocratica. La cura, pertanto, sembra presentarsi quale elemento che, nella sua dimensione non tanto terapeutica quanto educativa, consente di corroborare la tesi di implicitezza di rapporti tra la pedagogia e la medicina.

Più specificatamente, nel “Giuramento di Ippocrate” il medico si presenta, asserisce Jouoanna, come “l’alleato del malato, colui che lo aiuta a combattere la malattia”<sup>58</sup>; come il terapeuta<sup>59</sup> che svolge un’azione di servizio, di accompagnamento, di assistenza, anche in senso pedagogico. Al contempo, nota lo storico della medicina Mirko Grmek “Ippocrate affermava che [...] bisogna che il malato concorra col medico nel combattere la malattia”<sup>60</sup>. In una simile partecipazione del malato, la cura si viene a prospettare come una “modalità di crescita assistita”<sup>61</sup> a cui è possibile ricondurre il significato del

---

<sup>54</sup> H.G. Gadamer, *Dove si nasconde la salute*, cit., p. 49

<sup>55</sup> B. Fantini, *La medicina scientifica e le trasformazioni nelle teorie e nelle pratiche della medicina occidentale*, cit., p. 48

<sup>56</sup> R. Fadda, *L’intenzionalità educativa tra progettazione e cura*, cit., p. 67

<sup>57</sup> *Ivi*, p. 65

<sup>58</sup> J. Jouoanna, *La nascita dell’arte medica occidentale*, cit., p. 56

<sup>59</sup> “Negli scritti ippocratici – scrive Capra – il ruolo del medico era quello di aiutare. [...] È questo il significato originario del termine ‘terapia’, dal greco *therapeuein* (assistere)”. F. Capra, *Il punto di svolta. Scienza, società e cultura emergente*, cit., p. 259

<sup>60</sup> M.D. Grmek, *Il concetto di malattia*, in M.D. Grmek (a cura di), *Storia del pensiero medico occidentale. Antichità e Medioevo*, cit., p. 331

<sup>61</sup> A. Granese, *Il labirinto e la porta stretta. Saggio di pedagogia critica*, Firenze, La Nuova Italia, 1993, p. 222

principio deontologico ippocratico di non maleficenza: “essere utile o almeno non nuocere”<sup>62</sup>. In base a quanto precisato da Jouoanna con tale massima “Il medico ippocratico afferma chiaramente, già prima di Platone e di Aristotele, che il fine della medicina non è il successo del medico ma l’interesse del malato”. In una tale accezione, si rende contestuale l’osservazione di Alberto Granese secondo cui “la cura dei soggetti umani [...] non è in alcun modo finalizzata al conseguimento di un risultato utile, ed anzi si giustifica e si prospetta come necessaria quanto più corrisponda alle necessità del soggetto”<sup>63</sup>.

Questo è il significato di cura che trapela dall’analisi del principio deontologico ippocratico di non maleficenza che, come evidenza Natascia Bobbo, “ha insito in sé stesso anche l’obbligo morale di piegarsi a capire quale sia il bene che l’altro sceglie per se stesso, e di rispettarne la scelta”<sup>64</sup>. In tal senso “non si tratta, semplicemente di un *prendersi cura* del malato – ma spiega ulteriormente Bobbo riprendendo la sottile distinzione heiddegeriana - di un *aver cura*, inteso [...] come dare la possibilità all’altro di tornare ad aver cura di sé. Sostenerlo, aiutarlo, guidarlo ma senza mai decidere per lui ciò che è bene”<sup>65</sup>.

In questa duplice dimensione del prendersi cura e dell’aver cura, della cura di sé e cura degli altri<sup>66</sup>, la concezione umanitaria della medicina ippocratica, riconducibile sinteticamente all’affermazione “una delle qualità essenziali del medico è l’interesse per l’uomo, in quanto il segreto della cura del paziente è averne cura”<sup>67</sup>, può considerarsi manifesto di una implicitezza di rapporti tra la pedagogia e la medicina nella tradizione occidentale antica.

---

<sup>62</sup> J. Jouoanna, *La nascita dell’arte medica occidentale*, cit., p. 55

<sup>63</sup> A. Granese, *Il labirinto e la porta stretta. Saggio di pedagogia critica*, cit., p. 224

<sup>64</sup> N. Bobbo, *Medicina come scienza dell’educazione? Una questione da approfondire*, in A. Mariani (a cura di), *Scienze dell’educazione: intorno ad un paradigma*, Lecce, Pensa Multimedia, 2005, p. 192

<sup>65</sup> *Ibidem*

<sup>66</sup> Cfr. S. Fortuna, *Cura degli altri e cura di sé nella medicina antica*, in G. Galli (a cura di), *Interpretazione e cura*, Atti del XXII Colloquio sulla Interpretazione, Macerata, 11-12 Marzo 2002, Pisa-Roma, IEPI, 2003, pp. 77-89

<sup>67</sup> P. Binetti (a cura di), *Persona, paziente, cliente. Il mondo del malato in un mondo che cambia*, Roma, SEU, 2000, p. 18

Non a caso, ad un tale modello di “paideia” si ispira anche Platone, il quale, segnala Jouoanna “ha così scoperto, nel cuore dell’attività medica, non solo un metodo [...] ma anche un tipo di relazioni umane da imitare”<sup>68</sup>, tanto che, nota Jaeger, “non si esagera dicendo che la scienza etica di Socrate, che nei dialoghi platonici occupa il centro della disputa, non sarebbe stata pensabile senza il modello della medicina, a cui Socrate così spesso si richiama. Questa le è affine più di ogni altro ramo tra quelli allora noti della conoscenza umana”<sup>69</sup>.

Tuttavia, nonostante gli elementi pedagogici di cui è densa la medicina ippocratica nei suoi aspetti empirici, drammatici ed esistenziali, si tratta di una di quelle “vie alternative, di possibilità non giunte a maturazione”<sup>70</sup> poiché, come evidenzia lo stesso Cambi, nell’antichità “il modello vincente” ossia quello legato al primato della *theoria* “pose ai margini i diritti della passione e del corpo e impresse un carattere di idealizzazione alla formazione”<sup>71</sup>.

“Metis e razionalità si presentano così – osserva Enza Colicchi - come due criteri, e dunque due procedimenti, che il mondo antico ha individuato nella loro opposizione, riconoscendo solo al secondo la capacità di costruire un conoscere categorico, e dunque garantito ed assolutamente fondato”<sup>72</sup>.

Da un legame seppure implicito tra la pedagogia e la medicina si giunse, in tal modo, ad una “distanza tra lo scopo civico, umano, storicamente finito del medico e l’ideale conoscitivo del filosofo”<sup>73</sup>.

---

<sup>68</sup> J. Jouoanna, *La nascita dell’arte medica occidentale*, cit., p. 65. Per quanto attiene al metodo, lo storico si riferisce alla trasposizione del modello medico dal campo del corpo a quello dell’anima.

<sup>69</sup> W. Jaeger, *La medicina greca come paideia*, cit., p. 3. Sull’efficacia della medicina ippocratica sulla filosofia di Platone e Aristotele cfr. *Ivi*, pp. 36-43; per una trattazione completa sui rapporti tra la medicina e la filosofia cfr. F. Voltaggio, *La medicina come scienza filosofica*, Roma-Bari, Laterza, 1998

<sup>70</sup> F. Cambi, *I grandi modelli della formazione*, cit., p. 37

<sup>71</sup> *Ivi*, p. 52; Cambi precisa precedentemente: “La paideia greca fissa il senso della formazione - anche se poi tende a risolverlo in modo sempre più esclusivo, nella direzione del *nous*, di un intelletto che, a sua volta, tende sempre più a formalizzarsi, a separarsi dalla pratica, a risolversi in intellettualismo [...] a obliare il corpo e ad affermare la centralità del linguaggio e dell’intelletto”. *Ivi*, pp. 40-41

<sup>72</sup> E. Colicchi Lapresa, *Ragione e scienza nella filosofia dell’educazione classica*, cit., p. 7

<sup>73</sup> B. Rocca, *Umanesimo postmoderno e pratica medica*, in “La Ca’Granda” anno XLIII, n.4/2002, p. 4

## 1.2. L'antiteticità disciplinare nella tradizione razionalista

Un secondo tipo di rapporto tra la pedagogia e la medicina nella tradizione occidentale può essere definito di natura antitetica; una simile connotazione attiene ad una dinamica determinata e fortemente contrassegnata dall'affermarsi di una lunga tradizione razionalista che, fondandosi sulla dualità ontologica fra mentale e corporeo e, più precisamente sull'alta considerazione del primo ed una svalutazione del secondo, riprodusse in modo contestuale una tale dicotomizzazione dell'uomo nei termini di una frammentazione del sapere.

In una siffatta ipotesi di mutua esclusione, la svalutazione del non-razionale<sup>74</sup>, la riduzione del corpo a mero oggetto anatomo-fisiologico si viene a configurare, dunque, quale causa del verificarsi del rapporto antitetico tra la pedagogia e la medicina. A tal proposito, osserva Giuseppe Refrigeri “lungo il corso del pensiero occidentale le manifestazioni del non razionale, oltre ad essere state svalutate sotto più riguardi, non sono state neppure considerate degne di essere educate”<sup>75</sup>. Così, tanto la pedagogia quanto la medicina, anche se da prospettive diverse, hanno “guardato ad esse con l'intento di conoscerle per dominarle, per asservirle al razionale”<sup>76</sup>.

Da una visione dicotomica dell'uomo che in termini ontologici si traduce in una svalutazione e subalternità del corpo, l'antiteticità in tal modo, si riproduce negli interessi euristici dei due saperi: la pedagogia si rivolge all'educazione delle componenti più nobili dell'uomo privilegiandone le dimensioni etiche e teoretiche, la medicina il cui “dominio – osserva Paolo Mottana - si apre a partire dalla scissura ontologica fra la mente e il corpo”<sup>77</sup> si viene a concentrare, in quanto sapere e in quanto attività pratica, sul corpo reso

---

<sup>74</sup> Cfr. G. Refrigeri, *Scienza e pedagogia dell'educazione fisica*, Teramo, Giunti & Lisciani, 1989, parte I e II

<sup>75</sup> *Ivi*, p. 33

<sup>76</sup> *Ibidem*

<sup>77</sup> P. Mottana, *Il corpo assente*, in R. Massa, G. Bertolini (a cura di), *Clinica della formazione medica*, Milano, Franco Angeli, 1997, p. 116

realtà anatomico-fisiologica, oggetto fisico-naturalistico da indagare al pari di tutti gli altri oggetti della natura<sup>78</sup>.

Individuata in “questa limitativa e deviante concezione”<sup>79</sup> del corpo la ragione dell’antiteticità che per secoli ha indotto medicina e pedagogia a seguire percorsi distinti e contrapposti, si avverte quindi la necessità di evidenziare le posizioni che hanno sostenuto un tale fenomeno storico e collateralmente un tale tipo di rapporto, partendo dall’assunto che i limiti della visione dicotomica dell’uomo e del sistema di valori che sta alla sua base, nel determinare una mancata collaborazione tra i due saperi, hanno avuto ripercussioni non trascurabili sul benessere individuale e sociale<sup>80</sup>.

Nella cultura occidentale la storia del corpo in educazione è segnata da continue emarginazioni. La scuola e le istituzioni formative occidentali, sulla scia del pensiero filosofico considerante il corpo “un supporto, uno strumento da piegare ai propri bisogni e alle proprie esigenze” se non “un ostacolo, o addirittura un carcere in cui si è costretti a vivere”<sup>81</sup>, si rivolgono alla mente, considerata il vero luogo depositario della conoscenza.

A tal proposito calzante risulta essere, soprattutto ai fini dell’ipotesi di antiteticità tra pedagogia e medicina, la seguente osservazione di Ulmann: “In tutto il lunghissimo periodo dell’educazione ellenistica, la ginnastica doveva presentare due aspetti antitetici e complementari. Pur figurando nei ginnasi, la ginnastica non trovò una teoria completa che le assegnasse un vero statuto filosofico o educativo; così la sua tendenza fu di allontanarsi dalla scuola. Per contro, la ginnastica militare [...] e quella medica acquistarono una speciale importanza”<sup>82</sup>.

In una forma di predominio dell’indirizzo medico su quello educativo<sup>83</sup>, in ambito pedagogico non si rinviene dunque “il riconoscimento di un vero

---

<sup>78</sup> Cfr. G. Refrigeria, *La laurea in scienze corporee*, in “Annali della Pubblica Istruzione”, 1-2/98, p. 128

<sup>79</sup> *Ibidem*

<sup>80</sup> Cfr. F. Capra, *Il punto di svolta. Scienza, società e cultura emergente*, cit., p. 54

<sup>81</sup> L. Balduzzi (a cura di), *Voci del corpo. Prospettive pedagogiche e didattiche*, cit., p. XI

<sup>82</sup> J. Ulmann, *Ginnastica, educazione fisica e sport dall’antichità ad oggi*, Roma, Armando, 1973, p. 52

<sup>83</sup> Cfr. G. Refrigeria, *Scienza e pedagogia dell’educazione fisica*, cit., pp. 50-62

sapere del corpo. C'è piuttosto – commenta Enrico Bottero - la necessità di renderlo docile, disciplinato affinché il percorso della mente possa liberamente svolgersi e svilupparsi in tutte le sue potenzialità”<sup>84</sup>. Ciò emerge in tutta la sua evidenza dalle parole di Umberto Galimberti laddove afferma “la ragione occidentale nasce rigorosamente come espulsione di quella prima follia che nasce dall'affidarsi alla certezza sensibile: quello che vedi con gli occhi, quello che senti col naso o con le orecchie non conta ai fini del discorso razionale”<sup>85</sup>. Inoltre “già Platone - argomenta ulteriormente lo studioso - aveva sostenuto che bisogna ragionare per numeri e idee, non per sensazioni. E siccome il corpo recalcitra davanti a questa prospettiva perché vive di sensazioni e di percezione immediata, Platone considera il corpo luogo eminente della follia”<sup>86</sup>.

In un piano di “pura intelligibilità razionale”<sup>87</sup> la dottrina platonica dell'educazione si viene in tal modo a configurare come posizione emblematica della svalutazione del corpo, per cui pur avendo “scandagliato per primo la profondità dell'anima umana, [...] al tempo stesso - osserva Berti - ha sentenziato che l'uomo è essenzialmente la sua anima e che questa deve cercare di liberarsi il più presto possibile del corpo, per essere felice tutta raccolta in sé stessa e assorta nella contemplazione delle idee”<sup>88</sup>. Le idee rappresentano dunque per Platone l'oggetto della conoscenza razionale a cui la

---

<sup>84</sup> E. Bottero, *Sapere del corpo e prospettive didattiche*, in L. Balduzzi (a cura di), *Voci del corpo. Prospettive pedagogiche e didattiche*, cit., p. 18

<sup>85</sup> E. Boncinelli, U. Galimberti, G.M. Pace, *E ora? La dimensione umana e le sfide della scienza*, cit., p. 9

<sup>86</sup> *Ibidem*

<sup>87</sup> “quella che – commenta Enza Colicchi – è la subordinazione platonica della paideia (dei suoi valori, criteri, contenuti, modi, tempi) all'*eidos*” E. Colicchi Lapresa, *Ragione e scienza nella filosofia dell'educazione classica*, cit., p. 10. Si consideri inoltre l'analisi compiuta da Riccardo Massa per cui nel mondo classico “la concezione generale della realtà educativa su cui ci si basa, è una fondazione *spiritualistica*. La realtà educativa, cioè, è di tipo spirituale, perché riguarda l'acquisizione di una forma puramente intelligibile. [...] il campo della realtà educativa, è un oggetto che si può definire *trascendentale* in senso lato. In esso, cioè rientrano i tratti della realtà educativa che non sono riducibili a dati empirici. [...] La *teorizzazione* del discorso pedagogico, intendendosi per essa il tipo di spiegazione logica e il conseguente programma teorico in cui viene a strutturarsi il sapere pedagogico, è di tipo *razionale*” R. Massa, *Le tecniche e i corpi. Verso una scienza dell'educazione*, Milano, Unicopli, 1995, pp. 458-459.

<sup>88</sup> E. Berti, *Platone l'antiplatonico*, in “Il Sole 24 Ore”, Domenica, 3 dicembre 2006, n. 327, p.

conoscenza sensibile dicotomicamente si oppone; in tal senso nel *Fedone* si legge: “L’anima ragiona appunto con la sua migliore purezza quando non lo conturba nessuna di cotali sensazioni, né vista né udito né dolore, e nemmeno piacere; ma tutta sola si raccoglie in se stessa dicendo addio al corpo; e, nulla più partecipando del corpo né avendo contatto con esso, intende con ogni suo sforzo alla verità”<sup>89</sup>. La vera sapienza è perciò solo di chi è riuscito a distaccarsi dal suo corpo e dai suoi impedimenti sensibili<sup>90</sup>. Tale è la funzione del filosofo-educatore: tenere l’anima lontana dal corpo, dai suoi piaceri e dai suoi desideri<sup>91</sup>, ovvero “prendersi cura dell’anima”<sup>92</sup> quale vera essenza dell’uomo<sup>93</sup>. Conseguentemente, secondo Platone, “ad altri invece va lasciata la cura del corpo”<sup>94</sup> tra cui la medicina che insieme alla ginnastica e ad altri lavori manuali, non portando alla conoscenza di se stessi, ma alle “cose che riguardano il corpo e servono a curarlo”<sup>95</sup>, si presentano quali arti, “attività manuali di bassa lega e apprendimenti inadatti a un uomo di valore”<sup>96</sup>.

In sintesi Platone sistematizzando una concezione del corpo di subalternità e di ineducabilità tale per cui la formazione concerne esclusivamente discipline attinenti l’anima, viene ad inaugurare quella tradizione antinomica che considerando al contempo “la medicina una forma di sapere artigianale che non va confusa con il vero sapere”<sup>97</sup> decreta una antitetività tra la pedagogia e la medicina.

---

<sup>89</sup> Platone, *Fedone*, X, 65c in A. Massarenti (a cura di), *Platone. Vita, pensiero, opere scelte*, Milano, Il Sole 24 Ore S.p.a., 2006, n. 2

<sup>90</sup> Ibidem. XI, 66a-67b

<sup>91</sup> Ibidem. XXXIII, 82d-83e, in tali passi si rinviene inoltre una esplicita svalutazione della conoscenza sensibile.

<sup>92</sup> Platone, *Alcibiade*, 132c, in E.V. Maltese (a cura di) *Platone. Tutte le opere*, Roma, Newton & Compton, 2005, vol. II

<sup>93</sup> Ibidem. 130c. p. 583 dove Platone sostiene che l’anima e non “il corpo né il corpo e l’anima insieme sono l’uomo”, cosicché “rimane da concludere [...] che l’uomo o non sia nulla o, se è qualcosa, non sia altro che anima”.

<sup>94</sup> Ibidem. 132c,

<sup>95</sup> Ibidem. 131b; inoltre, per quanto riguarda la ginnastica Platone le rimprovera la sua relazione con “quel che nasce e perisce perché si preoccupa soltanto dello sviluppo del corpo e del suo deperire” Platone, *Repubblica*, VII, 521e in E.V. Maltese (a cura di) *Platone. Tutte le opere*, cit., vol IV

<sup>96</sup> Platone, *Alcibiade*, 131b

<sup>97</sup> B. Rocca, *Umanesimo postmoderno e pratica medica*, cit., p. 4

Un tale processo si rinviene anche in quella che può definirsi l'opera platonica maggiormente assimilabile ad una prospettiva medica ossia il *Timeo*. In essa, infatti, pur ritrovando argomenti di spessore medico per quanto concerne l'anatomia del corpo umano<sup>98</sup>, delle malattie<sup>99</sup> e delle cure<sup>100</sup> l'intento di Platone resta quello di riaffermare la superiorità dell'anima umana<sup>101</sup> e, a tal fine, l'attenzione data al corpo ha un'importanza decisiva nel suo impedire che il corpo sia d'ostacolo all'attività dell'anima. A tal proposito Ulmann osserva che Platone nel *Timeo* tratta della ginnastica a fini curativi e quindi medici e non educativi, solo perché “ogni formazione del corpo crea un ostacolo insuperabile all'ascesa dell'anima”<sup>102</sup>.

Considerazione analoga è possibile avanzarla per il dialogo platonico *Menone*. In esso Socrate appare quale educatore-curante dell'anima del giovane Menone, la quale, pur configurandosi come razionale e dunque immortale, non è in grado di esprimere agevolmente gli eterni veri, in quanto è ingabbiata, imprigionata nel corpo<sup>103</sup>, soggetta ai suoi bisogni e alle sue passioni. Tuttavia, ammesso che Socrate, a fronte dell'ignoranza di Menone, possa essere paragonato ad un terapeuta di fronte alla malattia, contrariamente a quanto avviene con Ippocrate che, come si è evidenziato nel paragrafo precedente, coglie la visione globale della cura, ora la rigenerazione attiene esclusivamente l'anima, così come la relazione corporea si è risolta in quella tra due menti<sup>104</sup>. In tal modo, chiosa Franco Voltaggio, “Il *Menone* segna effettivamente il momento in cui nasce la filosofia intesa come sapere superiore e distaccato da tutti gli altri, un sapere rispetto al quale la medicina,

---

<sup>98</sup> Cfr. Platone, *Timeo*, 72e-81e, in E.V. Maltese (a cura di) *Platone. Tutte le opere*, cit., vol IV

<sup>99</sup> Ibidem. 82a-86a

<sup>100</sup> Ibidem. 86b-89c

<sup>101</sup> Cfr. Ibidem. 90a. Inoltre cfr. J. Ulmann, *Ginnastica, educazione fisica e sport dall'antichità ad oggi*, cit., p. 41 “L'anima umana è incontestabilmente superiore al corpo. È questo, - sostiene Ulmann - un motivo-guida del pensiero e della pedagogia platonici”.

<sup>102</sup> J. Ulmann, *Ginnastica, educazione fisica e sport dall'antichità ad oggi*, cit., p. 45

<sup>103</sup> Sul concetto di corpo come prigioniero cfr Platone, *Fedone*, 82e; sul concetto di “soma” come tomba cfr. Platone, *Gorgia*, 493a; 525a

<sup>104</sup> Cfr. F. Voltaggio, *La medicina come scienza filosofica*, Roma-Bari, Laterza, 1998, pp. 42-45

viene progressivamente a configurarsi come un sapere particolare, il contenuto di una *techne* o arte”<sup>105</sup>.

L’antiteticità del rapporto tra pedagogia e medicina, in cui ha agito determinante l’idea della filosofia come scienza superiore in grado di sovrastare i risultati parziali e limitanti delle scienze particolari, si rinviene anche in Aristotele. Infatti, anche se la “sua concezione dell’anima non come realtà a sé ma come capacità del corpo di vivere e di funzionare a diversi livelli, è stata vista da molti come la soluzione più convincente del cosiddetto *Mind-Body Problem*”<sup>106</sup> di fatto, operando una “gerarchia tassonomica”<sup>107</sup> ripropone la netta distinzione tra filosofia e medicina anche se ritiene la seconda fondamentale per la prima. Una simile distinzione richiama sia “il concetto della superiorità del contemplare sul fare, della teoresi sulla prassi: il contemplare ha valore autonomo, il fare ha valore subordinato”<sup>108</sup> sia la considerazione per cui “se esistono due diversi generi di sostanze strutturalmente distinti, il genere soprasensibile e il genere sensibile, allora necessariamente diverse dovranno essere altresì le scienze aventi queste due diverse realtà come oggetto di indagine”<sup>109</sup>. Una tale distinzione osserva Giovanni Reale “comporterà un radicale mutamento dell’antico senso di *physis*, la quale anziché significare la totalità dell’essere, verrà ora a significare l’essere sensibile e «natura» vorrà dire prevalentemente natura sensibile”<sup>110</sup>.

Scomposta dunque la totalità dell’essere, ne consegue che “l’ottica di Aristotele collega la formazione al *bios* ma – osserva Cambi - lega questo alla specie e alla sua identità o traguardo finale (la *noesis*)”; in tal modo “svincola il soggetto dalla propria immediatezza/singolarità e lo proietta su un ordine cosmico”<sup>111</sup>. Emblematica a tal fine risulta la considerazione che Aristotele ha

---

<sup>105</sup> F. Voltaggio, *La medicina come scienza filosofica*, cit., p. 44

<sup>106</sup> E. Berti, *La rinascita di Aristotele*, in “Il Sole-24 Ore”, Domenica, 10 Dicembre 2006, n. 333, p. 41

<sup>107</sup> Cfr. F. Voltaggio, *La medicina come scienza filosofica*, cit., pp. 61-62

<sup>108</sup> A. Massarenti (a cura di), *Aristotele, Vita, pensiero, opere scelte*, Milano, Il Sole 24 Ore S.p.a., 2006, n. 3, p. 55

<sup>109</sup> *Ivi*, p. 102

<sup>110</sup> *Ibidem*

<sup>111</sup> F. Cambi, *I grandi modelli della formazione*, cit., p. 49

della ginnastica; infatti lo stagirita pur riconoscendo importanza al corpo mediante la ginnastica tanto che questa viene collocata tra le discipline educative a fianco della grammatica, della musica e del disegno<sup>112</sup>, di fatto la sua attenzione è rivolta al ruolo terapeutico che essa può svolgere: si tratta, come spiega Ulmann, di “una tecnica ordinata a fini secondari” utile “per la conservazione della salute” ma che non collabora “alla grande opera grazie alla quale la natura dell’uomo può realizzarsi a pieno [...], lo spirito ha bisogno solamente della salute e del silenzio del corpo. La sua elevazione non è parallela ad una elevazione del corpo”<sup>113</sup>. Ne consegue che la ginnastica e l’areté da essa perseguita, quella del corpo, non attiene l’educazione ma ha uno sfondo squisitamente medico, infatti, esplicita Ulmann “per Aristotele l’areté biologica ha un carattere medico”<sup>114</sup> il che spiega perché spesso pone la ginnastica sullo stesso piano della medicina<sup>115</sup>. Nella concezione aristotelica, infatti, la realizzazione della natura propria dell’uomo è compito “della parte razionale sciolta dal corpo”<sup>116</sup>; tanto che “essere uomo significa esercitare [...] il pensiero”<sup>117</sup> e ciò è quanto attiene al campo della “paideia” che dicotomicamente si distingue dal campo inerente il corpo ovvero la medicina.

Prende avvio in tal modo un’antropologia dualistica che assegnando alla sfera spirituale uno statuto privilegiato rispetto alla sfera fisica, si elevò a vero e proprio sistema metafisico che il Cristianesimo medioevale rese in buona parte proprio, rivestendolo di significati religiosi.

Infatti anche se per certi filosofi cristiani l’anima e il corpo “sarebbero uniti da un intimo nesso, essi, nel corpo, - spiega Ulmann - altro non potevano vedere che una realtà a cui Dio aveva deciso di legare quella realtà di un ordine

---

<sup>112</sup> Cfr. Aristotele, *Politico*, VIII, 2

<sup>113</sup> J. Ulmann, *Ginnastica, educazione fisica e sport dall’antichità ad oggi*, cit., p. 54

<sup>114</sup> *Ibidem*

<sup>115</sup> Cfr. Aristotele, *Etica Nicomachea*, V, 15; VI, 13

<sup>116</sup> R.A. Gauthier, *La morale d’Aristotele*, citato in J. Ulmann, *Ginnastica, educazione fisica e sport dall’antichità ad oggi*, cit., p. 54

<sup>117</sup> *Ibidem*

del tutto diverso che è l'anima"<sup>118</sup>. Il corpo viene così considerato non più come per Galeno, pur nel suo riduzionismo a realtà fisico-naturalistico, un insieme ordinato di parti<sup>119</sup>, ma principio di una possibile corruzione dell'anima in grado di condizionare la stessa identità dell'uomo: questi, pur dotato di anima immortale, non è protetto dall'abiezione del corpo.

Una tale concezione ebbe ripercussioni tanto in ambito medico quanto in quello educativo riproponendone, al contempo un'antitetività di rapporti fondata su una antinomica subordinazione dell'azione medica ai valori cristiani da una parte e su una totale assenza di attenzione all'educabilità del corpo in ambito pedagogico dall'altra.

In un totale disinteresse per il corporeo, durante il periodo medioevale, infatti “non si distingueva tra una inferiore salute cui ambire e una superiore salvezza cui aspirare. Il termine *salus* – spiega Cosmacini - esprimeva l'una e l'altra"<sup>120</sup> cioè a dire non esisteva salute o meglio “salvezza” che non fosse quella dell'anima<sup>121</sup>; la stessa idea di malattia, concepita intrinseca alla costituzione interna dell'individuo, divenne una sorta di denuncia che il corpo poneva a se stesso. Così “nell'ambito cristiano, - commenta Mirko Grmek - l'*infirmitas*, la diminuita capacità sociale vissuta dal malato e percepita da quelli che li circondano, diventa per il primo una prova morale e per i secondi un'occasione per esercitare le loro virtù. Opposta alla *sanitas*, l'*infirmitas* è nondimeno una via verso la *salus*”<sup>122</sup>.

---

<sup>118</sup> J. Ulmann, *Ginnastica, educazione fisica e sport dall'antichità ad oggi*, cit., p. 149. Per una analisi più dettagliata sul tema della mortificazione del corpo nel Cristianesimo cfr. G. Refrigeri, *Scienza e pedagogia dell'educazione fisica*, cit., pp. 24-32.

<sup>119</sup> Galeno sostiene che ogni parte del corpo è strutturata in modo preciso per svolgere una determinata funzione e tutte le parti sono correlate tra loro per rendere possibile il sistema vivente. Una tale trattazione, scrive lo stesso Galeno, “non sarà dunque utile solo al medico, ma molto più che al medico al filosofo che si sforza di acquistare la conoscenza di tutta la natura”. Galeno, *L'utilità delle parti*, citato in F. Voltaggio, *La medicina come scienza filosofica*, cit., p. 74

<sup>120</sup> G. Cosmacini, *La professione della cura: ieri, oggi, domani*, cit., p. 39

<sup>121</sup> “I malati – osserva Cosmacini - venivano curati ‘genericamente’, come ‘genere’ umano, meno per quel che erano che per quel che rappresentavano (la carne piagata del loro Redentore)”. G. Cosmacini, *La professione della cura: ieri, oggi, domani*, cit., p. 39

<sup>122</sup> M.D. Grmek, *Il concetto di malattia*, in M.D. Grmek (a cura di), *Storia del pensiero medico occidentale. Antichità e Medioevo*, cit., p. 345

In sintesi, al di là alcuni interdetti precisi, come il divieto di operare la dissezione dei cadaveri umani<sup>123</sup>, ciò che interessava non era la salute del corpo ma la salvezza dell'anima<sup>124</sup>. L'azione medica occupandosi del corpo risultava pertanto antinomicamente subordinata ai valori avanzati dal cristianesimo medioevale, nonché antitetica rispetto all'azione pedagogica completamente centrata sull'educazione delle facoltà mentali dell'uomo.

A tal riguardo Ulmann nota che “per quanto nel Medioevo i giuochi e gli esercizi fisici fossero assai diffusi [...] essi nulla avevano a che fare con l'educazione e la scuola”<sup>125</sup>; per i “magisteri del medioevo” infatti, “l'educazione - commenta ulteriormente Ulmann - riguardava l'anima, la mente e non aveva nulla a che fare col corpo”<sup>126</sup>. Erano dunque visuali religiose a stabilirne non solo l'orientamento generale ma quasi a definirla: “l'educazione voleva indicare soltanto l'insieme dei mezzi grazie al quale l'anima può innalzarsi verso la vita cristiana”<sup>127</sup>.

La svalutazione del corpo quale matrice di un rapporto antitetico tra la pedagogia e la medicina, si protrasse anche per tutto l'Umanesimo ed il Rinascimento in cui pur riscontrando teorizzazioni pedagogiche contemplanti un certo interesse per la salute del corpo<sup>128</sup>, di fatto sono riconducibili, come evidenzia Ulmann, al riconoscimento del ruolo che “il corpo ha per l'anima [...] può accrescerne o indebolirne le capacità intellettuali, può favorirne o pregiudicarne l'equilibrio morale”<sup>129</sup>.

In un rapporto antitetico il corpo quale oggetto mistificato e dicotomizzato, viene quindi a configurarsi come ambito di esclusiva pertinenza

---

<sup>123</sup> Cfr. G. Refrigeri, *Scienza e pedagogia dell'educazione fisica*, cit., p. 35. La “negazione dell'autopsia e dell'intervento chirurgico, visti entrambi come manomissioni sul corpo” possono intendersi quale espressione di una totale caduta di interesse per ogni tipo di studio e ricerca sul corpo.

<sup>124</sup> Cfr. F. Voltaggio, *La medicina come scienza filosofica*, cit., pp. 85-88

<sup>125</sup> J. Ulmann, *Ginnastica, educazione fisica e sport dall'antichità ad oggi*, cit., p.87

<sup>126</sup> *Ivi*, p.137

<sup>127</sup> *Ivi*, p. 158

<sup>128</sup> Un esempio è Vittorino da Feltre per cui “occorre badare alla salute del corpo non meno che a quella della mente e provvedere al mantenimento della prima mediante sane norme di vita ed esercizi ginnastici”. Cfr. J. Ulmann, *Ginnastica, educazione fisica e sport dall'antichità ad oggi*, cit., p. 139

<sup>129</sup> *Ivi*, p. 144

medico-scientifica; l'educazione infatti, attiene altri ambiti e contesti, cioè a dire, osserva Refrigeri, “fino al Rinascimento la pedagogia si è occupata dell'educazione delle facoltà *nobili* dell'uomo, viceversa, a quelle necessarie all'agire manuale, non soltanto è rimasta estranea, ma addirittura ne ha escluso finanche la valenza educativa”<sup>130</sup>.

Il processo di emancipazione scientifica avviatosi nel periodo rinascimentale per cui lo studio dell'uomo e del suo corpo si affranca da concezioni metafisico-teologiche per poggiare su basi scientifico-sperimentali, non venne a modificare né la concezione svalutante dell'ineducabilità del corpo né conseguentemente il rapporto antitetico tra la pedagogia e la medicina. Infatti, come spiega Refrigeri “mentre si instaurò la concezione della *conoscibilità* del non razionale e del corporeo, essendo essi parte della natura, non si affermò quella della loro *educabilità*” la quale “rimase ancora una prerogativa esclusiva dell'anima e della mente”<sup>131</sup>.

Ad una tale visione parcellizzante e antinomica del sapere le osservazioni di Cartesio offrirono una solida base di riferimento concettuale tanto da prospettare anche una giustificazione teorica. Come ha infatti osservato Franco Voltaggio “dal metodo, Descartes ricava una serie di inferenze, che gli consentono di costruire un vero e proprio sistema dell'uomo e del mondo. [...] una, quella affermare la netta separazione tra *res cogitans* e *res extensa*, implica conseguenze per la scienza della vita”<sup>132</sup> tra cui una sistematizzazione non solo degli animali ritenuti privi di anima nella *res extensa*, ma anche dello stesso corpo umano che, sebbene non più considerato strumento dell'anima, in quanto realtà fisico-naturalistica non poteva essere oggetto di educazione.

Così la radicalizzazione della scissione tra *res cogitans* e *res extensa* ha generato un'ulteriore indipendenza dei settori pedagogico e medico in cui “la mente è concepita come una realtà sottratta a qualsiasi influenza della fisicità, mentre il corpo è asservito alle leggi della natura in quanto oggetto tra gli

---

<sup>130</sup> G. Refrigeri, *Scienza e pedagogia dell'educazione fisica*, cit., p. 48

<sup>131</sup> *Ivi*, p. 36

<sup>132</sup> F. Voltaggio, *La medicina come scienza filosofica*, cit., pp. 120-121

oggetti”<sup>133</sup>. In una simile concezione del corpo, secondo Vanna Iori, di un “*corpo senza intelletto, che non sa, non pensa*”<sup>134</sup> la medicina ha potuto renderlo proprio esclusivo ambito d’indagine poiché ha potuto analizzarlo “*come natura, senza essere concepito come soggetto vivente e vissuto*”<sup>135</sup>.

Di conseguenza “l’errore di Cartesio – argomenta Galimberti riferendosi al dualismo *res cogitans* e *res extensa* - si è rivelato fruttuoso in quanto ha consentito alla medicina di diventare se stessa e nello stesso tempo disastroso per quanto riguarda la comprensione dei corpi umani”<sup>136</sup>.

In un consolidamento dell’antiteticità tra pedagogia e medicina, “Cartesio - prosegue ironicamente Galimberti - ha compiuto un’operazione geniale. Non potendo noi avanzare scientificamente altro che nell’ordine [...] dell’estensione, dobbiamo ridurre il corpo a organismo, a sommatoria di organi. Dobbiamo cioè rivoluzionare l’idea di ‘corpo’ e considerare il corpo come una *cosa* invece che come un soggetto che esplora il mondo, che interagisce, che si relaziona. Infatti solo come cosa il corpo è sperimentabile, indagabile, curabile: la scienza nasce attraverso questa riduzione del corpo a organismo”<sup>137</sup>. Parallelamente e in una formulazione dicotomica, il prevalere del mentalismo riepilogabile nella formula del “*cogito ergo sum*” cartesiano e, più precisamente, l’esaltazione della sostanziale superiorità del mentale quale unica destinataria di educazione, secondo Capra ha incoraggiato “gli individui dell’Occidente a identificare la loro identità con la loro mente razionale piuttosto che col loro intero organismo”<sup>138</sup>. È evidente come una simile prospettiva dicotomica, oltre a fissare una scissura ontologica fra la mente e il

---

<sup>133</sup> V. Iori, *Dal corpo cosa al corpo progetto*, in L. Balduzzi (a cura di), *Voci del corpo. Prospettive pedagogiche e didattiche*, cit., p. 3

<sup>134</sup> *Ibidem*

<sup>135</sup> *Ibidem*

<sup>136</sup> E. Boncinelli, U. Galimberti, G.M. Pace, *E ora? La dimensione umana e le sfide della scienza*, cit., p. 43

<sup>137</sup> *Ivi*, p. 42

<sup>138</sup> F. Capra, *Il punto di svolta. Scienza, società e cultura emergente*, cit., p. 36

corpo, incoraggiando “un dualismo epistemico”<sup>139</sup> sancisce anche un rapporto antitetico tra la pedagogia e la medicina<sup>140</sup>.

Tale aspetto emerge con maggiore evidenza prendendo in considerazione la visione meccanicistica avanzata da Cartesio con cui si venne ad imporre l’idea del corpo umano quale automa dai fenomeni e moti spiegabili e analizzabili con le leggi della meccanica<sup>141</sup>. A tal riguardo il filosofo scrive: “Io considero il corpo umano una macchina”<sup>142</sup>. Enuncia così una teoria complessiva della “macchina” corpo di cui è importante rilevarne il meccanicismo radicale con cui egli descrive il corpo umano assimilato in tutto e per tutto a una macchina, come si evince dalle seguenti espressioni: “Si possono paragonare molto bene i nervi della macchina che vi descrivo ai tubi delle macchine di queste fontane, i muscoli e i tendini agli altri vari congegni e strumenti che servono a muoverle”<sup>143</sup>.

Va peraltro osservato che per Cartesio tale meccanicismo radicale non è in conflitto con la spiritualità dell’uomo; anzi viene a risaltare la distinzione tra spiritualismo dell’anima pensante e meccanicismo della materia corporea. Infatti proseguendo nella trattazione, scrive: “Quando l’anima ragionevole sarà in questa macchina, avrà la sua sede principale nel cervello e sarà come un idraulico”<sup>144</sup>. In una tale prospettiva, come evidenzia Bottero, “il corpo-macchina non è considerato parte integrante della soggettività, di cui si

---

<sup>139</sup> Cfr. S. Nannini, *L’anima e il corpo. Un’introduzione storica alla filosofia della mente*, Roma-Bari, Laterza, 2002, p. 25

<sup>140</sup> “In Cartesio sembra essere un fatto del tutto ovvio – spiega Gerhard Rudolph – che anche la medicina si trovi in stretto rapporto con la fisica, ed egli cita infatti la medicina accanto alle arte meccaniche” G. Rudolph, *La misurazione e l’esperimento*, in M.D. Grmek (a cura di), *Storia del pensiero medico occidentale. Dal Rinascimento all’inizio dell’Ottocento*, vol. II, Roma-Bari, Laterza, 1996, p. 95

<sup>141</sup> Cartesio illustra il proprio sistema in un’opera giovanile (1632, pubblicato postumo 1662) *Traité de l’homme*, nel quale immagina il corpo umano come una macchina composta di macchine più piccole e tutte perfettamente funzionanti secondo leggi razionali e matematiche. Fondandosi esclusivamente sull’interpretazione meccanica del funzionamento degli organi, per Cartesio la macchina era l’unico modo per spiegare i fenomeni del mondo vivente, Cfr., AA.VV., *Filosofia: i testi, la storia. Dall’umanesimo all’illuminismo*, vol II, Torino, SEI, 1992, pp. 235-237.

<sup>142</sup> R. Descartes, *Traité de l’homme*, citato in F. Capra, *Il punto di svolta. Scienza, società e cultura emergente*, cit., p. 54

<sup>143</sup> Cartesio, *Trattato sull’uomo*, XI, 130-131, in AA.VV., *Filosofia: i testi, la storia. Dall’umanesimo all’illuminismo*, cit., p. 235

<sup>144</sup> *Ibidem*

occupano le metodologie educative e le didattiche. Esso deve piuttosto garantire, in quanto macchina, di funzionare bene in tutti i suoi ingranaggi”<sup>145</sup>. Distinti e antitetici si presentano dunque l’ambito educativo attinente al mentale e l’ambito medico concernente il corporeo che al pari di un ingranaggio meccanico richiede per Cartesio un’azione di riparazione e non di educazione. Infatti egli stesso ebbe a precisare: “Il mio pensiero [...] mette a confronto un uomo malato e un orologio mal costruito con la mia idea di un uomo sano e di un orologio ben costruito”<sup>146</sup>. In una tale concezione meccanicistica del corporeo e mentalistica dell’educazione emerge in maniera evidente l’antiteticità tra la pedagogia e la medicina.

La visione meccanicistica del corpo caratterizzante il sistema cartesiano trovò un’esplicitazione scientifica nell’opera di alcuni ricercatori che presero a verificarne le ipotesi mediante esperimenti medici. Tra questi Giovanni Alfonso Borelli diede origine alla cosiddetta corrente di studi iatromeccanica con cui il “corpo smontato e analizzato come i componenti di una macchina”<sup>147</sup> veniva spiegato, nel suo funzionamento, con le leggi della meccanica e dell’idraulica.

In una forte riduzione del corpo vivente e delle sue eventuali disfunzioni a macchina analizzabile in termini di moti e cadute, leve e pesi, gravità e dinamica dei fluidi, Borelli nel *De motu animalium* propone, dunque, l’azione dei muscoli in termini meccanicistici<sup>148</sup> ed assimila la malattia a una sorta di guasto meccanico e la morte al collasso o punto di rottura di una macchina<sup>149</sup>.

---

<sup>145</sup> E. Bottero, *Sapere del corpo e prospettive didattiche*, in L. Balduzzi (a cura di), *Voci del corpo. Prospettive pedagogiche e didattiche*, cit., p. 19

<sup>146</sup> R. Descartes, *Traité de l’homme*, citato in F. Capra, *Il punto di svolta. Scienza, società e cultura emergente*, cit., p. 54

<sup>147</sup> B. Rocca, B. Ferruccio, *La ricerca indipendente*, in “La Ca’Granda” anno XLV, n. 2/2004, p. 8

<sup>148</sup> Alfonso Borelli dimostra che le azioni reciproche tra osso, tendine e muscolo, possono essere ridotte ad un sistema meccanico di pesi e contrappesi per cui le ossa sono leve ed i muscoli sono una specie di corde che azionano queste leve. Grazie a queste tecniche Borelli spiegava tutte le funzioni del corpo umano ma anche di tutti gli animali. Cfr. M.D. Grmek, R. Bernabeo, *La macchina del corpo*, in M.D. Grmek (a cura di), *Storia del pensiero medico occidentale. Dal Rinascimento all’inizio dell’Ottocento*, cit., pp. 29-32

<sup>149</sup> Cfr. F. Voltaggio, *La medicina come scienza filosofica*, cit., pp. 123-124

Baglivi giunse persino a paragonare “i denti alle forbici, lo stomaco a una bottiglia, le vene e le arterie a tubi idraulici, il cuore allo stantuffo di una pompa, le viscere a setacci, il torace ad un mantice”<sup>150</sup> e, in una formulazione estrema La Mettrie<sup>151</sup> nel trattato *L'uomo macchina* risolse il dualismo cartesiano comparando l'organismo umano, compresa la mente, a un complesso orologio: “Non mi inganno: il corpo umano è un orologio”<sup>152</sup>. In una tale concezione dell'uomo-macchina, quale “modello concettuale che può essere concepito come una forma di materialismo del corporeo [...] deviante sul piano scientifico e pedagogico”<sup>153</sup> il corpo viene a rappresentare un oggetto di riparazione e non certo di educazione; infatti anche in questo caso ed in forma più esplicita, distinti rimangono i settori dell'educativo e del medico, antitetici si configurano i rapporti tra la pedagogia e la medicina.

La visione meccanicistica e dualistica dell'uomo coincidente con una dicotomia del sapere medico-educativo fu spinta a maggiore e ulteriore consapevolezza scientifica dal processo di naturalizzazione dell'uomo ad opera dei sistematici delle scienze naturali, dalla diffusione del paradigma anatomico-patologico e dalla nascita della clinica.

In un processo di naturalizzazione dell'uomo di cui il naturalista e medico svedese Carl von Linné (Linneo) può ritenersene il fondatore tramite la sua opera di classificazione degli esseri viventi<sup>154</sup>, il corpo umano concepito analogo ai tanti oggetti del mondo minerale, vegetale ed animale si presenta quale realtà da conoscere da parte delle scienze fisiche e biologiche, da curare da parte di quelle mediche, ma non una dimensione da educare; così il corporeo rimane estraneo al settore pedagogico.

Medesima concezione, seppur da una prospettiva diversa, viene suffragata dal paradigma anatomico-patologico sviluppatosi in ambito medico.

---

<sup>150</sup> J. Ulmann, *Ginnastica, educazione fisica e sport dall'antichità ad oggi*, cit., p. 114

<sup>151</sup> Cfr. AA.VV. *Filosofia: i testi, la storia. Dall'umanesimo all'illuminismo*, cit., pp. 514-515

<sup>152</sup> J. Offray de La Mettrie, *L'uomo macchina*, citato in F. Capra, *Il punto di svolta. Scienza, società e cultura emergente*, cit., p. 92

<sup>153</sup> G. Refrigeri, *Scienza e pedagogia dell'educazione fisica*, cit., p. 37

<sup>154</sup> Cfr. Linneo, *Sistema naturae*, citato in M.D. Grmek (a cura di), *Storia del pensiero medico occidentale. Dal Rinascimento all'inizio dell'Ottocento*, cit., p. 279.

Infatti, la medicina considerando e guardando il corpo umano solo in quanto “sede di alterazioni potenziali o in atto”<sup>155</sup> e identificatasi con la “patologia, vale a dire come scienza delle malattie”<sup>156</sup>, attua un ulteriore riduzionismo del corpo e parallelamente una più esplicita antitetività tra i settori pedagogico e medico. Infatti si viene a realizzare un processo per cui ad una tale svalutazione del corpo viene a corrispondere in maniera inversamente proporzionale un accrescimento del dominio medico sul corporeo escludente di conseguenza l’educativo e che individua nella malattia “un modo per conoscere la natura dell’uomo”<sup>157</sup> assurgendolo a prospettiva unicamente valida. In un simile contesto, in una sorta di archeologia, commenta Voltaggio “il corpo sottoposto ad autopsia è come una necropoli fatta oggetto di scavi”<sup>158</sup>.

A partire dagli inizi dell’Ottocento, con la nascita della clinica<sup>159</sup>, il processo di svalutazione non investe solo il singolo corpo ma si estende al vissuto dell’uomo malato. Personificata la malattia, “l’occhio del medico” si rende sempre più distaccato nei confronti del malato, ridotto alla condizione di “materiale clinico”. In tale condizione il corpo viene oggettivato, conosciuto a partire dalla sua mortificazione, cadaverizzazione. Come evidenzia Foucault il corpo esibisce la sua verità dall’angolazione della morte la quale “diviene, paradossalmente, e per il suo effetto di interruzione temporale, lo strumento che consente di integrare la durata della malattia allo spazio immobile del corpo sezionato. La vita, la malattia e la morte costituiscono ora una trinità tecnica e concettuale”<sup>160</sup>; “lo sguardo medico troverà ormai sostegno su questo grande esempio. Non è più lo sguardo di un occhio vivo, ma lo sguardo di un occhio che ha visto la morte. Grande occhio bianco che scioglie la vita”<sup>161</sup>.

Questo potere clinico accompagnato dallo sviluppo della chirurgia, della eziologia, della microbiologia e influenzato dalla teoria darwiniana

---

<sup>155</sup> F. Voltaggio, *La medicina come scienza filosofica*, cit., p. 130

<sup>156</sup> *Ibidem*

<sup>157</sup> *Ibidem*

<sup>158</sup> *Ivi*, p. 132

<sup>159</sup> Cfr. M. Foucault, *La nascita della clinica. Un’archeologia dello sguardo medico*, Torino, Einaudi, 1969

<sup>160</sup> *Ivi*, p. 157

<sup>161</sup> *Ivi*, p. 158

dell'evoluzionismo biologico e le scoperte in campo fisico e chimico sui virus e i batteri finì per decretare il primato della medicina nella società come fondamento del patologico e del normale.

Nel corso della tradizione occidentale non solo quindi si venne a consolidare una visione riduzionistica del corporeo dualisticamente opposto al mentale, ma si giunse anche a stabilizzare, in un rapporto antitetico tra la pedagogia e la medicina, il dominio scientifico della medicina sul corporeo. Anzi tale dominio si venne a consolidare a tal punto che la medicina pervenne talora persino ad invadere, mediante l'igiene, l'anatomia e la fisiologia, l'ambito pedagogico teorizzandone gli orientamenti educativi. Infatti il corporeo, “incluso nel mondo naturale, fu studiato e concepito come settore delle scienze naturali e, - argomenta Refrigeri - semmai avesse dovuto essere insegnato, avrebbe dovuto esserlo come una realtà naturale”<sup>162</sup>.

Un ulteriore aspetto che, dunque, emerge e viene a qualificare antitetico il rapporto tra pedagogia e medicina, comunque connesso e collaterale alla svalutazione del corpo e alla sua ineducabilità, consiste nella prevaricazione del medico sull'educativo ovvero nella riduzione dell'educativo ad aspetti e considerazioni mediche.

Una simile prospettiva si rinviene già in Galeno allorché si delinea un rapporto di subordinazione del pedotriba<sup>163</sup> rispetto al medico. Così in un “rapporto disciplinare asimmetrico” tra pedagogia e medicina, “anche il maestro di ginnastica (il pedotriba) – commenta Refrigeri - finì nella stessa posizione rispetto al medico, finì per essere un collaboratore di esso”<sup>164</sup>.

Infatti l'intento di Galeno nel *Trasibulo*, spiega Ulmann, è quello di “rivendicare la ginnastica per la medicina e di sottrarla all'incompetenza del pedotriba”<sup>165</sup> il quale “diviene uno degli specialisti incaricati di applicare le prescrizioni mediche”<sup>166</sup>. Anche l'esercizio corporeo viene privato di ogni

---

<sup>162</sup> G. Refrigeri, *Scienza e pedagogia dell'educazione fisica*, cit., p. 37

<sup>163</sup> Sulla distinzione tra pedotriba e ginnasta cfr. J. Ulmann, *Ginnastica, educazione fisica e sport dall'antichità ad oggi*, cit., nota 82, p. 33

<sup>164</sup> G. Refrigeri, *La laurea in scienze corporee*, cit., p. 95

<sup>165</sup> J. Ulmann, *Ginnastica, educazione fisica e sport dall'antichità ad oggi*, cit., p. 57

<sup>166</sup> *Ivi*, p. 58

significazione educativa; di conseguenza, considerato nella sua dimensione e finalità mediche, “soltanto il medico sarà in grado di stabilire quali esercizi convengono meglio all’uno o all’altro individuo”<sup>167</sup>.

In tal modo “Galeno incorpora la ginnastica nella medicina presentandola soprattutto come una forma preventiva e igienica di essa”<sup>168</sup>, aspetto questo che si ripropone con Mercuriale<sup>169</sup> e con i medici della cosiddetta “ginnastica medica”<sup>170</sup>, tra cui Francis Fuller che ispirandosi a Baglivi, propone una ginnastica igienica e terapeutica<sup>171</sup>, Andry de Boisregard che ha creato una ginnastica chirurgica o ortopedia<sup>172</sup> e Clement-Joseph Tissot di cui emblematica risulta l’espressione: “La ginnastica è quella parte della medicina che insegna il modo di conservare o di ristabilire la salute mediante la pratica di esercizi”<sup>173</sup>. Una simile definizione, commenta Ulmann, “va ad escludere la tendenza [...] di ridurre la ginnastica ad un aspetto dell’educazione”<sup>174</sup>.

Stessa tendenza di fondare il discorso educativo su considerazioni mediche si rinviene nelle cosiddette “ginnastiche positive”<sup>175</sup>; basti ricordare Ling che pur contribuendo all’affermazione dell’educazione fisica tanto da poter esserne considerato il fondatore teorico, ne individua i fondamenti scientifici nell’anatomia: per lui “la ginnastica può realizzare il suo fine solamente a condizione di basarsi sull’anatomia”<sup>176</sup>; e Demeny che propone una ginnastica ispirata alla fisiologia<sup>177</sup>.

In sintesi pur venendosi a riconoscere nel corso della tradizione occidentale l’importanza del movimento del corpo, questa rimase prerogativa

---

<sup>167</sup> J. Ulmann, *Ginnastica, educazione fisica e sport dall’antichità ad oggi*, cit., p. 66

<sup>168</sup> *Ivi*, p. 67. Per una trattazione esaustiva sul “predominio della medicina sulla ginnastica” cfr. G. Refrigeri, *Scienza e pedagogia dell’educazione fisica*, cit., pp. 50-62

<sup>169</sup> Cfr. J. Ulmann, *Ginnastica, educazione fisica e sport dall’antichità ad oggi*, cit., pp. 93-103

<sup>170</sup> *Ivi*, pp. 117-125

<sup>171</sup> *Ivi*, pp. 118-120

<sup>172</sup> L’ortopedia “non mira come la ginnastica tradizionale, ad assicurare la salute o ad eliminare le malattie, bensì a rettificare «deformità incipienti del corpo»”. J. Ulmann, *Ginnastica, educazione fisica e sport dall’antichità ad oggi*, cit., p. 123

<sup>173</sup> C.J. Tissot, *Ginnastica medico chirurgica o sia saggio sull’utilità del moto*” citato in J. Ulmann, *Ginnastica, educazione fisica e sport dall’antichità ad oggi*, cit., p. 122

<sup>174</sup> J. Ulmann, *Ginnastica, educazione fisica e sport dall’antichità ad oggi*, cit., p. 122

<sup>175</sup> *Ivi*, pp. 271-280

<sup>176</sup> *Ivi*, p. 272

<sup>177</sup> *Ivi*, pp. 275-280

di insegnamento dell'ambito medico, cioè a dire alla medicina venne attribuita l'esclusività scientifica nelle sue espressioni disciplinari dell'anatomia e della fisiologia.

Anche secondo Cartesio l'educazione non può non fare appello alla medicina, così in una esplicita prevaricazione del medico sul pedagogico, sostiene: “se è possibile trovare qualche mezzo per rendere, in genere, gli uomini più saggi e abili di quanto lo siano stati finora, credo che bisognerà cercarlo nella medicina”<sup>178</sup>. Si è già evidenziato come Cartesio, descrivendo gli organismi viventi come sistemi meccanici, fornisca una cornice concettuale rigorosa per le successive ricerche in fisiologia, soprattutto per i cosiddetti iatromeccanici.

Ciò che qui interessa evidenziare è che tale concezione meccanicistica del corpo incide sul costituirsi di un rapporto antitetico tra la medicina e la pedagogia laddove consente una riduzione dell'educazione alla fisiologia. È questo il caso del medico Verdier<sup>179</sup> il quale, al pari di Cartesio, ritiene che la meccanica del corpo sia il fondamento “di ogni educazione e di ogni morale pratica” anzi “per lui – nota Ulmann- l'educazione non si distingue dalla medicina: solo certe circostanze storiche hanno separato l'una dall'altra”<sup>180</sup>.

Così Verdier propone di riunirle in un'unica scienza della natura umana, la fisiologia, nella convinzione che riuscendo ad individuare esattamente l'azione dei fattori fisici sulla formazione umana sarebbe stato possibile influire anche su di essi. In tal senso per Verdier è la fisiologia che rende possibile l'educazione con l'indicare i fattori capaci di mutare la natura umana e essa solo fornirà anche il mezzo per dominare questi fattori. In definitiva, pur nel tentativo di riunificare il sapere medico ed educativo, nel chiedere

---

<sup>178</sup> R. Descartes, *Discorso sul metodo*, citato in J. Ulmann, *Ginnastica, educazione fisica e sport dall'antichità ad oggi*, cit., p. 212

<sup>179</sup> Medico razionalista della seconda metà del XVIII secolo, sostenitore della credenza illuministica in un progresso indefinito e controllabile da parte dell'uomo, applicò tali concezioni nella sua «Casa dell'Educazione» in cui da medico ed educatore esercitò una ginnastica ortopedica, basata su una concezione iatromeccanica dei movimenti muscolari, quale mezzo educativo in grado di permettere la realizzazione di quella idea di perfettibilità su cui fondava tutta la sua concezione educativa. Cfr. J. Ulmann, *Ginnastica, educazione fisica e sport dall'antichità ad oggi*, cit., pp. 212-218

<sup>180</sup> *Ivi*, p. 212

all'anatomia e alla fisiologia i mezzi per assicurare la salute e l'educazione dell'uomo tramite una ginnastica ortopedica, Verdier si rende portavoce di un rapporto antitetico tra la medicina e la pedagogia in cui è evidente il predominio della prima nel settore educativo.

Diversa non fu la tendenza positivista, la quale con maggiore energia e minore modestia rivendica il diritto della scienza medica di legiferare nel dominio dell'educazione non meno che in ogni altro dominio. Infatti, come evidenzia Giovanni Genovesi “il positivismo fonda l'educazione sull'antropologia, sulla psicologia, sulla biologia, sulla fisiologia, sulla medicina, [...] tutto il discorso educativo è affrontato in termini di razionalizzazione secondo regole e modalità tecnico-scintifiche”<sup>181</sup>. Dunque, “sebbene non sia da sottovalutare il contributo innovativo offerto dai positivisti al discorso educativo, essi – osserva ulteriormente Genovesi - [...] finirono per invischiarsi negli ingranaggi di un meccanicismo tradizionale”<sup>182</sup>.

In particolare, l'antiteticità del rapporto tra la pedagogia e la medicina da cogliere nella dimensione di una riduzione dell'educativo ad aspetti e considerazioni mediche, si rinviene durante il periodo positivista allorché “la medicina, attraverso le sue ancelle, l'igiene e la fisiologia, passando per gli ospedali e i laboratori, invade i circuiti scolastici, provocando una medicalizzazione degli stessi in una spinta ideale al risanamento fisico e morale di tutta la società”<sup>183</sup>. La medicina viene dunque ad assumere “il ruolo a un tempo di enunciatrice di fatti, leggi, teorie e di elaboratrice di valori, norme comportamentali e scelte ideologiche”<sup>184</sup>. Si tratta di una funzione regolativa fondamentalmente pedagogica. Tuttavia la medicina forte delle scoperte della fisiologia, nel chiarire la normalità di una funzione o di una struttura organica e nel definirne anche le degenerazioni patologiche, venne a fissare, in modo

---

<sup>181</sup> L. Bellatalla, G. Genovesi, *Storia della pedagogia. Questioni di metodo e momenti paradigmatici*, Firenze, Le Monnier, 2006, p. 209

<sup>182</sup> *Ivi*, p. 211

<sup>183</sup> *Ivi*, p. 237

<sup>184</sup> *Ivi*, p. 239

prevaricante rispetto al pedagogico, determinati atteggiamenti verso il corpo, la salute, l'igiene e a censurare altri, attraverso valori e valutazioni.

Conseguenzialmente, l'educabilità del corporeo prese il suo avvio ma, reso dominio medico e, soprattutto, prospettato in forma antitetica rispetto all'educativo, si venne a configurare come disciplinamento fisiologico, condizionamento esistenziale, addestramento ma non educazione. Infatti “al di là della medicina, - osserva Refrigeri - la sensitività, la volitività, la passionalità, la sessualità, ancora una volta rimasero relegate nel dominio dell'illusorio, dell'ingannevole non degno di essere insegnato”<sup>185</sup>.

### 1.3. La reciprocità: igiene e benessere

Nella tradizione occidentale si rinviene, infine, pur se debole, un rapporto reciproco tra la pedagogia e la medicina: esso si fonda su una sorta di attenzione data alla cura del corpo con finalità igieniche e in vista del benessere nonché di uno sviluppo integrale della personalità, sia da parte di medici che di pedagogisti.

Aspetto preliminare da precisare ai fini del presente discorso, è che le suddette finalità igieniche, intese come ricerca dello stato di salute psico-fisica, non vengono perseguite prospettando forme terapeutiche bensì educative, ossia mediante interventi che tendono a “formare per prevenire il male, a formare un *habitus*, un tenore di vita che eviti l'insorgenza della malattia”<sup>186</sup>. Ciò viene reso possibile soprattutto mediante una valorizzazione del corpo ovvero uno sviluppo integrale della personalità “ponendo il corpo al centro di esso e non sacrificando alcuna delle dimensioni della vita soggettiva a vantaggio di altre”<sup>187</sup>.

Posta la questione in questi termini, già nel XVI secolo, è possibile rinvenire posizioni che, impennate su una concezione educativa che trae i

---

<sup>185</sup> G. Refrigeri, *Scienza e pedagogia dell'educazione fisica*, cit., p. 38

<sup>186</sup> *Ibidem* p. 90. “L'intervento terapeutico - precisa Refrigeri - [...] rimane distinto dall'educazione. Si tratta di forme di intervento successive all'insorgenza patologica, messa in atto esclusivamente per riparare un male già annidato nell'organismo”. *Ibidem*

<sup>187</sup> *Ivi*, p. 169

propri principi da una filosofia della natura<sup>188</sup>, consentono di cogliere l'instaurarsi di una pur iniziale reciprocità di intenti tra la pedagogia e la medicina.

In un tale orientamento si inserisce l'azione del medico francese François Rabelais il quale, valorizzando nell'opera *Gargantua e Pantagruel* l'educazione “del corpo e dei sensi” quali “vie principali della conoscenza”<sup>189</sup> nonché dimensione fondamentale nella realizzazione dello sviluppo dell'uomo, pone in una reciprocità di contributi, seppur in forma appena accennata, la scienza medica e quella pedagogica. In particolare egli rivolge attenzione al corpo non solo e non tanto da medico<sup>190</sup> quanto e al contempo, da educatore che, in un approccio di filosofia della natura, consente di prospettare come integrali salute del corpo ed educazione. In tal senso Rabelais, nota Ulmann “non solo giustifica una ginnastica educativa ma rende anche conto di una ginnastica medica”<sup>191</sup>. Ciò è reso possibile dalla considerazione che “l'eccellenza del corpo e dell'educazione corporea non derivano, per lui, dal fatto del loro essere al servizio dell'anima [...]. Derivano invece dall'eccellenza di una natura della quale il corpo è un'espressione allo stesso titolo dell'anima”<sup>192</sup>. Da un punto di vista pedagogico, in una reciprocità di propositi educativi e medici “il metodo educativo del gigante Gargantua può essere considerato eccellente per l'armonia dell'istruzione con l'attività fisica, dell'igiene della mente – lezioni delle cose, varietà degli insegnamenti, esercizio razionale della memoria – con l'igiene del corpo”<sup>193</sup>.

---

<sup>188</sup> “La filosofia della natura – sostiene Jacques Ulmann – è intrinsecamente orientata verso una educazione concepita come la realizzazione dell'essenza dell'uomo [...] lo sviluppo dell'uomo preso nel suo complesso: anima e corpo. La natura non dà all'anima una posizione privilegiata. Anche nel corpo essa si manifesta tutta intera”. J. Ulmann, *Ginnastica, educazione fisica e sport dall'antichità ad oggi*, cit., p. 166

<sup>189</sup> L. Bellatalla, G. Genovesi, *Storia della pedagogia. Questioni di metodo e momenti paradigmatici*, cit., p. 99

<sup>190</sup> Sulle concezioni medico-biologiche cfr. F. Rabelais, *Gargantua e Pantagruel*, Firenze, Sansoni, 1980, III libro, cap. IV

<sup>191</sup> J. Ulmann, *Ginnastica, educazione fisica e sport dall'antichità ad oggi*, cit., p. 169

<sup>192</sup> *Ivi*, p. 170

<sup>193</sup> O. Trozzi, *Medicina e pedagogia. Lineamenti di educazione integrale dall'antichità all'età moderna*, cit., p. 176

Molto più esplicita nell'evidenziare una reciprocità tra la pedagogia e la medicina, anche se scettico verso quest'ultima<sup>194</sup> è la posizione di Michel de Montaigne il quale ritiene fondamentale ai fini di un'educazione integrale tanto la cura del corpo quanto quella dell'anima; anzi, come egli stesso sostiene nei *Saggi* “non è un'anima che si educa, e non è un corpo: è un uomo; e non bisogna dividerlo in due”<sup>195</sup>. In una tale concezione “è chiaro che – commenta Ulmann - l'educazione fisica, quella intellettuale e quella morale e sociale non possono esistere l'una staccata dall'altra. Vi è invece un'unica educazione”<sup>196</sup> in cui fondamentali risultano le attività del corpo che, nel porsi finalità igieniche<sup>197</sup>, promuovono lo sviluppo integrale dell'uomo. È in tale prospettiva igienica che è possibile trarre una seppur debole reciprocità tra la scienza medica e quella pedagogica. Anzi per Montaigne “l'attività corporea è, in una certa misura, il succedaneo della medicina”<sup>198</sup> poiché, al pari di quest'ultima, risulta indispensabile per la buona salute. Si tratterebbe di una visione salutista che, oltrepassando la mera dimensione medica, richiama il concetto di benessere a cui si ricollega la considerazione che i fini dell'attività corporea, o meglio dell'educazione fisica non sono per il filosofo francese meramente corporei ma fini che per mezzo del corpo, la natura tutta intera persegue.

Di diversa impostazione, ma pertinente ai fini del presente discorso è la posizione prospettata da Marsilio Cagnati nella sua opera *De sanitate tuenda*. In particolare, per l'importanza che egli ha dato alla morale nella ginnastica<sup>199</sup> “ha congiunto armoniosamente – commenta Ulmann - due tendenze che erano

---

<sup>194</sup> Cfr. J. Ulmann, *Ginnastica, educazione fisica e sport dall'antichità ad oggi*, cit., p. 171. Inoltre cfr. M.D. Grmek (a cura di), *Storia del pensiero medico occidentale. Dal Rinascimento all'inizio dell'Ottocento*, cit., p. 381 in cui Montaigne viene definito “scettico inveterato”.

<sup>195</sup> Montaigne, *Saggi*, citato in O. Trozzi, *Medicina e pedagogia. Lineamenti di educazione integrale dall'antichità all'età moderna*, cit., p. 180

<sup>196</sup> J. Ulmann, *Ginnastica, educazione fisica e sport dall'antichità ad oggi*, cit., p. 172

<sup>197</sup> Cfr. Montaigne, *Saggi*, II, citato in J. Ulmann, *Ginnastica, educazione fisica e sport dall'antichità ad oggi*, cit., p. 171

<sup>198</sup> *Ibidem*

<sup>199</sup> Cagnati riconosce alla ginnastica utili effetti morali: è un efficace ausiliario contro i “veneris impetus et irritamenta”, inoltre concepisce la salute come “la costituzione naturale dei corpi umani” e l'esercizio come “ogni movimento compiuto per salvaguardare la salute”. Cfr. M. Cagnati, *De sanitate tuenda*, citato in J. Ulmann, *Ginnastica, educazione fisica e sport dall'antichità ad oggi*, cit., pp. 110-112

proprie l'una soprattutto ai medici, l'altra agli educatori. I primi chiedevano alla ginnastica di procurare all'uomo la salute. Gli altri vedevano nella salute non un fine ma un mezzo per un'educazione intellettuale e morale<sup>200</sup>. Cagnati, chiarisce ulteriormente Ulmann, “non ammette questa separazione”<sup>201</sup> dal momento che “l'una e l'altra sono ordinate al compimento di una natura che tende verso la salute e verso il bene”<sup>202</sup>. Nel proporre una tale comunanza di intenti si comprende, quindi, quanto Cagnati abbia contribuito nel prospettare un rapporto reciproco tra la pedagogia e la medicina attestata ulteriormente dalla considerazione che per lui, spiega Ulmann “*mens sana in corpus sanum* si realizzano congiuntamente. La salute dell'anima e quella del corpo non possono venire separate”<sup>203</sup>.

In un simile orientamento di rivalutazione del corpo quale aspetto fondante dinamiche di reciprocità tra la pedagogia e la medicina si rilevano, così, nel corso della tradizione occidentale tutta una fioritura di opere di un genere non ben definito che, riconducibili ad iniziative sia di medici che di educatori, attestano, appunto, il convergere delle preoccupazioni mediche con le intenzioni pedagogiche.

È questo il caso dei medici Cheyne e Simon-André Tissot i quali nel corso del XVIII secolo, seppur in modo accennato e non sempre incidente ai fini del benessere, prospettarono comunque considerazioni medico-educative utili nell'avviare un discorso di reciprocità tra la medicina e la pedagogia.

Cheyne nel ricondurre il disordine fisico all'assunzione di cattive condotte per cui se gli uomini non spingessero la natura “di là da ciò che essa richiede o se non la chiudessero entro limiti troppo angusti, essi godrebbero di una salute migliore”<sup>204</sup>, pone gli estremi di una confluenza di interessi medici

---

<sup>200</sup> J. Ulmann, *Ginnastica, educazione fisica e sport dall'antichità ad oggi*, cit., p. 112

<sup>201</sup> *Ibidem*

<sup>202</sup> *Ivi*, p. 111

<sup>203</sup> *Ibidem*

<sup>204</sup> Cheyne, *An essay of health and long life*, citato in J. Ulmann, *Ginnastica, educazione fisica e sport dall'antichità ad oggi*, cit., p. 126

ed educativi. Infatti, “per lui –osserva Ulmann – l’igiene quasi si confonde con una morale della natura e la medicina con una educazione”<sup>205</sup>.

Per quanto concerne Simon-André Tissot l’aspetto da rilevare in una ipotesi di reciprocità medico-educativa, attiene l’importanza riconosciuta all’educazione del corpo quale elemento di salvaguardia e promozione della salute. In particolare, il medico svizzero ispirandosi ad un genere di vita semplice e rude, sia nel consigliare al popolo di rifarsi alle nazioni selvagge “adottando la loro educazione corporea”<sup>206</sup> sia nel condannare avverso i mali che affliggono intellettuali e letterati<sup>207</sup> una vita consacrata esclusivamente al lavoro della mente e al riposo prolungato del corpo, reintegra la dimensione educativa del corpo in un contesto più propriamente preventivo e non terapeutico.

Questo aspetto si accentua ulteriormente allorché medici del calibro di Ballexserd e pedagogisti come J.J. Rousseau, ponendo attenzione all’igienicità del corpo in una dimensione educativa, pur nelle loro diversità, si resero portavoce di un’educazione integrale e, pertanto, possono essere assunti a vessillo di una rapporto reciproco tra la pedagogia e la medicina.

Fondamentale risulta, infatti l’opera del medico pediatra Ballexserd che, riconoscendo l’importanza della cura del corpo nell’ambito di una educazione complessiva del bambino, supera la dicotomica tendenza sia della medicina a preoccuparsi del corpo del fanciullo a fini solo cautelativi in previsioni adultistiche<sup>208</sup>, sia della pedagogia che anche quando non ridusse a ben poco la funzione della cura del corpo privilegiando quella delle facoltà nobili, risultava incapace di trattarne con competenza<sup>209</sup>. Più specificamente Ballexserd

---

<sup>205</sup> J. Ulmann, *Ginnastica, educazione fisica e sport dall’antichità ad oggi*, cit., p. 126

<sup>206</sup> S.A. Tissot, *Avis au peuple sur sa santé*, citato in J. Ulmann, *Ginnastica, educazione fisica e sport dall’antichità ad oggi*, cit., p. 127

<sup>207</sup> Cfr. S.A. Tissot, *De la santé des gens de lettres*, citato in J. Ulmann, *Ginnastica, educazione fisica e sport dall’antichità ad oggi*, cit., nota 73, p. 133

<sup>208</sup> Si tratta di una forma di cura per l’infanzia a pretese pediatriche risalente al XV secolo motivata dalla considerazione che “le malattie, le turbe e le infermità degli uomini derivano dalla loro infanzia”. Cfr. J. Ulmann, *Ginnastica, educazione fisica e sport dall’antichità ad oggi*, cit., p. 127; nota 74, p.134

<sup>209</sup> Cfr. J. Ulmann, *Ginnastica, educazione fisica e sport dall’antichità ad oggi*, cit., p. 127

teorizzando una “educazione fisica”<sup>210</sup> volta a mantenere in buona salute i fanciulli e a preparare uomini robusti alla vita sociale, si rende simbolo di una reciprocità tra i due saperi, medico e pedagogico, dal momento che rifiuta e ritiene impensabile “considerare lo sviluppo fisico del fanciullo separatamente dall’educazione generale”<sup>211</sup>. È in tal senso che egli propone una educazione corporea i cui principi ispiratori non sono altro che la specificazione di principi educativi più generali. Si tratta, infatti, di un’educazione che nell’obiettivo di rendere il corpo “sano e robusto” mediante la ginnastica, il modo di vestire e la dietetica, contemporaneamente si prodiga a che nella gioventù “l’animo sia retto, il cuore buono”<sup>212</sup>. Rivendicando come fondamentale la posizione del corpo nel sistema dell’educazione, il medico ginevrino propone un’educazione corporea che, nella sua “funzione preventiva - osserva Ulmann - diveniva inseparabile dalla pedagogia” e tendeva “a rendere inutile la medicina”<sup>213</sup> stessa in quanto pratica terapeutica.

Considerazioni simili ebbero una loro affermazione anche in ambito pedagogico, o più precisamente nelle teorizzazioni di quei pedagogisti che maturarono l’impossibilità di escludere dall’educazione del fanciullo la cura che si deve avere del suo corpo: preservarne la salute vuol dire dargli una educazione corporea che, in una sorta di elogio alla vita igienica, non può venire dissociata dall’educazione complessiva in vista del benessere; in tal modo centrale diventa l’attenzione data alla salute e allo sviluppo psico-fisico del fanciullo.

Di una tale impostazione emblematica risulta, come già accennato, la figura di Jean-Jacques Rousseau. Il filosofo dell’*Emilio* infatti, in una costante attenzione rivolta verso i problemi del benessere e di tutto ciò che può condizionarne la realizzazione, in primis la salute corporea, si sofferma a lungo

---

<sup>210</sup> Ballexserd, *Dissertazione sull’educazione fisica dei fanciulli, dalla nascita alla pubertà*, citato in J. Ulmann, *Ginnastica, educazione fisica e sport dall’antichità ad oggi*, cit., p. 134

<sup>211</sup> J. Ulmann, *Ginnastica, educazione fisica e sport dall’antichità ad oggi*, cit., p. 128

<sup>212</sup> *Ivi*, p. 129

<sup>213</sup> *Ivi*, p. 130

sulle cure del corpo e riconosce alle attività motorie una funzione educativa<sup>214</sup> tanto rilevante da “crede(re) che esse eventualmente possano sostituirsi alla medicina”<sup>215</sup>. Una tale affermazione trova giustificazione nella connotazione preventiva e salutistica che Rousseau attribuisce all’educazione corporea, la quale, come spiega Michele Zedda, “va intesa nell’accezione più ampia e completa, dovendo difatti comprendere tutto ciò che attiene alla salute, all’efficienza di organi e apparati, alla robustezza, all’equilibrio psicosomatico oltreché, beninteso, tutto ciò che riguarda l’efficacia motoria e la piena padronanza esecutiva”<sup>216</sup>. A ben vedere, commenta ulteriormente Zedda “non si tratta solo [...] di un disegno d’irrobustimento, volto a migliorare muscoli e corporatura, bensì di un vero e proprio piano di pedagogia corporea che non trascura alcun aspetto”<sup>217</sup> ponendo la vita igienica quale finalità educativa centrale. È proprio in questa dimensione igienica che è possibile cogliere il contributo offerto da Rousseau nel delineare una reciprocità tra la pedagogia e la medicina. Infatti, pur manifestando esplicitamente avversione per la medicina<sup>218</sup> o meglio verso i medici del suo tempo accusati di sviluppare nell’uomo sentimenti di timidezza, paura e viltà<sup>219</sup>, il Ginevrino ne loda la dimensione preventiva<sup>220</sup> e la pone a fondamento della sua concezione

---

<sup>214</sup> Cfr. J. Ulmann, *Ginnastica, educazione fisica e sport dall’antichità ad oggi*, cit., pp.184-186

<sup>215</sup> *Ivi*, p.180

<sup>216</sup> M. Zedda, *Rileggendo l’Emilio. Itinerari di pedagogia rousseauiana*, Roma, Armando, 2003, p. 86

<sup>217</sup> *Ibidem*

<sup>218</sup> Nel primo libro dell’*Emilio*, Rousseau a tal proposito scrive: “Un corpo debole indebolisce l’anima. Di qui l’impero della medicina, arte più pernicioso agli uomini di tutti i mali che pretende guarire” citato in M. Zedda, *Rileggendo l’Emilio. Itinerari di pedagogia rousseauiana*, cit., p. 74

<sup>219</sup> “Per conto mio – scrive Rousseau - non so di quale malattia ci guariscono i medici, ma so che ce ne danno di molto funeste: la viltà, la pusillanimità, la credulità, il terrore della morte: se ne guariscono il corpo, uccidono il coraggio” Rousseau, *Emilio*, I, citato in M. Zedda, *Rileggendo l’Emilio. Itinerari di pedagogia rousseauiana*, cit., p. 74. Sull’avversione di Rousseau per i medici cfr. O. Trozzi, *Medicina e pedagogia. Lineamenti di educazione integrale dall’antichità all’età moderna*, cit., pp. 231-234; 240-241

<sup>220</sup> In una azione preventiva Rousseau nel secondo libro dell’*Emilio* consiglia: “Vivi secondo natura, sii paziente e scaccia i medici”. In una tale concezione si viene a precisare anche il ruolo del medico la cui azione si configura come un tentativo a posteriori, volto a sanare un’armonia e un equilibrio naturale già pregiudicato da modalità di vita non confacenti e pertanto distinto da una azione di prevenzione. Cfr. M. Zedda, *Rileggendo l’Emilio. Itinerari di pedagogia rousseauiana*, cit., p. 74

educativa tanto che, rimarca Zedda, “l’intero programma formativo dell’*Emilio* risente a fondo di questa opzione igienistica”<sup>221</sup>. A tal proposito, osserva Trozzi, “è questa l’educazione igienica e per lui, così ostile alla medicina, l’igiene è la sola parte utile di questa”<sup>222</sup>. In un simile elogio all’educazione igienica avente come finalità la ricerca di uno stato di salute psico-fisica, tutte le attenzioni di Rousseau, in una valorizzazione educativa del corpo “sono rivolte all’acquisizione della forza, della salute e della robustezza, dalle quali, peraltro, non potrà che derivare un giovamento alle stesse facoltà mentali”<sup>223</sup>.

Il benessere si viene così a configurare quale anello di congiunzione tra la pedagogia e la medicina: per esso, tramite il corpo, prevenzione ed educazione procedono reciprocamente all’unisono. Allo stesso modo, in una tale reciprocità, la valorizzazione del corpo e la necessaria cura educativa che si deve avere di esso ai fini dello sviluppo integrale del fanciullo emerge in tutta la sua importanza.

Per Rousseau, osserva Ulmann, “il corpo non è neutro rispetto alla ragione: è ciò senza di cui la nostra ragione non sarebbe una retta ragione perché perderebbe ogni contatto naturale [...] finirebbe nell’irreale e nell’abietto”<sup>224</sup>. Infatti è tramite il corpo, le diverse informazioni provenienti dai sensi, i continui spostamenti, i gesti e i movimenti, che prenderà forma “la prima ragione dell’uomo”, “una ragione sensitiva”, che farà da base alla “ragione intellettuale”<sup>225</sup>.

Molto eloquentemente a tal proposito il filosofo dell’*Emilio* nel libro secondo scrive: “Se volete coltivare l’intelligenza del vostro alunno coltivate le forze ch’essa deve governare. Esercitate continuamente il suo corpo; renderlo sano e robusto per renderlo savio e ragionevole [...] Ben miserabile errore è immaginare che l’esercizio del corpo sia nocivo alle operazioni dello spirito;

---

<sup>221</sup> M. Zedda, *Rileggendo l’Emilio. Itinerari di pedagogia rousseauiana*, cit., p. 78

<sup>222</sup> O. Trozzi, *Medicina e pedagogia. Lineamenti di educazione integrale dall’antichità all’età moderna*, cit., p. 243

<sup>223</sup> M. Zedda, *Rileggendo l’Emilio. Itinerari di pedagogia rousseauiana*, cit., p. 78

<sup>224</sup> J. Ulmann, *Ginnastica, educazione fisica e sport dall’antichità ad oggi*, cit., p. 183

<sup>225</sup> Rousseau, *Emilio*, II, citato in J. Ulmann, *Ginnastica, educazione fisica e sport dall’antichità ad oggi*, cit., p. 183

come se queste due operazioni non dovessero procedere insieme e l'una non dovrebbe sempre dirigere l'altra!"<sup>226</sup>. In una tale valorizzazione del corpo, in opposizione alle tradizionali concezioni educative dicotomiche, non solo la salute e la robustezza costituiscono due mete educative a cui tendere, ma la sanità e l'efficienza corporea si configurano esse stesse come elemento quanto mai concreto, vantaggioso e di notevole rilevanza formativa ai fini preventivi e contestualmente conoscitivi. In tal modo, ponendo in una reciprocità condizionante prevenzione, salute e educazione, salute del corpo e sviluppo della mente, parallelamente Rousseau viene ad affermare un rapporto di natura reciproca tra la pedagogia e la medicina da lui integrate in vista di una educazione globale del fanciullo.

Ciò emerge, molto chiaramente in un passo tratto sempre dal libro secondo dell'*Emilio* che può considerarsi, a detta di Zedda un "vero e proprio *manifesto* di un'educazione psicomotoria *ante litteram*"<sup>227</sup>: "Per imparare a pensare – scrive Rousseau - bisogna esercitare le nostre membra, i nostri sensi, i nostri organi, che sono gli strumenti della nostra intelligenza, e per trarre da questi strumenti tutto il profitto possibile bisogna che il corpo, che li fornisce, sia sano e robusto"<sup>228</sup>. "Cosicché, - aggiunge ulteriormente il Ginevrino - non solo la vera ragione dell'uomo non si forma indipendentemente dal corpo, ma anzi la buona costituzione del corpo rende le operazioni dello spirito facili e sicure"<sup>229</sup>.

In una tale visione integrale dello sviluppo, la salute non rappresenta più un parametro esclusivamente medico ma un processo educativo rientrante in una dimensione globale di formazione. Inoltre, in quanto tale essa designa, commenta Zedda, "non solo un mero obiettivo didattico" ma "un valore al quale l'allievo deve essere educato [...]. In definitiva, educare *la* salute ed

---

<sup>226</sup> Rousseau, *Emilio*, II, citato in O. Trozzi, *Medicina e pedagogia. Lineamenti di educazione integrale dall'antichità all'età moderna*, cit., p. 244

<sup>227</sup> M. Zedda, *Rileggendo l'Emilio. Itinerari di pedagogia rousseauiana*, cit., p. 68

<sup>228</sup> Rousseau, *Emilio*, II, citato in O. Trozzi, *Medicina e pedagogia. Lineamenti di educazione integrale dall'antichità all'età moderna*, cit., p. 244

<sup>229</sup> Rousseau, *Emilio*, II, citato in M. Zedda, *Rileggendo l'Emilio. Itinerari di pedagogia rousseauiana*, cit., p. 68

educare *alla* salute sono, senza dubbio, i più rilevanti esiti didattici della riflessione rousseauiana<sup>230</sup> nonché la forma più esplicita di un rapporto reciproco tra la pedagogia e la medicina.

Contestualizzando il discorso, seppure da una prospettiva diversa, la considerazione della salute quale ideale, valore, deve considerarsi un orientamento di più ampia portata appartenente soprattutto ai salutisti del tardo settecento. In tale periodo infatti, nel contesto socioculturale del pensiero illuministico e riformatore, “il concetto di salute come bene individuale – spiega Giorgio Cosmacini – è venuto a inserirsi stabilmente nella cognizione della salute come bene pubblico”<sup>231</sup>; in tal modo, i confini della salute si vennero ad ampliare: da medico-scientifici divenivano politico-sociali. “La salute – chiarisce ulteriormente lo storico - non era più soltanto un ordinato “stato di natura” da recuperare eliminando il disordine della malattia; era anche una condizione di ben-essere da tutelare per mezzo di “un’arte di difesa” che veniva prima dell’arte medica, in quanto preveniva la malattia anziché curarla”<sup>232</sup>.

Una siffatta interpretazione di azione preventiva dai rischi che la salute corre, rischi riconducibili non solo alle condizioni organiche ma anche alle condizioni comportamentali, occupazionali, ambientali, sociali del soggetto<sup>233</sup>, chiama in causa apertamente il discorso educativo. In un rapporto reciproco infatti, la salute in quanto benessere, implica una funzione che non è tanto diagnostico-terapeutica, quanto piuttosto preventiva e pedagogica.

Il riconoscimento di una tale reciprocità viene favorito, a partire dalla seconda metà dell’Ottocento, dall’operato di quei medici che riconoscendo nella salute la principale fonte di armonia individuale e sociale, individuano

---

<sup>230</sup> M. Zedda, *Rileggendo l’Emilio. Itinerari di pedagogia rousseauiana*, cit., p. 83

<sup>231</sup> G. Cosmacini, *Sanità e educazione*, in “La Ca’Granda” anno XLIV, n. 4/2003, p. 2; inoltre commenta lo storico “l’arte della cura’ esercitata *ad personam* fu estesa a un’arte di difesa’ applicata a tutta la popolazione. Poiché quest’ultima era considerata tra le ‘cause della ricchezza delle nazioni’ (Adam Smith, 1776), la sua salute venne vista come un patrimonio da tutelare e incrementare attraverso un ‘sistema di polizia medica’ (Johann Peter Frank, 1776)”.

<sup>232</sup> G. Cosmacini, R. Mordacci, *Salute e bioetica – II*, in “La Ca’Granda” anno XLIII, n. 3/2002, p. 4

<sup>233</sup> Cfr. G. Cosmacini, *Sanità e educazione*, cit., p. 6

nella dimensione educativa la carta vincente per produrre cambiamenti nel modo di vivere, di agire e di pensare se stessi e il mondo circostante<sup>234</sup>.

È proprio su tale considerazione che la pedagogia e la medicina manifestano la loro reciprocità; infatti, considerare la salute quale processo a cui concorrono tanto le conoscenze medico-igieniche quanto l'azione pedagogica<sup>235</sup>, comporta inevitabilmente l'istaurarsi di una relazione tra i due saperi intenzionalmente tesa alla trasformazione dei soggetti e dell'ambiente circostante, in grado di valorizzare le capacità trasformative e migliorative dell'educazione stessa.

Modello paradigmatico di un tale costante intrecciarsi tra medicina, salute, educazione e scuola, è la figura del medico-igienista veneziano Cesare Musatti il quale verificando “lo stretto nesso che lega ignoranza, miseria, morte e malattia – osserva Angela Magnanini - intravede la possibilità di riscatto solo nell'educazione, che egli fonda sull'igiene e sulla salute. Anzi di più, educazione, igiene e salute non possono che coincidere, istaurando tra loro un rapporto complesso di circolarità”<sup>236</sup>.

A fronte dell'ignoranza, dei pregiudizi e della diffusione di costumi malsani quali causa principale dell'indigenza e della malattia, il medico veneziano reputa infatti la salute “l'elemento basilare, e al contempo trasversale, di una società che per risollevarle le proprie sorti non ha che un'unica possibilità, quella di intraprendere il sentiero dell'educazione e dell'istruzione”<sup>237</sup>. In un simile programma di emancipazione dalla miseria culturale e materiale, centrale è il ruolo svolto dall'igiene, la quale per

---

<sup>234</sup> Cfr. A. Magnanini, A. Avanzino, *Medicina e oltre*, in L. Bellatalla, G. Genovesi, *Storia della pedagogia. Questioni di metodo e momenti paradigmatici*, cit., pp. 237-255

<sup>235</sup> Dall'esame lucido e attento che i medici conducono sul corpo degli individui, si passa alla elaborazione di una teoria igienica, che mediante l'educazione viene acquisita riscattando “la popolazione dalla miseria, dall'arretratezza e dall'ignoranza. [...] Ciò finisce, inevitabilmente, per avere ricadute sullo stesso concetto di educazione, offrendo nuove suggestioni alla sistemazione della scuola”. A. Magnanini, *I medici-igienisti e l'educazione nel secondo Ottocento: Cesare Musatti*, in L. Bellatalla, G. Genovesi, *Storia della pedagogia. Questioni di metodo e momenti paradigmatici*, cit., p. 238

<sup>236</sup> *Ivi*, p. 242

<sup>237</sup> *Ibidem*

Musatti deve costituire “il *primo studio educatore*, in grado di far interiorizzare un corretto utilizzo di sé e dell’ambiente”<sup>238</sup>.

Naturalmente, affinché ciò si realizzi si rende necessario un potenziamento della scuola e dell’istruzione. A tal proposito, lo stesso medico veneziano scrive nel suo saggio *Occhio ai bambini!*: “Istruitevi ed educatevi ed allora soltanto capirete quanto sia necessario ascoltare e praticare l’igiene per il bene vostro e delle vostre famiglie, comprenderete il bisogno di una abitazione sana e di nutrirvi con un cibo riparatore [...] e comprenderete che fino ad oggi avete colle stesse mani scavata la fossa a tante creature, che d’ora in poi, guidate dall’igiene, potranno crescervi sane, gaie e robuste. Ma vi ripeto questa fortuna non si consegue che ad una condizione: istruirsi, educarsi!”<sup>239</sup>.

Vi è quindi nella visione di Musatti una stretta reciprocità tra educazione e prevenzione; solo un tale binomio può infatti favorire la salute in quanto benessere. Molto efficacemente questo medico-igienista scrive: “Educare: ecco il rimedio dal quale si dee sperare assaissimo, e nella cui infallibile efficacia io veggo riposta la salvezza nostra”<sup>240</sup>.

Questa educazione igienicamente fondata in vista della salute lascia in tal modo, intravedere un possibile terreno di reciproca considerazione e mutuo scambio tra la pedagogia e la medicina: entrambe reciprocamente agiscono in vista del miglioramento della qualità della vita. In tal senso Musatti ha aperto uno spiraglio per cui l’uomo potrà dar “vita, proprio grazie all’esistenza e all’efficacia dell’educazione, a percorsi trasformativi e migliorativi per sé e la collettività”.

Tuttavia si tratta di un rapporto debole che non trovò, data anche l’immaturità dei tempi, alcun supporto scientifico-culturale e politico. Anzi come osserva Angela Magnanini, “gli stimoli provenienti dal mondo

---

<sup>238</sup> A. Magnanini, *I medici-igienisti e l’educazione nel secondo Ottocento: Cesare Musatti*, cit., p. 241

<sup>239</sup> C. Musatti, *Occhio ai bambini!*, citato in A. Magnanini, *I medici-igienisti e l’educazione nel secondo Ottocento: Cesare Musatti*, cit., p. 243

<sup>240</sup> *Ibidem*

medico” vennero utilizzati “come momenti e strumenti di «educazione politica e morale»”<sup>241</sup>.

D’altra parte gli stessi modelli pedagogici e medici pur promuovendo in deboli e sporadici accenni, come è stato evidenziato sinora, una reciprocità fondata sulla valorizzazione della salute, del corpo e dell’igiene, di fatto non rappresentarono ancora un saldo punto di intersezione tra i due saperi. Bisognerà attendere il consolidarsi del modello paradigmatico della corporeità<sup>242</sup> affinché si avvii un processo di collaborazione e si costituisca un terreno di incontro tra la pedagogia e la medicina.

---

<sup>241</sup> A. Magnanini, *I medici-igienisti e l’educazione nel secondo Ottocento: Cesare Musatti*, cit., p. 243

<sup>242</sup> La “corporeità” è la concezione del corpo della riflessione filosofica contemporanea nelle espressioni della fenomenologia e dell’esistenzialismo.

## **PARTE II – I terreni di incontro nella scienza contemporanea**

“Non si dovrebbe aver paura di cercare cose nuove, come passare da un campo a un altro o lavorare ai confini di discipline differenti, perché è proprio lì che si trovano alcuni dei problemi più interessanti”.

*Eric R. Kandel\**

---

\* E.R. Kandel, *Grazie a Freud e alla neurobiologia*, in “Il Sole 24 Ore”, Domenica 7 Gennaio 2007, n. 6, p. 32

## CAPITOLO II – Le interconnessioni tra pedagogia e medicina

Nel presente capitolo, considerata l'incomunicabilità disciplinare creatasi tra la pedagogia e la medicina nel corso della tradizione, a seguito di una concezione parziale e riduzionista dei concetti di corporeità, salute, malattia e cura, si tratterà di ciascuno di essi prospettandone le significazioni e le dimensioni che meglio consentono di qualificarli quali interconnessioni tra la pedagogia e la medicina. Venendo a riconoscere quanto il modo di concepire i suddetti concetti possa incidere ed influenzare non solo l'azione medica<sup>1</sup> ma anche e soprattutto la possibilità di ammettere spazi interdisciplinari, risulta importante precisare preliminarmente, seppur brevemente, i due modelli concettuali<sup>2</sup> di riferimento più caratteristici della medicina contemporanea. Un primo modello che si rinviene è il paradigma naturalistico biomedico attualmente riproposto nei termini metodologici dell'Evidence Based Medicine<sup>3</sup>. Esso si muove lungo la direzione dell'ideale riduzionistico proponente una spiegazione dei processi patologici sia in termini anatomici e fisiologici che cellulari e molecolari<sup>4</sup> e comprende sia un modello meccanicistico, dominato “dalla concezione del corpo come macchina, da analizzare nelle sue varie parti. La mente è separata dal corpo, la malattia è vista come un cattivo funzionamento di meccanismi biologici e la salute è definita come l'assenza di malattia”<sup>5</sup>; sia un modello omeostatico secondo cui

---

<sup>1</sup> “Le scelte operative che ne conseguono – sottolinea Guido Bertolini - possono influenzare pesantemente la vita (se non altro in termini di qualità) delle persone che si hanno in cura” G. Bertolini (a cura di), *Diventare medici. Il problema della conoscenza in medicina e nella formazione del medico*, Milano, Guerini, 1994, p. 9

<sup>2</sup> Cfr. M.A. Galanti, *Il contributo della pedagogia nei percorsi formativi delle scienze motorie e degli ambiti socio-sanitario e della comunicazione*, in “Studi sulla formazione”, n. 2/2000, p. 92

<sup>3</sup> Cfr. G. Corbellini, *EBM. Medicina basata sull'evoluzione*, Roma-Bari, Laterza, 2007, pp. 42-43; inoltre cfr. W. Pieringer, *Antropologia medica e diagnosi*, in G. Galli (a cura di), *Interpretazione e diagnosi. Scienze umane e medicina*, Atti del XX Colloquio sulla Interpretazione, Macerata, 10-11 Aprile 2000, Pisa-Roma, IEPI, 2000, p.80-81

<sup>4</sup> Cfr. P. Binetti, *Progetto terapeutico ed educazione del paziente*, in P. Binetti (a cura di), *Persona, paziente, cliente. Il mondo del malato in un mondo che cambia*, Roma, SEU, 2000, p. 248

<sup>5</sup> F. Capra, *Il punto di svolta. Scienza, società e cultura emergente*, Milano, Feltrinelli, 2007, p. 267

la malattia rappresenta un deficit delle capacità di adattamento dell'organismo<sup>6</sup>; scopo della terapia è la correzione del disturbo. Pur convenendo sui contributi ed i notevoli progressi che il modello biomedico ha apportato per il miglioramento della qualità della vita, non si può non evidenziare al contempo che “La medicina nel porre in termini di esclusività il modello biologico [fornendo] la spiegazione di ogni fenomeno secondo il principio meccanico di causa-effetto ha fatto progressivamente perdere l'unitarietà della persona, che è stata via via scomposta in organi, funzioni e molecole non capendo che anche nella particella più elementare comunque si ritrova una complessità non riducibile a formula chimica. La sottovalutazione o l'ignoranza degli aspetti psicologici, sociali e ambientali sta alla base della «fallacia» crescente della medicina che nell'accrescere e differenziare giustamente i livelli di specializzazione commette poi l'errore di farli corrispondere a una esasperata parcellizzazione, perdendo così di vista il contesto in cui un fenomeno prende forma”<sup>7</sup>. Ne consegue, come osserva Corbellini che “la medicina si trova ad affrontare una crisi epistemologica. Sono sempre più evidenti – asserisce lo studioso - i limiti applicativi dell'evidence-based medicine”<sup>8</sup>.

Un ulteriore modello caratterizzante la medicina contemporanea si sostanzia nel paradigma sistemico del tipo bio-psico-sociale<sup>9</sup>, con cui si “considera l'organismo umano come un'unità funzionale complessa, capace di

---

<sup>6</sup> Cfr P. Binetti, *Progetto terapeutico ed educazione del paziente*, cit., pp. 249-250. Sulla concezione della malattia quale conseguenza dell'incongruenza tra dispositivi omeostatici e le condizioni a cui devono rispondere cfr. G. Corbellini, *EBM. Medicina basata sull'evoluzione*, cit., pp. 88-89;

<sup>7</sup> B. Zani, A. Palmonari, *Manuale di psicologia di comunità*, Bologna, Il Mulino, 1996 , p. 445

<sup>8</sup> G. Corbellini, *EBM. Medicina basata sull'evoluzione*, cit., p. XIII

<sup>9</sup> Cfr. G.L. Engel, *The need for a new medical model, a challenge for biomedicine*, in “Science”, n. 196/1977, pp. 129-136. Lo psichiatra canadese George Engel avanzava, sulla base delle idee psicoanalitiche, delle teorie dello psichiatra Alfred Mayer e della teoria generale dei sistemi, un modello biopsicosociale della medicina. Secondo tale modello la medicina deve considerare, oltre alle variabili biologiche, anche quelle psicologiche e sociali. Per Engel i rapporti tra i fattori biopsicosociali non sono lineari, ma reciproci, e ogni paziente è parte di una gerarchia di sistemi che interagiscono tra loro per cui qualsiasi particolare malattia può richiedere un'attenzione primaria per un particolare livello ma avrà in ogni caso un impatto anche su altri livelli sistemici: per esempio, fattori psicologici possono influenzare i processi biologici della malattia che a loro volta possono influenzare il sistema sociale in cui si trova il paziente. Cfr. G. Corbellini, *EBM. Medicina basata sull'evoluzione*, cit., pp. 22-23

autoregolazione, in costante rapporto con l’ecosistema”<sup>10</sup>. Secondo una tale prospettiva, fatta propria dalle cosiddette Medical Humanities<sup>11</sup> “ciò che conta non sono solo le disfunzioni anatomiche e fisiologiche ma il modo in cui il paziente si relaziona con la propria malattia”<sup>12</sup>.

Si ottiene in tal modo un superamento del riduzionismo naturalistico sia a livello epistemico tramite l’integrazione del paradigma biologico con quello psico-sociale, sia a livello metodologico tramite la contestualizzazione delle analisi oggettive alle riflessioni e interpretazioni soggettive. Ne consegue che “la medicina – come osserva Paola Binetti - si sta muovendo e organizzando attorno ad una sempre maggiore comprensione delle dinamiche che il rapporto medico-paziente implica allo scopo di aumentare la capacità di curare non solo la malattia ma la persona malata”<sup>13</sup>; infatti “il modo di sentire e di vivere la malattia non possono essere considerati come fenomeni secondari, ma come elementi essenziali nel processo diagnostico-terapeutico”<sup>14</sup>. A ben vedere si tratta di un orientamento attestato non solo da importanti riflessioni teoretiche, soprattutto ad opera della fenomenologia e dell’esistenzialismo di Merleau-Ponty, ma dall’evoluzione dello stesso pensiero medico e scientifico. Basti considerare le ricerche in campo biologico realizzate da Francisco J. Varela<sup>15</sup> ed accolte nell’approccio biopedagogico di Eliana Frauenfelder<sup>16</sup>, che sviluppando una concezione biologica della conoscenza incentrata sui concetti di autopoiesi e di interdefinizione tra uomo e ambiente, permettono di ripensare i rapporti tra la pedagogia e la medicina poiché consentono di rileggere la salute, la malattia, la compliance, i processi di cura come problematiche inerenti la formazione. Più esplicitamente, riprendendo le parole di Rita Fadda,

---

<sup>10</sup> P. Binetti, *Progetto terapeutico ed educazione del paziente*, cit., p. 250

<sup>11</sup> Cfr. P. Binetti, *Scienze umane e medicina: un’esperienza di formazione*, in G. Galli (a cura di), *Interpretazione e diagnosi. Scienze umane e medicina*, cit., pp. 159-179

<sup>12</sup> P. Binetti, *Progetto terapeutico ed educazione del paziente*, cit., p. 250

<sup>13</sup> I. Pontalti, P. Binetti, *Il rapporto interpersonale*, in P. Binetti (a cura di), *Persona, paziente, cliente. Il mondo del malato in un mondo che cambia*, cit., p. 20

<sup>14</sup> P. Binetti, *Progetto terapeutico ed educazione del paziente*, cit., p. 250

<sup>15</sup> Cfr. H.R. Maturana, F.J. Varela, *Autopoiesi e cognizione. La realizzazione del vivente*, Venezia, Marsilio, 2004

<sup>16</sup> Cfr. E. Frauenfelder, *Un approccio bio-pedagogico al problema della formazione*, in F. Cambi, E. Frauenfelder, *La formazione. Studi di pedagogia critica*, Milano, Unicopli, 1994, pp. 183-197

permettono di far emergere “le pedagogie implicite”, cioè l’esistenza di “elementi pedagogici laddove non si sospettava potessero essere”, evidenziando ciò che “c’è di riconducibile alla sfera formativa”<sup>17</sup>.

Recentemente si registra, infine, una rivalutazione del paradigma evolucionistico, quale modello in grado di suggerire una prospettiva teorica unificante il modello biomedico e quello socio-culturale. Tale modello definito “medicina basata sull’evoluzione”<sup>18</sup> offre una concettualizzazione della malattia allo stesso tempo biologica e socio-culturale. In altri termini, tiene conto sia dei fattori evolutivi e funzionali, sia del peso dell’esperienza individuale in un determinato contesto socio-culturale. Come precisa Gilberto Corbellini in chiave evolucionistica la malattia si configura come “l’incongruenza fisiologica individuale rispetto a un dato ambiente, dovuta all’interazione tra una costituzione genetica unica ed esperienze altrettanto uniche”<sup>19</sup>.

Ad ogni modo, la rivalutazione ad opera del paradigma sistemico, della “globalità” che contraddistingue ogni oggetto o processo d’indagine scientifica ed il relativo superamento della frammentazione e separazione dei saperi derivante dalla tradizione riduzionistica, investe immediatamente il discorso pedagogico considerando che “il paradigma della complessità è in realtà il paradigma della formatività”<sup>20</sup>. Risulta, pertanto, fondamentale un approccio interdisciplinare anche nei contesi della salute, della malattia e della cura considerato che la complessità del processo di benessere che investe il ‘sistema uomo’, debba riflettersi anche nella gestione degli stessi.

Riprova di quanto si sta affermando può considerarsi la richiesta di un rapporto di contiguità tra la pedagogia e la medicina soprattutto a fronte di alcune emergenze sociali quali i comportamenti autolesivi e le malattie croniche le quali, precisa Natascia Bobbo, “si sono rivelate, presto, più di

---

<sup>17</sup> R. Fadda, *Gli incontri mancati: una possibile chiave interpretativa*, in O. De Santis, R. Fadda, E. Frauenfelder, A. Porcheddu, *Gli incontri mancati. Materiali per la formazione del pedagogo*, Milano, Unicopli, 1990, p. 36

<sup>18</sup> Cfr. G. Corbellini, *EBM. Medicina basata sull’evoluzione*, cit.

<sup>19</sup> *Ivi*, p. 49

<sup>20</sup> F. Cambi, E. Frauenfelder (a cura di), *La formazione. Studi di pedagogia critica*, cit., p. 29

natura educativa che sanitaria. Sempre più spesso, infatti, gli operatori della sanità implicitamente cercano nel sapere non medico, pedagogico e psicologico, sostegno e strategie specifiche, funzionali a raggiungere quegli obiettivi di salute che la medicina per se stessa non riesce a conseguire”<sup>21</sup>.

Di quanto la relazione tra il mondo della pedagogia e quello della medicina sia in una fase di affermazione o comunque venga da più parti richiesto è confermato anche da un certo numero di studiosi di scienze dell’educazione i quali denunciandone le mancanze e prospettandone aspetti comuni si rendono portavoce della necessità di un incontro reciprocamente significativo tra i due saperi.

A tal proposito Piero Bertolini, esplorando gli aspetti, anche più nascosti e dimenticati che sono a fondamento del sapere e delle prassi mediche e che ormai risultano contestuali anche al sapere pedagogico, avanza sostanzialmente due considerazioni: una di carattere epistemologico per cui entrambi i settori sono accomunati nel loro costituirsi dall’esplicito desiderio di aiutare l’uomo a migliorare la propria qualità della vita<sup>22</sup>; l’altra di carattere metodologico laddove sostiene: “il medico nel momento in cui stabilisce un rapporto (specie se duraturo) con un paziente, svolge contemporaneamente un’azione educativa. [...]. Il che induce a riconoscere tutta la rilevanza educativa della *situazione clinica* [...]. L’educatore, nel momento in cui si *prende in carico* un soggetto/educando, svolge contemporaneamente anche un’azione clinica, nel senso che i contenuti e i modi dei suoi interventi [...] non sono certo ininfluenti nei confronti della costruzione di una sua progressiva qualità della salute. Sapere tutto ciò – conclude il Nostro - impone agli operatori dell’una come dell’altra scienza una specifica sensibilità ed una sufficiente conoscenza delle reciproche tematiche o, se si preferisce, del reciproco «sapere». Ma, nello

---

<sup>21</sup> N. Bobbo, *Medicina come scienza dell’educazione? Una questione da approfondire*, in A. Mariani (a cura di), *Scienze dell’educazione: intorno ad un paradigma*, Lecce, Pensa Multimedia, 2005, p. 184

<sup>22</sup> Cfr. P. Bertolini, *Un possibile (necessario?) incontro tra la pedagogia e la medicina*, in G. Bertolini, *Diventare medici. Il problema della conoscenza in medicina e nella formazione del medico*, cit., p. 58

stesso tempo, dovrebbe suggerire [...] l'uso di modalità di intervento francamente interdisciplinari”<sup>23</sup>.

Stessa considerazione metodologica viene avanzata, seppur in forma più generale da Franco Blezza, il quale afferma: “Va detto chiaramente che eventuali timori di sovrapposizione dell'esercizio della professione pedagogica su quello delle professioni psicologiche o sociologiche, sanitarie o giuridiche, non hanno ragion d'essere ed allignano solo sulla mancanza di conoscenza su quale sia il compito del Pedagogista professionale. D'altra parte, eventuali sovrapposizioni dell'esercizio delle professioni anzidette nel campo del pedagogico e dell'educativo sono da considerarsi indebite ed improprie, comprensibili solo come esercizio di una supplenza provvisoria là dove la figura specifica non esista, e tendenti a dimostrare la necessità e l'urgenza del suo inserimento”<sup>24</sup>.

Dal canto suo Natascia Bobbo, prospettando un incontro tra la scienza medica e pedagogica che “impone a operatori, ricercatori di entrambi i settori di negoziare finalità ed obiettivi, spazi d'azione e aree di intervento all'interno di progetti comuni”<sup>25</sup>, giustifica un siffatto rapporto sostenendo: “La possibilità della negoziazione si fonda, d'altro canto, su di alcuni punti di riferimento comuni tra le due discipline. Una per tutte la comune finalità di essere per l'altro, persona che va aiutata e sostenuta nel processo di crescita, umana e personale, prima, oltre e nonostante la malattia”<sup>26</sup>.

Infine, è possibile rilevare dalle osservazioni di Maria Antonella Galanti sia le difficoltà che caratterizzano un possibile rapporto tra i due saperi, sia l'aprirsi di spazi di confine utilizzabili ai fini di un rapporto reciproco. Per quanto concerne il primo aspetto Galanti sostiene: “il difficile rapporto tra pedagogia e medicina si dibatte tra le due tendenze opposte e non di rado compresenti dello scontro conflittuale e dell'arroccarsi difensivo di ciascuna

---

<sup>23</sup> P. Bertolini, *Un possibile (necessario?) incontro tra la pedagogia e la medicina*, cit., p. 63

<sup>24</sup> F. Blezza, *Il Pedagogista. Il riemergere recente di una professione antica*, in <<http://www.pedagogistionline.it/rivista/rivista13.2.doc>>

<sup>25</sup> N. Bobbo, *Medicina come scienza dell'educazione? Una questione da approfondire*, cit., p. 195

<sup>26</sup> *Ibidem*

disciplina nei propri paradigmi e codici, [...]. La timida via del dialogo, pur presente e spesso invocata con modalità più o meno retoriche da entrambe le parti, non sembra avere per ora generato risultati apprezzabili. La tendenza prevalente, infatti, attuata sia a livello scolastico che dei servizi, si basa sull'agire separato, fatte salve le rare occasioni di incontro nei momenti critici"<sup>27</sup>. In una siffatta situazione ciò che la studiosa pone in discussione è l'atteggiamento riduzionistico della medicina la quale lasciando "in secondo piano il contesto esistenziale"<sup>28</sup>, relazionale, la dimensione della corporeità, del benessere, non tiene conto che, tanto per la medicina quanto per la pedagogia, "il senso di ogni agire va cercato nella trasformazione progettuale dell'esistenza e non nella rimozione di uno ostacolo"<sup>29</sup>.

In seconda istanza, Galanti venendo a segnalare l'esistenza di "zone di confine e larghi spazi di intersezione tra le discipline che studiano l'uomo"<sup>30</sup> sottolinea: "È proprio collocandosi in queste zone di confine che si può rivedere criticamente il problema del rapporto tra discipline a differente forza di statuto epistemologico. Tenendo presente che non è tale differenza a rappresentare, di per sé, un ostacolo al confronto paritario, quanto l'attribuzione di valore che vi si accompagna"<sup>31</sup>. Tali zone di confine, come si argomenterà nel presente capitolo possono individuarsi nelle dimensioni della corporeità, salute, malattia e cura.

---

<sup>27</sup> M.A. Galanti, *Il contributo della pedagogia nei percorsi formativi delle scienze motorie e degli ambiti sociosanitario e della comunicazione*, cit., p. 92

<sup>28</sup> *Ivi*, p. 93

<sup>29</sup> *Ivi*, p. 99

<sup>30</sup> *Ivi*, p. 91

<sup>31</sup> *Ivi*, pp. 91-92

## 2.1. La corporeità nei contesti sanitari

Superando ogni forma di scientismo<sup>32</sup>, la corporeità può considerarsi un importante ambito di interconnessione tra la pedagogia e la medicina. L'assunto muove sostanzialmente dalla considerazione che quanto viene a prospettarsi attraverso l'applicazione della categoria della corporeità<sup>33</sup> al contesto sanitario, non è solo una rivisitazione della visione anatomo-fisiologica del corpo<sup>34</sup> fine a se stessa, quanto una rivalutazione della stessa concezione dell'uomo colto nella sua complessità e tale per cui trascende qualsiasi visione che non sia sistemica e interdisciplinare. È in tale prospettiva che la corporeità viene a rappresentare, considerata anche la centralità che la dimensione corporea riveste nella fondazione e nello sviluppo concettuale della medicina<sup>35</sup>, una sfera di interconnessione tra la pedagogia e la medicina.

È possibile riscontrare nelle parole di Piero Bertolini un'immediata conferma di una tale considerazione laddove asserisce: “C'è, a mio parere, un primo ambito in cui non solo è possibile ma necessaria una cooperazione tra la pedagogia e la medicina, quello che riguarda la *corporeità* dell'individuo (di

---

<sup>32</sup> “Per la piena comprensione dell'uomo - sostiene Refrigeri - non è sufficiente la strada della scienza; né essa può essere ottenuta soltanto mediante speculazioni filosofico-teologiche, esperienze poetiche ed artistiche o, infine, soltanto con approccio religioso; viceversa, si deve ritenere necessario il concorso di tutte queste vie di indagini”. G. Refrigeri, *Scienza e pedagogia dell'educazione fisica*, Firenze, Giunti, 1994, p. 42

<sup>33</sup> La concezione del corpo nelle espressioni del ‘corpo proprio’ di Husserl, cfr. E. Husserl, *Meditazioni cartesiane*, Milano, Bompiani, 2002; nella vissutità del corpo per sé di J.P. Sartre nella quale si evidenzia il sentimento del corpo vissuto nell'esperienza concreta, cfr. J.P. Sartre, *L'essere e il nulla*, Milano, Il saggiatore, 1965; nella identificazione del soggetto con il corpo di M. Merleau Ponty, la sola dimensione con la quale conoscere e avvertire il mondo, cfr. M. Merleau-Ponty, *Fenomenologia della percezione*, Milano, Bompiani, 2003

<sup>34</sup> La visione anatomo-fisiologica definisce il corpo, “l'unione strutturale e funzionale di più organi e apparati. Le leggi che presidono al funzionamento degli organi e apparati sono precise e inviolabili e la loro conoscenza permette di predire e controllare ogni reazione dell'organismo ai vari stimoli esterni”. Il medico “conoscendo queste leggi può e deve da un lato diagnosticare le malattie, il che avviene semplicemente verificando la presenza, nel passato o nel presente, delle specifiche cause che le determinano, dall'altro intervenire sulle strutture e/o funzioni alterate con un approccio meccanicistico, come si farebbe con qualsiasi altro fenomeno naturale” e nell'impossibilità di conoscere tutte le leggi, “sarà semplicemente quello di applicare gli stimoli (farmacologici e/o fisici) che il ricercatore ha trovato mediamente utili per quella stessa patologia”. G. Bertolini, M. Ceruti, *Identità e cambiamento. Un capovolgimento ontologico*, in G. Bertolini (a cura di), *Diventare medici. Il problema della conoscenza in medicina e nella formazione del medico*, cit., p. 50

<sup>35</sup> Cfr. P. Mottana, *Il corpo assente*, in R. Massa, G. Bertolini, *Clinica della formazione medica*, Milano, Franco Angeli, 1997, p. 116

cui entrambe non possono non occuparsi). Il corpo, infatti, è il punto di partenza della storia di ciascun soggetto, anche se va precisato, fin dall'inizio che esso si presenta, al di là della sua evidente ed innegabile materialità, come un *corpo animato* o, se si preferisce, come un *corpo vivente*<sup>36</sup>.

In prima istanza va dunque precisato che tale concetto si differenzia “da quello ambiguo di corpo poiché in esso entrano a far parte elementi nuovi. La corporeità in altri termini, è il luogo trascendentale in cui vengono dissociate le dimensioni della soggettività”<sup>37</sup>. Detto in termini husserliani il corpo non è mai solo *körper* ma *leib*<sup>38</sup> ossia corpo senziente, considerando la sottile precisazione di Gadamer secondo cui, “Corpo (*Leib*) e corporeità (*Leiblichkeit*), suona quasi come un gioco di parole, analogamente a corpo (*Leib*) e vita (*Leben*), e proprio per questo l'espressione assume il carattere di una presenza magica, in quanto illustra l'assoluta indivisibilità del corpo dalla vita”<sup>39</sup>. Similmente, volendo soffermarsi ancora, seppur brevemente, su tale concetto, Merleau-Ponty precisa “io non sono di fronte al mio corpo, ma sono nel mio corpo, o meglio, sono il mio corpo”<sup>40</sup>. La soggettività in tal senso, specifica Vanna Iori, è “*corporeità vissuta*. In prospettiva fenomenologia il corpo è la persona umana stessa”<sup>41</sup>. Come ha puntualizzato Bertolini, esso “rappresenta per l'individuo una *originaria apertura al mondo* addirittura la condizione essenziale del suo specifico *essere nel mondo*. Da ciò consegue che, se è vero che la corporeità è qualcosa (peraltro assai complessa) di eminentemente naturale o materiale, caratterizzato quindi da modalità di funzionamento biologicamente connotate, è altrettanto vero che essa non si esaurisce in ciò, e dunque non può essere in alcun modo considerata come una «cosa». Essa, infatti, si estende, per così dire, in direzione psicologica o, forse

<sup>36</sup> P. Bertolini, *Un possibile (necessario) incontro tra la pedagogia e la medicina*, cit., p. 74

<sup>37</sup> G. Refrigeri, *Scienza e pedagogia dell'educazione fisica*, cit., p. 201

<sup>38</sup> “Tra i corpi di questa natura colti in modo appartentivo io trovo – sostiene Husserl – il mio corpo nella sua peculiarità unica, cioè come l'unico a non essere mero corpo fisico (*Körper*) ma proprio corpo vivente (*Leib*)”. E. Husserl, *Meditazioni cartesiane*, cit., p. 119

<sup>39</sup> H.G. Gadamer, *Dove si nasconde la salute*, Milano, Raffaello Cortina, 1994, p. 80

<sup>40</sup> M. Merleau-Ponty, *Fenomenologia della percezione*, cit., p. 214

<sup>41</sup> V. Iori, *Dal corpo-cosa al corpo-progetto*, in L. Balduzzi (a cura di), *Voci del corpo. Prospettive pedagogiche e didattiche*, Firenze, La Nuova Italia, 2002, p. 5

meglio, mentale, a motivo della ricchezza che essa ha per esempio nel suo farsi *linguaggio*, nonché nella sua funzione costruttrice dell'identità personale"<sup>42</sup>. La corporeità viene dunque a rappresentare, sottolinea Galanti “un vettore centrale attorno al quale si strutturano sia la vita mentale che quella affettiva-emozionale del soggetto”<sup>43</sup>.

Da questa breve disamina del concetto di corporeità, ipotizzandone l'assimilazione nei contesti sanitari, è possibile trarre già alcune considerazioni sulle ripercussioni che un tale assunto determina nella riqualificazione medica del “corpo-paziente”<sup>44</sup> e sulle relative procedure diagnostiche - terapeutiche. Innanzitutto gli stessi termini di conoscenza vengono a modificarsi dal momento che la mera spiegazione risulterebbe riduttiva e fuorviante a fronte della complessità implicita nella corporeità. Conseguenziale diviene l'esigenza di una medicina che oltre a spiegare fatti si proponga di comprenderne il significato o meglio le implicazioni che tali attribuzioni hanno sui fatti stessi, considerando che “i suoi significati non sono definiti sulla base di caratteristiche anatomiche o fisiologiche, ma piuttosto dal tipo di relazione che l'Io corporeo instaura con gli oggetti del mondo. Sono questi ultimi a rivelargli le sue possibilità”<sup>45</sup>. In proposito Merleau-Ponty inoltre asserisce: “non ho altro modo di conoscere il corpo umano che di *viverlo* sia che si tratti del mio corpo che di quello altrui. Ed il *viverlo*, non è certo equivalente al conoscerlo come oggetto”<sup>46</sup>. Anche il ‘corpo sanitario’, nel suo essere corporeità, non può pertanto definirsi se non facendo riferimento alla sua condizione di “vivente”<sup>47</sup>. Ciò significa che “l'immagine del corpo come organismo, ancorché altamente complesso, non può dunque essere di per sé sufficiente. Il corpo è semmai

<sup>42</sup> P. Bertolini, *Un possibile (necessario) incontro tra la pedagogia e la medicina*, cit., p. 74

<sup>43</sup> M.A. Galanti, *Il contributo della pedagogia nei percorsi formativi delle scienze motorie e degli ambiti sociosanitario e della comunicazione*, cit., p. 94

<sup>44</sup> Cfr. L. Zannini, *Il corpo-paziente. Da oggetto delle cure a soggetto della relazione terapeutica*, Milano, Franco Angeli, 2004

<sup>45</sup> C. Casalone, *Medicina, vissuto soggettivo e cultura*, in <http://www.qlmed.org/scopi/casalone.htm>. Inoltre cfr. U. Galimberti, *Il corpo*, Milano, Feltrinelli, 2002, p. 69

<sup>46</sup> M. Merleau-Ponty, *Fenomenologia della percezione*, citato in G. Refrigeri, *Scienza e pedagogia dell'educazione fisica*, cit., p. 203

<sup>47</sup> “lo status di vivente - argomentano Guido Bertolini e Mario Ceruti, rappresenta per il corpo il generatore delle infinite possibilità espressive ed evolutive”. G. Bertolini, M. Ceruti, *Identità e cambiamento. Un capovolgimento ontologico*, cit., p. 50

definibile come *organismo animato*; animato da sentimenti, da passioni, da desideri, da progetti, da intenzioni, ma anche da frustrazioni, da dolori, da sofferenze. Sono proprio questi aspetti a offrire all'organismo modalità di esistenza che sarebbero impensabili sulla base della sua pura connotazione oggettuale"<sup>48</sup>. Si tratta delle modalità che ogni individuo ha di essere-nel-mondo nelle diverse circostanze della propria vita, incluse quelle mediche. In una tale prospettiva "i sintomi e i segni somatici del paziente non corrispondono tanto alla sua esperienza di malattia quanto piuttosto alla sua interpretazione – o perlomeno al suo vissuto – dell'esperienza di malattia"<sup>49</sup>; "il sintomo diventa allora uno strumento espressivo di un sentire"<sup>50</sup>.

Alla conoscenza scientifica del corpo si viene, pertanto, ad affiancare il riconoscimento del 'sentimento' di esso. "Così concepito, l'ambito di intervento – precisa Refrigeri - si presenta notevolmente diverso dal tradizionale corpo oggetto di terapia [...]. Tanto è diverso che ha assunto in tutti i saperi contemporanei il termine di *corporeità*"<sup>51</sup>. Ne consegue, come sottolinea Zannini che "ciò che entra nella relazione terapeutica non è più soltanto il corpo del paziente come 'oggetto' biologico, ma un corpo in carne e ossa, carico di interpretazioni, emozioni, esperienze della sua malattia, ossia un 'corpo-soggetto'"<sup>52</sup>.

In sintesi il riconoscimento della corporeità nel contesto sanitario comporta per la medicina, sottolinea Piero Bertolini, di "mettere in atto tutte le strategie necessarie, sia a livello preventivo sia a livello curativo (quando ciò occorra), perchè l'individuo [...] impari e soprattutto *possa essere il proprio corpo* con libertà e persino con gioia. Il punto fondamentale consiste, in questo senso, nel contributo che la medicina (l'operatore della medicina) può e deve

<sup>48</sup> G. Bertolini, M. Ceruti, *Identità e cambiamento. Un capovolgimento ontologico*, cit., p. 50

<sup>49</sup> G. Bertolini, *Diventare medici nella complessità*, in G. Bertolini (a cura di), *Diventare medici. Il problema della conoscenza in medicina e nella formazione del medico*, cit., p. 17

<sup>50</sup> R. Bruni, *La prospettiva emotiva nella relazione con il paziente*, in P. Binetti (a cura di), *Persona, paziente, cliente. Il mondo del malato in un mondo che cambia*, cit., p. 94

<sup>51</sup> G. Refrigeri, *La laurea in scienze corporee*, in "Annali della Pubblica Istruzione", 1-2/98, p. 109

<sup>52</sup> L. Zannini, *Soggettivazione del corpo, cura ed educazione*, in L. Zannini (a cura di), *Il corpo-paziente. Da oggetto delle cure a soggetto della relazione*, cit., p. 185

dare al formarsi di un *vissuto sul proprio corpo* che anziché mortificarlo ne esalti tutte le potenzialità<sup>53</sup>, investendone le dimensioni affettiva, intellettuale, sessuale, sociale. Come si è già sottolineato, “tutte queste dimensioni non si raggiungono se non nel riconoscimento della corporeità, accettata e vissuta, nelle sue potenzialità e nei suoi limiti”<sup>54</sup>.

Si è già visto nel precedente capitolo come un tale aspetto storicamente sia stato eluso dai contesti sanitari e collateralmente sia stata obliato dai contesti formativi. Mentre in quest’ultimo settore la situazione può in qualche modo dirsi superata<sup>55</sup>, tale visione, protrattasi ancora oggi nelle forme del modello biomedico, viene ancora da più parti denunciata e contestata in considerazione del riduzionismo che la caratterizza e dell’atteggiamento medico di chiusura disciplinare che ne consegue.

Paolo Mottana, riflettendo sullo stato attuale della considerazione del corpo all’interno della medicina<sup>56</sup>, ha rilevato il privilegiarsi quasi esclusivo di un modello di medicina fondato sul paradigma positivistico o bio-meccanico. Da tale indagine, denuncia il clinico della formazione, il corpo appare “sottoposto a procedure di disarticolazione e di distanziamento tali da far parlare di *corpo assente* dalla cultura e dall’esperienza della medicina contemporanea”<sup>57</sup>.

---

<sup>53</sup> P. Bertolini, *Un possibile (necessario) incontro tra la pedagogia e la medicina*, cit., pp. 74-75

<sup>54</sup> L. Corradini, *Le ragioni di un titolo e di un percorso di ricerca*, in L. Corradini, I. Testoni (a cura di), *Il corpo a scuola. Pedagogia e psicologia sociale per l’educazione alla salute*, Roma, SEAM, 1999, p. 10

<sup>55</sup> Emblematica potrebbe a tal proposito considerarsi l’espressione di Piero Bertolini qualificante l’educazione come un processo che si esplica “da un lato nella predisposizione di alcune procedure che consentono all’educando di usare il proprio corpo (meglio, di ‘essere’ il proprio corpo) [...]. Dall’altro lato, quella metodologia deve saper produrre delle condizioni materiali positive, che, invece di mortificare il corpo dell’educando, gli consentano di sviluppare al massimo tutte le potenzialità esistenziali che vi sono contenute”. P. Bertolini, *L’esistere pedagogico. Ragioni e limiti di una pedagogia come scienza fenomenologicamente fondata*, Firenze, La Nuova Italia, 1988, p. 188. Inoltre cfr. G. Refrigeri, *Scienza e pedagogia dell’educazione fisica*, cit., pp. 199-208; cfr. F. Frabboni, F. Pinto Minerva, *Manuale di pedagogia generale*, Roma-Bari, Laterza, 2002, pp. 163-166; cfr. I. Gamelli, *Pedagogia del corpo. educare oltre le parole*, Roma, Meltemi, 2001

<sup>56</sup> P. Mottana, *Il corpo assente*, in R. Massa, G. Bertolini, *Clinica della formazione medica*, cit., pp. 116-147

<sup>57</sup> *Ivi*, p. 117

È possibile anche definirlo “corpo medico”<sup>58</sup> considerando che “nel passaggio al regno della medicina il corpo viene espropriato di tutte quelle connotazioni soggettive che ne fanno il luogo del proprio sé, del proprio modo di fare esperienza e di vivere nel mondo, per diventare oggetto dell’interesse e dell’intervento degli operatori sanitari”<sup>59</sup>.

Di conseguenza la medicina, accusa Ines Testoni, “è la disciplina che oggettiva il corpo, indipendentemente dal vissuto emozionale che il soggetto può averne e, ancor più, è quella forma di studio per cui non esiste una ricerca di senso intorno al corpo che non sia quella dell’oggettività, ove l’oggettivazione è funzionale all’unico fine che è la salute del corpo oggettivo. Ma il corpo – prosegue la studiosa – non è soltanto l’oggetto di un’analisi chimica o funzionale, esso è specialmente un soggetto che rappresenta se stesso e la propria esistenza”<sup>60</sup>.

Similmente Lucia Zannini evidenzia come in medicina “il corpo dell’individuo diviene ‘cosa’ non solo perché oggetto delle cure di un operatore sanitario che si è formato attraverso un percorso nel quale, progressivamente, si è abituato a gettare su esso uno sguardo scientifico, e quindi categorizzante, calcolante e parcellizzante, ma anche perché il malato stesso tenta di ridurre il suo malessere a qualcosa di specifico, localizzabile, definibile, oggettivabile, per separarlo ed espellerlo più facilmente da sé”<sup>61</sup>.

Si tratta di quell’atteggiamento di “superstizione scientifica”<sup>62</sup>, contestato da Marco Dallari con cui il medico “riesce a vedere il corpo solo come corpo

---

<sup>58</sup> B.J. Good, *Narrare la malattia. Lo sguardo antropologico sul rapporto medico-paziente*, Torino, Edizioni di Comunità, 1999, p. 112

<sup>59</sup> L. Montagna, *Il significato del corpo nella salute e nell’esperienza di malattia*, in L. Zannini (a cura di), *Il corpo-paziente. Da oggetto delle cure a soggetto della relazione*, cit., p. 43

<sup>60</sup> I. Testoni, *Il corpo e la scuola. La salute come valore sociale e il problema formativo*, in L. Corradini, I. Testoni (a cura di), *Il corpo a scuola. Pedagogia e psicologia sociale per l’educazione alla salute*, cit., p. 45

<sup>61</sup> L. Zannini, *Soggettivazione del corpo, cura ed educazione*, cit., p. 183

<sup>62</sup> “La superstizione scientifica – sostiene Marco Dallari – diviene la modalità con cui conosco il mio corpo, il corpo come mia estraneità e quindi come possibile estraneità di chi lo abita. [...] è dunque l’apparire della malattia che diventa la totalità dell’apparire, cioè la totalità del corpo.” M. Dallari, *Superstizione scientifica e fragile verità dell’allusione*, in G. Bertolini (a cura di), *Diventare medici. Il problema della conoscenza in medicina e nella formazione del medico*, cit., p. 97

malato, mentre cessa di vederlo quando è sano”<sup>63</sup>. Oggettivato il corpo ne risulta oggettivato anche il rapporto medico-paziente dal momento che tanto il paziente “espropriato del corpo che non controlla” quanto il medico “che per superstizione scientifica vede la malattia come essenza *hic et nunc* del corpo” relazionano solo al fine di ripristinare “una normativa e convenzionale sanità”<sup>64</sup>. Si viene dunque a riproporre, denuncia Dallari, il dettato dualistico cartesiano *res cogitans* - *res extensa* che “assegna ai compiti della medicina solo la «manutenzione» della seconda, come se fosse possibile distinguere in termini di vissuto il funzionamento di un corpo dalla coscienza di esso”<sup>65</sup>.

Stessa considerazione critica viene avanzata da Galimberti laddove argomenta: “solo come cosa il corpo è sperimentabile, indagabile, curabile: la scienza nasce attraverso questa riduzione del corpo a organismo. Il corpo della scienza non è il corpo vissuto che appartiene al mondo della vita”<sup>66</sup>; infatti, osserva lo studioso, “il medico con la sua strumentazione scientifica, vede il male ma non è in grado di entrare nel dolore, che resta un’esperienza privata e incomunicabile”<sup>67</sup>. Così “ridotto il corpo a organismo, per tutte le risposte che l’organismo non sa dare quando viene interpellato come corpo vivente è necessario costruire uno scenario alternativo, più spirituale, che chiamiamo *psiche*. Forse della psicologia potremmo fare a meno – asserisce Galimberti - se tornassimo dal *corpo scientifico* al *corpo vivente* come il buon Husserl consigliava segnalando l’errore di Cartesio e invitandoci a superare il dualismo tra *res cogitans* e *res extensa*.”<sup>68</sup>.

Inoltre, in forma molto più esplicita e dai toni altrettanto polemici Galimberti commenta: “Nel corpo-cosa (*Körperding*), che la scienza descrive ogni volta che parla dell’organismo e delle sue funzioni, io non mi riconosco,

---

<sup>63</sup> M. Dallari, *Superstizione scientifica e fragile verità dell’allusione*, cit., p. 97

<sup>64</sup> *Ibidem*

<sup>65</sup> *Ivi*, p. 94

<sup>66</sup> E. Boncinelli, U. Galimberti, G.M. Pace, *E ora? La dimensione umana e le sfide della scienza*, Torino, Einaudi, 2000, p. 42

<sup>67</sup> *Ivi*, p. 8

<sup>68</sup> *Ivi*, p. 43

perché è un corpo che non mi rileva, non mi rappresenta, non mi esprime”<sup>69</sup>; infatti, conclude Galimberti, si tratta di un corpo presentato non come “è vissuto da ciascuno di noi, ma come risulta dallo sguardo anatomico che l’ha sezionato”<sup>70</sup>.

A fronte di una tale situazione, Guido Bertolini e Mauro Ceruti contestano che possa esistere “un corpo del tutto oggettivo e oggettivabile (se non quello del cadavere): il corpo dell’uomo si dà sempre e soltanto come *corpo vivente*”<sup>71</sup>. Di conseguenza, prospetta Gadamer, i sintomi non vanno sempre eliminati ma vanno anche salvati perché sono parte della vita del corpo e servono tanto al medico quanto al paziente ad interpretare la salute e ricostruirne l’armonia<sup>72</sup>.

Di fatto, così come denuncia Capra, “trascurando di trattare il paziente come un tutto, i medici oggi sono incapaci di capire, o di curare, molte fra le principali malattie del nostro tempo. Fra di loro c’è una crescente consapevolezza del fatto che molti dei problemi che il nostro sistema medico si trova di fronte derivano dal modello riduzionistico dell’organismo umano su cui esso si fonda”<sup>73</sup>.

Pertanto, l’oggettivazione del corpo praticata dalla medicina, spiega Zannini, “risulta non solo riduttiva, ma anche controproducente, perché comporta una raccolta parziale delle informazioni di cui è portatore il malato, nonché una diagnosi meno precisa e quindi una terapia che può rivelarsi inefficace”<sup>74</sup>. Ne consegue, come prospetta Stefano Benini, che “la tecnica sanitaria non può quindi essere ridotta alla mera esecuzione di manovre e prestazioni sul corpo-*Körper*, ma esige la messa in atto di competenze orientate

---

<sup>69</sup> U. Galimberti, *Il corpo*, Milano, Feltrinelli, 2002, p. 281

<sup>70</sup> *Ivi*, p. 79

<sup>71</sup> G. Bertolini, M. Ceruti, *Identità e cambiamento. Un capovolgimento ontologico*, cit., p. 51

<sup>72</sup> Cfr. H.G. Gadamer, *Dove si nasconde la salute*, Milano, Raffaello Cortina, 1994, pp. 79-92

<sup>73</sup> F. Capra, *Il punto di svolta. Scienza, società e cultura emergente*, trad. it., Milano, Feltrinelli, 2007, p. 89

<sup>74</sup> L. Zannini (a cura di), *Il corpo-paziente. Da oggetto delle cure a soggetto della relazione*, cit., p. 13

al rispetto del corpo e della soggettività del paziente”<sup>75</sup>. Ciò è possibile superando la visione inconciliabile per cui il medico vede il “corpo come natura mentre il paziente vede il proprio corpo come sé”<sup>76</sup>.

Dalle varie opinioni esposte, volendo prospettarne una considerazione finale, si può constatare come nonostante un diffuso e crescente interesse per il tema del corpo, in medicina sia ancora difficile parlare di esso come organismo vivente. Nei contesti sanitari in sintesi tutto ciò viene costantemente e paradossalmente rimosso, mostrando una sostanziale negazione della corporeità. Tuttavia, va evidenziato che una tale situazione non fotografa la realtà medica ‘tout court’. Infatti, un simile modo di concepire ed approcciarsi al corpo ha cominciato ad essere avvertito come riduttivo anche nel contesto medico soprattutto ad opera del diffondersi del modello di medicina sistemico con cui il corpo viene a configurarsi come un ‘tutto’ bio-psico-sociale e contestualmente, il paziente viene considerato nel suo essere “soggetto incarnato”<sup>77</sup>.

La consapevolezza della natura articolata dell’uomo comporta naturalmente una ridefinizione dei rapporti tra la pedagogia e la medicina rispetto alle concezioni passate, riscontrandone proprio nella corporeità l’anello di congiunzione. Di tale avviso è Piero Bertolini che nel prospettare un rapporto complementare argomenta: “mi pare assai significativo, per la medicina [...] la sottolineatura che la pedagogia è andata sempre più facendo [...] circa l’importanza del fattore *corpo* e in particolare del suo stato di salute,

---

<sup>75</sup> S. Benini, *Attimi di raggiungibilità: l’occasione di un incontro*, in L. Balduzzi (a cura di), *Voci del corpo. Prospettive pedagogiche e didattiche*, cit., p. 269

<sup>76</sup> E. Parma, *La medicina generale: un ponte tra la medicina come scienza della natura e come scienza umana*, in G. Bertolini (a cura di), *Diventare medici. Il problema della conoscenza in medicina e nella formazione del medico*, cit., p. 154

<sup>77</sup> L’approccio fenomenologico sostiene, infatti, che la conoscenza del mondo passa attraverso il corpo e che, dunque, la nostra coscienza è sempre una «coscienza incarnata». Si parla a questo proposito di ‘incorporamento’ (*embodiment*), “per indicare il ponte simbolico, il reticolo sociosomatico che unisce percezione, cognizione, corpo ed esperienza”. L. Montagna, *Il significato del corpo nella salute e nell’esperienza di malattia*, cit., p. 28. In riferimento al termine ‘embodiment’ si tratta di un neologismo coniato per rendere l’idea di incorporamento quale insieme di *Körper* e *Leib*. Cfr. S. Visioli, *Il processo di embodiment nella costruzione della conoscenza e nella cura dell’altro*, in L. Zannini (a cura di), *Il corpo-paziente. Da oggetto delle cure a soggetto della relazione*, cit., p. 53-63

ai fini di una convincente formazione globale dell'individuo, nonché della conquista da parte di quest'ultimo di una soddisfacente qualità della vita"<sup>78</sup>. Infatti, tramite una siffatta precisazione, Bertolini auspica che la medicina “possa o addirittura debba raggiungere una più convinta consapevolezza della *rilevanza esistenziale*”<sup>79</sup>.

Il corpo si rende, dunque, indice di un incontro tra la scienza medica e pedagogica qualora si venga a riconoscere la necessità di concepire e trattare il corpo “come luogo originario di infinite *possibilità esistenziali* per l'individuo”<sup>80</sup>. La presa di coscienza della densità simbolica della corporeità si rivela, infatti, preziosa non solo in ordine alla declinazione soggettiva che coinvolge reciprocamente le due identità medico-paziente, ma decisive anche sul piano del lavoro oggettivo, dal momento che ciascuna espressione, inclusa la malattia, “assume per l'individuo stesso un *significato vitale* che agisce con e sull'organismo nel determinare le modalità di reazione del corpo ai vari stimoli”<sup>81</sup> inclusi i farmaci.

Ne consegue che l'agire nei contesti sanitari incentrato non più solo sul *körper* ma sul *leib*, sul sentimento di sé, della propria identità corporea, sul “punto zero”<sup>82</sup> dell'intenzionalità e della relazionalità consente una lettura dei segni somatici e dei sintomi quali messaggi non solo fisiologici ma anche educativi. Infatti si tratta di pensare il soggetto come un “corpo vissuto” che entra con tutto se stesso nell'esperienza di salute, di malattia e nella pratica di cura. Denominatore comune a tali vissuti nonché ambiti di interconnessione tra pedagogia e medicina, è il sentimento di sé, il riconoscimento che il paziente è il suo corpo. La corporeità diviene allora il senso dell'esperienza di benessere, di malessere e di cura di sé.

---

<sup>78</sup> P. Bertolini, *Un possibile (necessario) incontro tra la pedagogia e la medicina*, cit., p. 58

<sup>79</sup> *Ibidem*

<sup>80</sup> G. Bertolini, M. Ceruti, *Identità e cambiamento. Un capovolgimento ontologico*, cit., 1994, p. 51; inoltre cfr. V. Iori, *Dal corpo-cosa al corpo-progetto*, cit., p. 7

<sup>81</sup> G. Bertolini, M. Ceruti, *Identità e cambiamento. Un capovolgimento ontologico*, cit., p. 51

<sup>82</sup> Cfr. E. Bottero, *Sapere del corpo e prospettive didattiche*, in L. Balduzzi, (a cura di), *Voci del corpo. Prospettive pedagogiche e didattiche*, cit., pp. 26-28

Riconosciuta e valorizzata la collocazione di tali vissuti nello spazio sanitario è possibile riqualificarlo come spazio esistenziale<sup>83</sup> e contestualmente, riprendendo le considerazioni di Riccardo Massa, come “spazio educante”<sup>84</sup>. Una siffatta configurazione, come espone il clinico della formazione, “significa che il corpo stesso non è più una cosa tra le cose, e dunque che l’intervento educativo può renderlo tale, o promuovere invece la sua trascendenza verso il futuro, soltanto per mezzo di un certo uso intenzionale dello spazio e di una certa configurazione architettonica di esso”<sup>85</sup>.

Una tale intenzionalità educativa dello spazio sanitario, resa possibile da un rapporto contiguo tra la pedagogia e la medicina incentrato sulla corporeità, trova una prima evidenza nella promozione del benessere. Anche in questo caso infatti “il corpo esperito e non il discorso sul corpo e sui corpi, appare come un nodo fondamentale per cominciare a pensare la salute e, al contempo, l’orizzonte entro cui collocare un’azione formativa, nello specifico, di educazione alla salute”<sup>86</sup>. Più precisamente, “perché si possa dare «educazione» – commenta Refrigeri - il corpo deve essere concepito come realtà diversa, complessa, in cui la dimensione fisico-naturalistica sia considerata cofisiologica alle altre, a quelle psichiche, che consentono di pensare, avvertire, sentire, recepire, rifiutare, fruire”<sup>87</sup>. Nell’ambito del

---

<sup>83</sup> Come ha sottolineato Galimberti lo spazio corporeo è uno spazio esistenziale, situazionale, dal momento che “porta con sé la traccia di sentimenti personali, di bisogni personali, di bisogni sociali e di elementi emotivi”. U. Galimberti, *Il corpo*, cit., p. 137

<sup>84</sup> “Il concetto che si propone di ‘spazio educante’ - spiega Massa - è venuto dalla diffusione della fenomenologia e dell’esistenzialismo. Husserl, Heidegger, Sartre e soprattutto Merleau-Ponty sono infatti stati riletti [...] anche in chiave pedagogica. Ne è subito sortita l’accentuazione del carattere esistenziale che inerisce all’esperienza umana dello spazio e del tempo. [ottenendo] una specie di triangolo pedagogico, che ha per base un asse spazio temporale e per altezza quello di rotazione della corporeità. Il carattere ‘estatico’ dello spazio e del tempo, e cioè la loro costituzione come orizzonte degli strumenti e dei progetti con cui l’uomo si rapporta al mondo, dipende infatti dal presupposto che l’uomo è al mondo in quanto corpo”. R. Massa, *Le tecniche e i corpi. Verso una scienza dell’educazione*, Milano, Unicopli, 1995, pp. 218-219

<sup>85</sup> R. Massa, *Le tecniche e i corpi. Verso una scienza dell’educazione*, Milano, Unicopli, 1995, p. 219

<sup>86</sup> L. Zannini, *Salute, malattia e cura. Teorie e percorsi di clinica della formazione per gli operatori sanitari*, cit., p. 57

<sup>87</sup> G. Refrigeri, *La laurea in scienze corporee*, cit., pp. 128-129

contesto sanitario, ciò rinvia direttamente allo “stato di completo benessere psicofisico” tanto decantato nelle definizioni di salute che, nel suo qualificarsi come un “sentirsi nel pieno possesso e godimento razionale delle facoltà psicofisiche al di là della salute fisica e del suo mantenimento il più a lungo possibile”<sup>88</sup>, consente il trascendimento dalla mera dimensione organica del corpo per investire la corporeità. Tale tipo di benessere che “si può conquistare con un’azione educativa incentrata sulla corporeità, va inteso come modo di essere nel mondo, facendo uso e fruendo razionalmente di tutte le risorse della propria individualità e, contestualmente, di tutte quelle che la vita associata e naturale possono offrire”<sup>89</sup>. La medicina, in tal modo, nel perseguire la finalità della salute non può non incontrarsi con la pedagogia considerando che una tale forma di benessere richiede interventi educativi e formativi. Come ha infatti precisato Refrigeri le “dimensioni del sé corporeo che non possono rimanere intonse sul piano educativo, [...] sono egualmente significative per lo stato del bene essere, che, in ultima istanza costituisce il fine proprio ed ultimo dell’educazione della corporeità e, più generalmente, dell’educazione in senso lato”<sup>90</sup>.

In una tale rivalutazione della corporeità nei processi di promozione del benessere lo stesso controllo medico viene a riqualificarsi e a rappresentare un possibile spazio operativo in comune tra la pedagogia e la medicina. Come ha evidenziato Piero Bertolini “il controllo medico cui qui mi riferisco ha da essere pensato soprattutto in termini preventivi. Ma ciò che mi parrebbe fondamentale - e che emerge proprio dall’incontro tra le due scienze in questione - è che un tale controllo non sia realizzato in forma tale da *medicalizzarlo* o, peggio, da *patologizzarlo*. Ciò che deve importare, per il medico, è da un lato riuscire a cogliere il tipo di vissuto che l’individuo [...] va formandosi del proprio corpo, per intervenire a quel proposito, ricorrendo se necessario, alla collaborazione dell’operatore pedagogico [...]; dall’altro lato è saper segnalare all’educatore tutti quei sintomi (di malessere) che

---

<sup>88</sup> G. Refrigeri, *Scienza e pedagogia dell’educazione fisica*, cit., p. 168

<sup>89</sup> *Ivi*, p. 169

<sup>90</sup> G. Refrigeri, *La laurea in scienze corporee*, cit., p. 127

probabilmente rinviano più che a fattori eminentemente medico-biologici, a fattori di ordine appunto educativo”<sup>91</sup>. Tutto ciò, conclude Bertolini, al fine “di problematizzare le situazioni e contribuire così ad una loro corretta e perciò multidimensionale soluzione”<sup>92</sup>.

Un ulteriore dimensione che investe la corporeità del ruolo di anello di congiunzione operativa tra la pedagogia e la medicina attiene le situazioni di malessere. La stessa “introduzione nel campo patogenetico di elementi quali la persona, le sue abitudini di vita, le sue attitudini, il suo modo di vedere ed affrontare la vita, di rappresentarsi la malattia”<sup>93</sup> può considerarsi espressione di un tale assunto, dal momento che “ha enfatizzato il ruolo della soggettività intesa come ciò che è «la mia percezione della realtà»”<sup>94</sup>. Quando insorge la malattia, “l’Io che prima viveva col suo corpo e del suo corpo per il mondo verso l’altro, si trova all’improvviso a vivere per il corpo”<sup>95</sup>, avvertendone l’ingombrante presenza nella malattia<sup>96</sup>. In tal modo si avverte un senso di “tradimento da parte del proprio corpo, il quale si ripercuote sull’intera individualità, contenendone le attività, la decisionalità, fino ad andare a intaccare l’identità”<sup>97</sup>. Cogliere l’importanza di una siffatta esperienza di corporeità anche nei contesti sanitari consente di prospettare scenari interconnessi medico-pedagogici poiché implica l’azione congiunta e simultanea di interventi non solo diagnostici-terapeutici ma anche di formazione ed educazione. In tal modo in un approccio integrato ed integrale alla malattia è possibile “accogliere il significato della corporeità nella sua precarietà e soggettività, [...] vedere e leggere oltre la datità organica della malattia, nell’ottica della complessità dinamica del processo di formazione ed

---

<sup>91</sup> P. Bertolini, *Un possibile (necessario) incontro tra la pedagogia e la medicina*, cit., p. 76

<sup>92</sup> *Ibidem*

<sup>93</sup> E. Parma, *La medicina generale: un ponte tra la medicina come scienza della natura e come scienza umana*, in G. Bertolini (a cura di), *Diventare medici. Il problema della conoscenza in medicina e nella formazione del medico*, cit., p. 159

<sup>94</sup> *Ibidem*

<sup>95</sup> M. Dallari, *Superstizione scientifica e fragile verità dell’allusione*, cit., p. 94

<sup>96</sup> Cfr. L. Montagna, *Il significato del corpo nella salute e nell’esperienza di malattia*, cit., pp. 33-38

<sup>97</sup> L. Zannini, *Salute, malattia e cura. Teorie e percorsi di clinica della formazione per gli operatori sanitari*, cit., p. 172

autoformazione della persona che dura tutta la vita”<sup>98</sup>. Accogliere pertanto la dimensione della corporeità anche nella situazione di malessere, consente alla medicina di cogliere “come in una vera battaglia, il corpo si oppone all’attacco della malattia e in questa ‘resistenza’ acquista consapevolezza di sé, dei propri limiti e delle proprie risorse e, in questo senso, si appropria di sé”<sup>99</sup>. Non a caso si viene a riconoscere quale fattore intervenente nella produzione di guarigione “il formidabile recupero biologico del corpo”<sup>100</sup> imprescindibile da una vissutività positiva della malattia nonché da una riorganizzazione dello stile di vita in grado di influenzare la patologia stessa ed il suo decorso.

L’assimilazione della corporeità nei contesti sanitari permette, in ultima analisi, di prospettare spazi in comune tra la pedagogia e la medicina per quanto attiene le pratiche di cura. Viene infatti a precisarsi che “la cura del corpo biologico e la cura del corpo vissuto, che abita il mondo e che viene percepito dai sensi, non sono alternative, ma rientrano in uno stesso processo di conoscenza e relazione che è poi lo stesso processo di embodiment”<sup>101</sup>. Più profondamente si tratta di pensare al “corpo come alla dimensione visibile della persona, al dinamismo biologico che interagisce con l’affettività, l’intelligenza, la libertà”<sup>102</sup> che più che essere sottoposto a oggettivanti pratiche mediche, va educato ad aver cura di sé.

Da quanto esposto è possibile dunque concludere che la natura integrante e complessa della corporeità non solo costituisce essa stessa ambito di incontro

---

<sup>98</sup> G.A. Naccari, *Persona e movimento*, Roma, Armando, 2006, p. 209

<sup>99</sup> L. Zannini, *Salute, malattia e cura. Teorie e percorsi di clinica della formazione per gli operatori sanitari*, cit., p. 168

<sup>100</sup> M. Grygiel, P. Bonetti, *La relazione con il paziente in un contesto multi-etnico*, in P. Binetti (a cura di), *Persona, paziente, cliente. Il mondo del malato in un mondo che cambia*, cit., p. 177; è inoltre possibile rinvenire una stessa considerazione nelle osservazioni di Guido Bertolini e Mauro Ceruti laddove ritengono che in una situazione di malattia, quale “rottura nella storia esistenziale dell’individuo, vengono attualizzate alcune fra le infinite, e fino ad allora latenti, possibilità espressive ed evolutive del corpo”. G. Bertolini, M. Ceruti, *Identità e cambiamento. Un capovolgimento ontologico*, cit., p. 51

<sup>101</sup> S. Visioli, *Il processo di embodiment nella costruzione della conoscenza e nella cura dell’altro*, in L. Zannini (a cura di), *Il corpo-paziente. Da oggetto delle cure a soggetto della relazione*, cit., p. 63

<sup>102</sup> L. Corradini, *Le ragioni di un titolo e di un percorso di ricerca*, in L. Corradini, I. Testoni (a cura di), *Il corpo a scuola. Pedagogia e psicologia sociale per l’educazione alla salute*, cit., p. 10

tra la pedagogia e la medicina ma consente contestualmente di riqualificare tutte le dimensioni tradizionalmente intese di esclusiva pertinenza medica, quali la salute, la malattia e la cura come altrettanti campi di interconnessione tra i due saperi.

## **2.2. La salute come benessere. Tra prevenzione e educazione**

Un aspetto che meglio degli altri consente di comprendere la contiguità del sapere pedagogico e di quello medico è dato dal concetto di salute significato, in questa sede, secondo il paradigma medico del tipo bio-psico-sociale<sup>103</sup> che, attento agli stili cognitivi, comportamentali e apprenditivi e alle storie individuali nonché agli apporti esterni e alla complessa trama di esperienze sviluppate, ha non poche affinità con quello formativo e prospetta non pochi spazi comuni di operatività e di gestione in comune dei problemi relativi alla salute.

Poste tali premesse risulta comunque importante prospettare alcune precisazioni. In particolare va sottolineato che il concetto di salute non è più definito in opposizione a quello di malattia, che anzi la salute va promossa indipendentemente dallo stato patologico. La salute infatti non è una ‘assenza di malattia’, come sovente si crede e si accredita. Parlare di salute in una tale accezione negativa comporta, secondo Marco Ingrosso il riferimento alla sanezza, o meglio alla salvezza ossia alla “condizione di chi è salvo, conservato, perché è stato o si è salvato”<sup>104</sup> da uno stato patologico.

Considerare la salute come tale, porta a ritenere che si debba occupare di essa solo o soprattutto quando la presenza della malattia ne fa avvertire o patire l’assenza.

In pratica ciò si traduce nell’ignorare la dimensione preventiva e globale accordata alla salute, rendendola al contempo un oggetto esclusivo o, quanto

---

<sup>103</sup> Il modello bio-psico-sociale “tiene conto dei fattori psicosociali e ritiene che la diagnosi medica debba considerare l’interazione degli aspetti biologici, psicologici e sociali per valutare lo stato di salute dell’individuo”. B. Zani, E. Cicognani, *Psicologia della salute*, Bologna, Il Mulino, 2000, p. 19

<sup>104</sup> M. Ingrosso, *La costruzione sociale della salute: teorie e immagini sociali*, in M. Ingrosso (a cura di), *La salute come costruzione sociale*, Milano, Franco Angeli, 1994, p. 85

meno, prevalente della medicina diagnostico-terapeutica e non un oggetto primario dell'impegno personale di ciascuno. Questo ha determinato e rischia di rinforzare il fenomeno socio-sanitario in totale antitesi rispetto ad un processo di educazione alla salute, noto come medicalizzazione<sup>105</sup> che consiste nell'applicazione alla società di una ideologia che tende a massimizzare il ruolo del medico e a minimizzare quello dell'uomo sano o malato nell'aver cura del proprio benessere.

Sottolineare questo aspetto non vuole dire svalutare la medicina, che oggi dispone di risorse efficaci come prima non mai; significa piuttosto porre l'accento sul fatto che la cura della salute spetta anzitutto al diretto interessato in un'interazione continua individuo-ambiente. A ciò mira, per l'appunto, l'educazione alla salute, a proposito della quale, già trent'anni fa in veste di educazione sanitaria Alessandro Seppilli scriveva come essa “non sia un monopolio dei medici, ma un processo che richiede tutto un insieme di comportamenti sociali e che deve seguire canali già stabiliti per altri interventi nella comunità associata”<sup>106</sup>.

Già allora era chiaro dunque come il concetto di salute rimanda solo in parte alla dimensione di malattia e, quindi, al mondo sanitario a cui ci si rivolge quando essa risulta compromessa. L'idea di salute rinvia piuttosto ad un sistema complesso a cui “si connettono maggiormente i suoi significati etimologici di *benessere* e, più in generale, di *vita*”<sup>107</sup>.

---

<sup>105</sup> L'accezione negativa, oggi in uso, del termine ‘medicalizzazione’ viene introdotta negli anni Settanta dal filosofo Ivan Illich. In particolare nella sua opera *Nemesi medica*, sostiene che la medicina non ha migliorato la salute umana, ma creato nuove malattie, sviluppandosi a dismisura, alleandosi con l'industria farmaceutica per ridurre la salute delle persone e privarle della loro autonomia. Per Illich la medicalizzazione annulla la capacità umana di affrontare la malattia, la sofferenza e la morte, trasforma in malattia normali eventi fisiologici, così come tutte le devianze dell'organismo dalla norma funzionale e promuove lo strapotere di una casta medica. Cfr. I. Illich, *Nemesi medica. L'espropriazione della salute*, Bruno Mondadori, 2004. Sulla fase estrema di questo processo, indicata col termine “disease mongering” cfr. G. Corbellini, *EBM. Medicina basata sull'evoluzione*, cit., pp. X-XI

<sup>106</sup> M. Mori (a cura di), *Alessandro Seppilli, politico, scienziato, educatore*, Dossier in “La Salute umana” n. 190-191-192 Luglio-Dicembre 2004, p. 51

<sup>107</sup> L. Zannini, *Salute, malattia e cura. Teorie e percorsi di clinica della formazione per gli operatori sanitari*, cit., p. 34

### 2.2.1. Dalla salute al benessere

In linea di principio la salute può definirsi “l’effetto dell’integrazione di numerose dimensioni che, complessivamente, permettono di descrivere una situazione di benessere globale: fisico, funzionale, psicologico e sociale”<sup>108</sup> così come dichiarato già nel 1946 dall’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS). Tuttavia l’aspetto multiforme della salute, il suo rinviare al contempo “al sistema delle cure ma che implica anche di tener conto dell’ambiente e delle condizioni e abitudini di vita”<sup>109</sup>, e il suo carattere multidimensionale tale per cui investe numerosi fattori in grado di incidere, in modo diverso, tanto sul modo di concepirla tanto sul cosiddetto “stato di salute”<sup>110</sup> determina il delinarsi di diverse definizioni di salute.

Seedhouse circoscrive quattro significati del termine “salute”, di cui tre sono presenti nella definizione dell’OMS. Queste accezioni sono quella “medica”, per cui la salute è assenza di malattia (intesa in senso lato), quella “sociale”, per cui la salute è la capacità di svolgere normalmente un ruolo sociale, e quella “idealistica”, per cui la salute è benessere fisico, psichico e sociale completo. Una quarta accezione, che Seedhouse chiama “umanistica”, è quella relativa alla “capacità di adattarsi positivamente alle situazioni problematiche della vita”<sup>111</sup>. È possibile assimilare questa ultima accezione anche ai tentativi di una lettura ermeneutica<sup>112</sup> della salute concepita non in senso naturalistico, ma come un concetto che si riferisce alla persona presa nella sua totalità e considerata come essere sociale e storico.

---

<sup>108</sup> E. Parma, *La medicina generale: un ponte tra la medicina come scienza della natura e come scienza umana*, cit., p. 161

<sup>109</sup> P. Binetti (a cura di), *Persona, paziente, cliente. Il mondo del malato in un mondo che cambia*, cit., p. 17

<sup>110</sup> Cfr. B. Zani, E. Cicognani, *Psicologia della salute*, Bologna, Il Mulino, 2000, p. 28

<sup>111</sup> D. Seedhouse, *Health: The Foundations for Achievement*, citato in G. Corbellini, *EBM. Medicina basata sull’evoluzione*, cit., p. 20

<sup>112</sup> Fra questi tentativi si possono menzionare quelli di C. Whitbeck, *A Theory of Health*; di I. Pörn, *An Equilibrium Model of Health*; e di G. Canguilhem, *Il normale e il patologico*, citati in G. Galli (a cura di), *Interpretazione e diagnosi. Scienze umane e medicina*, cit., p. 67, nota 82

In sintesi in un'accezione positiva del termine le definizioni possono riassumersi in tre differenti approcci<sup>113</sup>: l'approccio basato sulla funzionalità della salute, cioè sulla capacità dell'organismo di svolgere le funzioni richieste dal proprio contesto biologico e sociale<sup>114</sup>; l'approccio configurante la salute come una capacità di adattamento omeostatico dell'individuo nel suo ambiente<sup>115</sup> e l'approccio cosiddetto percettivo<sup>116</sup>, basato sulla percezione individuale dello stato di benessere e ravvisabile nella definizione dell'OMS. Nel dettaglio nel 1946 l'OMS pone a fondamento della propria azione politica una definizione positiva di salute intesa come: “uno stato di completo benessere fisico, psichico e sociale, e non semplicemente come assenza di malattia o infermità”<sup>117</sup>. Come spiega Corbellini, ciò “implicava che si potesse essere più o meno in salute anche in assenza di condizioni riconoscibili come tali dalla patologia, e che una condizione non definibile fisiologicamente, come la povertà o l'assenza di diritti civili, potesse concorrere a diminuire la salute”<sup>118</sup>.

Benché questa definizione di principio, come sottolinea Capra, “sia un po' irrealistica, descrivendo la salute come una condizione statica di perfetto

---

<sup>113</sup> Cfr. C. Flora C., F. Ferrazzoli, *Il bambino in ospedale*, in P. Binetti (a cura di), *Persona, paziente, cliente. Il mondo del malato in un mondo che cambia*, cit., p. 187

<sup>114</sup> Emblematica per tale approccio della sociologia della medicina più ufficiale, è la definizione di Talcott Pearson secondo cui “la salute è lo stato di capacità ottimale di un individuo per l'efficace svolgimento dei ruoli e dei compiti per i quali egli è stato socializzato”. T. Pearson, *Patients physicians and illness*, in C. Flora, F. Ferrazzoli, *Il bambino in ospedale*, cit., p. 187; inoltre cfr G. Corbellini, *EBM. Medicina basata sull'evoluzione*, cit., p. 22

<sup>115</sup> Per tale approccio si rinviene la definizione di Wylie secondo cui “la salute è l'adattamento perfetto e continuo di un organismo al suo ambiente”. C.M. Wylie, *The definition and measurement of health and disease*, in C. Flora, F. Ferrazzoli, *Il bambino in ospedale*, cit., p. 187. Da una prospettiva evoluzionistica, Gilberto Corbellini critica una tale definizione sostenendo che “il concetto di salute positiva o perfetta è del tutto utopistico, in quanto non può realizzarsi, per le caratteristiche dei sistemi biologici, un adattamento perfetto”. G. Corbellini, *EBM. Medicina basata sull'evoluzione*, cit., p. 48

<sup>116</sup> La definizione di percettivo attiene ad una visione della salute “come parte della multiforme ma unitaria esperienza umana che possiede caratteristiche sia fisiche che ermeneutiche”, cioè risulta legata al senso che tale dimensione assume e viene vissuta da ciascuno. Cfr. W.B. Pearce, *La salute come sistema di significati e di azione*, in M. Ingrosso (a cura di), *La salute come costruzione sociale*, cit., p. 42

<sup>117</sup> World Health Organization (WHO), *Constitution*, citato in L. Corradini, P. Cattaneo, *Educazione alla salute*, Brescia, La Scuola, 1997, p. 38

<sup>118</sup> G. Corbellini, *EBM. Medicina basata sull'evoluzione*, cit., pp. 17-18

benessere, anziché come un processo in continua mutazione ed evoluzione”<sup>119</sup>, da essa è già possibile trarre aspetti che prospettano la possibilità per la pedagogia e la medicina di definire spazi in comune di operatività nella gestione della salute. Come ha infatti sottolineato Luciano Corradini tale definizione ha “il merito di liberare il problema salute dalla gabbia medico-specialistica in cui lo si era confinato e di aprirlo a considerazioni di più ampio respiro, che hanno a che fare con la psicologia, con la filosofia, con l’etica, con la pedagogia, con la vita concreta delle persone”<sup>120</sup>; inoltre non si può non constatare, come ha evidenziato Corbellini, che si è trattato al contempo di “una dottrina che spostava completamente l’enfasi sulla funzione della medicina, che transitava progressivamente da quella tradizionale di prevenire e curare la malattia a quella, ben più ambiziosa, di promuovere la salute”<sup>121</sup>, passando quindi da un modo di procedere riduzionistico del tipo riparativo ad uno di tipo preventivo giocato in chiave formativa e dunque aperto a spazi interdisciplinari.

A seguito di chiarimenti e di integrazioni<sup>122</sup> “la salute che inizialmente appare uno *stato*” si configura quale “*processo* dinamico e dialettico, che interessa la persona intera, nella sua storia evolutiva, nel suo contesto relazionale, nel suo ambiente fisico, economico, socioculturale”<sup>123</sup>. Dal canto suo il Consiglio d’Europa ha definito la salute come “una qualità della vita che comporta una dimensione sociale, mentale, morale e affettiva, oltre che fisica. È un bene instabile, che bisogna acquisire, difendere e ricostruire costantemente, durante tutto l’arco della vita”<sup>124</sup>.

---

<sup>119</sup> F. Capra, *Il punto di svolta. Scienza, società e cultura emergente*, cit., p. 105. Stessa considerazione viene avanzata da Pontalti e Binetti laddove sostengono: “la salute si definisce contemporaneamente in funzione dell’assenza di malattia e come il colmo della positività riducendola ad uno stato”. Cfr I. Pontalti, P. Binetti, *Il rapporto interpersonale*, in P. Binetti (a cura di), *Persona, paziente, cliente. Il mondo del malato in un mondo che cambia*, cit., p. 17

<sup>120</sup> L. Corradini, P. Cattaneo, *Educazione alla salute*, cit., p. 38

<sup>121</sup> G. Corbellini, *EBM. Medicina basata sull’evoluzione*, cit., p. 18

<sup>122</sup> Come può considerarsi la Carta di Ottawa del 1986 in cui si sottolinea, ai fini della promozione della salute, il ruolo centrale svolto dal soggetto in riferimento alle sue abitudini e stili di vita. Cfr. WHO, *The Ottawa Charter for Health Promotion*, 1986

<sup>123</sup> L. Corradini, P. Cattaneo, *Educazione alla salute*, cit., p. 38

<sup>124</sup> Raccomandazione adottata dal Comitato dei Ministri del Consiglio d’Europa il 18/04/1988 citata in L. Corradini, P. Cattaneo, *Educazione alla salute*, cit., p. 39

Riprendendo Gadamer si può, dunque, affermare che la salute si percepisce, al di là del suo carattere nascosto, “come una specie di senso di benessere, e ancora di più quando, in presenza di tale sensazione, siamo intraprendenti, aperti alla conoscenza, dimentichi di noi e quasi non avvertiamo neppure gli strapazzi e gli sforzi: questa è salute. La salute non consiste in una sempre crescente preoccupazione per se stessi, nel timore che le proprie condizioni fisiche oscillino, e nemmeno nell’inghiottire pillole amare”<sup>125</sup>. In tal senso, commenta ulteriormente Gadamer “la salute non è precisamente un sentirsi ma un esserci, un essere nel mondo, un essere insieme agli altri uomini ed essere occupati attivamente e gioiosamente dai compiti particolari della vita”<sup>126</sup>.

Si afferma così un concezione di salute “come qualcosa di autonomamente gestibile dall’individuo, come un equilibrio anche di tipo psico-sociale”<sup>127</sup> che ponendosi in linea con le teorie ecologiche della mente di Bateson<sup>128</sup>, ne enfatizza la natura contestuale e relazionale. Il concetto sistemico di salute implica infatti, spiega Capra, “un’attività e un mutamento continui, in cui si riflette la risposta creativa dell’organismo a sfide ambientali”<sup>129</sup>. In sintesi la salute o sarebbe meglio dire, a questo punto, il benessere si viene a configurare come il risultato di un’interazione continua individuo-ambiente in cui “si innescano tanto meccanismi adattivi che modificativi, che danno luogo ad apprendimenti significativi in un processo in continua co-evoluzione, in una prospettiva ecologica della salute”<sup>130</sup>. Una tale percezione della salute lascia intuire che il margine di intervento strettamente sanitario sia abbastanza modesto quando si parla di benessere rinviando invece alle scelte comportamentali del soggetto e alle sue relazioni sociali.

---

<sup>125</sup> H.G. Gadamer, *Dove si nasconde la salute*, cit., p. 122

<sup>126</sup> *Ibidem*

<sup>127</sup> L. Zannini, *Salute, malattia e cura. Teorie e percorsi di clinica della formazione per gli operatori sanitari*, cit., p. 40

<sup>128</sup> Cfr. G. Bateson, *Mente e natura*, Milano, Adelphi, 1984

<sup>129</sup> F. Capra, *Il punto di svolta. Scienza, società e cultura emergente*, cit., p. 267

<sup>130</sup> L. Zannini, *Salute, malattia e cura. Teorie e percorsi di clinica della formazione per gli operatori sanitari*, cit., p. 43

Il concetto di benessere viene in tal modo a qualificarsi quale elemento fondante un discorso di appartenenza della salute sia al campo pedagogico che a quello medico. Il benessere, infatti, implicando “lo sviluppo della personalità in ogni sua dimensione: conoscitiva, utilizzatrice, ma anche fruitivi del sé e dell’oggettività”<sup>131</sup>, investe non solo e secondariamente il sapere medico-sanitario quanto primariamente e preventivamente quello pedagogico ossia interventi di istruzione, educazione e formazione. Come ha evidenziato Corradini, infatti, lo “star bene nel senso di vivere bene implica non solo il piacere funzionale di chi campa senza malattie e senza angustie di vario tipo, ma anche una positiva immagine di sé e degli altri, la serenità interiore, la speranza, la voglia di vivere, l’attitudine ad affrontare i conflitti con spirito costruttivo. Il che non comporta affatto l’assenza di disagi e di malessere, ma il possesso di strumenti razionali, affettivi e morali che consentono di conferire un senso agli agi e ai disagi, in rapporto alle possibilità, ai limiti, ai valori personali e sociali che sono in gioco”<sup>132</sup>.

In questo contesto la promozione del benessere “include intrinsecamente quello di sviluppo di capacità”<sup>133</sup>. Si ritiene, cioè, che un individuo meglio ‘equipaggiato’ culturalmente abbia anche più possibilità e responsabilità di tutela e promozione della propria salute e di quella degli altri.

Tale concezione trova un primo riscontro nel campo della ricerca psicosociale che incentrandosi sul fenomeno della qualità della vita viene ad evidenziare come il concetto di benessere sia “solo in parte riassorbibile nel concetto di salute”<sup>134</sup> e similmente come non possa mai essere ridotto ad un singolo parametro epidemiologico<sup>135</sup>, rimandando piuttosto ad indicatori di natura economica, sociale e soggettiva. Sebbene il dibattito sia ancora aperto

---

<sup>131</sup> G. Refrigeri, *La laurea in scienze corporee*, cit., p. 125

<sup>132</sup> L. Corradini, *Le ragioni di un titolo e di un percorso di ricerca*, in L. Corradini, I. Testoni (a cura di), *Il corpo a scuola. Pedagogia e psicologia sociale per l’educazione alla salute*, cit., p. 13

<sup>133</sup> P. Binetti, *Progetto terapeutico ed educazione del paziente*, in P. Binetti (a cura di), *Persona, paziente, cliente. Il mondo del malato in un mondo che cambia*, cit., p. 252

<sup>134</sup> *Ivi*, p. 251

<sup>135</sup> Cfr. F. Capra, *Il punto di svolta. Scienza, società e cultura emergente*, cit., p. 113. Inoltre cfr. E. Parma, *La medicina generale: un ponte tra la medicina come scienza della natura e come scienza umana*, cit., p. 161

sul tipo di interazione esistente tra tali indicatori, è importante evidenziare il ruolo riconosciuto all'istruzione nell'aiutare “gli individui a sfruttare al meglio le conoscenze scientifiche e a prolungare le aspettative di vita”<sup>136</sup>. In particolare, sottolinea Angus Deaton, “è sempre più dimostrato che le persone con un più alto livello di istruzione sono in grado di proteggere la propria salute meglio del resto della popolazione, perché evitano comportamenti - come il fumo - che accorciano la vita, e forse anche perché sono maggiormente in grado di sfruttare al meglio il sistema sanitario curativo e preventivo”<sup>137</sup>.

A tal proposito Gadamer ha qualificato “la capacità di scelta come uno strumento, adatto e necessario a uno scopo prefissato, consistente nella conservazione di se stessi e della salute”<sup>138</sup>.

Viene in tal modo ad emergere, come sottolinea Fabio Folgheraiter, il nesso tra promozione del benessere quale insieme di “condizioni generali all'interno delle quali la personalità di ognuno possa consolidarsi e compiere autonomamente i percorsi a essa più consoni”<sup>139</sup> e fruizione da parte dei soggetti di interventi formativi in grado di offrire “strumenti e presupposti di modo che essi stessi possano da soli «immaginare» quali siano [le condizioni di benessere] e contribuire a crearle ognuno per quello che può”<sup>140</sup>.

In tale processo l'educazione diventa un fattore irrinunciabile nel miglioramento della gestione del proprio benessere; infatti la formazione del soggetto “influisce sulla tipologia delle richieste che pone, sulla razionalità con cui se ne serve, sulla flessibilità con cui individua risposte concrete per i suoi bisogni, a partire dalla disponibilità effettiva di risorse”<sup>141</sup>. È proprio in tale sfera d'azione che si colloca la pedagogia ovvero il rapporto coestensivo tra la pedagogia e la medicina nel senso che si riconosce non solo l'importanza di progettare in comune strategie preventive tali per cui la malattia non insorga

---

<sup>136</sup> A. Deaton, *Il benessere non cerca solo salute*, in “Il Sole-24 Ore”, 17 Giugno 2007 n. 165, p. 11

<sup>137</sup> *Ibidem*

<sup>138</sup> H.G. Gadamer, *Dove si nasconde la salute*, cit., p. 65

<sup>139</sup> F. Folgheraiter, *Introduzione. Solidarietà di base e autoaiuto nel lavoro sociale*, in L. Maguire, *Il lavoro sociale di rete*, Trento, Erickson, 1989, p. 11

<sup>140</sup> *Ibidem*

<sup>141</sup> P. Binetti, *Progetto terapeutico ed educazione del paziente*, cit., p. 274

ma anche la possibilità di co-gestire processi di promozione di benessere anche con l'ausilio dell'istruzione, dell'educazione e della formazione.

L'incisività dell'azione pedagogica nella promozione del benessere si evidenzia soprattutto in considerazione dei contributi provenienti dall'approccio della clinica della formazione<sup>142</sup> grazie all'attenzione costante che esso rivolge ai processi di costruzione della conoscenza e alle dinamiche intersoggettive che si vengono a creare nell'educazione. In particolare, il suo fautore Riccardo Massa, facendo emergere “la funzione terapeutica latente della formazione così come quella educativa altrettanto latente di qualunque relazione terapeutica”<sup>143</sup> ha permesso di riconsiderare il ruolo della pedagogia anche nei contesti sanitari<sup>144</sup> e soprattutto negli interventi di carattere preventivo. Il raggio d'azione della pedagogia rispetto alla medicina viene dunque ad ampliarsi intervenendo soprattutto preventivamente l'insorgenza della malattia per promuovere e consolidare, attraverso azioni di carattere formativo volte alla costruzione della personalità (conoscenze, atteggiamenti, comportamenti), il benessere.

A riprova di quanto l'educazione sia incisiva nella promozione del benessere possono assumersi le considerazioni di quanti, studiosi di diverso orientamento, riconducono situazioni di malessere, per lo più di natura psicosomatica e relazionale<sup>145</sup>, ad errori di educazione acquisiti all'interno dei diversi contesti della formazione. Di questo avviso è Piero Bertolini il quale in proposito afferma: “La sanità mentale dell'uomo dipende nella stragrande

---

<sup>142</sup> Cfr. R. Massa (a cura di), *La clinica della formazione. Un'esperienza di ricerca*, Milano, Franco Angeli, 1992

<sup>143</sup> R. Massa, *La clinica della formazione*, in R. Massa, M. Muzi, A. Piromallo Gambardella, *Saperi, scuola, formazione. Materiali per la formazione del pedagogo*, Milano, Unicopli, 1991, p. 105

<sup>144</sup> “In tutti i modi – sostiene Massa - è largamente acquisito il rilievo pedagogico e formativo delle esperienze extrascolastiche [...] degli stessi servizi socio-sanitari”. R. Massa, *Le tecniche e i corpi. Verso una scienza dell'educazione*, cit., p. 155

<sup>145</sup> Benché il contesto entro il quale si collocano le patologie indicate è quello della psichiatria le affermazioni riportate possono essere accettate ed estese al contesto medico generale considerando che scopo dell'argomentazione è quello di evidenziare il ruolo determinante dell'educazione nella promozione del benessere evidenziando, dunque, come una sua distorsione possa generare malessere.

maggioranza dei casi e in larga misura da una corretta impostazione e realizzazione della sua educazione”<sup>146</sup>.

Stessa constatazione si rinviene in John Dewey laddove sostiene: “il numero crescente di pazzi e di nevrotici è di per sé stesso una prova di pessima qualità e dell’insufficienza dei nostri processi educativi scolastici e paterni. [...] I metodi convenzionali e tradizionali, nell’istruzione e nella disciplina, sono tutti intesi a provocare fissazioni e disordini morbosi”<sup>147</sup>.

Dal canto suo Alberto Granese, partendo dall’assunto di una “correlazione euristica fra i presupposti «clinici» e quelli di un’organizzazione dell’apprendimento”<sup>148</sup>, tale per cui ritiene valido la riconduzione “anche di casi «clinici» gravi a *patterns* di comportamento appreso”<sup>149</sup>, giunge a “concepire l’«igiene mentale» come problematica del processo formativo”<sup>150</sup>. In tal senso “Assunto nella sua complessità di dinamica culturale lo stesso binomio insegnamento-apprendimento si presenta con i caratteri di una problematica di igiene mentale”<sup>151</sup>.

Infine, Rita Fadda sottolinea l’importanza di fattori come l’apprendimento, la formazione e l’educazione a fronte di mere spiegazioni organicistiche della malattia sostenendo che “è, una certa *teoria del sé e del mondo*, in gran parte frutto di apprendimento, a determinare i sintomi fisico-organici del disturbo mentale o affettivo comportamentale”<sup>152</sup>.

Ad avvalorare ulteriormente tali considerazioni Luciano Corradini ha evidenziato che “se si vogliono combattere scelte negative per l’individuo e per la società, bisogna interessarsi del contesto personale, motivazionale, relazionale, in cui maturano scelte negative. E naturalmente non solo queste.

---

<sup>146</sup> P. Bertolini, *L’esistere pedagogico. Ragioni e limiti di una pedagogia come scienza fenomenologicamente fondata*, cit., p. 224

<sup>147</sup> J. Dewey J., *Le fonti di una scienza dell’educazione*, Firenze, La Nuova Italia, 1951, p. 50

<sup>148</sup> A. Granese, *Dialettica dell’educazione*, Roma, Riuniti, 1976, p. 204

<sup>149</sup> *Ivi*, p. 202

<sup>150</sup> *Ivi*, p. 203

<sup>151</sup> *Ivi*, p. 206

<sup>152</sup> R. Fadda, *Spunti per un’integrazione critica tra teoria pedagogica e psichiatria*, in O. De Santis, R. Fadda, E. Frauenfelder, A. Porcheddu, *Gli incontri mancati. Materiali per la formazione del pedagoga*, Milano, Unicopli, 1990, p. 82

Come la medicina, anche l'educazione deve essere *preventiva*<sup>153</sup>. Una prevenzione che vada oltre “una *politica di dissuasione*” tipicamente sanitaria, per fondarsi sulla creazione di condizioni di agio “ossia di relazionalità positiva e gratificante, di arricchimento intellettuale, estetico, affettivo-emotivo, morale”<sup>154</sup>. L' incisività dell'azione educativa in un contesto di promozione del benessere da giocare in chiave preventiva-formativa piuttosto che compensativa-informativa trova conferme anche dall'approccio bio-pedagogico laddove Eliana Fraunfelder sostiene: l'intervento educativo ha spazio d'incidenza più nella tempestiva presenza di strategie corrette durante i ‘tempi di trasformazione’ che nei risultati comportamentali che il pensiero stesso raggiunge in seguito a determinati processi; l'efficacia dell'azione educativa si connota di fatto soprattutto come preventiva”<sup>155</sup>.

Similmente le considerazioni avanzate dal mondo scientifico consentono di qualificare l'istruzione, l'educazione e la formazione quali veri e propri strumenti protettivi della vita e dunque preventivi e volti alla promozione della salute. In particolare Lorenz ha evidenziato come “ogni nuova acquisizione di sapere aumenta le *chances* di procurarsi energia e, con ciò, anche le probabilità di un ulteriore apporto di sapere”<sup>156</sup>. Allo stesso modo da una prospettiva cosiddetta “paidetica”, l'apprendimento viene inteso da Laporta come una vera e propria “strategia di sopravvivenza biologica”<sup>157</sup>.

Tali considerazioni avvalorano l'idea dell'esistenza di un tipo di rapporto coestensivo tra i due saperi in cui, ai fini della promozione del benessere, come evidenzia Piero Bertolini, si cerca “di ottimizzare quella stessa sopravvivenza favorendo un processo per così dire «cumulativo» della costruzione del sapere (*è questo l'orizzonte in cui si muove la pedagogia*); [...] di intervenire per

---

<sup>153</sup> L. Corradini, *Educazione, salute e sessualità nella scuola: aspetti pedagogici e istituzionali*, in L. Corradini, I. Testoni (a cura di), *Il corpo a scuola. Pedagogia e psicologia sociale per l'educazione alla salute*, cit., p. 36

<sup>154</sup> L. Corradini, P. Cattaneo, *Educazione alla salute*, cit., p. 66

<sup>155</sup> E. Fraunfelder, *Un approccio bio-pedagogico al problema della formazione*, in F. Cambi, E. Fraunfelder (a cura di), *La formazione. Studi di pedagogia critica*, cit., p. 194

<sup>156</sup> K. Lorenz, *L'altra faccia dello specchio. Per una storia naturale della conoscenza*, citato in F. Frabboni, F. Pinto Minerva, *Manuale di pedagogia generale*, cit., p. 230

<sup>157</sup> R. Laporta, *Formazione della persona dal punto di vista neurobiofisiologico*, citato in F. Frabboni, F. Pinto Minerva, *Manuale di pedagogia generale*, cit., p. 96.

soccorrere l'individuo (e per suo tramite, l'intera specie) quando risultasse in difficoltà per il sopravvenire di eventi patologici di portata sia individuale sia sociale (*è questo l'orizzonte in cui si muove la medicina*)<sup>158</sup>.

A fronte di quanto esposto sinora pensare di poter operare secondo un atteggiamento di isolamento disciplinare e dunque di operatività esclusivamente medica risulta improponibile. Infatti la medicina quant'anche volesse procedere autonomamente in azioni educative “L'approccio e il messaggio educativo – spiega Refrigeri - sarebbero pseudoeducativi in quanto fatti da punti di vista terapeutici e non preventivi. Tutto ciò sarebbe educazione medica o più propriamente prevenzione sanitaria, ma non certo educazione”<sup>159</sup>. Ciò si giustifica considerando che, argomenta ulteriormente Refrigeri “L'educazione è il complesso degli interventi dell'uomo sull'uomo che instaura atteggiamenti, comportamenti, *habitus* di vita nuovi in soggetti sani, mediante la sensibilizzazione, la conoscenza, l'esemplificazione, affinché mantengano e possibilmente aumentino lo stato di bene essere [...]. La medicina, a sua volta, costituisce il complesso degli interventi dell'uomo sull'uomo principalmente per riportare lo stato di bene essere in soggetti caduti in stati patologici, di male essere, mediante la farmacopea, l'intervento chirurgico sul corpo, la regolamentazione dell'assunzione degli alimenti, l'utilizzo del movimento”<sup>160</sup>.

Ne consegue che “la promozione del benessere non può limitarsi ad una distribuzione di risorse, quali reddito e servizi”<sup>161</sup> né può basarsi su interventi esclusivamente medico-terapeutici ma richiede “una vera e propria forma di educazione alla salute, che renda la persona, il più precocemente possibile, consapevolmente responsabile della qualità della sua vita”<sup>162</sup> a cui partecipano in una operatività in comune la pedagogia e la medicina.

---

<sup>158</sup> P. Bertolini, *Un possibile (necessario) incontro tra la pedagogia e la medicina*, cit., p. 59

<sup>159</sup> G. Refrigeri, *La laurea in scienze corporee*, cit., p. 125

<sup>160</sup> *Ibidem*

<sup>161</sup> P. Binetti, *Progetto terapeutico ed educazione del paziente*, cit., p. 252

<sup>162</sup> *Ibidem*

### 2.2.2. L'educazione alla salute

Nell'ottica della rivisitazione pedagogica del concetto di salute, la tradizionale espressione 'educazione sanitaria' viene ad essere ripensata e ricollocata in termini di "educazione alla salute"<sup>163</sup>.

Una prima motivazione di una siffatta revisione è legata alla complessità implicita nel concetto stesso di benessere che come si è esposto sinora, rinvia necessariamente a spazi di operatività interdisciplinare medico-pedagogica. In tal senso la definizione "educazione alla salute", evidenziando il carattere progettuale e, quindi, educativo della salute ossia il suo essere, come ha sottolineato Zannini "esperienza intrinsecamente connotata in termini educativi"<sup>164</sup> verrebbe a scardinare la falsa convinzione che a fare educazione a carattere preventivo siano solamente gli operatori sanitari. Infatti, come ha opportunamente segnalato Riccardo Massa "viene in genere sottovalutato, da parte di chi gestisce, amministra, programma, organizza e opera in questi settori, un'acquisizione corrispondente di ruoli e di competenze di ordine pedagogico, non nel senso d'una accezione ristretta di quest'ultimo, ma anzi d'una effettiva apertura alle scienze umane. Ciò determina [...] una sorta di pedagogizzazione eccessiva nel momento scolastico, per lo più intesa in senso strettamente didattico, e di rimozione totale delle componenti pedagogiche da quello extrascolastico, per lo più ridotte ad accezioni generiche e superficiali nel concetto di educazione sanitaria"<sup>165</sup>. "Ciò determina - conclude Massa - alcuni dei più gravi motivi di inefficacia dei servizi in questione"<sup>166</sup>.

Tramite l'educazione alla salute, viceversa, si viene a riconoscere il ruolo che le procedure pedagogiche di educazione e formazione vengono a svolgere

---

<sup>163</sup> Già gli stessi concetti "Salute e sanità non sono la stessa cosa. Il nostro senso comune percepisce una differenza tra i due termini e il nostro linguaggio corrente ne fa uso in contesti diversi. La diversità consiste forse in questo: che la salute ha un'accezione intensiva, [è sentita e vissuta, con intensità partecipativa, come bene individuale, "privato"] la sanità ne ha una estensiva, [come bene sociale, "pubblico"]". G. Cosmacini, R. Mordacci, *Salute e bioetica – II*, in "La Ca'Granda" anno XLIII, n. 3/2002, pp. 4-5

<sup>164</sup> L. Zannini, *Salute, malattia e cura. Teorie e percorsi di clinica della formazione per gli operatori sanitari*, cit., p. 58

<sup>165</sup> R. Massa, *Le tecniche e i corpi. Verso una scienza dell'educazione*, cit., p. 156

<sup>166</sup> *Ivi*, p. 157

nella promozione del benessere. A tal proposito argomenta Zannini: “se la salute è fundamentalmente armonia con se stessi e con gli altri, nonché riappropriazione di sé e del proprio corpo, educare alla salute vuol dire attivare dispositivi che permettano agli individui coinvolti di vivere, di sperimentare situazioni di questo tipo. Sicuramente in tutto ciò le indicazioni che provengono dalle scienze mediche [...] hanno un ruolo importante, ma probabilmente da sole non bastano [...] per attivare processi di educazione alla salute e al benessere”<sup>167</sup>. Infatti non si tratta di una mera attività di prevenzione sanitaria intesa come individuazione, diffusione e trasmissione di comportamenti autoprotettivi<sup>168</sup> mediante campagne informative, ma di azioni formative di natura pedagogica. Sempre meno sostenibile sembra infatti il modello basato sull’equazione informazione uguale acquisizione di stili di comportamento<sup>169</sup>; sempre più appropriati e più interesse suscitano invece modelli più complessi nei quali si ritiene fondamentale il carattere sistemico e non più individualistico delle azioni preventive. In una tale accezione l’educazione alla salute consente di trascendere gli stessi ambiti e gradi della prevenzione sanitaria<sup>170</sup> inglobandoli in un unico intervento educativo quale processo di “evoluzione, di cambiamento, di trasformazione”<sup>171</sup>. Infatti “il punto di partenza della promozione della salute rimane l’approccio educativo, anche quando si è costretti a ricorrere ad altri tipi di interventi. Questo perché anche lo stesso sostegno e l’accettazione delle misure [...] è reso possibile dall’educazione”<sup>172</sup>. Stessa considerazione viene avanzata da Lucia Zannini

---

<sup>167</sup> L. Zannini, *Salute, malattia e cura. Teorie e percorsi di clinica della formazione per gli operatori sanitari*, cit., p. 60

<sup>168</sup> Cfr. A. Zamperini, *La responsabilità della salute. La relazione individuo-società nell’epoca dell’utente responsabile*, in L. Corradini, I. Testoni (a cura di), *Il corpo a scuola. Pedagogia e psicologia sociale per l’educazione alla salute*, cit., pp. 62-63

<sup>169</sup> Cfr. N. Bobbo, *Medicina come scienza dell’educazione? Una questione da approfondire*, in A. Mariani (a cura di), *Scienze dell’educazione: intorno ad un paradigma*, Lecce, Pensa Multimedia, 2005, pp. 184-187

<sup>170</sup> Sui diversi livelli di prevenzione sanitaria: primaria, secondaria e terziaria cfr L. Corradini, P. Cattaneo, *Educazione alla salute*, cit., p. 66. Inoltre cfr. AA.VV. *Igiene e Medicina Sociale*, Napoli, Idelson-Gnocchi, 2001, pp. 13-19; cfr. L. Zannini, *Salute, malattia e cura. Teorie e percorsi di clinica della formazione per gli operatori sanitari*, cit., pp. 61-65

<sup>171</sup> P. Bertolini, *Educazione tra saperi e conoscenza*, in “Scuola & Città”, n. 2/1993, p. 49

<sup>172</sup> B. Zani, E. Cicognani, *Psicologia della salute*, cit., p. 188

secondo cui “Sebbene i processi di prevenzione siano molto complessi, articolati su diversi livelli, sviluppati in differenti tipi di intervento e ambiti, la loro natura è intrinsecamente educativa, perché, in ultima istanza, fare prevenzione significa promuovere dei cambiamenti negli individui, attraverso un processo che è primariamente e ineluttabilmente educativo”<sup>173</sup>.

Considerando inoltre che vengono a coinvolgere processi formativi quali l'apprendimento e la motivazione si rende più che necessario considerare l'educazione alla salute secondo approcci pedagogici così da “abbandonare l'idea di un'educazione alla salute intesa esclusivamente come prevenzione e sviluppare una concezione dell'educazione alla salute come apprendimento” il cui dominio d'azione “è la sfera degli orientamenti, delle mappe, delle rappresentazioni sociali promuovendo l'individuazione di vie contestuali per affrontare i problemi e ampliare il proprio orizzonte di vita”<sup>174</sup>.

Un tale coinvolgimento della pedagogia nelle problematiche della salute permette di assurgerla a “scienza per la salute”<sup>175</sup> o quanto meno “forte alleata della medicina”<sup>176</sup> considerando che “le riflessioni che essa può fornire agli obiettivi di salute - spiega Natascia Bobbo - hanno la potenzialità insita di condurre alla elaborazione e alla realizzazione di progetti efficaci”<sup>177</sup>. Si tratta infatti di interventi che meglio caratterizzano l'ambito pedagogico considerando che un progetto di educazione alla salute “va strutturato - chiarisce Binetti - su di una precisa definizione di obiettivi di tipo cognitivo, relazionale e psicomotorio. Gli obiettivi vanno definiti in modo diverso rispetto a uno stile didattico tradizionalmente legato alla somministrazione di informazioni teoriche e di indicazioni pratiche”<sup>178</sup>, puntando invece alla costruzione e risoluzione di problemi mediante strategie tale per cui si

---

<sup>173</sup> L. Zannini, *Salute, malattia e cura. Teorie e percorsi di clinica della formazione per gli operatori sanitari*, cit., p. 65

<sup>174</sup> A. Zamperini, *La responsabilità della salute. La relazione individuo-società nell'epoca dell'utente responsabile*, cit., p. 72

<sup>175</sup> N. Bobbo, *Medicina come scienza dell'educazione? Una questione da approfondire*, cit., p. 195

<sup>176</sup> *Ivi*, p. 188

<sup>177</sup> *Ibidem*

<sup>178</sup> P. Binetti, *Progetto terapeutico ed educazione del paziente*, cit., p. 232

apprenda a potenziare e gestire il proprio benessere. Un tale discorso naturalmente non mira all'estromissione della medicina dato il rilevante contributo nell'orientare i progetti stessi e nel fornire conoscenze sui livelli di rischio e sulle dinamiche neurofisiologiche; si vuole solo rimarcare il rapporto di contiguità operativa medico-pedagogica che l'educazione alla salute richiede.

Emerge in tal modo un'ulteriore motivazione per cui l'educazione alla salute, rispetto alla nozione di educazione sanitaria, risulti maggiormente confacente ad un rapporto reciproco tra la pedagogia e la medicina e al configurarsi della salute quale loro ambito di interconnessione. L'assunzione di tale definizione implica infatti un'attività educativa policentrica e permanente intesa come processo di crescente autoconsapevolezza e partecipazione alla promozione del proprio benessere. Attraverso azioni di empowerment con cui 'imparare a stare bene' in termini autoformativi, l'individuo apprende a progettare il proprio benessere e, contestualmente, a padroneggiare tutte le circostanze della propria vita collegate sia a stati di benessere che di malessere, a gestire i cambiamenti, a saper chiedere aiuto, ad acquisire strategie di coping<sup>179</sup> (emotive, cognitive, comportamentali) così da valutare nella cura di sé eventi, risposte date e loro effetti. L'assunto da cui si muove è il riconoscimento del cosiddetto benessere soggettivo<sup>180</sup> quale dimensione fondamentale anche in esperienze tradizionalmente oggettivate quali l'esperienza di salute e malattia. Infatti esso, tra i cui indicatori emergono i giudizi di soddisfazione e la qualità della vita percepita, risultando strettamente legato alla personalità, ai processi cognitivi e psicosociali, alle relazioni

---

<sup>179</sup> Per "coping" si intende "la capacità di affrontare con successo le situazioni difficili, trovando una soluzione, che consenta di mantenere comunque una buona qualità di vita". P. Binetti, *Aspetti cognitivi e metacognitivi nella relazione con il paziente*, in P. Binetti (a cura di), *Persona, paziente, cliente. Il mondo del malato in un mondo che cambia*, cit., p. 50

<sup>180</sup> "Il benessere soggettivo è stato riconosciuto come una delle dimensioni della qualità della vita e della salute anche nelle scienze mediche e della riabilitazione". B. Zani, E. Cicognani, *Le vie del benessere*, Roma, Carocci, 1999, p. 19

interpersonali e al sostegno sociale<sup>181</sup>, prospetta ampi margini di cogestione medico-pedagogica degli interventi di educazione alla salute.

In una tale visione ecosistemica, infatti “non si tratta più - spiega Marco Ingrosso - solo di intervenire dall'esterno come operatori sui comportamenti, non si tratta più solo di cercare di aiutare una modificazione del senso soggettivo della percezione, ma si tratta di affiancare o di inserirsi dentro a situazioni, dentro processi di interazione per tentare un lavoro sui processi, modificare non più dall'esterno, ma come inter-attori dentro un sistema”<sup>182</sup>. Una tale azione richiede competenze non solo e non tanto strettamente sanitarie e tecniche quanto un pluralismo e una comunicazione tra i saperi<sup>183</sup>.

In ultima analisi, seppur brevemente, va evidenziato come il ruolo giocato dalla pedagogia in una siffatta azione “di promozione della salute centrata sullo sviluppo di competenze e sull'*empowerment* individuale e sociale”<sup>184</sup> trova immediato riscontro e applicazione nelle istituzioni scolastiche e nei riferimenti istituzionali che ne disciplinano l'orientamento. Basti considerare la Dichiarazione di Salonicco<sup>185</sup> che, nel sollecitare i governi di tutti i Paesi europei ad adottare il concetto di “Scuola che Promuove la Salute” pone tra i principi da realizzare “l'*empowerment* e la capacità di agire” investendo implicitamente la pedagogia laddove sottolinea: “L'*empowerment* dei giovani, collegato con le loro visioni e idee, li rende capaci di influenzare la

---

<sup>181</sup> Folgheraiter individua quali condizioni o presupposti del benessere “la socialità e il conseguente «sostegno sociale»” ossia una solidarietà vissuta e percepita in maniera informale e “la specifica «potenzialità» di autoaiuto (self-help) delle persone”. Cfr F. Folgheraiter, *Introduzione. Solidarietà di base e autoaiuto nel lavoro sociale*, cit., p. 11-12

<sup>182</sup> M. Ingrosso, *Lettura sociale della salute e promozione della qualità della vita*, in “Animazione sociale”, maggio 2000, p. 14

<sup>183</sup> Cfr. M. Ingrosso, *L'educazione alla salute come espressione di pluralismo e comunicazione fra saperi*, in <[http://web.unife.it/centro/paracelsus/archivi/c\\_1999\\_ingrosso\\_csesi.pdf](http://web.unife.it/centro/paracelsus/archivi/c_1999_ingrosso_csesi.pdf)>

<sup>184</sup> B. Zani, E. Cicognani, *Le vie del benessere*, cit., p. 20

<sup>185</sup> Tale documento, espressione delle opinioni di un ampio numero di professionisti appartenenti a 43 Stati redatto in occasione della Conferenza della Rete europea delle scuole che promuovono la salute (Health promoting school - HPS), tenutasi a Salonicco nel maggio del 1997, sottolinea il ruolo fondamentale della scuola nell'attivazione di processi atti a realizzare la salute delle giovani generazioni: “Tutti i bambini e i giovani hanno diritto e dovrebbero avere l'opportunità di essere educati in una scuola che promuove la salute”. Viene inoltre ribadito il concetto che educazione e salute costituiscono un binomio inscindibile. Cfr. PI, *Dalla salute al benessere: i contributi istituzionali*, in <[http://www.pubblica.istruzione.it/essere\\_benessere/stili1.shtm](http://www.pubblica.istruzione.it/essere_benessere/stili1.shtm)>

loro vita e le loro condizioni di vita. Questo obiettivo si raggiunge attraverso politiche e metodi educativi di qualità, che offrono la possibilità di prendere parte a processi decisionali riguardanti aspetti importanti”<sup>186</sup>.

In sintesi venendosi a configurare la salute “non solo come concetto da studiare, ma come attività da compiere, per raggiungere la salute come valore da vivere e non solo come valore da sapere”<sup>187</sup>, tanto la pedagogia quanto la medicina vengono investite nella realizzazione in comune di aree di ricerca orientate alla promozione del benessere.

### 2.3. Il malato: oggetto medico e soggetto d’educazione

Un ulteriore elemento di contiguità medico-pedagogica concerne il profilo che attualmente viene ad assumere il malato, la sua immagine, le sue responsabilità, nonché la sua partecipazione attiva al processo di cura. Si tratta di dimensioni che, fondandosi su considerazioni non esclusivamente medico-epidemiologiche quanto piuttosto socio-psico-pedagogiche in grado di trascendere un riduzionismo biologico di stampo biomedico per concentrarsi sull’educazione del paziente, rappresentano non solo un ambito di comune interesse euristico ai due saperi con conseguenti contributi complementari quanto un terreno di interconnessione teorica e pratica. Solitamente un soggetto consulta un medico<sup>188</sup> per essere alleviato da un “dis-agio”, ossia “una

---

<sup>186</sup> HPS, *Dichiarazione di Salonicco*, maggio 1997, in <[http://www.pubblica.istruzione.it/essere\\_benessere/stili1.shtm](http://www.pubblica.istruzione.it/essere_benessere/stili1.shtm)>

<sup>187</sup> L. Corradini, *Educazione, salute e sessualità nella scuola: aspetti pedagogici e istituzionali*, cit., p. 35

<sup>188</sup> Per indicare il soggetto medico i termini più frequentemente utilizzati in modo interscambiabile sono paziente, cliente, utente e consumatore che sottendono ruoli che ciascuno può assumere, anche contemporaneamente, in modo parzialmente sovrapposto. Consumatore, introdotto con la svolta ‘aziendalista’ della Sanità, evidenzia l’acquisizione di servizi sanitari alla stregua degli altri servizi commerciali. Cliente richiama l’expertise, il mutuo rispetto e la parità sociale; in Sanità suona estraneo fuorché in alcune situazioni, perlopiù riferite a persone sane. Utente è un termine generico, anch’esso comunque estraneo ad una relazione di condivisione e, quindi, si presta ad un utilizzo più generale che ingloba tutte le tipologie di coloro che accedono ai servizi sanitari. Il termine più pertinente al discorso che qui si vuole argomentare è quello di ‘paziente’ che pur riflettendo e rinforzando l’ineguale potere tra paziente e medico, include però anche una dimensione di intimità, di condivisione e di partecipazione. Cfr. P. Poletti, *Empowerment del cittadino utente*, in “Care” n. 2/2005, p. 24. Sulla accezione negativa che i sanitari tendono ad attribuire al termine paziente cfr. N. Bobbo, *Medicina come scienza dell’educazione? Una questione da approfondire*, cit., p. 191

distorsione del modo abituale di percepire ciò che è una vita soddisfacente”<sup>189</sup>, coinvolgente la personale percezione di sé e della propria salute. “Nel momento in cui – spiega Angelo Franza - questa percezione sfocia nel bisogno di essere curato, il soggetto diviene un paziente. Questo evento che segna l’ingresso di un individuo nel dispositivo clinico, comporta per l’individuo due connotazioni decisive: divenire un paziente è divenire uno che soffre (*patio-pati*) e simultaneamente uno a cui viene fatto qualcosa”<sup>190</sup> e si adopera per sé. Infatti “è importante precisare che il termine paziente non implica necessariamente un «recuperare la salute» passivo in cui il medico sia il solo agente: anche il paziente partecipa a questo recupero”<sup>191</sup>.

In una tale partecipazione attiva un fattore importante che consente di prospettare un rapporto di contiguità tra la pedagogia e la medicina attiene “lo stile di personalità del malato: la sua capacità introspettiva, la sua tolleranza rispetto alle frustrazioni, la capacità di stabilire una buona rete di rapporti interpersonali, la disponibilità a chiedere e ad offrire aiuto, la flessibilità e la prontezza con cui accetta cambiamenti di programmi e prospettive”<sup>192</sup>. Tali dimensioni infatti investono un discorso pedagogico, di formazione come trasformazione già implicito, come evidenzia Rita Fadda, nel concetto stesso di terapia<sup>193</sup>.

Tuttavia, come si argomenterà nel proseguo del discorso, la possibilità di ammettere spazi di interconnessione medico-pedagogici è strettamente legata al modo di concepire la malattia e di approcciarsi al paziente, aspetto questo sintetizzabile in quello che Franco Voltaggio definisce “il paradosso della pratica medica: il terapeuta è spinto a isolare con precisione l’individualità clinica (questa o quella malattia), a cercarne la causa (questo o quel fattore etiologico specifico), a fornire risposte tagliate sul bisogno, così come è indotto

---

<sup>189</sup> A.M. Franza, *Per una semeiotica della formazione medica*, in G. Bertolini (a cura di), *Diventare medici. Il problema della conoscenza in medicina e nella formazione del medico*, cit., p. 140

<sup>190</sup> *Ibidem*

<sup>191</sup> *Ibidem*

<sup>192</sup> P. Binetti, *Aspetti cognitivi e metacognitivi nella relazione con il paziente*, cit., p. 50

<sup>193</sup> Cfr. R. Fadda, *Forma, formazione, mutamento*, in F. Cambi, E. Frauenfelder (a cura di), *La formazione. Studi di pedagogia critica*, cit., pp. 199-237

a far capo a questo o a quel farmaco o a questo o a quel procedimento chirurgico, ma di fatto è solo nella cura che può sostenere di incontrare la malattia reale”<sup>194</sup>, la quale si situa, prosegue il filosofo della scienza, in un “rapporto tra la datità oggettiva della patologia – la *disease* [...] - e la percezione soggettiva del male, ossia del malessere (*illness*) accusato”<sup>195</sup>. In tale processo infatti “intervengono fattori che concernono in modo privilegiato proprio l’individualità del malato”<sup>196</sup>, ovvero “la percezione soggettiva o personale del disturbo, che è influenzata dall’interazione con il medico e dal contesto sociale”<sup>197</sup> e che a sua volta è in grado di incidere positivamente, se pedagogicamente supportata con l’ausilio di azioni educative e formative, sui processi terapeutici e di cura.

### 2.3.1. Approcci alla malattia: oltre il riduzionismo biologico

È ormai opinione condivisa dalla letteratura tanto medica quanto sociologica, psicologica e pedagogica riconoscere la multi-significazione contenuta nel concetto di malattia a seconda degli aspetti che si intendono evidenziarne. Si tratta infatti di un concetto non socialmente neutro<sup>198</sup> che rinvia al contempo a diversi aspetti esprimibili mediante l’ausilio dei termini inglesi *disease*, *illness* e *sickness*<sup>199</sup>. Essi indicano rispettivamente la malattia: definita dal medico; come condizione percepita dal paziente, ossia il ‘vissuto’ della malattia; in quanto fattore che impedisce al paziente di svolgere un ruolo

---

<sup>194</sup> F. Voltaggio, *La medicina come scienza filosofica*, Roma-Bari, Laterza, 1998, p. 4

<sup>195</sup> Ibidem., p. 3

<sup>196</sup> Ibidem., p. 4

<sup>197</sup> G. Corbellini, *EBM. Medicina basata sull’evoluzione*, cit., p. 5

<sup>198</sup> “Gli stessi sintomi e segni – precisa Gilberto Corbellini - possono assumere significati diversi in rapporto al contesto” così come alla cultura in considerazione del fatto che “i cervelli del paziente e del medico categorizzano/interpretano attivamente i dati dell’esperienza”. G. Corbellini, *EBM. Medicina basata sull’evoluzione*, cit., p. 46

<sup>199</sup> Nella definizione della malattia la lingua italiana, come quella francese e spagnola, non prevede sostantivi in grado di differenziarne i significati, aspetto questo invece introdotto dagli autori anglofoni e di lingua tedesca (*Erkrankung* e *Krankheit*). Cfr. M.D. Grmek *Il concetto di malattia*, in M.D. Grmek (a cura di), *Storia del pensiero medico occidentale. Antichità e medioevo*, vol. I, Roma-Bari, Laterza, 1993, p. 324

sociale ovvero la percezione della malattia da parte dell'ambiente non medico che circonda il soggetto<sup>200</sup>.

Una definizione adeguata di malattia dovrebbe tener conto sia di tutti gli aspetti evidenziati sia della loro integrazione. Tuttavia per molto tempo tale concetto è stato ridotto a mero malfunzionamento organico significandolo, di conseguenza unicamente nell'accezione di 'disease' e considerando la persona malata solo 'sub specie' malattia.

Un primo approccio alla malattia, specifico del modello biomedico<sup>201</sup>, è dunque del tipo "disease centred" con cui la malattia - *disease* - concepita esclusivamente in senso biologico, "si esprime integralmente ed esaurientemente in un'alterazione dalla norma di variabili biologiche misurabili"<sup>202</sup>. Tale modello è risultato "così forte sul piano teorico (si pensi alla semplicità della malattia così intesa, alla chiarezza dei suoi mandati ontologici) e così potente a livello pratico (si pensi all'efficacia della tecnologia diagnostica e dei farmaci)"<sup>203</sup> che ha dominato incontrastato nell'ambito medico con ripercussioni escludenti ogni collaborazione di altre scienze umane inclusa la pedagogia.

Pur riconoscendo i meriti del modello centrato sulla malattia attualmente un'ampia letteratura non solo di natura umanistica, incluso quella pedagogica, ma anche medica tende ad evidenziarne e criticarne il riduzionismo che ne è alla base. Nel dettaglio tale riduzionismo caratterizzante il modello 'disease centred' è stato rilevato e criticato sia nel contesto della formazione del medico, ossia dalle cosiddette "medical humanities" quale approccio che "integra gli aspetti razionali del processo scientifico con uno sguardo

---

<sup>200</sup> Cfr. M.D. Grmek *Il concetto di malattia*, cit., pp. 323-325; cfr. G. Corbellini, *EBM. Medicina basata sull'evoluzione*, cit., pp. 4-6; inoltre cfr. C. Flora, F. Ferrazzoli, *Il bambino in ospedale*, cit., p. 188 dove si propone la definizione del concetto di malattia da tre differenti punti di vista: oggettivo, soggettivo e sociale.

<sup>201</sup> Nel modello centrato sulla malattia "troviamo la massima espressione di un modello biomedico sostanzialmente orientato all'organo al tessuto, alla cellula". E. Moja, *Prefazione*, in P. Binetti (a cura di), *Persona, paziente, cliente. Il mondo del malato in un mondo che cambia*, Roma, SEU, 2000, p. 1

<sup>202</sup> E. Moja, *Prefazione*, cit., p. 1

<sup>203</sup> *Ibidem*

approfondito sulla dimensione psico-sociale dell'uomo"<sup>204</sup>, sia nel movimento più ampio, a cui partecipa la stessa pedagogia, di ridefinizione del paradigma medico con cui si tende a reclamare l'importanza del considerare, accanto alla patologia organica anche l'altro versante della malattia, vale a dire il 'vissuto' del malato e le implicazioni antropologico-culturali, sociali e psicologiche che lo connotano. Paola Binetti nel sottolineare il processo riduzionistico dell'approccio centrato sulla malattia evidenzia come tale modello "affinché potesse guardare scientificamente l'uomo ha dovuto oggettivarlo e rimuoverlo come soggetto"<sup>205</sup> rendendo "soggetto un inesistente universale: la malattia, e oggetto un particolare: l'uomo malato"<sup>206</sup>. Contestualmente, il discorso del medico si rende "un discorso sulla malattia e non sull'uomo: il malato è là solo come informatore di uno stato manchevole del corpo"<sup>207</sup> riflettendo, precisa Lucia Zannini, una "malattia che non appartiene tanto al malato, ma a chi ne cura l'organismo, inteso come corpo 'cosalizzato' e intaccato dal male"<sup>208</sup>. In questo senso la 'disease' comporta "un alienarsi totale, perché affidarsi come malato al tecnico della salute significa perdere ogni contatto sul proprio corpo, sulla propria vita"<sup>209</sup>, in un approccio medico che cerca "di trasformare

---

<sup>204</sup> P. Binetti, *Progetto terapeutico ed educazione del paziente*, cit., p. 243; va inoltre evidenziato, come precisa Giuseppe Galli che "l'introduzione delle Scienze Umane nel curriculum medico non va intesa come una semplice aggiunta di altre discipline accanto a quelle naturalistiche. Si tratta piuttosto di un ricentramento da una concezione somatocentrica ad una centrata sulla persona". G. Galli, *Introduzione. Scienze umane e medicina*, in G. Galli (a cura di), *Interpretazione e diagnosi. Scienze umane e medicina*, cit., p. 16. Nello stesso testo, sulla dimensione umanistica della formazione medica cfr. P. Binetti, *Scienze umane e medicina: un'esperienza di formazione*, pp. 159-179. Sulla formazione del medico in riferimento all'introduzione e la diffusione dell'insegnamento delle cosiddette *medical humanities* cfr. G. Corbellini, *EBM. Medicina basata sull'evoluzione*, Roma-Bari, Laterza, 2007, pp. XV-XVII. Sulla formazione del medico da una prospettiva fenomenologicamente orientata cfr. G. Bertolini (a cura di), *Diventare medici. Il problema della conoscenza in medicina e nella formazione del medico*, cit.. Per un'analisi di clinica della formazione sugli orientamenti degli operatori sanitari a fronte della dimensione umanistica della loro formazione cfr. G. Bertolini, R. Massa (a cura di), *Clinica della formazione medica*, cit..

<sup>205</sup> Pontalti I., P. Binetti, *Il rapporto interpersonale*, cit., p. 15

<sup>206</sup> *Ivi*, p. 16

<sup>207</sup> I. Pontalti, P. Binetti, *Il rapporto interpersonale*, cit., p. 16

<sup>208</sup> L. Zannini, *Salute, malattia e cura. Teorie e percorsi di clinica della formazione per gli operatori sanitari*, cit., p. 167

<sup>209</sup> F. Ongaro Basaglia, *Salute/Malattia. Le parole della medicina*, citato in L. Zannini, *Salute, malattia e cura. Teorie e percorsi di clinica della formazione per gli operatori sanitari*, cit., p. 167

l'esperienza di malattia soggettiva e privata del paziente in un racconto oggettivo e scientifico del disturbo"<sup>210</sup>. Binetti viene a contestare proprio un tale atteggiamento conoscitivo riduzionistico, sottolineando che esso "tende ad inquadrare ogni paziente in uno schema dato, perdendo la capacità di cogliere in ciascuno di loro la specificità e la unicità"<sup>211</sup>. Allo stesso modo, sentenzia Zannini "la teoria biologica della malattia comporta una visione per lo meno semplicistica di essa, in cui il rischio è quello di ricondurre la sua ineludibile complessità [...] a qualcosa di perfettamente controllabile e prevedibile"<sup>212</sup>. "Lo sguardo biologico e anatomico è infatti – commenta ulteriormente Zannini – lo sguardo del 'qui e ora', e cioè uno sguardo senza tempo, in cui la malattia dell'individuo non è colta nel suo processo di sviluppo e, soprattutto, nel suo contesto di riferimento; come tale è insufficiente per rilevarne i diversi aspetti, anche da un punto di vista strettamente medico"<sup>213</sup>.

Stessa posizione si rinviene in Edoardo Parma che da una prospettiva medica fenomenologicamente orientata, sostiene: "Lo sguardo del medico non incontra il malato ma la sua malattia: nel corpo del malato il medico non legge una biografia ma una patologia. La soggettività del paziente scompare così dietro la ricerca dell'oggettività di segni somatici, che a loro volta non rimandano a un ambiente, a un modo di vivere, a una serie di abitudini ma a un quadro clinico, dove le differenze individuali che si ripercuotono nell'evoluzione della malattia si annullano dietro l'elenco di sintomi che il medico classifica in entità morbose"<sup>214</sup>. La visione del paziente nella sua globalità di soggetto che soffre viene in tal modo annullata a favore di procedure standard passivizzanti: per ogni sintomo c'è un farmaco. A tal proposito osserva Umberto Galimberti: "il medico non ha più l'occhio clinico, non è più in grado di distinguere la salute dalla malattia guardando la faccia del

---

<sup>210</sup> L. Zannini, *Salute, malattia e cura. Teorie e percorsi di clinica della formazione per gli operatori sanitari*, cit., p. 145

<sup>211</sup> P. Binetti, *Progetto terapeutico ed educazione del paziente*, cit., p. 229

<sup>212</sup> L. Zannini, *Salute, malattia e cura. Teorie e percorsi di clinica della formazione per gli operatori sanitari*, cit., p. 133

<sup>213</sup> *Ivi*, p. 136

<sup>214</sup> E. Parma, *La medicina generale: un ponte tra la medicina come scienza della natura e come scienza umana*, cit., 1994, pp. 148-149

paziente perché capisce solo se guarda le lastre”<sup>215</sup>. E parimenti Edoardo Boncinelli sostiene: “Non c’è dubbio che il medico oggi si è allontanato troppo dal tentativo di capire il paziente”<sup>216</sup>.

Da una prospettiva esistenziale Marco Dallari riproponendo la posizione di Karl Jaspers<sup>217</sup> denuncia che “La malattia viene vista e definita come alterazione della norma e la spiegazione si riduce alla *descrizione* di come l’alterazione si è prodotta; non è però mai in grado di *comprendere* perché si è prodotta”<sup>218</sup>. Considerare la malattia come *disease* “è come se la malattia si svolgesse in un individuo senza connotati e come se questi connotati, che pure esistono, non avessero influenza non solo e non tanto sulla malattia stessa, ma soprattutto sul malato e sul modo con cui egli affronterà la sua malattia. Come si è modificata l’esistenza della persona con l’insorgere della malattia? Quali spazi di libertà sono stati compromessi? Quali nuovi problemi sono sorti?”<sup>219</sup>.

In un modello di medicina in cui l’interesse fondamentale è quello per la malattia nel suo fondamento biologico tali questioni risultano irrilevanti. Infatti, il medico tende ad esercitare il suo potere in relazione al suo sapere in uno “stile direttivo”<sup>220</sup> con cui rende il malato un passivo oggetto medico. A fronte di una tale situazione argomenta Zannini “quanto più la trasformazione della storia di malattia del paziente è asettica e unicamente basata su categorie scientifiche, tanto più sarà imperniata sul *disease*, cioè sulla malattia nella sua dimensione biologica, con il conseguente aumento della asimmetria nella

---

<sup>215</sup> E. Boncinelli, U. Galimberti, G.M. Pace, *E ora? La dimensione umana e le sfide della scienza*, cit., p. 145

<sup>216</sup> *Ivi*, p. 148

<sup>217</sup> Cfr. K. Jaspers, *Il medico nell’età della tecnica*, Milano, Raffaello Cortina, 1991

<sup>218</sup> M. Dallari, *Superstizione scientifica e fragile verità dell’allusione*, in G. Bertolini (a cura di), *Diventare medici. Il problema della conoscenza in medicina e nella formazione del medico*, cit., p. 93. Per un’analisi dettagliata sulla questione dell’interpretazione in medicina tra spiegazione e comprensione cfr. G. Federspil, R. Vettor, *La diagnosi clinica tra logica e retorica*, in G. Galli (a cura di), *Interpretazione e diagnosi. Scienze umane e medicina*, cit., pp. 123-145

<sup>219</sup> V. Cagli, *Malattie come racconti*, citato in AA.VV., *La medicina come scienza biologica e arte relazionale*, <<http://www.pedagogiamedica.it>>

<sup>220</sup> Cfr. R. Massa, *Pedagogia medica e clinica della formazione*, in G. Bertolini, R. Massa (a cura di), *Clinica della formazione medica*, cit., p. 24

relazione medico-paziente, dove il sapere di quello diventa inevitabilmente di controllo e di potere nei confronti di questo”<sup>221</sup>.

Stesse considerazioni si rinvengono nelle parole di Anna Rezzara, la quale criticando il riduzionismo biologico, argomenta: “Ciò che spesso si interpone nel rapporto tra il medico e il malato è la malattia stessa, la trasformazione del malato nel quadro oggettivo della sua forma patologica. È un mutamento profondo, che spersonalizza la relazione sostituendo all’individuo malato la definizione della sua malattia e, soprattutto, configura una direzione e dinamica relazionale diversa, tra il medico e la malattia piuttosto che tra il medico e il malato”<sup>222</sup>. In tal senso commenta la stessa pedagoga “l’incontro tra il medico e il paziente si trasforma piuttosto nel rapporto del medico con la malattia, con i suoi sintomi, si trasforma in problema diagnostico, in oggetto del proprio intervento e interrogativo al sapere medico”<sup>223</sup>. Uguale considerazione centrata sulla critica del riduzionismo biomedico si riscontra nelle osservazioni di Georges Canguilhem che enfatizzando la dimensione psicologica del malato, considera l’approccio della “patologia oggettiva” priva di senso a livello dell’esperienza del singolo malato. Infatti la malattia, prima di essere oggetto di scienza, viene a configurarsi come un’esperienza riferita dal malato al suo medico<sup>224</sup>. Se ne deduce che “ciò che conta non sono solo i disturbi anatomici o fisiologici, ma il modo in cui il paziente si pone in relazione alla malattia”<sup>225</sup> che varia da individuo a individuo.

Da una prospettiva squisitamente pedagogica si rinvengono ulteriori riflessioni di critica del riduzionismo biologico inteso quale ‘ostacolo’ a percorsi di confronto, di possibile sinergia tra la pedagogia e la medicina.

---

<sup>221</sup> L. Zannini, *Salute, malattia e cura. Teorie e percorsi di clinica della formazione per gli operatori sanitari*, cit., p. 146

<sup>222</sup> A. Rezzara, *Presenza e assenza della relazione*, in G. Bertolini, R. Massa (a cura di), *Clinica della formazione medica*, cit., p. 193

<sup>223</sup> *Ivi*, p. 187

<sup>224</sup> Cfr. G. Canguilhem, *Il normale e il patologico*, Torino, Einaudi, 1998

<sup>225</sup> H. Wulff, S.A. Pedersen, R. Rosenberg, *Filosofia della medicina*, Milano, Cortina, 1995, p. 163

Piero Bertolini condanna il riduzionismo biologico, così come ogni forma di esasperato specialismo, sostenendo che esso, “proprio in quanto tale e malgrado si ricorra alla giustificazione di poter solo così aggredire lo specifico male accusato dal paziente, tende a «vivisezionare» l’individuo, ad oggettivarlo come destinatario di tecniche sempre più raffinate, rischiando così di perdere di vista la globalità del suo essere”<sup>226</sup>. Giunge finanche a considerare il superamento del riduzionismo biologico, con cui la medicina “si riduce ad essere un insieme di tecniche o di indicazioni [...] attraverso cui aggiustare quelle parti del corpo umano che risultassero non più funzionanti”<sup>227</sup>, aspetto preliminare e determinante ai fini di un rapporto con il sapere pedagogico. La medicina dovrà cioè rendersi un “sapere che, pur riferendosi in prima istanza alla realtà corporea dell’uomo, è consapevole di dover trascendere o di dover andare al di là di ogni interpretazione e di ogni trattamento di essa che risultassero puramente ed ingenuamente «oggettivistici»”<sup>228</sup>.

Allo stesso modo, Antonella Maria Galanti evidenzia come il riduzionismo bio-medico in cui “l’imperativo è quello di medicalizzare, cioè di interpretare ogni disagio [...] come deviazione *patologica* dalla norma e utilizzare i farmaci o le tecniche – pur quando necessari – per distogliere dalla possibilità del riflettere critico”<sup>229</sup>, escluda margini di riflessione pedagogica. Infatti prosegue la pedagogista “la pratica educativa, in questo contesto, appare per lo più svilita a mera assistenza”<sup>230</sup>. Affinché la situazioni si modifichi non la malattia deve trovare un senso, “ma l’esperienza esistenziale e la relazionalità del soggetto che ne è portatore”<sup>231</sup>.

In una implicita critica del riduzionismo bio-medico Anna Maria Di Giorgio sottolinea come la scienza medica, a fronte di un rapporto con la

---

<sup>226</sup> P. Bertolini, *Un possibile (necessario) incontro tra la pedagogia e la medicina*, cit., p. 68

<sup>227</sup> *Ivi*, p. 56

<sup>228</sup> *Ibidem*

<sup>229</sup> M.A. Galanti, *Il contributo della pedagogia nei percorsi formativi delle scienze motorie e degli ambiti sociosanitario e della comunicazione*, cit., p. 91

<sup>230</sup> *Ivi*, p. 92

<sup>231</sup> *Ivi*, p. 100

pedagogia, non “potrebbe ulteriormente rifiutarsi al dialogo interdisciplinare, sia perché deve riconoscere che curare un organo malato non vuole dire necessariamente riportare alla salute un uomo, sia perché non deve spogliare la malattia del suo intrinseco significato interiore e cioè come un possibile strumento di crescita umana sia perché non deve ignorare l’importante connotazione sociale dell’infermità”<sup>232</sup>. Sulla stessa linea Mirella D’Ascenzo osserva come il rapporto tra i due saperi “implica per la medicina ma anche per la pedagogia il superamento di ogni pretesa di astrazione universalistica che tende ad eliminare la singolarità, l’unicità dei ‘vissuti’ esperenziali di fronte al male”<sup>233</sup>.

Finché la medicina “prevarrà nel separare il paziente che soffre e il tecnico che applica i suoi protocolli nell’illusione di uccidere la malattia, è improbabile che si possa creare una vera collaborazione per la crescita umana, con o senza un malanno”<sup>234</sup>. È importante che la medicina, commenta Guido Bertolini “accetti davvero e fino in fondo la parzialità e la problematicità di ogni conoscenza umana e ammetta esplicitamente e nei fatti che la prospettiva bio-medica non esaurisce in sé nemmeno tutti i più importanti aspetti dell’esperienza di malattia”<sup>235</sup>.

Ciò che viene rivendicato da più voci (da medici, filosofi, psicologici e pedagogisti) è la necessità di riconoscere come coestensivi la patologia organica ed il vissuto del malato, la sua ‘illness’, per cui il paziente viene a configurarsi non “come l’oggetto di procedure e pratiche cliniche ma come un’unità in cui elementi sociali, psicologici e biologici si influenzano l’uno l’altro nel ‘sistema uomo’”<sup>236</sup>.

È nel prospettare un superamento del riduzionismo biologico che si viene ad affermare la concezione della “*whole person medicine*” secondo cui “il

---

<sup>232</sup> A.M. Di Giorgio, *Pedagogia e medicina*, Bologna, Cappelli, 1981, p. 17

<sup>233</sup> M. D’ascenzo, *Alcune direzioni di ricerca sul rapporto pedagogia – medicina*, in “Scuola & Città”, n. 10/1996, p. 441

<sup>234</sup> G.C. Calza, *La medicina è malata: dove si nasconde la salute?*, in “La Ca’Granda” anno XLV, n. 3/2004, p. 10

<sup>235</sup> G. Bertolini, *Diventare medici nella complessità*, in G. Bertolini (a cura di), *Diventare medici. Il problema della conoscenza in medicina e nella formazione del medico*, cit., p. 19

<sup>236</sup> E. Moja, *Prefazione*, cit., p. 1

paziente non è un caso o una malattia, ma un interlocutore umano con cui si entra in rapporto; la malattia non è solo un fenomeno fisico ma un evento più complesso, bio-psico-sociale, un'alterazione di un sistema a più livelli, da quello chimico e tissutale a quello psicologico e culturale fino a quello della comunità e della società”<sup>237</sup>.

Viene così a delinarsi in una tale cornice concettuale il cosiddetto approccio “patient centred” quale ulteriore modello con cui l'individuo malato viene colto e pensato ed in grado di prospettare spazi di comune lavoro teorico-operativo tra la pedagogia e la medicina. Il costrutto fondamentale su cui poggia il modello centrato sul paziente includente le emozioni, le rappresentazioni, i valori, i desideri dei soggetti coinvolti nella relazione terapeutica è il “farsi recettore di tutto ciò che un paziente porta”<sup>238</sup>, “il suo ‘terreno globale’ emotivo – affettivo – corporeo – sociale in cui ‘vive’ ed è ‘vissuta’ la malattia”<sup>239</sup>. Ciò determina la collocazione della malattia all'interno di una struttura di comprensione più ampia che riesca ad armonizzare “positivamente la conoscenza di dati oggettivi con la spinta interpretativa che caratterizza il vissuto di un paziente”<sup>240</sup>. La malattia si viene cioè a tipizzare come un evento difficile da cogliere nella sua oggettività dal momento che ha ricadute concrete nel vissuto soggettivo del paziente. Il vissuto di malattia, l'*illness*<sup>241</sup>, il modo di percepirla da parte del paziente viene infatti a connotarsi come “un vero e proprio organizzatore della sua condotta”<sup>242</sup> capace di influenzare il decorso terapeutico se non di divenire un “ulteriore fattore di malattia che aggrava lo stato generale attraverso l'influenza che esercita sul suo carattere e attraverso il progressivo deterioramento delle

---

<sup>237</sup> M. Grygiel, P. Bonetti, *La relazione con il paziente in un contesto multietnico*, in P. Binetti (a cura di), *Persona, paziente, cliente. Il mondo del malato in un mondo che cambia*, cit., p. 169

<sup>238</sup> I. Pontalti, P. Binetti, *Il rapporto interpersonale*, cit., p. 18

<sup>239</sup> *Ibidem*

<sup>240</sup> P. Binetti, *Aspetti cognitivi e metacognitivi nella relazione con il paziente*, cit., p. 63

<sup>241</sup> Il termine ‘illness’ inteso nell’accezione di “persona che ‘porta’, che racconta una determinata malattia, la sua malattia con tutte le dimensioni di vissuto”. L. Zannini, *Salute, malattia e cura. Teorie e percorsi di clinica della formazione per gli operatori sanitari*, cit., p. 137

<sup>242</sup> P. Binetti, *Aspetti cognitivi e metacognitivi nella relazione con il paziente*, cit., p. 56

relazioni sociali”<sup>243</sup>. Espresso in altri termini, il senso del limite che comporta la malattia, il ridimensionamento inevitabile degli spazi di autonomia potrebbero tradursi in una rinuncia globale all’autonomia, alla responsabilità di sé<sup>244</sup>. Riconoscere una tale condizione richiama inevitabilmente modi di pensare e paradigmi diversi da quello riduzionista-biomedico ed implica processi ermeneutici e sistemici di attribuzioni di significato dell’evento malattia<sup>245</sup>, in grado di prospettare, mediante una riflessione sulla qualità di vita percepita dal paziente, ambiti di interventi comuni al sapere pedagogico e medico.

Gli stessi medici, anche se non in modo sistematico, vengono ormai ad assumere come proprio orientamento “la sequenza: sintomo - situazione - storia di vita - personalità” il che implica l’assunzione di una metodologia complessa basata sull’integrazione delle misurazioni proprie del metodo empirico-analitico con la ‘visione globale’ del metodo fenomenologico e con le interpretazioni del metodo ermeneutico<sup>246</sup>. La medicina viene così ad utilizzare, come evidenza Edoardo Parma, “paradigmi caratteristici delle scienze umane e storiche, in base ai quali può essere in grado di integrare tutte le prospettive biologiche, psicologiche e sociali”<sup>247</sup> che si manifestano nel corso della malattia quale “discrepanza nella storia di vita dell’individuo”<sup>248</sup>.

Di quanto l’approccio centrato sul paziente possa rappresentare, per gli aspetti che lo caratterizzano, un potenziale terreno su cui innestare e sviluppare un rapporto di contiguità tra la pedagogia e la medicina è possibile desumerlo dalle considerazioni avanzate da diversi studiosi. Entrando nel merito Umberto

---

<sup>243</sup> P. Binetti, *Aspetti cognitivi e metacognitivi nella relazione con il paziente*, cit., p. 57

<sup>244</sup> Cfr. R. Bruni, *La prospettiva emotiva nella relazione con il paziente*, in P. Binetti (a cura di), *Persona, paziente, cliente. Il mondo del malato in un mondo che cambia*, cit., p. 96

<sup>245</sup> A tal riguardo Giuseppe Galli ha sottolineato come “l’approccio ermeneutico può essere di grande utilità, se inteso come modello generale, che vede il significato dei sintomi dall’interazione tra paziente, medico e situazione, considerati come tre sotto-sistemi tra loro interagenti. Cfr. G. Galli, *Introduzione. Scienze umane e medicina*, cit., pp. 15-16

<sup>246</sup> Cfr. G. Galli (a cura di), *Interpretazione e diagnosi. Scienze umane e medicina*, Atti del XX Colloquio sulla Interpretazione, Macerata, 10-11 Aprile 2000, Pisa-Roma, IEPI, 2000

<sup>247</sup> E. Parma, *La medicina generale: un ponte tra la medicina come scienza della natura e come scienza umana*, cit., p. 150

<sup>248</sup> L. Zannini, *Salute, malattia e cura. Teorie e percorsi di clinica della formazione per gli operatori sanitari*, cit., p. 144

Galimberti sottolinea: “le patologie non possono essere sconnesse dalle biografie e quindi uno sguardo ‘umanistico’ mi pare essenziale per trattare uomini. Se poi vogliamo trattare solo organi, d’accordo: in tal caso si può anche prescindere dalla qualità biografica del portatore di malattia”<sup>249</sup>. E Martini precisa: “La medicina si preoccupa di come curare il male, di come rimandare la morte, spesso a oltranza. Ma c’è il rischio di rimuovere lo spazio in cui la persona può elaborare il significato della malattia”<sup>250</sup>, aspetto questo non trascurato dal modello ‘patient centred’ in cui “fattori come la dimensione psicologica o sociale della malattia diventano variabili altrettanto importanti quanto quello biologico per arrivare alla comprensione del problema di salute del *singolo* paziente”<sup>251</sup>.

Stessa opinione è possibile rilevare dalle osservazioni di Galanti laddove evidenzia come a seguito della centralità riconosciuta al paziente quale “unità psicofisica definita, nel proprio peculiare modo di essere nel mondo, anche dalla consapevolezza della propria condizione”<sup>252</sup>, “le specificazioni tradizionalmente attribuite alle scienze umane [...] non solo devono essere tollerate, ma costituiscono parte integrante del discorso scientifico”<sup>253</sup>. Inoltre, considerando che la malattia può risvegliare possibilità biografiche e che lo stesso sintomo può ritenersi messaggio e occasione di crescita personale precisa Guido Bertolini: “È (anche) sulla natura di questo procedimento ermeneutico del paziente che il medico deve impostare il proprio intervento, ben sapendo che l’interpretazione di qualsiasi fenomeno è largamente influenzata sia dalla storia personale dell’individuo sia dalle espressioni culturali entro la quale essa si compie”<sup>254</sup>.

---

<sup>249</sup> E. Boncinelli, U. Galimberti, G.M. Pace, *E ora? La dimensione umana e le sfide della scienza*, cit., p. 148

<sup>250</sup> C.M. Martini, *Sul corpo*, Milano, CEA, 2000, p. 25

<sup>251</sup> L. Zannini, *Salute, malattia e cura. Teorie e percorsi di clinica della formazione per gli operatori sanitari*, cit., p. 144

<sup>252</sup> M.A. Galanti, *Il contributo della pedagogia nei percorsi formativi delle scienze motorie e degli ambiti sociosanitario e della comunicazione*, cit., p. 94

<sup>253</sup> *Ivi*, p. 92

<sup>254</sup> G. Bertolini, *Diventare medici nella complessità*, cit., p. 17

Da queste prime osservazioni è già possibile desumere quegli aspetti che per la loro connotazione ‘umanistica’ risulterebbero di comune appartenenza al sapere pedagogico e medico. Il riferimento alla biografia del malato contenente in sé una storia di formazione<sup>255</sup> e possibilità di auto-formazione<sup>256</sup>, le capacità di elaborazione richieste e messe in atto a fronte dell’evento traumatico, l’unicità di trattamento che ne consegue sono tutte dimensioni che, investendo processi cognitivi, emotivi e relazionali, difficilmente la medicina riuscirebbe a gestire escludendo l’educazione e la formazione. A tal proposito Gadamer, da una prospettiva ermeneutica, evidenzia come: “La malattia, ossia la perdita dell’equilibrio, non si riferisce soltanto ad un fatto medico-biologico, bensì anche ad un avvenimento biografico e sociale. Il malato non è più la stessa persona di prima”<sup>257</sup> ed il suo “completo ‘ristabilimento’ spesso supera le possibilità e le competenze del medico”<sup>258</sup>.

A conferma di tali considerazioni, pur volendo avanzare un discorso prettamente organicistico, già biologicamente è dato constatare, precisa Corbellini da una prospettiva evoluzionista, come “ogni paziente è geneticamente e fenotipicamente unico”<sup>259</sup>. Ne consegue, prosegue lo studioso di bioetica che “il medico ha sempre a che fare con casi individuali, cioè persone particolari che hanno una dotazione genetica unica e con alle spalle esperienze altrettanto uniche”<sup>260</sup>. Inoltre data l’alta variabilità riconosciuta ai processi fisiologici che determinano le condizioni di salute e di malattia individuali, si consolida l’idea della necessità di cercare e trovare nuovi equilibri a fronte di nuovi stili di vita comportamentali<sup>261</sup> che la malattia può determinare.

---

<sup>255</sup> Cfr. R. Massa, *La clinica della formazione*, in R. Massa, M. Muzi, A. Piromallo Gambardella, *Saperi, scuola, formazione. Materiali per la formazione del pedagogo*, cit., p. 98

<sup>256</sup> Cfr. D. Demetrio, *Raccontarsi. L’autobiografia come cura di sé*, Milano, Cortina, 1995

<sup>257</sup> H.G. Gadamer, *Dove si nasconde la salute*, cit., p. 51

<sup>258</sup> *Ivi*, p. 139

<sup>259</sup> G. Corbellini, *EBM. Medicina basata sull’evoluzione*, cit., p. 46

<sup>260</sup> *Ivi*, p. 49

<sup>261</sup> *Ivi*, p. 94

Da una prospettiva bio-pedagogica, la malattia potrebbe presentarsi come un input perturbante a cui “il soggetto perturbato risponde con una azione che tende alla conservazione del proprio sistema con un’operazione di totale ristrutturazione della soggettività”<sup>262</sup>. Anche in questo caso la necessità di trovare nuovi equilibri bio-psico-sociali legati ad una ristrutturazione globale della soggettività conferma l’occorrenza di un rapporto coestensivo tra la pedagogia e la medicina. Infine conferme provengono anche dal contesto sociologico laddove si riconosce che “L’irruzione della malattia costituisce sempre una ‘rottura biografica’ nella misura in cui essa impone non solo modificazioni nell’organizzazione concreta della vita, ma mette anche in causa il senso dell’esistenza degli individui, l’immagine che hanno di se stessi e le spiegazioni che essi ne danno”<sup>263</sup>.

In conclusione, considerando quanto esposto sinora, il superamento del riduzionismo biologico fondato sull’acquisizione di un modello di medicina centrato sul paziente presuppone non solo un cambiamento nella formazione del medico a cui sono richieste competenze e abilità comunicativo-relazionali aprendo spazi interdisciplinari<sup>264</sup>, ma anche un nuovo modo di concepire il paziente che anche a seguito di un incremento di malattie croniche<sup>265</sup> necessita di “essere educato a trattare in prima persona la sua malattia”<sup>266</sup> a considerarla

---

<sup>262</sup> E. Frauenfelder, *Un approccio bio-pedagogico al problema della formazione*, in F. Cambi, E. Frauenfelder (a cura di), *La formazione. Studi di pedagogia critica*, cit., p. 194

<sup>263</sup> C. Helzilch, P. Adam, *Sociologia della malattia e della medicina*, Milano, Franco Angeli, 1999, p. 112

<sup>264</sup> Cfr. E. Moja, *Prefazione*, cit., pp. 2-3. Sulle competenze comunicative richieste agli operatori sanitari cfr. R. Bruni, *Comunicare con il paziente*, in P. Binetti (a cura di), *Persona, paziente, cliente. Il mondo del malato in un mondo che cambia*, cit., pp. 129-167; inoltre cfr. C. Cipolli, *Lo sviluppo delle competenze comunicative e relazionali nel curriculum del medico: prime esperienze italiane*, in G. Galli (a cura di), *Interpretazione e diagnosi. Scienze umane e medicina*, cit., pp. 181-201; cfr. H.G. Gadamer, *Dove si nasconde la salute*, cit., pp. XV-XVIII.

<sup>265</sup> Il passaggio “da interventi per patologie acute a interventi per patologie croniche” viene individuata quale ragione “di tipo epidemiologico” in grado di spiegare “l’apertura a nuove posizioni culturali in medicina” E. Moja, *Prefazione*, cit., p. 2; cfr. inoltre N. Bobbo, *Medicina come scienza dell’educazione? Una questione da approfondire*, cit., pp. 183-184; va inoltre evidenziato come a fronte delle malattie croniche diventi ancor più difficile differenziare in modo netto dove e quanto pesano le componenti esterne, biologiche, rispetto a quelle intrinseche, equiparabili in molti casi a comportamenti ed abitudini di vita. Cfr. G. Corbellini, *EBM. Medicina basata sull’evoluzione*, cit., pp. 91-93

<sup>266</sup> E. Moja, *Prefazione*, cit., p. 2

una “forma di esistenza: il che vuol dire ripensare e ripensarsi”<sup>267</sup>. Ciò richiede interventi congiunti medico-pedagogici che salvaguardando “l’essere attore sociale del paziente”<sup>268</sup> mirino al potenziamento delle sue risorse e non solo al contenimento del disagio<sup>269</sup>. La pedagogia e la medicina possono dunque trovare un terreno di incontro in aree di ricerca orientate all’educazione del paziente.

### 2.3.2. L’educazione del paziente: oltre la compliance

L’educazione del paziente può qualificarsi quale ambito di intersezione tra la pedagogia e la medicina considerando che essa, come precisa Binetti, “affonda le sue radici nel campo della salute ed in quello dell’educazione e richiede un approccio specifico, che oscilla tra quello sistemico strutturato e quello per problemi”<sup>270</sup>, in grado di aiutare il paziente a gestire autonomamente le proprie esigenze di salute. Decacche e Lavendhomme definiscono l’educazione del paziente un “processo graduale, integrato al processo terapeutico, che comprende un insieme di attività di sensibilizzazione, informazione, educazione ed aiuto psicologico e sociale. Riguarda la malattia, le cure, la terapia, l’organizzazione, le attività ospedaliere, i comportamenti tipici della salute e della malattia. Si propone di aiutare il paziente e la sua famiglia a comprendere la malattia per collaborare durante la cura e gestire il proprio stato di salute e a favorire un ritorno alle normali attività”<sup>271</sup>.

---

<sup>267</sup> R. Bruni, *La prospettiva emotiva nella relazione con il paziente*, in P. Binetti (a cura di), *Persona, paziente, cliente. Il mondo del malato in un mondo che cambia*, cit., p. 94; stesso concetto di malattia come evento che cambia, che comporta una ristrutturazione della vita o comunque un adattamento a nuove condizioni, emerge dalle riflessioni, calate sui bambini, di Kanizsa e Dosso. Cfr. Kanizsa S., Dosso B. *La paura del lupo cattivo. Quando un bambino è in ospedale*, Roma, Meltemi, 1998.

<sup>268</sup> I. Pontalti, P. Binetti, *Il rapporto interpersonale*, cit., p. 17

<sup>269</sup> Tale tendenza può, inoltre, considerarsi la chiave interpretativa delle bio-tecnologie in ambito medico. Infatti, in considerazione delle nuove bio-tecnologie la medicina si sta orientando non solo al prolungamento della vita ma anche al potenziamento di essa. Cfr. F. Cerati, *L’era del paradigma biologico*, in “Nova24” inserto de “Il Sole-24 Ore”, 2 Agosto 2007 n. 88, p. 10.

<sup>270</sup> P. Binetti, *Progetto terapeutico ed educazione del paziente*, cit., p. 231

<sup>271</sup> A. Decacche, E. Lavendhomme, *Information et education du patient*, citato in P. Binetti, *Progetto terapeutico ed educazione del paziente*, cit., p. 231-232

Ciò che consente di meglio accreditare l'educazione del paziente quale ambito di contiguità medico-pedagogica attiene l'assunto da cui muove, ossia l'essere "giocata sempre in chiave di crescente autonomia del paziente, anche quando sia necessaria una iniziale sostituzione del personale sanitario per soddisfare quei bisogni che il paziente in un determinato momento non è in grado di affrontare da solo. Varia la tempistica con cui si propone al paziente di fare da sé, varia l'estensione dei bisogni a cui il paziente è chiamato a dare risposta, variano i processi di formazione da mettere in atto per raggiungere questo obiettivo, varia anche il livello di performance richiesto. Ma in ogni caso al paziente si chiede di non delegare la cura di sé, se non per un tempo molto limitato e per obiettivi il più possibili contenuti"<sup>272</sup>.

Nel percorso di educazione del paziente l'équipe deve, inoltre, rendersi consapevole, osserva Contini, di "incontrare un mondo di rappresentazioni, aspettative e timori diversi, che deve decifrare e interpretare: per risignificarli, per renderli produttivi e «alleati» al suo intervento terapeutico. In quelle sofferenze c'è un potenziale di umanità che non va disperso, ci sono, anche se implicite e nascoste, risorse preziose da utilizzare per una gestione efficace della malattia, se non per la sua guarigione"<sup>273</sup>.

La comprensione della domanda del paziente viene così a configurarsi, come evidenzia Moja, quale "presupposto per un efficace intervento educativo"<sup>274</sup> che tenga conto delle specifiche esigenze del singolo. A tal proposito, prosegue Moja, "non si parla più di educazione sanitaria ma di educazione *one-to-one*, un modello che poggia sul colloquio col paziente e dunque su specifiche capacità non biomediche, ma comunicative-relazionali"<sup>275</sup> tra cui quelle "di progettazione di un intervento terapeutico adeguato alle risorse (materiali, psicologiche e sociali) del paziente; e poi la capacità di motivare il malato, il continuo *feedback* rispetto alla sua

---

<sup>272</sup> P. Binetti, *Progetto terapeutico ed educazione del paziente*, cit., pp. 244-245

<sup>273</sup> M. Contini, *Il medico e il paziente: principi metodologici per la costruzione di un incontro*, in G. Bertolini, *Diventare medici. Il problema della conoscenza in medicina e nella formazione del medico*, cit., p. 181

<sup>274</sup> E. Moja, *Prefazione*, cit., p. 3

<sup>275</sup> *Ibidem*

performance, la valutazione degli *outcomes*”<sup>276</sup>. L’acquisizione di competenze comunicative-relazionali, ambito di studio della scienza didattica, assume rilevanza nei contesti sanitari considerato il significato e il valore della comunicazione ai fini del recupero della salute e del miglioramento clinico. Infatti basti qui rilevare che “le variazioni dei processi di comunicazione influenzano in modo rilevante alcuni esiti nei comportamenti e negli atteggiamenti del paziente, quali [...] l’attenersi alle prescrizioni terapeutiche (compliance) e una riduzione delle sue preoccupazioni”<sup>277</sup>.

Un primo aspetto caratterizzante l’educazione del paziente quale ambito comune di progettazione, operatività e di gestione medico-pedagogico attiene l’analisi dei bisogni e delle risorse del paziente. In riferimento alle concezioni fenomenologiche esistenzialiste, l’analisi dei bisogni non va intesa come mera raccolta di dati oggettivi tramite i rilievi sul paziente, ossia ridotta a pura anamnesi oggettiva. Simile azione, pur fondamentale, necessita di essere integrata con quella che si può definire un’analisi di vissutività. Tale assunto trova giustificazione considerando che, come precisano Bertolini e Ceruti, “Il modo con cui la malattia (anche quella più francamente organica) viene percepita, compresa e vissuta dal soggetto, incide grandemente sul suo decorso, la sua gravità, la sua prognosi. Ciò avviene esattamente perché la malattia interferisce con i sentimenti, le passioni, i desideri, i progetti, ecc. che *animano* quell’organismo e lo trasformano in *corpo vivente*”<sup>278</sup>. Allo stesso modo la malattia, soprattutto quella cronica, può determinare un cambiamento nei processi cognitivi ed emotivi contribuendo a creare un’immagine corporea distorta.

---

<sup>276</sup> E. Moja, *Prefazione*, cit., p. 3

<sup>277</sup> R. Bruni, *Comunicare con il paziente*, in P. Binetti (a cura di), *Persona, paziente, cliente. Il mondo del malato in un mondo che cambia*, cit., p. 147; inoltre cfr. C. Cipolli, *Lo sviluppo delle competenze comunicative e relazionali nel curriculum del medico: prime esperienze italiane*, cit., p. 184

<sup>278</sup> G. Bertolini, M. Ceruti, *Identità e cambiamento. Un capovolgimento ontologico*, in G. Bertolini (a cura di), *Diventare medici. Il problema della conoscenza in medicina e nella formazione del medico*, cit., p. 51. Stessa considerazione, per cui il vissuto di malattia si configura come “un’esperienza in grado di modificarla nel suo apparire e forse di condizionarla nella sua prognosi” si rinviene nello stesso testo nel saggio di E. Parma, *La medicina generale: un ponte tra la medicina come scienza della natura e come scienza umana*, p. 152.

Il punto di riferimento dell'intervento educativo concerne dunque non tanto la mera situazione di malattia, quanto la significazione attribuita dal paziente a tale evento. Ammettere una siffatta circostanza investe il sapere pedagogico la cui compartecipazione e co-gestione verrebbe ad essere incaricata in questa fase di analisi e di "interpretazione dei materiali clinici, per individuare ed analizzare non le strutture e gli assetti personologici dei «pazienti» ma per rilevare quali dinamiche, quali meccanismi, quali strategie caratterizzano i processi formativi di cui quei soggetti sono stati agenti o da cui sono stati agiti"<sup>279</sup>. Infatti, come precisa Binetti "Il punto di vista del paziente, le sue aspettative, il suo grado di accettazione della malattia, le sue competenze e le sue capacità, influenzano profondamente la sua motivazione ad apprendere e la sua maniera di apprendere"<sup>280</sup> a gestire la qualità della propria salute. Ne consegue che proprio su tali processi personali, sulla vissutità si pone attenzione nel proseguo della pianificazione del progetto di educazione del paziente, identificando il problema, le risorse di cui dispone personali e sociali, le strategie poste in atto (coping) e la loro efficacia, attivando interventi vertenti sul potenziamento sia di tali processi individuali che della rete sociale in modo che possano promuovere nel paziente un apprendimento ad aver cura di sé, a realizzare risposte cognitive, comportamentali, relazionali-sociali orientate al benessere.

Posta la questione in tali termini, la natura coestensiva medico-pedagogica del progetto di educazione del paziente consente una rilettura dei concetti stessi che caratterizzano in modo quasi esclusivo il contesto sanitario, come è il caso del consenso informato che, a tali condizioni, si viene a qualificare già di per sé come evento educativo. Una prima accezione del consenso informato è quella di atto etico. Come precisa Cosmacini "Il consenso da parte del malato dev'essere dato e ottenuto dal chirurgo dopo l'assolvimento da parte di questi di un rapporto globale: non dev'essere dato e

---

<sup>279</sup> A.M. Franza, *Per una semeiotica della formazione medica*, in G. Bertolini (a cura di), *Diventare medici. Il problema della conoscenza in medicina e nella formazione del medico*, cit., p. 143

<sup>280</sup> P. Binetti, *Progetto terapeutico ed educazione del paziente*, cit., p. 234

ottenuto in modo burocratico, tramite una frettolosa richiesta e un'altrettanto affrettata apposizione di una firma. Il consenso informato è un atto etico, finalizzato alla tutela dei bisogni e dei diritti del malato, non all'autotutela di una tendenza professionale corporativa<sup>281</sup>.

Prendendo atto del cambiamento coinvolgente la struttura dell'etica medica circa lo spostamento del processo decisionale<sup>282</sup> dal medico al paziente con il conseguente “consenso libero informato” all'atto medico<sup>283</sup>, ciò che risulta importante evidenziare, affinché si realizzi un reale processo di responsabilizzazione del paziente tale per cui questi assuma un ruolo di protagonista negli eventi che interessano la sua salute, è la necessità di andare oltre un mero processo informativo per attuarne uno formativo. Anche su questo piano, un atteggiamento interdisciplinare tra la pedagogia e la medicina, una vera e propria continuità tra le due scienze in questione, risulta quanto mai necessaria. Come ha evidenziato Piero Bertolini infatti “proprio in questo contesto di continuità troverebbero logico e fisiologico posto sia il tema del *consenso informato* per cui ogni prescrizione dovrebbe divenire oggetto di ponderata discussione, sia il tema di una autentica *pro-mozione della salute*”<sup>284</sup>. A tal punto, attuare un processo formativo ed educativo in grado di potenziare l'immagine di sé del paziente e delle sue risorse personali e sociali tale per cui il malato “si riappropria di nuove forme di autostima e di rispetto per le proprie competenze”<sup>285</sup> anche decisionali, fa sì che lo stesso concetto di consenso informato si tramuti in “decisione consensuale”<sup>286</sup>. Il

---

<sup>281</sup> G. Cosmacini, *La vita nelle mani*, in “La Ca'Granda” anno XLIV, n. 3/2003, p. 6

<sup>282</sup> Si rinvengono tre modelli di processo decisionale: 1. Paternalistico, dove il medico decide ciò che ritiene sia meglio per il paziente, senza chiedere a quest'ultimo le sue preferenze. 2. Il consenso informato: il paziente riceve delle informazioni dal medico sulle opzioni di trattamento e rimette al paziente la decisione. Secondo tale modello il medico non deve consigliare un trattamento ed il processo decisionale è in mano al paziente. Il dibattito in corso pone il quesito se il consenso informato non sia sinonimo di paziente abbandonato. 3. Condivisione delle decisioni, in cui sia il paziente che il medico contribuiscono alla decisione che esprime l'accordo tra le parti. Cfr. P. Poletti, *Empowerment del cittadino utente*, in “Care” n. 2/2005, p. 25

<sup>283</sup> Cfr. I. Pontalti, P. Binetti, *Il rapporto interpersonale* cit., p. 19

<sup>284</sup> P. Bertolini, *Un possibile (necessario) incontro tra la pedagogia e la medicina*, cit., p.62

<sup>285</sup> P. Binetti, *Aspetti cognitivi e metacognitivi nella relazione con il paziente*, cit., p. 62

<sup>286</sup> *Ivi*, p. 60

consenso informato infatti presentandosi come una sorta di adesione statica, “non tiene conto del graduale processo di trasformazione interiore che la malattia induce nel paziente”<sup>287</sup>; viceversa la consapevolezza di tali dinamiche viene a caratterizzare la decisione consensuale<sup>288</sup> in base a cui “l’informazione prende forma nella mente del paziente e ne influenza i processi decisionali, creando un livello di progressiva identificazione con il progetto terapeutico, che dovrebbe rispondere ad un effettivo miglioramento della sua qualità di vita”<sup>289</sup>.

L’informazione, dunque, travalica la mera dimensione tecnica come scambio di dati, per assumere i connotati di atto formativo, cioè “porta gradatamente il paziente non tanto a sapere cosa ha, quanto a elaborare un suo possibile progetto di risposta al nuovo fatto”<sup>290</sup>. Infatti, l’informazione che dal medico ritorna al paziente oltre a garantirgli auto-conoscenza, conoscenza delle risorse e dei limiti del proprio corpo, conoscenza delle risorse e dei limiti della medicina che al suo corpo si applica, rende consapevole e responsabile la sua partecipazione al rapporto e al processo di cura divenendo stimolo all’autoeducazione e di per sé atto formativo o altrimenti detto, riprendendo Cosmacini, “informazione *per il paziente*, cioè in un atto già per sé terapeutico”<sup>291</sup>. Va inoltre precisato, riprendendo Rosa Bruni, che la comunicazione si rende terapeutica quando “la pianificazione, l’attuazione e la valutazione vengono formulate *con* il paziente e non *per* il paziente”<sup>292</sup>. Si tratta dunque di un processo di negoziazione richiedente, precisa Mirella D’Ascenzo, “l’incontro effettivo tra medico e paziente e la collaborazione di entrambi in un processo di discussione e di confronto reciproco. Tutto ciò affinché – commenta ulteriormente la pedagoga – la prognosi sia veramente

---

<sup>287</sup> P. Binetti, *Aspetti cognitivi e metacognitivi nella relazione con il paziente*, cit., p. 60

<sup>288</sup> Cfr. C. Scandellari, *Diagnosi di malattia e interpretazione del malato*, in G. Galli (a cura di), *Interpretazione e diagnosi. Scienze umane e medicina*, cit., p. 155

<sup>289</sup> P. Binetti, *Aspetti cognitivi e metacognitivi nella relazione con il paziente*, cit., p. 60

<sup>290</sup> *Ivi*, p. 58

<sup>291</sup> G. Cosmacini, *Sanità e educazione*, in “La Ca’Granda” anno XLIV, n. 4/2003, pp. 2-3

<sup>292</sup> R. Bruni, *Comunicare con il paziente*, cit., p. 155. Stessa considerazione si rinviene in L. Zannini, *Salute, malattia e cura. Teorie e percorsi di clinica della formazione per gli operatori socio sanitari*, cit., pp. 257-258

tale: *pro-gnosis*, una pre-visione del decorso di malattia e di un quadro clinico ma anche conoscenza (*gnosis*) a favore di qualcuno latinamente *pro*, «a beneficio di»<sup>293</sup>. Solo in tal modo si rende possibile “l’instaurarsi della relazione terapeutica e permette di realizzare con il paziente una vera e propria esperienza di condivisione del progetto terapeutico, permette cioè di stabilire un’alleanza terapeutica”<sup>294</sup>. Risulta infatti “ormai universalmente riconosciuto - spiega Paola Poletti - che quando l’utente partecipa al processo decisionale, la sua soddisfazione è maggiore, i risultati clinici migliorano; accetta le decisioni prese e si attiene al trattamento deciso. L’aspetto fondamentale in tale ambito è quello di conciliare il coinvolgimento del paziente con l’effettuazione di scelte basate su prove di efficacia”<sup>295</sup>.

Tra le considerazioni di appartenenza dell’educazione del paziente sia al campo medico che a quello pedagogico è opportuno segnalare un’altra che attiene al fenomeno della compliance. Tale fenomeno, letteralmente conformità<sup>296</sup>, non può essere ricondotto, nella sua bassa incidenza, ad una semplice trasgressione delle indicazioni ricevute né tanto meno può considerarsi esclusivamente condizionato dalla non comprensione delle informazioni o dalla complessità dei regimi terapeutici<sup>297</sup>, dal momento che investe il ruolo giocato dal paziente<sup>298</sup> a sua volta condizionato dalla qualità formativa del processo terapeutico. Solitamente nello stabilire un rapporto terapeutico, il medico procede ad un’ampia e corretta attività d’informazione o meglio, riprendendo l’espressione di Mariagrazia Contini, attiva una “didattica terapeutica, con l’uso di questionari, di materiale informativo, di indicazioni di percorsi da intraprendere e seguire, di modalità di verifica da realizzare in

---

<sup>293</sup> M. D’ascenzo, *Alcune direzioni di ricerca sul rapporto pedagogia – medicina*, cit., p. 436

<sup>294</sup> R. Bruni, *Comunicare con il paziente*, cit., p. 155

<sup>295</sup> P. Poletti, *Empowerment del cittadino utente*, in “Care” n. 2/2005, p. 25

<sup>296</sup> Cfr. G. Galli (a cura di), *Interpretazione e cura*, Atti del XXII Colloquio sulla Interpretazione, Macerata, 11-12 Marzo 2002, Pisa-Roma, IEPI, 2003, p.111

<sup>297</sup> Cfr. C. Cipolli, *Lo sviluppo delle competenze comunicative e relazionali nel curriculum del medico: prime esperienze italiane*, cit., p. 185

<sup>298</sup> In tal senso Bobbo definisce la mancata compliance “un nuovo obiettivo di salute, perché rappresenta un comportamento autolesivo a tutti gli effetti”. N. Bobbo, *Medicina come scienza dell’educazione? Una questione da approfondire*, cit., p. 189

itinere per controllare autonomamente e insieme al medico, l'andamento del processo terapeutico"<sup>299</sup>.

Pur riconoscendo l'importanza di una tale percorso informativo soprattutto se si accoglie l'ipotesi cognitivista secondo cui "se il soggetto viene informato delle ragioni e delle modalità con cui funzionano certi parametri vitali, può imparare a controllarli e ad autoregolarli"<sup>300</sup>, esso potrebbe risultare inefficace a garantire la compliance e dunque il paziente invece di rendersi protagonista del proprio iter terapeutico in una collaborazione attiva col medico, abbandona il programma. Una giustificazione di ciò potrebbe risiedere nel considerare l'informazione, coinvolgente unicamente i processi conoscitivi del paziente, riduttiva a fronte di un percorso di formazione in cui vengono considerati anche i processi emozionali, relazionali, sociali<sup>301</sup>. Infatti, come precisa Binetti, "ogni indicazione terapeutica che ha una ricaduta sullo stile di vita del paziente non può limitarsi ad un'indicazione di tipo prescrittivo, che lascia al paziente tutta la responsabilità della sua applicazione"<sup>302</sup>; essa va inquadrata, in linea con quanto si va affermando sulla necessaria co-gestione medico-pedagogica dell'educazione del paziente, in un più ampio processo formativo tramite cui il paziente, reso protagonista del proprio processo di cura e di benessere, sia educato ed apprenda a negoziare con gli operatori sanitari i tempi, gli spazi, i modi e le procedure tendenti a riprogettare la qualità del suo sistema di vita. In tal senso "l'educazione del paziente all'autocura è caratterizzata da un vero e proprio trasferimento di competenze, pianificato e organizzato, dall'équipe curante al paziente e si inquadra in una prospettiva in

---

<sup>299</sup> M. Contini, *Il medico e il paziente: principi metodologici per la costruzione di un incontro*, cit., p. 171

<sup>300</sup> P. Binetti, *Aspetti cognitivi e metacognitivi nella relazione con il paziente*, cit., p. 54

<sup>301</sup> A tal proposito è stato suggerito di distinguere "l'informazione del paziente" comprendente l'informazione che il medico restituisce al paziente relativamente al suo disturbo, agli approfondimenti diagnostici e al trattamento, dalla "istruzione del paziente" che entra in gioco quando viene spiegato come effettuare il trattamento (posologia), entrambe distinte "dall'educazione del paziente" comprendente gli stili di vita del paziente e orientata alla promozione del benessere al di là dello specifico disturbo. Cfr. L. Zannini, *Salute, malattia e cura. Teorie e percorsi di clinica della formazione per gli operatori socio sanitari*, cit., pp. 246-247

<sup>302</sup> P. Binetti, *Progetto terapeutico ed educazione del paziente*, cit., p. 232

cui la dipendenza del malato viene progressivamente sostituita dalla sua responsabilizzazione e collaborazione”<sup>303</sup>.

Situarsi oltre una connotazione meramente sanitaria della compliance è dunque possibile ammettendo spazi formativi di comune operatività medico-pedagogica. D'altronde come opportunamente ha precisato Contini “se c'è un processo di cambiamento da attivare [...] c'è una tensione alla progettualità da promuovere e da agevolare, c'è una motivazione da sollecitare, c'è un percorso da indicare ma anche da affrontare insieme e tutto questo difficilmente può coincidere con una pur vasta e ricca informazione; richiede, in genere, quella complessità di interventi riconducibili all'ambito della «formazione»”<sup>304</sup>. Stessa considerazione viene prospettata da Binetti laddove sottolinea: “lo studio della compliance nei pazienti ha messo in evidenza come non sia affatto scontato che una persona malata voglia curarsi secondo la strategia adottata dal medico. Per fare ciò occorre una professionalità specifica di tipo clinico-pedagogica”<sup>305</sup>.

Allo stesso modo Natascia Bobbo considera il fenomeno della compliance strettamente connesso ad un processo educativo che porti il paziente “ad emettere un giudizio di valore personale responsabile verso se stesso, verso il proprio corpo, prima fonte di progettualità esistenziale e di relazionalità sociale”<sup>306</sup>. Si tratta di un lavoro, precisa Bobbo “che richiede la messa in atto di strategie di natura pedagogica e psicologica” e che dunque “non attiene solo agli operatori della sanità, ma che [al contempo] non può essere fatto senza di loro”<sup>307</sup>. Ne consegue l'identificarsi di uno spazio comune di operatività medico pedagogica volta alla coordinazione comune dell'educazione del paziente in cui “la pedagogia ha bisogno della medicina per conoscere le risorse residue e le potenzialità fisiche dei soggetti; dall'altra

---

<sup>303</sup> P. Binetti, *Progetto terapeutico ed educazione del paziente*, cit., p. 281

<sup>304</sup> M. Contini, *Il medico e il paziente: principi metodologici per la costruzione di un incontro*, cit., p. 173

<sup>305</sup> P. Binetti, *Progetto terapeutico ed educazione del paziente*, cit., p. 276

<sup>306</sup> N. Bobbo, *Medicina come scienza dell'educazione? Una questione da approfondire*, cit., p. 194

<sup>307</sup> *Ivi*, p. 193

la medicina ha bisogno della pedagogia per rivedere il suo approccio ad un paziente che non appare solo orientato alla salute, ma anche ad un progetto esistenziale personale”<sup>308</sup>.

Una tale forma di rapporto contiguo tra la pedagogia e la medicina si rinviene anche nella pianificazione e cogestione, nell’ambito del progetto educativo, degli interventi rivolti al paziente al fine di potenziarne le risorse personali, sociali e relazionali. Tenendo presente che, come precisa Spinsanti “la ricerca del ‘bene del paziente’ non può fare a meno di richiedere il coinvolgimento attivo del paziente stesso, la considerazione dei suoi valori e delle sue preferenze, il rispetto dell’autodeterminazione”<sup>309</sup> oltre, dunque, una meccanica adesione al piano terapeutico, si rende necessario, convenendo con Maguire che “la maggior parte delle responsabilità e delle energie per la risoluzione dei problemi deve essere attivata dalle persone interessate”<sup>310</sup>. Detto in altri termini si tratta di attivare interventi di formazione che nell’accezione gadameriana, come spiega Spadafora, “esprime la capacità continua e problematica del soggetto di ricostruire la sua identità in relazione al valore verso cui tendere”<sup>311</sup>.

Perché le persone possano realizzare processi di automodificazione occorrono dei presupposti o delle potenzialità quali la motivazione, le competenze e le risorse esterne di sostegno<sup>312</sup>. “La motivazione si esprime come esplicito progetto di voler adoperarsi per aiutarsi da sé”<sup>313</sup>. Essa risulta a sua volta legata e conseguente all’acquisizione di competenze che richiedono interventi educativi volti al potenziamento cognitivo-comportamentale-

---

<sup>308</sup> N. Bobbo, *Medicina come scienza dell’educazione? Una questione da approfondire*, cit., p. 194

<sup>309</sup> S. Spinsanti, *Riemergenza dei valori nell’ambito della salute*, in M. Ingrosso, F. Montuschi, S. Spinsanti, *Salute/malattia. Etica e cultura del benessere*, Assisi, Cittadella, 1996, p. 119

<sup>310</sup> L. Maguire, *Il lavoro sociale di rete*, Trento, Erickson, 1989, p. 44

<sup>311</sup> G. Spadafora, *Formazione e storia. Dall’idealismo all’ermeneutica*, in F. Cambi, E. Frauenfelder, *La formazione. Studi di pedagogia critica*, cit., p. 92

<sup>312</sup> Cfr. F. Folgheraiter, *Introduzione. Solidarietà di base e autoaiuto nel lavoro sociale*, cit., p. 12; “le persone si impegnano tanto più in una determinata azione quanto più essa risulta ancorata a una motivazione di tipo personale” L. Maguire, *Il lavoro sociale di rete*, Trento, Erickson, 1989, p. 47

<sup>313</sup> Cfr. F. Folgheraiter, *Introduzione. Solidarietà di base e autoaiuto nel lavoro sociale*, cit., p. 13

emozionale, nonché all’attivazione di una rete di autoaiuto con l’obiettivo di un supporto relazionale<sup>314</sup>.

Realizzare un intervento di educazione presuppone, dunque, un’attività trasformativa in grado di facilitare nel paziente una rielaborazione - ridimensionamento dell’immagine di malattia ed un potenziamento dell’immagine di sé nella consapevolezza che “non si possono modificare i comportamenti, se non si modifica il costrutto [mentale] che li determina”<sup>315</sup>.

Tra gli interventi miranti a tale scopo importante risultano quelli orientati alle strategie di coping ossia tendenti a “modificare i comportamenti del paziente senza forzature e senza coazione, attraverso un opportuno lavoro di formazione-informazione che lo aiuti a cambiare la sua valutazione”<sup>316</sup> a fronte della malattia, a modulare le sue reazioni emotive attivando le sue capacità di significazione. Si tratta, dunque di un’azione educativa che riuscendo ad attivare nel paziente un atteggiamento mentale positivo legato all’autostima e alla fiducia nelle proprie risorse, consente di superare una cosiddetta reazione di hopelessness e helplessness<sup>317</sup> e di attivare strategie con cui controllare i processi di malattia e di cura. Educare il paziente a realizzare processi di coping risulta così fondamentale anche per ottenere una partecipazione attiva del soggetto al proprio iter terapeutico apprendendo ad aver cura di sé, riuscendo in tal modo a controllare meglio alcuni sintomi, a rafforzare la compliance e a migliorare la qualità di vita percepita.

Un ulteriore intervento caratterizzante il processo di educazione del paziente che, come si è esposto sinora, rappresenta un ambito coestensivo al sapere pedagogico e medico, concerne l’empowerment, un “intervento configurato contestualmente come decondizionante e formativo, per permettere

---

<sup>314</sup> Cfr. P. Binetti, *Aspetti cognitivi e metacognitivi nella relazione con il paziente*, cit., p. 61

<sup>315</sup> P. Binetti, *Aspetti cognitivi e metacognitivi nella relazione con il paziente*, cit., p. 64

<sup>316</sup> *Ivi*, p. 50. Nel processo di coping si distinguono due fasi: quella valutativa, in cui il paziente accoglie un messaggio richiedente uno sforzo di adattamento in base al significato che si attribuisce all’evento e alle implicazioni pratiche che comporta; una fase esecutiva, in cui il paziente mette in atto i comportamenti elaborati durante la fase precedente tenendo conto anche delle risorse personali e materiali di cui dispone.

<sup>317</sup> I due termini indicano rispettivamente reazioni di disperazione e impotenza a fronte della malattia. Cfr. P. Binetti, *Aspetti cognitivi e metacognitivi nella relazione con il paziente*, cit., p. 52

la sostituzione di risposte di tipo disadattativo con risposte di tipo adattivo”<sup>318</sup>. Infatti un simile intervento, puntando sull’immagine di sé consente al paziente di rinforzare il sentimento di “autonomia non solo organizzativo gestionale, ma anche psicologico affettiva”<sup>319</sup>. Essere un paziente ‘empowered’ non significa dunque essere più informati sulle proprie condizioni, non è esclusivamente una questione di passaggio di potere. I pazienti sono ‘empowered’ quando hanno la conoscenza, le abilità, le attitudini e la consapevolezza necessaria per influenzare il proprio e l’altrui comportamento, per migliorare la qualità della propria vita. Per Piera Poletti “un paziente ‘empowered’ è una persona che comprende e sceglie, è in controllo dell’ambiente con cui interagisce e si rapporta produttivamente con tutti gli altri soggetti, pianifica per il futuro, è il proprio case manager, è un self care giver, un manager dei propri stili di vita, protagonista attivo della propria vita e del proprio benessere, che interagisce in forma proattiva”<sup>320</sup>.

In ultima analisi, l’attenzione agli stili cognitivi e apprenditivi e alla storia individuale del paziente, agli apporti esterni e alla complessa trama di esperienze sviluppate dal paziente, ha ripercussioni anche sull’impianto metodologico che viene a definirsi in seno al progetto di educazione del paziente. In un rapporto di contiguità considerando che, come sostiene Piero Bertolini “tanto per la medicina quanto per la pedagogia la preoccupazione principale consiste nello studio e nell’interessamento per ciascuna singola individualità (paziente o educando che sia), [...] esse debbono far riferimento anche ad una metodologia individualizzata”<sup>321</sup>.

Tra le procedure metodologiche che attualmente riscontrano molto seguito sia in ambito pedagogico che medico, ovvero nel contesto delle “Medical Humanities” e tali da permettere un incontro tra i due saperi la

---

<sup>318</sup> P. Binetti, *Aspetti cognitivi e metacognitivi nella relazione con il paziente*, cit., p. 53

<sup>319</sup> *Ivi*, p. 55

<sup>320</sup> P. Poletti, *Empowerment del cittadino utente*, cit., p. 25

<sup>321</sup> P. Bertolini, *Un possibile (necessario) incontro tra la pedagogia e la medicina*, cit., p. 63. Per una visione più ampia del pedagogista sulle possibili connessioni metodologiche della pedagogia e della medicina cfr. *Ivi*, pp. 62-73. Inoltre cfr. M. Contini, *Il medico e il paziente: principi metodologici per la costruzione di un incontro*, cit. pp. 165-184

narrazione e l'autobiografia occupano un posto di rilievo. È noto fin dai tempi più antichi<sup>322</sup> come il raccontare non sia solo la modalità più tipica, più immediata del soggetto per comprendere le sue esperienze, inclusa quella di malattia, ma pure come la narrazione e nello specifico il racconto autobiografico abbia un grande potere ricompositivo e sia per questo, in un certo senso, anche terapeutico. La narrazione “come flusso comunicativo permette il passaggio dalla informazione alla costruzione del senso dei sintomi”<sup>323</sup>; consente cioè la creazione di uno spazio di negoziazione dei significati con cui “è possibile avviare quel processo di rivalutazione delle soggettività e delle contingenze come momenti e occasioni cariche di significati cognitivi”<sup>324</sup>. Questo processo sembra particolarmente presente in quelle forme narrative di tipo autobiografico, attraverso le quali l'individuo, spiega Duccio Demetrio “sviluppa un senso di pienezza e di autonutrimiento”<sup>325</sup>. Attraverso l'autobiografia è possibile così attivare un progetto di educazione del paziente considerando che “le storie di vita aiutano a fare formazione, attraverso un obiettivo autoconoscitivo e un obiettivo trasformativo”<sup>326</sup>. A conferma di ciò sostiene Demetrio: “Il segreto rimedio e l'inusitata terapia - così poco costosa da essere ‘temuta’ da molti terapeuti professionisti - sono intrinseci al fatto, e via via si scoprono tali, di dar quasi forma alla vita di un'altra persona”<sup>327</sup>. Naturalmente il valore del metodo autobiografico per insegnare al paziente a prendersi cura di sé, cresce se questi è posto nella condizione di poter collaborare alla ri-costruzione della propria prospettiva esistenziale modificata dall'evento critico che la malattia

---

<sup>322</sup> Cfr. D. Demetrio, *Raccontarsi. L'autobiografia come cura di sé*, Milano, Cortina, 1995, pp. 43-46; cfr. M. Foucault, *La cura di sé*, Milano, Feltrinelli, 1993

<sup>323</sup> P. Binetti, *Progetto terapeutico ed educazione del paziente*, cit., p. 258

<sup>324</sup> G. Bertolini (a cura di), *Diventare medici. Il problema della conoscenza in medicina e nella formazione del medico*, cit., p. 11

<sup>325</sup> D. Demetrio, *Raccontarsi. L'autobiografia come cura di sé*, cit., p. 51

<sup>326</sup> P. Binetti, *Progetto terapeutico ed educazione del paziente*, cit., p. 259

<sup>327</sup> D. Demetrio, *Raccontarsi. L'autobiografia come cura di sé*, cit., p. 12. Sull'autobiografia come pratica pedagogica alla cura di sé cfr. R. Certini, *Soggettività e scrittura. La cura di sé tra narrazione e testualità*, in V. Boffo (a cura di), *La cura in pedagogia. Linee di lettura*, Bologna, CLUEB, 2006, pp. 169-177; cfr. F. Cambi, *L'autobiografia come metodo formativo*, Roma-Bari, Laterza, 2002; cfr. G. Chiosso, *Teorie dell'educazione e della formazione*, Milano, Mondadori, 2004, pp. 72-73

rappresenta per sé<sup>328</sup>. È in tal senso che Demetrio sostiene: “La vera cura di sé, il vero prendersi in carico facendo pace con le proprie memorie inizia probabilmente quando non più il passato bensì il presente entra in scena e diventa luogo fertile per inventare o svelare altri modi di sentire, osservare, scrutare e registrare il mondo dentro e fuori di noi”<sup>329</sup>. In questo senso, l’autobiografia si viene a configurare non un punto di arrivo, ma un percorso formativo in cui, a fronte della malattia e in prospettiva della cura, la pedagogia e la medicina possono operare congiuntamente.

In sintesi attraverso l’educazione del paziente “l’individuo sofferente si rivela insostituibile mediatore per i suoi valori, recipiente non passivo dei processi di cura; è un individuo partecipante e partecipativo: è parte della dinamica [...]; è detentore di conoscenze rilevanti e di ragioni che mettono in condizione l’altro, professionista della salute, [...] di calibrare e costruire insieme scelte e scenari il più possibile pertinenti e giusti”<sup>330</sup>. Una simile configurazione del modo di procedere medico ha non poche affinità con quello formativo, anzi connota la stessa educazione del paziente come una vera e propria attività di formazione dove “costante attenzione viene rivolta non solo al coinvolgimento dell’altro e alla valorizzazione del suo punto di vista, ma pure all’analisi di ciò che accade nel processo terapeutico ed educativo”<sup>331</sup>. Inoltre considerando che l’educazione del paziente è un processo formativo funzionale anche al processo terapeutico si può convenire con Zannini quando afferma: “l’educazione è cura”<sup>332</sup>; ossia riconoscere che anche nei contesti sanitari con l’ausilio dell’educazione e della formazione il paziente può imparare a gestire la propria malattia non solo in termini di approccio medico-farmacologico cioè esclusivamente terapeutici, ma in termini di crescita e di cura di sé.

---

<sup>328</sup> Cfr. P. Binetti, *Progetto terapeutico ed educazione del paziente*, cit., p. 261

<sup>329</sup> D. Demetrio, *Raccontarsi. L’autobiografia come cura di sé*, cit., p. 16

<sup>330</sup> B. Rocca, *Pratica medica e partecipazione*, intervista a cura di S. Casati in “La Ca’Granda” anno XLV, n. 4/2004, p. 3

<sup>331</sup> L. Zannini, *Salute, malattia e cura. Teorie e percorsi di clinica della formazione per gli operatori socio sanitari*, cit., p. 259

<sup>332</sup> *Ivi*, p. 244

#### 2.4. La cura: tra terapia e cura di sé

Nel configurarsi di un rapporto complementare e integrato tra la pedagogia e la medicina un ruolo fondante va riconosciuto alla cura, una categoria “tanto poco frequentata in pedagogia, quanto diffusa, ampiamente conosciuta e utilizzata in medicina”<sup>333</sup>. L’assunto muove dalla considerazione, dominante ormai nell’ambito umanistico e giustificata anche dal carattere polisemantico del concetto stesso, secondo cui, come fa notare Alessandro Mariani, “la cura è una categoria medica, psicologica, pragmatica sì, ma che implica anche una forte valenza pedagogica”<sup>334</sup>. Infatti nel parlare di cura non solo è possibile riferirsi ad essa dal punto di vista strettamente sanitario con le relative teorie, procedure e tecniche mediche mobilitate, ma “è altrettanto necessario coglierne il sovraeminente peso pedagogico, poiché essa si colloca in un rapporto diretto con la formazione”<sup>335</sup>. Una tale lettura polimorfa del concetto di cura non solo consente di prospettarla quale possibile ambito di interconnessione tra la pedagogia e la medicina, ma anche di assumerla come dispositivo che, valorizzato nella sua natura educativa e auto-formativa, dia esiti maggiormente efficaci ed efficienti anche nell’orientamento medico-terapeutico.

Assumere una siffatta configurazione non risulta di facile attuazione soprattutto nei contesti sanitari dove oltre a rinvenirsi “un crescente nichilismo curativo, caratterizzato da un’assenza di ascolto e di dialogo e da una carenza del prendersi cura”<sup>336</sup>, al contempo “si iperspande un interventismo terapeutico tanto fitto di esami quanto zeppo di farmaci”<sup>337</sup>. A ciò va aggiunto, come sottolinea Pino Donghi, che “per cultura ideologica, per abitudine, siamo portati a considerare e valutare il concetto di cura non nella sua natura di processo, di scambio comunicativo, ma, sulla base di una eredità positivista,

---

<sup>333</sup> V. Boffo (a cura di), *La cura in pedagogia. Linee di lettura*, cit., p. 7

<sup>334</sup> A. Mariani, *La cura di sé e la lettura*, in V. Boffo (a cura di), *La cura in pedagogia. Linee di lettura*, cit., p. 159

<sup>335</sup> *Ibidem*

<sup>336</sup> A. Rezzara, *Relazione e cura*, in G. Bertolini, R. Massa (a cura di), *Clinica della formazione medica*, cit., p.191

<sup>337</sup> *Ibidem*

unicamente in rapporto al suo risultato, nel suo aspetto terminale di fallimento o guarigione”<sup>338</sup>.

Una simile omologazione della cura a mere procedure ed esiti terapeutici risulta insufficiente e riduttiva a fronte della complessità e sistemicità implicita nella stessa pratica di cura. Come ha infatti sottolineato Gadamer, la cura, intesa come cura di sé e “la fiducia e la collaborazione del paziente [che ne consegue], rappresentano un essenziale fattore terapeutico che appartiene a una dimensione totalmente diversa rispetto a quella in cui si collocano l’azione fisico-chimica dei farmaci sull’organismo o “l’intervento chirurgico”<sup>339</sup>. Allo stesso modo, commenta ulteriormente il filosofo, “Il trattamento implica sempre nello stesso tempo una liberazione e non consiste solo nell’imporre prescrizioni o nello scrivere ricette”<sup>340</sup>. Pertanto, conclude Gadamer, dovrebbe “essere evidente quanto ogni trattamento medico sia in relazione con la parola d’ordine della globalità. Non si tratta della semplice corrispondenza tra causa ed effetto, intervento e risultato, bensì di un’armonia nascosta che si cerca di riacquistare”<sup>341</sup>.

Uguale posizione, seppure da una prospettiva diversa si rinviene nelle considerazioni di Felice Cimatti, laddove evidenzia la necessità di intendere la cura oltre una dimensione puramente tecnicistica. Come egli stesso asserisce, la cura “non può essere soltanto farmacologica, perché il farmaco agisce sul cervello e il disagio mentale [e la malattia in genere] ha invece a che fare con il senso di una esistenza”<sup>342</sup>. Pertanto precisa Marco Buzzoni “la terapia deve sì sempre ristabilire anche uno stato naturale, ma non può mai prescindere del tutto da valori personali e culturali”<sup>343</sup>. Detto in altri termini l’operatore medico, spiega Cosmacini, “come non può e non deve prescindere da una tecnica efficiente ed efficace, così non può sottrarsi all’esigenza di una

---

<sup>338</sup> P. Donghi, L. Preta (a cura di), *In principio era la cura*, cit., p. X

<sup>339</sup> H.G. Gadamer, *Dove si nasconde la salute*, cit., p. 27

<sup>340</sup> *Ivi*, p. 119

<sup>341</sup> *Ivi*, p. 125

<sup>342</sup> F. Cimatti, *Il senso della mente. Per una critica del cognitivismo*, Torino, Boringhieri, p. 32

<sup>343</sup> M. Buzzoni, *Ludwik Fleck e lo statuto epistemologico della medicina come scienza umana*, in G. Galli (a cura di), *Interpretazione e diagnosi. Scienze umane e medicina*, cit., p. 69

comprensione curativa globale dell'umanità del paziente. La qualità della cura che il paziente riceve è da lui sperimentata soprattutto in funzione di questa globalità”<sup>344</sup>.

Di tale avviso è anche Paola Binetti la quale afferma “il frequente ricorso alle linee guida nel trattamento farmacologico può rispondere a criteri di scientificità staticamente fondati, ma non possono esserci linee guida nel rapporto personale profondo con un malato”<sup>345</sup> che presuppone “un aiutare una persona prendendosene cura”<sup>346</sup> affinché apprenda ad aver cura di sé. Con la terapia farmacologia in sintesi “il risultato sul piano tecnico potrà essere ineccepibile, [ma] sul piano professionale e umano è un disastro”<sup>347</sup>.

L'obiettivo delle cure viene, dunque, a trascendere il supporto meramente terapeutico e si incentra sul miglioramento della qualità di vita del soggetto. In una tale configurazione, la responsabilità dell'individuo nei confronti della propria salute “è considerata in modo più o meno esplicito, come uno dei più importanti fattori di cura, con un elevato valore predittivo rispetto al successo delle terapie prescritte”<sup>348</sup>. In tal modo e tenendo conto delle precisazioni di Capra secondo cui “gli individui possono essere considerati responsabili solo nella misura in cui hanno la libertà di prendersi cura di se stessi”<sup>349</sup>, si tratta di “impostare anche pedagogicamente un progetto terapeutico” passando “dai processi che si limitano a fornire le informazioni necessarie alla gestione del farmaco, ad una metodologia di apprendimento centrata sul cambiamento dello stile di vita”<sup>350</sup>. In tal senso, come sottolinea Vanna Boffo, “ogni cura è cura pedagogica”<sup>351</sup>.

La possibilità di considerare il soggetto protagonista e attore di cura oppure mero oggetto passivo di protocolli terapeutici dipende e varia, come

---

<sup>344</sup> G. Cosmacini, *La professione della cura: ieri, oggi, domani*, in “La Ca'Granda” anno XLIV, n. 1/2003, p. 38

<sup>345</sup> P. Binetti, *Aspetti cognitivi e metacognitivi nella relazione con il paziente*, cit., p. 69

<sup>346</sup> *Ivi*, p. 70

<sup>347</sup> R. Bruni, *La prospettiva emotiva nella relazione con il paziente*, in P. Binetti (a cura di), *Persona, paziente, cliente. Il mondo del malato in un mondo che cambia*, cit., p. 92

<sup>348</sup> P. Binetti, *Progetto terapeutico ed educazione del paziente*, cit., p. 245

<sup>349</sup> F. Capra, *Il punto di svolta. Scienza, società e cultura emergente*, cit., p. 276

<sup>350</sup> P. Binetti, *Progetto terapeutico ed educazione del paziente*, cit., p. 265

<sup>351</sup> V. Boffo (a cura di), *La cura in pedagogia. Linee di lettura*, cit., p. 11

verrà descritto di seguito, dall'immagine di cura accolta e praticata nei contesti sanitari a cui viene a legarsi e consegue la possibilità o meno di configurare tale categoria come ambito di intersezione medico-pedagogica.

#### **2.4.1. Immagini di cura. Dal “to cure” al “to care”**

Nel suo significato più generale la cura può essere definita “una pratica che mira a procurare il benessere dell'altro e a metterlo nella condizione di decidere e di provvedere da sé al proprio ben-essere”<sup>352</sup>. Tuttavia tale definizione che ha già in sé quegli elementi che consentono di prospettare la natura educativa e formativa utile alla proposta di un rapporto contiguo e di operatività integrata tra la pedagogia e la medicina, di fatto risulta limitata nel suo riconoscimento di applicabilità scientifica, dalla stessa polisemanticità del concetto di cura o meglio dal suo rinviare a procedure e modalità operative talora meccanicistiche e mono-gestite o viceversa sistemiche e integrate. In prima istanza dunque occorre precisare, così come ha opportunamente segnalato Cosmacini che la “Cura non è un nome univoco: può significare l'esercizio dei mezzi che hanno il fine di guarire la malattia o di salvaguardare la salute; oppure può essere l'equivalente del farsi carico, in modo responsivo, dei bisogni della persona. Nel primo caso *cura* è sinonimo di terapia, nel secondo caso è sinonimo di prevenzione, nel terzo caso è sinonimo di cura globale. La lingua inglese distingue opportunamente fra *to cure* - rimediare, risanare e possibilmente guarire - e *to care* - aver cura, interesse, premura, cioè, prendersi cura”<sup>353</sup>. Espresso il concetto di cura in tali termini si viene dunque a propinare un'alternativa tra curare e prendersi cura, una “scelta tra il privilegiare il prodotto del trattamento, la guarigione, oppure il processo”<sup>354</sup> della cura di sé, a cui viene a corrispondere in modo consequenziale, la possibilità o meno di un rapporto tra la pedagogia e la medicina.

---

<sup>352</sup> L. Mortari, *La pratica dell'aver cura*, Milano, Bruno Mondadori, 2006, p. 31

<sup>353</sup> G. Cosmacini, *La professione della cura: ieri, oggi, domani*, cit., p. 38. Inoltre cfr. P. Donghi, L. Preta (a cura di), *In principio era la cura*, cit., p. 47.

<sup>354</sup> A. Rezzara, *Relazione e cura*, cit., p. 198

Poste tali premesse, si rendono, dunque, opportune alcune precisazioni sui concetti ‘to cure’ e ‘to care’<sup>355</sup> in modo da poter prospettare, in ultima analisi, la necessità di superare posizioni alternative tramutandole in spazi di prospettive integrate.

Nell’accezione del “to cure”, la cura può essere assimilata ad una “prestazione professionale” dove il medico entra in rapporto con il paziente per guarire il sintomo o per ristabilire al meglio un equilibrio che la malattia ha alterato, interviene per ‘riparare’ il corpo e agisce in un momento che sembra essere circoscritto e ben separato dal benessere globale del soggetto<sup>356</sup>. Si tratta dunque di una prestazione che, qualificandosi come “intervento correttivo” e non come un prendersi cura e considerando la guarigione come il ripristino di una situazione antecedente e non anche una trasformazione del corpo e della mente<sup>357</sup>, risulta limitativa se non inefficace anche nei settori sanitari data la componente bio-psico-sociale nonché formativa che caratterizza le pratiche di cura. Un tale assunto trova conferma nelle opinioni di quanti, studiosi di diversa posizione culturale, sottolineano il riduzionismo implicito in una tale prospettiva medicalizzante della cura. Nel dettaglio Antonella Maria Galanti critica la pratica del ‘to cure’ sottolineando che “la cura come sinonimo di lotta per l’eliminazione della malattia come dato organico anomalo, lascia in secondo piano, nel miglior dei casi come sfondo, il contesto esistenziale”<sup>358</sup>. Similmente Fritjof Capra, denunciando l’aderenza della medicina al to cure, evidenzia il fatto che la terapia medica “si fonda su questo principio di intervento medico, facendo affidamento su forze esterne per la guarigione, o almeno per l’accettazione del dolore o del disagio, senza prendere in considerazione il potenziale di guarigione presente nel paziente”<sup>359</sup>.

---

<sup>355</sup> Per un’analisi concettuale dettagliata della cura cfr. L. Mortari, *La pratica dell’aver cura*, cit., pp. 38-53; in particolare sul ‘cure e care’ analizzate da Luigina Mortari in termini di ragione generativa della responsabilità di cura, cfr. *Ivi*, pp. 46-47

<sup>356</sup> Cfr. C. Palmieri, *I luoghi del discorso*, in G. Bertolini, R. Massa (a cura di), *Clinica della formazione medica*, cit., p. 103

<sup>357</sup> Cfr. M.A. Galanti, *Il contributo della pedagogia nei percorsi formativi delle scienze motorie e degli ambiti socio-sanitario e della comunicazione*, cit., p. 93

<sup>358</sup> *Ibidem*

<sup>359</sup> F. Capra, *Il punto di svolta. Scienza, società e cultura emergente*, cit., p. 131

Allo stesso modo Guido Bertolini considera riduttiva l'azione medica intesa “come abilità nel correggere singole funzioni alterate o a riparare organi o apparati danneggiati” ribadendo l'importanza anche nei contesti sanitari del “prendersi cura della persona-paziente e quindi di valutare e trattare anche le singole e puntuali disfunzioni come parti di un complesso equilibrio che vede in gioco l'organismo nella sua complessità”<sup>360</sup>. Solo in un “avvicinamento sintonico al paziente” ossia in sintonia con i sistemi di valori espressi dal paziente, conclude Bertolini, il medico potrà “entrare in relazione terapeutica con il paziente”<sup>361</sup>. Di tale avviso è anche Alberto Oliverio il quale sottolinea come la cura, nel suo significato originario di “prendersi cura”, non indica, “un voler raddrizzare un meccanismo rotto ma diviene un modo per comprendere e trasformare [...], una rivalutazione dell'individuo come singolarità”<sup>362</sup>. E ugualmente Luigina Mortari fa notare che “una buona cura non si limita a fornire un'adeguata terapia, ma sa nutrire nell'altro la fiducia di ricevere una buona cura”<sup>363</sup>.

Pungente e contestuale al discorso è anche l'affermazione di Cosmacini laddove sostiene: “È certamente motivo di amarezza il dover constatare che oggi si debba giungere a definire ‘buon medico’ o ‘bravo infermiere’ un professionista per il solo fatto che, per sua personale dote o virtù, sta ad ascoltare il paziente o è premuroso con lui”<sup>364</sup>. Ne consegue il necessario superamento di una tale situazione e soprattutto di una “cura che diventa medicalizzazione”<sup>365</sup>, che lo stesso Cosmacini illustra nei seguenti termini: “Per superare queste barriere sono necessarie nuove figure di curanti, è necessario a monte uno sforzo di mutazione culturale, evitando l'ipertrofia degli aspetti tecnici della professione a spese di quelli relazionali”<sup>366</sup>. Si tratta dunque di “riflettere di nuovo sul senso della cura, una cura che sappia essere

---

<sup>360</sup> G. Bertolini, *Diventare medici nella complessità*, cit., p. 18

<sup>361</sup> *Ivi*, p. 19

<sup>362</sup> A. Oliverio, *Cure dell'anima e cure del corpo*, in P. Donghi, L. Preta (a cura di), *In principio era la cura*, cit., p. 83

<sup>363</sup> L. Mortari, *La pratica dell'aver cura*, cit., p. 88

<sup>364</sup> G. Cosmacini, *Sanità e educazione*, in “La Ca'Granda” anno XLIV, n. 4/2003, p. 4

<sup>365</sup> G. Cosmacini, *La professione della cura: ieri, oggi, domani*, cit., p. 40

<sup>366</sup> *Ibidem*

così antica nel senso - farsi carico della vulnerabilità umana, che proprio nei limiti del corpo si manifesta con evidenza – e così nuova nello stile, cioè capace di coinvolgere l'altro come interlocutore, portatore di conoscenza e valori propri<sup>367</sup>, da permettere considerazioni e spazi interdisciplinari che vanno dunque oltre la mera dimensione sanitaria. Solo in tal modo, commenta Capra “il processo terapeutico non viene visto più come un trattamento della malattia, bensì come un'avventura nell'esplorazione di sé”<sup>368</sup> attraverso cui il soggetto diviene “individuo responsabile in grado di dare il via da sé al processo di guarigione”<sup>369</sup> e di salute. Tale necessità viene avvertita e introitata anche dai contesti istituzionalmente preposti alla promozione del benessere, considerando che si registra “un orientamento dell'OMS a passare [...] ‘dalla cure alla care’, intendendo con ciò l'evoluzione del passaggio dalla cura della malattia al prendersi cura della persona”<sup>370</sup>. In sintesi solo tramite “la presa d'atto dei limiti della medicina, la rinuncia all'onnipotenza [si] aprono nuove vie d'intervento al curare”<sup>371</sup> in grado “di scoprire pratiche alternative ai protocolli terapeutici potenti, di mettere in dubbio la causalità diretta nell'uso del farmaco, di ammettere l'importanza di variabili non razionalmente prevedibili e controllate, di valorizzare anche gli elementi di contesto”<sup>372</sup>. Una tale rivisitazione porta all'affermarsi del curare inteso come ‘to care’ che rinvia solo in parte alla dimensione terapeutica trattandosi invece della cura, nella accezione heideggeriana di “cura autentica”<sup>373</sup>, come prendersi cura e aver cura di sé e degli altri.

---

<sup>367</sup> B. Rocca, *Pratica medica e partecipazione*, cit., p. 3

<sup>368</sup> F. Capra, *Il punto di svolta. Scienza, società e cultura emergente*, cit., p. 319

<sup>369</sup> *Ivi*, p. 132

<sup>370</sup> G. Colombo, *Per una definizione del lavoro di cura*, in “Animazione sociale” dicembre, 1995, p. 12

<sup>371</sup> A. Rezzara, *Relazione e cura*, cit., p. 199

<sup>372</sup> *Ivi*, p. 200

<sup>373</sup> Per Heidegger la cura, intesa come struttura primordiale dell'esistenza, si dà in forme diverse, sia autentiche che inautentiche, riassunte nelle formule dell'«anticipare liberando» e del «sostituire dominando». La cura autentica consisterebbe in una presa in carico globale che tuttavia non si sostituisce completamente all'altro, ma che viceversa anticipa, vede il bisogno dell'altro liberando il suo potenziale e quindi la sua autonomia. Cfr. M. Heidegger, *Essere e tempo*, Milano, Longanesi, 1976, parte I, cap. IV. Sulla distinzione heideggeriana tra “prendersi cura” (Besorgen) e “aver cura” (Fürsorge) cfr. L. Mortari, *La pratica dell'aver cura*, cit., pp. 38-39; 43-46

La dimensione di ‘care’ comporta dunque per definizione, un’analisi non solo delle mancanze e dei bisogni del soggetto ma anche una simultanea rilevazione e valorizzazione di tutte le sue risorse e del suo potenziale di sviluppo. In tal senso “l’attualizzazione del modello del prendersi cura si esprime peculiarmente nella necessità di dare spazio alla soggettività e all’individuo”<sup>374</sup>, ed implica, come sottolinea Cristina Palmieri, un “occuparsi della [sua] esistenza, promuovendo la formatività, le possibilità esistenziali individuali, l’autonomia e le differenze nell’interdipendenza e nell’intersoggettività”<sup>375</sup>. È in una tale accezione che Lucia Zannini evidenzia come “questa attività di cura, intesa non solo come guarire, sanare una malattia o anche pre-venire la sua insorgenza, ma soprattutto come prendersi cura dell’altro, del suo ben-essere, cioè della sua progettualità [...], sembra possedere una ineludibile componente educativa”<sup>376</sup>, colta dalla stessa studiosa nel “significato di favorire una progettualità”<sup>377</sup>. Molto più esplicitamente, Zannini asserisce: “curare, nel senso di preoccuparsi di, quindi prendersi cura della salute e della malattia degli altri, vuol dire svolgere un’attività educativa, perché vuol dire lavorare sul massimo sviluppo possibile della progettualità nelle condizioni date”<sup>378</sup>.

Oltre “alle dimensioni relazionali ed educative del processo di cura”<sup>379</sup> intese come prendersi cura di qualcuno<sup>380</sup>, un importante aspetto del ‘care’ che più di tutti consente di qualificare la cura quale ambito di interconnessione medico-pedagogica, attiene al suo carattere auto-formante inteso come capacità

---

<sup>374</sup> A. Rezzara, *Relazione e cura*, cit., p. 201

<sup>375</sup> C. Palmieri, *La cura educativa. Riflessioni ed esperienze tra le pieghe dell’educazione*, Milano, Franco Angeli, 2000, p. 186

<sup>376</sup> L. Zannini, *Salute, malattia e cura. Teorie e percorsi di clinica della formazione per gli operatori socio sanitari*, cit., p. 304

<sup>377</sup> *Ivi*, p. 231

<sup>378</sup> *Ivi*, p. 304

<sup>379</sup> S. Visioli, *Il processo di embodiment nella costruzione della conoscenza e nella cura dell’altro*, in L. Zannini (a cura di), *Il corpo-paziente. Da oggetto delle cure a soggetto della relazione*, cit., p. 66, nota 11

<sup>380</sup> Una tale significazione rimanda alle due differenti espressioni “chi ha cura” e “chi riceve cura”, tradotte dall’inglese *carer* o *caregiver* e *cared* o *care receiving*, che nella letteratura anglofona vengono utilizzati per indicare le due differenti posizioni occupate dai soggetti che entrano in una relazione di cura. cfr. L. Mortari, *La pratica dell’aver cura*, cit., p. 32

ad aver cura di sé. Come ha infatti sottolineato Luigina Mortari “nel momento in cui si definisce la cura un’attività orientata a promuovere benefici per l’altro risulta, però, riduttivo concepirla come una pratica che troverebbe il suo senso unicamente nel soddisfare bisogni, perché questa definizione implica che l’altro sia sempre in una situazione di dipendenza da chi ha cura. Esiste al contrario una cura - prosegue la studiosa – precisamente quella educativa, [...] orientata a promuovere la capacità di aver cura di sé”<sup>381</sup>.

Si tratta di una prospettiva che acquista una sua rilevanza anche in ambito medico considerando che, come prospetta Gadamer: “Ben superiori [...] sono le cure che dedichiamo a noi stessi, la capacità di auscultare, di stare in ascolto di sé [...]. Anche questo rappresenta una forma di cura e, considerata l’importanza della guarigione, sono convinto che si debba fare il possibile nella nostra società per incrementare il valore di una simile prevenzione”<sup>382</sup>. Una tale accezione di cura travalica dunque specifiche situazioni di terapia dirette al ripristino o alla prevenzione di stati di salute per rendersi trasversale all’intero processo di benessere. Più precisamente, posto l’assunto per cui la cura si incentra su un “*focus* specifico: 1) crea sempre auto-cura o *cura sui* e, così facendo, 2) dipana le potenzialità del soggetto”<sup>383</sup>, se la si considera proprio in questa sua declinazione di processo, è possibile cogliere come essa rappresenti il significato ultimo della promozione del benessere, dell’empowerment degli individui, configurandosi al contempo anche come processo di natura educativa e formativa. È ragionevole pertanto ritenere, come espone Vanna Boffo, che la cura “è sempre, in primo luogo, cura di sé” ovvero processo che “produce autoformazione”<sup>384</sup>. Ed è altrettanto lecito a questo punto, condividere le osservazioni di Pino Donghi quando si chiede “In un approccio che faccia riferimento ad un paradigma scientifico non positivista, al centro del quale si pone il dialogo continuo ed integrato tra varie discipline [...] perché non

<sup>381</sup> L. Mortari, *La pratica dell’aver cura*, cit., p. 31

<sup>382</sup> H.G. Gadamer, *Dove si nasconde la salute*, cit., p.111

<sup>383</sup> V. Boffo (a cura di), *La cura in pedagogia. Linee di lettura*, cit., p. 11. Inoltre nello stesso testo cfr. F. Cambi, *La cura in pedagogia: una categoria sotto analisi*, pp. 101-109

<sup>384</sup> V. Boffo (a cura di), *La cura in pedagogia. Linee di lettura*, cit., p. 9

attribuire al curare anche il significato di «crescere»?»<sup>385</sup>. Ciò che viene dunque ad affermarsi è il carattere sistemico e non più individualistico anche delle azioni di cura tradizionalmente considerate pertinenti solo alla dimensione duale del rapporto medico-paziente e, consequenzialmente la possibilità di prospettare spazi in comune tra il sapere pedagogico e medico incentrati proprio su una tale riconfigurazione della cura che, come accennato, contiene in sé la categoria pedagogica della formazione quale processo bio-antropologico, di socializzazione e crescita personale dell'Io e del Sé<sup>386</sup>.

Puntando pertanto su “l’idea che ci si deve prendere cura, prima di tutto di se stessi”<sup>387</sup>, così come prospetta Giorgio Chiosso, si viene a sviluppare l’idea della pratica di cura come azione coinvolgente processi formativi determinanti anche nei contesti sanitari “per saper vivere, per sapersi controllare, per riuscire a sopportare i malanni, le disgrazie, gli incidenti che possono accadere nella vita”<sup>388</sup>.

Di quanto una tale configurazione della cura sia essenzialmente di matrice pedagogica è confermato da un certo numero di studiosi, per lo più pedagogisti, i quali riflettendo su tale categoria ne colgono lo spessore intenzionale di qualsiasi procedura educativa e formativa ossia il suo essere “asse paradigmatico del discorso pedagogico”<sup>389</sup> e al contempo, nella sua qualificazione di cura pedagogica, ne sottolineano la forza processuale che orienta ogni pratica di cura. In tale prospettiva possono collocarsi le osservazioni di Cambi che, nell’analizzare l’aspetto costitutivo del processo educativo e di quello formativo, individua la cura, nelle sue diverse declinazioni di prendersi cura e cura di sé, quale dispositivo teorico-pratico che intenziona le due tipologie dell’agire pedagogico. In particolare secondo Cambi l’aspetto costitutivo dell’educazione fa leva sul carattere di conduzione, di cura

---

<sup>385</sup> P. Donghi, L. Preta (a cura di), *In principio era la cura*, cit., p. X

<sup>386</sup> Cfr. F. Cambi, E. Frauenfelder (a cura di), *La formazione. Studi di pedagogia critica*, cit., p. 22

<sup>387</sup> G. Chiosso, *Teorie dell’educazione e della formazione*, Milano, Mondadori, 2004, p. 71

<sup>388</sup> *Ibidem*

<sup>389</sup> Cfr. L. Mortari, *La cura come asse paradigmatico del discorso pedagogico*, in V. Boffo (a cura di), *La cura in pedagogia. Linee di lettura*, cit., pp. 59-83

come guida e orientamento<sup>390</sup>; la formazione, che “si sviluppa intorno alla cura sui e orienta la cura di sé”<sup>391</sup>, si configura come “l’azione che il soggetto fa su stesso”, la “costruzione di sé come soggetto dotato di senso”<sup>392</sup>. Similmente Rita Fadda, intende la cura come “l’a priori di ogni processo e progetto educativo e formativo”<sup>393</sup> e Cosimo Laneve ritiene che in educazione “c’è un atteggiamento intenzionale fondante, contrassegnato dal *tendere in*, dal *tendere verso*, che si semantizza nell’*aver cura di sé* o nel *prendersi cura dell’altro*”<sup>394</sup>. La stessa importanza riconosciuta alle attività di cura e coltivazione si rinviene nelle osservazioni di Alberto Granese laddove le ritiene elementi qualificanti della “formazione intesa come sviluppo e crescita”<sup>395</sup>. D’altra parte la stessa categoria della formazione implica, come sottolinea Massa, “la cura, l’allevamento e l’accudimento di un organismo in crescita”<sup>396</sup>, e di pone, da una prospettiva ermeneutica, come “espressione dello sviluppo soggettivo, dei rapporti interpersonali di coltivazione e di cura”<sup>397</sup>.

Contestualizzando quanto esposto alle situazioni sanitarie, è possibile rinvenire quanto una siffatta configurazione di cura come cura di sé e come crescita, investe “l’insieme dei gesti che permettono ad un individuo di svilupparsi e maturarsi”<sup>398</sup> e, dunque, non solo interventi strettamente terapeutici, quanto questi uniti a quelli più propriamente pedagogici di istruzione, educazione e formazione. Assumere una tale prospettiva determina

---

<sup>390</sup> Cfr. F. Cambi, *Le intenzioni nell’agire educativo: percorsi, strutture, modelli*, in F. Cambi (a cura di), *Le intenzioni nel processo formativo. Itinerari, modelli, problemi*, cit., pp. 13-14

<sup>391</sup> *Ivi*, p. 15

<sup>392</sup> *Ivi*, p. 13

<sup>393</sup> R. Fadda, *L’intenzionalità educativa tra progettazione e cura*, in F. Cambi (a cura di), *Le intenzioni nel processo formativo. Itinerari, modelli, problemi*, cit., p. 69

<sup>394</sup> C. Laneve, *L’intenzionalità e l’intenzione nel «mondo» educativo*, in F. Cambi (a cura di), *Le intenzioni nel processo formativo. Itinerari, modelli, problemi*, cit., p. 148

<sup>395</sup> A. Granese, *Presentazione*, in F. Cambi, E. Frauenfelder (a cura di), *La formazione. Studi di pedagogia critica*, cit., p. 14. Per un’analisi più dettagliata sui concetti di formazione, crescita, apprendimento, coltivazione e cura cfr. A. Granese, *Il labirinto e la porta stretta. Saggio di pedagogia critica*, Firenze, La Nuova Italia, 1993, pp. 191- 246

<sup>396</sup> R. Massa, *La formazione oggi come campo di interventi e di saperi: il rapporto con la pedagogia*, in F. Cambi - E. Frauenfelder (a cura di), *La formazione. Studi di pedagogia critica*, cit., p. 296

<sup>397</sup> G. Spadafora, *Formazione e storia. Dall’idealismo all’ermeneutica*, in F. Cambi, E. Frauenfelder, *La formazione. Studi di pedagogia critica*, cit., p. 98

<sup>398</sup> L. Zannini, *Salute, malattia e cura. Teorie e percorsi di clinica della formazione per gli operatori socio sanitari*, cit., p. 294

diverse conseguenze per quanto concerne i rapporti tra la pedagogia e la medicina.

Una prima importante conseguenza di una siffatta riconfigurazione della cura quale intrisa di valenze educative e intrecciata al processo di formazione, concerne la possibilità di superare l'atteggiamento di chiusura disciplinare in cui versa la medicina del 'to cure' e al contempo di evitare che il pedagogico venga sistematicamente eluso e marginalizzato o comunque semplicemente evocato ed evidenziato con una singolare formula di coinvolgimento disciplinare<sup>399</sup>.

Come ha infatti evidenziato Galanti "è senz'altro fonte di sbandamento l'eccessivo credito accordato alle pratiche strettamente terapeutiche"<sup>400</sup>, considerato che se da una parte "la medicina offre alla pedagogia il modo di conoscere meglio, nelle sue determinazioni psicofisiche, l'oggetto delle sue cure: l'uomo. La pedagogia [da parte sua] offre alla medicina il modo di penetrare più addentro nell'anima umana e nei segreti della sua maturazione, onde acquisirne delicatezza e più completa efficacia"<sup>401</sup>. Stando a tale considerazione la pedagogia viene a configurarsi nelle pratiche di cura come l'alter-ego della medicina poiché viene a prospettare scenari in cui, attraverso la valorizzazione dei processi di crescita ed autoformazione che investono il soggetto e le stesse situazioni cosiddette sanitarie, la stessa medicina può rendersi più efficace nel trattamento terapeutico. Detto in altri termini, come sottolinea Gadamer, il medico "diviene anche maggiormente cosciente di come

---

<sup>399</sup> Come nel caso della cosiddetta "pedagogia medica" che, come evidenzia Refrigeri, "non deve confondere le idee, poiché costituisce la riflessione teorica e la ricerca didattica sul processo di formazione degli operatori della medicina di qualsiasi livello e non una giustificazione o una certificazione della medicina come scienza dell'educazione". G. Refrigeri, *La laurea in scienze corporee*, in "Annali della Pubblica Istruzione", 1-2/98, p. 124. Ugualmente sottolinea Guido Bertolini "le maggiori preoccupazioni che oggi movimentano l'ambiente della pedagogia medica sono per la maggior parte rivolte alla soluzione di un unico problema, certamente non secondario ma che non esaurisce in sé tutte le problematiche formative: il miglioramento della preparazione pratica degli studenti". G. Bertolini (a cura di), *Diventare medici. Il problema della conoscenza in medicina e nella formazione del medico*, Milano, Guerini, 1994, p. 9

<sup>400</sup> M.T. Gentile, *Prefazione*, in O. Trozzi, *Medicina e pedagogia. Lineamenti di educazione integrale dall'antichità all'età moderna*, Lanciano, Itinerari, 1971, p. 8

<sup>401</sup> *Ibidem*

le terapie più sperimentate dipendano sempre da sorprendenti fattori individuali”<sup>402</sup>. Pertanto da un rapporto reciproco tra la pedagogia e la medicina ne consegue che il curare “da attività di cura impersonale in cui l’altro è solo uno dei tanti (modo dell’occuparsi), si trasforma in attività di buon cura (modo del preoccuparsi)”<sup>403</sup> anche nei contesti sanitari.

Si intravede così quella può ritenersi una seconda conseguenza dettata dalla rivisitazione in chiave pedagogica della cura; ovvero così come attraverso la cura la pedagogia si rende l’alter-ego della medicina, allo stesso modo la formazione e la terapia si integrano risultando due facce della stessa medaglia. Infatti, considerando che la cura si definisce come un incontro orientato al potenziamento delle risorse e capacità personali, ne consegue che “la relazione terapeutica si configura come area di sviluppo di un potenziale residuo e, dunque, come relazione anche di tipo educativo”<sup>404</sup>. Terapia e formazione vengono dunque ad integrarsi in un atteggiamento di cura volto all’apprendimento del soggetto ad aver cura di sé, a migliorare e potenziare la propria qualità di vita. Di quanto il realizzarsi di una tale integrazione richieda il lavoro congiunto del sapere medico e pedagogico rappresentando in tal modo una possibile area di interconnessione tra i due saperi, trova riscontro nelle considerazioni di alcuni studiosi di scienze dell’educazione.

Secondo le osservazioni di Rita Fadda, affinché una terapia “abbia successo essa deve indurre una modificazione e produrre un cambiamento nel soggetto che vi si sottopone”<sup>405</sup> il che implica necessariamente un processo formativo<sup>406</sup>. Infatti ogni cambiamento terapeutico potrà realizzarsi nel processo di cura di sé facendo leva “sui fattori che vengono considerati

---

<sup>402</sup> H.G. Gadamer, *Dove si nasconde la salute*, cit., p. 121

<sup>403</sup> L. Mortari, *La pratica dell’aver cura*, cit., p. 87

<sup>404</sup> L. Zannini, *Soggettivazione del corpo, cura ed educazione*, in L. Zannini (a cura di), *Il corpo-paziente. Da oggetto delle cure a soggetto della relazione*, cit., p. 185

<sup>405</sup> R. Fadda, *Forma, formazione, mutamento*, in F. Cambi, E. Frauenfelder (a cura di), *La formazione. Studi di pedagogia critica*, cit., p. 222. Benché il contesto entro il quale è collocata questa frase attiene la formazione e il cambiamento nelle teorie psichiatriche, si ritiene che possa essere accettata e condivisa anche se diversamente contestualizzata, ossia riferita alla malattia e alla terapia medica in generale.

<sup>406</sup> L’assunto da cui muove la studiosa è che “là dove c’è formazione c’è trasformazione e mutamento. [...] là dove c’è teoria del cambiamento c’è anche, in modo più o meno esplicito, una teoria della formazione” R. Fadda, *Forma, formazione, mutamento*, cit., p. 212

strutturanti e costitutivi della persona, dunque sugli elementi che caratterizzano un processo formativo”<sup>407</sup>.

Ciò che viene sottolineato è, dunque, l’esistenza di “un nesso tra questa teoria della formazione e la teoria del cambiamento terapeutico”<sup>408</sup>. Infatti la medicina benché sia incentrata sullo studio delle patologie e dei disagi psicofisici dell’uomo, affinché persegua la finalità pubblica del benessere globale, “deve necessariamente incontrarsi in un terreno che è tipico della pedagogia, deve cioè [...] porsi il problema generale del come il soggetto si forma e delle modalità del suo costituirsi come soggetto se vuole ‘curare’, con qualche possibilità di successo, le patologie che hanno accompagnato un processo di formazione”<sup>409</sup>. In altri termini, commenta la stessa studiosa, “se si esclude un intervento terapeutico di tipo chimico-farmacologico la strada che resta aperta alla psichiatria [così come alla medicina in genere] è esattamente la stessa strada della pedagogia, cioè quella di assumere l’uomo come [...] totalità complessa e non semplificabile se non arbitrariamente su cui intervenire consapevolmente e responsabilmente (sapendo cioè di compiere delle scelte e di mettere in campo criteri) per indurre modificazioni”<sup>410</sup>.

Di tale avviso è anche Ornella De Sanctis che, pur riferendosi in prima istanza al contesto psicoanalitico prospetta il configurarsi di un’integrazione tra formazione e terapia fondata sulla cura sui’, laddove asserisce “non si può negare che traspare nella relazione terapeutica un equivalente educativo in termini di *appropriazione di sé, autoconoscenza autentica*”<sup>411</sup>, così come va evidenziato che il processo terapeutico è al contempo anche pedagogico “se la

---

<sup>407</sup> R. Fadda, *Forma, formazione, mutamento*, cit., p. 224

<sup>408</sup> *Ivi*, p. 223

<sup>409</sup> R. Fadda, *Forma, formazione, mutamento*, cit., p. 223

<sup>410</sup> R. Fadda, *Spunti per un’integrazione critica tra teoria pedagogica e psichiatria*, in O. De Santis, R. Fadda, E. Frauenfelder, A. Porcheddu, *Gli incontri mancati. Materiali per la formazione del pedagista*, cit., p. 95

<sup>411</sup> O. De Sanctis, *Psicoanalisi e pedagogia: un rapporto mancato o un rapporto sotteso*, in O. De Santis, R. Fadda, E. Frauenfelder, A. Porcheddu, *Gli incontri mancati. Materiali per la formazione del pedagista*, cit., p. 139

sottesa intenzionalità di ogni pratica terapeutica [...] è quella di riattivare processi di crescita sclerotizzati”<sup>412</sup>.

La cura come implementazione di una crescita positiva rimanda direttamente alla valenza pedagogica della cosiddetta resilienza<sup>413</sup>, ossia alla possibilità di resistere alle pressioni, alle imposizioni, alla forza di tutto ciò che possa frammentare il sé e consequenzialmente di “realizzare il proprio progetto a partire dai fattori protettivi interni ed esterni”<sup>414</sup>. La positività di un tale concetto è data dal suo non derivare “da un paradigma in cui si lavora per *prevenire* i fattori di rischio [...] ma da un paradigma dove si fa ricerca e si lavora intorno ai *fattori protettivi* per lo sviluppo positivo di ogni individuo”<sup>415</sup>. Lavorare su tali fattori contemplanti tanto la resilienza quanto le “tecnologie del sé”<sup>416</sup>, presuppone un intervento fondato non su una sovrapposizione di campo tra la terapia medica e la cura pedagogica quanto una loro interconnessione, da cui emerga un intervento “il cui fine è quello di mettere l’altro nella condizione di provvedere da sé ai propri bisogni, rendendolo capace sia di azioni cognitive, come individuare e stabilire criteri di priorità, sia di azioni concrete per soddisfare bisogni e realizzare obiettivi”<sup>417</sup>.

Un’ulteriore conseguenza determinata dalla rivalutazione della cura in una prospettiva integrata medico-pedagogica, viene dunque ad incentrarsi sulla valorizzazione dell’azione che l’individuo, sano o malato che sia, riesce ad attivare con l’ausilio di pratiche terapeutiche educative. Infatti in un processo di cura di sé definibile anche di self-help “la responsabilità primaria dell’azione è sempre centrata sull’utente”<sup>418</sup> e l’intervento è realizzato affinché egli “possa

---

<sup>412</sup> O. De Sanctis, *Psicoanalisi e pedagogia: un rapporto mancato o un rapporto sotteso*, cit., p. 140

<sup>413</sup> Cfr. P. Garista, L. Zannini, *Tempo per sé e salute. La prospettiva della resilienza*, in “Adulità”, n. 18/2003, pp. 128-137

<sup>414</sup> P. Garista, L. Zannini, *Tempo per sé e salute. La prospettiva della resilienza*, cit., p. 131

<sup>415</sup> *Ivi*, p. 130

<sup>416</sup> Cfr. H.L. Martin, H. Gutman, H.P. Hutton, *Michel Foucault. Tecnologie del sé*, Torino, Bollati Boringhieri, 1992

<sup>417</sup> L. Mortari, *La pratica dell’aver cura*, cit., p. 31

<sup>418</sup> L. Maguire, *Il lavoro sociale di rete*, Trento, Erickson, 1989, p. 49

proficuamente utilizzare e incrementare le proprie potenzialità di aiutarsi da sé”<sup>419</sup>.

Ciò è realizzabile anche nelle situazioni di malessere dove il prendersi cura implica il “poter capire come quel paziente sta vivendo se stesso e la sua situazione, quali modalità sta usando per vivere *con e nella* malattia”<sup>420</sup> ossia quali strategie mette in atto e quali possono attivarsi. Si tratta dunque di realizzare strategie educative di cura ossia “un piano regolato da una serie di pratiche ed esercizi definiti «tecnologie del sé»”<sup>421</sup>, o anche “tecnologie educative”<sup>422</sup> “attraverso le quali gli individui, da soli o con l’aiuto di altri, agiscono sul proprio corpo, sulla propria anima, sui propri pensieri, sul proprio comportamento e sul proprio modo di essere, allo scopo di trasformare se stessi e di raggiungere un determinato stato di perfezione o di felicità”<sup>423</sup>. Si tratta più specificatamente di percorsi di natura comunicativo-relazionale-fruitiva diretti al potenziamento e all’irrobustimento del Sé che consentono ai soggetti di esplorare, rielaborare e talvolta ricostruire, parti o aree della propria personalità: cognitiva, emotivo-relazionale e corporea. Tale “cura pedagogica” sarà pertanto rivolta, come sottolinea Rita Fadda “a far nascere nell’uomo il desiderio e l’esigenza di aver cura, a far sì che esso da oggetto diventi fin da subito soggetto di cura, sia messo in condizione di assumersi le sue cure, prima fra tutte la cura di sé”<sup>424</sup>.

L’applicabilità di tali strategie in sé terapeutiche perché volte al benessere globale dell’individuo poggia su alcuni assunti fondamentali. In prima istanza presuppone “l’importante nesso tra conoscenza-di-sé e cura-di-

---

<sup>419</sup> L. Maguire, *Il lavoro sociale di rete*, cit., p. 49

<sup>420</sup> R. Bruni, *La prospettiva emotiva nella relazione con il paziente*, in P. Binetti (a cura di), *Persona, paziente, cliente. Il mondo del malato in un mondo che cambia*, cit., p. 81

<sup>421</sup> G. Chiosso, *Teorie dell’educazione e della formazione*, Milano, Mondadori, 2004, p. 72; tra tali pratiche Chiosso individua le “tecniche di meditazione, di memorizzazione, di esame di coscienza, attività fisica, regime dietetico, scrittura autobiografica, colloqui con gli amici e via dicendo”. *Ibidem*.

<sup>422</sup> Cfr. D. Demetrio, *L’educazione nella vita adulta. Per una fenomenologia delle origini e dei vissuti*, Roma, NIS, 1995, pp. 89-95

<sup>423</sup> G. Chiosso, *Teorie dell’educazione e della formazione*, cit., p. 72, nota n. 18

<sup>424</sup> R. Fadda, *Il paradigma della cura. Ontologia, antropologia, etica*, in Boffo V. (a cura di), *La cura in pedagogia. Linee di lettura*, cit., p. 26

sé”<sup>425</sup> ovvero l’idea del forte legame tra formarsi per conoscersi (coscienza identitaria)<sup>426</sup> e curarsi di sé per stare bene (bene-essere da apprendere) con gli altri, con il mondo e con se stessi. In tal modo la cura di sé viene a configurarsi come una “strategia pedagogica e autoformativa”<sup>427</sup> che consente di far fronte anche alle situazioni più avverse di malessere. In seconda istanza in un incontro definito “fisiologico”<sup>428</sup>, entrambe le scienze devono muoversi nel riconoscimento dell’autonomia del soggetto. Come ha infatti precisato Nordio, “il medico nell’incontro clinico col paziente, si trova inevitabilmente in posizione dominante, ma ciò non toglie che il paziente provi sempre il bisogno di autonomia”<sup>429</sup>; similmente Enzo Catarsi sottolinea l’importanza di non ostacolare l’indipendenza e l’autonomia del soggetto che in ultima analisi dovrebbero essere il fine ultimo verso cui tende la categoria della *cura* in ambito educativo e formativo<sup>430</sup>. “Occorre in altri termini –asserisce lo stesso Catarsi – che noi esaltiamo la cura come categoria dell’educativo, evidenziando il suo contributo alla conquista dell’autonomia da parte del soggetto”<sup>431</sup>. È in una tale prospettiva che si rendono significative le parole di Gadamer laddove ritiene che “ogni cura implica che l’attività medica, volta a ristabilire l’equilibrio, si realizzi nell’autoeliminazione”<sup>432</sup> considerato che il soggetto “deve prendersi cura della propria salute attraverso il proprio modo di vivere”<sup>433</sup>.

In ultima analisi va comunque sottolineato che l’applicazione di tali strategie educative di cura nei contesti sanitari hanno poca risonanza e

---

<sup>425</sup> A. Mariani, *La cura di sé e la lettura*, cit., p. 161

<sup>426</sup> La cura di sé come “pratica di sé implica e si svolge – spiega Chiosso – attraverso una profonda conoscenza di sé. Riflette la forza di autodeterminazione”. G. Chiosso, *Teorie dell’educazione e della formazione*, cit., p. 72

<sup>427</sup> *Ibidem*

<sup>428</sup> Cfr. S. Nordio, *Epistemologia della e nella educazione medica*, in G. Bertolini (a cura di), *Diventare medici. Il problema della conoscenza in medicina e nella formazione del medico*, cit., p. 80

<sup>429</sup> *Ivi*, p. 88

<sup>430</sup> Cfr. E. Catarsi, *La dimensione intenzionale nelle pratiche educative*, in F. Cambi (a cura di), *Le intenzioni nel processo formativo. Itinerari, modelli e problemi*, Pisa, Edizioni del Cerro, 2005, p. 43-47

<sup>431</sup> *Ivi*, p. 44

<sup>432</sup> H.G. Gadamer, *Dove si nasconde la salute*, cit., p. 45

<sup>433</sup> *Ivi*, p. 2

riconoscimento scientifico considerato che l'educazione, contrariamente al farmaco, dà un lento risultato in cambio di un beneficio come il benessere e l'apprendere ad aver cura di sé non osservabile, non quantificabile, non immediatamente percepibile. Ad ogni modo rappresentano già un atto terapeutico, che come si è sottolineato non è 'tout court' sovrapponibile al progetto terapeutico, il quale necessita anche di interventi strettamente medici, ma ne è parte costitutiva in una interconnessione operativa tra la pedagogia e la medicina. Come ha infatti sottolineato Cosmacini, a fronte del benessere del soggetto "saranno sempre più necessari *nuovi curanti*, che portino la medicina a coniugare con la sua indispensabile, necessaria, formidabile ragion d'essere tecnologica, la vocazione antropologica, interpersonale, intersoggettiva, interumana, sociale"<sup>434</sup>.

#### 2.4.2. Cura di sé e rete sociale

Tra le considerazioni di appartenenza della cura sia al campo pedagogico che a quello medico è opportuno segnalarne un'altra che attiene la sua natura prevalentemente relazionale. Il costrutto fondamentale della cura resta infatti la relazione di aiuto realizzata sempre in prospettiva di crescente autonomia, di un prendersi cura di sé. Come ha infatti evidenziato Luigina Mortari, "si potrebbe individuare l'essenza della cura nell'essere una pratica relazionale che impegna chi-ha-cura nel fornire energia e tempo per soddisfare i bisogni dell'altro, bisogni materiali e immateriali, in modo da creare le condizioni che consentono all'altro di divenire il suo proprio poter essere sviluppando la capacità di aver cura da sé"<sup>435</sup>. Si ritiene, cioè, che il soggetto, malato o sano che sia, necessita di essere educato a trattare e promuovere il proprio benessere anche con "modalità relazionali che potrebbero iscriversi sotto il nome di cura educativa"<sup>436</sup>. Le relazioni diventano allora, come sottolinea Zannini "l'inevitabile elemento di supporto in una battaglia che non è mai soltanto

---

<sup>434</sup> G. Cosmacini, *La professione della cura: ieri, oggi, domani*, cit., p. 40

<sup>435</sup> L. Mortari, *La pratica dell'aver cura*, cit., p. 36

<sup>436</sup> C. Palmieri, *I luoghi del discorso*, in G. Bertolini, R. Massa (a cura di), *Clinica della formazione medica*, cit., p. 99

individuale, un”corpo a corpo”, ma un vero e proprio “gioco di squadra”, in cui si possono costruire strategie, sinergie, alleanze, ma anche incomprensioni, divisioni, lacerazioni”<sup>437</sup>. Il luogo pedagogico dove è possibile situare la cura ripensata e ri-tematizzata come processo educativo e formativo, oltre e al di là delle pratiche mediche, attiene la rete sociale<sup>438</sup>. Si tratta di un intervento aiuto-intenzionale, ecologico-globale, versato sul singolo, sul gruppo, sulla comunità, scientificamente orientato, e recato ai processi evolutivi dell’individuo in relazione ai suoi bisogni soggettuali.

La centralità della dimensione relazionale ed educativa nelle esperienze della quotidianità così come all’interno dei contesti di cura e di terapia abitualmente appannaggio di settori di studio e di ricerca medico-sanitaria, risulta ormai da più parti riconosciuta. Nel dettaglio risulta ormai acquisito che “L’esperienza che ogni soggetto ha di sé è sempre, unicamente in termini di rapporto”<sup>439</sup>, così come è di fatto dimostrato che “Lo star bene di ogni persona non si potrebbe neppure iniziare a immaginare slegato da vitali e significative relazioni sociali. Da sempre si sa che l’uomo, privato o deprivato di contatti interpersonali, va a perdere qualche parte della sua forza interiore e della sua stessa umanità”<sup>440</sup>.

Tuttavia se in linea di principio risulta ormai quasi scontata l’incisività della dimensione relazione nei processi di sviluppo del soggetto a cui si connettono quelli di cura, di compliance e di guarigione, di fatto negli ambienti medici, come sottolinea Lucia Zannini, “La dimensione relazionale e psicosociale, [...] viene ad essere se non arginata, per lo meno relegata a un ruolo del tutto secondario”<sup>441</sup>. Dato il carattere complesso e sistemico della

---

<sup>437</sup> L. Zannini, *Salute, malattia e cura. Teorie e percorsi di clinica della formazione per gli operatori sanitari*, cit., p. 168

<sup>438</sup> Il concetto di rete sociale rimanda ai “nuclei relazionali di base”. L. Maguire, *Il lavoro sociale di rete*, Trento, Erickson, 1989, p. 18. Per un approfondimento del concetto di rete sociale, le varie definizioni, e le variabili analitiche della rete cfr. *Ivi*, pp. 24-36

<sup>439</sup> P. Binetti (a cura di), *Persona, paziente, cliente. Il mondo del malato in un mondo che cambia*, cit., p. 20

<sup>440</sup> F. Folgheraiter, *Introduzione. Solidarietà di base e autoaiuto nel lavoro sociale*, in L. Maguire, *Il lavoro sociale di rete*, cit., p. 11

<sup>441</sup> L. Zannini, *Salute, malattia e cura. Teorie e percorsi di clinica della formazione per gli operatori sanitari*, cit., p. 134

salute e della stesso processo di cura e considerata la relazionalità un elemento fondamentale in cui i vari attori possono concorrere all'autonomia del soggetto non ultimo del paziente nella implementazione o riacquisizione della propria salute, si rende pertanto fondamentale valorizzare anche nel settore medico una prospettiva di rete “che tiene conto dell'interrelazione, della complessità, del contesto, in cui i terapeuti considerano il loro rapporto con i clienti come parte del processo di cambiamento, apprendimento ed evoluzione”<sup>442</sup>.

Già a livello relazionale medico-paziente<sup>443</sup>, il rapporto interpersonale che il medico dovrebbe poter costruire col proprio paziente determina per il medico stesso la possibilità di “attivare strategie personali e risorse dell'interlocutore che sono efficaci e funzionali proprio al raggiungimento dei suoi obiettivi, di medico”<sup>444</sup>. Infatti il medico nella relazione a-simmetrica, valorizzando le competenze relazionali al pari dell'educatore, può diventare, come prospetta Contini, “agevolatore di processi di cambiamento”<sup>445</sup>. In tal senso l'aspetto relazionale assume importanza ai fini della conferma del sé tenendo conto dell'incidenza che le risposte, a fronte di domande di conferma, hanno nel favorirne o contrastarne le direzioni di crescita o di realizzazione. Ad esempio il disinteresse per la soggettività del paziente implicito nell'atteggiamento del medico può tradursi e trasmettere una mancanza di aspettative positive su di lui e sulle sue possibilità di guarigione. La relazione può dunque risultare “significativa - prospetta D'Ascenzo - non solo per l'uno e/o per l'altro ma anche per il conseguimento dell'obiettivo tecnico

---

<sup>442</sup> J. Tolja, F. Speciali, *Pensare col corpo. Perché pensare con pochi centimetri di materia grigia quando è possibile usare tutto il corpo?*, Milano, Zelig, 2000, p. 90

<sup>443</sup> Si possono individuare diversi tipi di relazione attuabili nei contesti sanitari: la relazione scientifica basata su un approccio professionale ed orientata all'oggettivazione dei dati da osservare e al distacco emotivo; la relazione di sostegno in cui l'aiuto dato al paziente rimarca la dipendenza e assume caratteri di tipo protettivo; infine si rinviene una modalità relazionale di tipo pedagogico in cui il professionista e il paziente si incontrano aiutando a comprendere il senso della malattia al fine di favorire una gestione autonoma da parte del paziente Cfr. P. Binetti, *Progetto terapeutico ed educazione del paziente*, cit., pp.235-236

<sup>444</sup> M. Contini, *Il medico e il paziente: principi metodologici per la costruzione di un incontro*, in G. Bertolini, *Diventare medici. Il problema della conoscenza in medicina e nella formazione del medico*, cit., p. 170

<sup>445</sup> *Ivi*, p. 176

dell'incontro: la guarigione” mediante un “feedback continuo ed ermeneutico-comprendente”<sup>446</sup>.

Nell'ambito dello stesso contesto sanitario la relazionalità risulta un aspetto fondante anche per una “gestione integrata dei casi individuali”<sup>447</sup> ossia costituisce la dimensione di base al costituirsi di “équipes o reti di professionisti che lavorano in coordinamento, mettendo assieme le loro competenze e le loro risorse per aiutare singoli utenti a superare le loro difficoltà”<sup>448</sup>.

A fronte di tali considerazioni “i processi conoscitivi e decisionali devono ristrutturarsi progressivamente come processi condivisi: i professionisti della salute, i malati e tutte le persone coinvolte in processi di cura, devono imparare a rapportarsi in modo attivo, tra patto, alleanza, contratto, e corresponsabilità; un rapportarsi dove ognuno è parte ed è messo in condizione di fare la sua parte”<sup>449</sup>, nella consapevolezza che “su più fronti, l'intero processo di guarigione e conoscenza accelera enormemente”<sup>450</sup>.

Come ha, infatti, sottolineato Lambert Maguire, l'azione di cura “non si esaurisce semplicemente nel fornire dei servizi a un utente; l'intervento risulta sempre più complesso, dovendo finalizzarsi ad aiutare un individuo dotato di una sua propria unicità e inserito in modo unico in un flusso di relazioni che costituiscono già di per sé un'ottima base di aiuto di cui tener conto”<sup>451</sup>. Il processo di cura come ‘to care’ implica pertanto la considerazione non solo di variabili soggettive, quali l'età, il sesso, il livello di istruzione, il grado di cultura, il livello di sofferenza fisica e psicologica, ma anche le caratteristiche dell'ambiente di cura e il grado di sistemicità con cui interviene l'équipe curante. La comunicazione tra i curanti, il loro costituire una rete rappresenta, infatti, un fattore indispensabile nei processi di cura affinché il soggetto non

---

<sup>446</sup> M. D'ascenzo, *Alcune direzioni di ricerca sul rapporto pedagogia – medicina*, cit., p. 435

<sup>447</sup> Tale approccio viene denominato “case management” ed è stato anche definito “lavoro di équipe” o “coordinamento-casi”. Cfr. L. Maguire, *Il lavoro sociale di rete*, cit., pp. 119-131

<sup>448</sup> L. Maguire, *Il lavoro sociale di rete*, cit., p. 120

<sup>449</sup> B. Rocca, *Pratica medica e partecipazione*, cit., p. 2

<sup>450</sup> J. Tolja, F. Speciali, *Pensare col corpo. Perché pensare con pochi centimetri di materia grigia quando è possibile usare tutto il corpo?*, cit., p. 105

<sup>451</sup> L. Maguire, *Il lavoro sociale di rete*, cit., p. 80

venga lasciato solo a conciliare opinioni, modi tecnici e progetti terapeutici differenti, se non opposti, ma possa fruire di molteplici setting di cura e di contatto con diversi curanti, senza perdere il senso dell'unicità del progetto. Ne consegue, come evidenzia Luigina Mortari, che “chi è mosso da un reale interesse ad aver cura, allora non può limitare il proprio impegno per l'altro alle azioni direttamente rivolte a chi-riceve-cura, ma dovrebbe occuparsi anche di tessere e di coltivare quelle relazioni che contribuiscono alla costruzione di un contesto informato dal principio di cura”<sup>452</sup>. Ad avvalorare “questa interpretazione politica dell'impegno nella cura - prosegue la studiosa - c'è la convinzione che, affinché un'azione sia efficace deve collocarsi in una rete di azioni che, avendo la stessa direzionalità di senso, potenziano esponenzialmente i suoi effetti”<sup>453</sup>. Tali relazioni vanno a formare la cosiddetta “rete di «sostegno sociale» che protegge la persona dalle situazioni di malessere e difficoltà”<sup>454</sup>, promuovendo contestualmente il benessere poiché consente al soggetto di auto-gestirsi e di conservare un'adeguata immagine di sé.

Di quanto la rete sociale sia fondamentale in un sistema di 'care' tale per cui può, al contempo, ritenersi ambito di interconnessione tra la pedagogia e la medicina data anche la diretta interdipendenza e integrazione tra approcci diversi sottesa al concetto stesso di rete, è confermato da diversi studiosi. In particolare Fabio Folgheraiter, nel giustificare l'efficacia della rete sociale a fronte del tradizionale modello terapeutico 'riparativo' evidenzia come “l'equazione «tanti più terapeuti tanto più benessere» non è stata verificata alla prova dei fatti, se non purtroppo nel suo rovescio”<sup>455</sup>, cioè a dire, la convinzione che i problemi di benessere dell'uomo vadano affrontati completamente da altri “in virtù di specializzazioni tecniche e di interventi appropriati di terapie formali”<sup>456</sup> risulta impensabile dato che “l'accettazione di

---

<sup>452</sup> L. Mortari, *La pratica dell'aver cura*, cit., p. 37

<sup>453</sup> *Ibidem*

<sup>454</sup> L. Maguire, *Il lavoro sociale di rete*, cit., p. 80

<sup>455</sup> F. Folgheraiter, *Introduzione. Solidarietà di base e autoaiuto nel lavoro sociale*, cit., p. 10

<sup>456</sup> *Ivi*, p. 9

come la persona «è» e la fiducia nelle residue possibilità che ancora le rimangono siano difficilmente compatibili [...] con l'azione meramente tecnica del diagnosticare e dell'intervenire»<sup>457</sup>. Stessa considerazione viene prospettata da Lambert Maguire laddove afferma “gli operatori sociosanitari non possono continuare, come se nulla fosse, ad affannarsi nelle solite prassi, pur nell'evidenza dei risultati scadenti”<sup>458</sup>. È necessario infatti avvalersi di diversi “modelli di intervento basati sulla valorizzazione delle reti; a ciò si potrà arrivare - commenta lo studioso - solo combinando fra loro le risorse, le potenzialità e le specifiche competenze sia del sistema formale di aiuto che di quello informale”<sup>459</sup>.

Posto dunque che il benessere poggia su due pilastri, quello istituzionale e quello cosiddetto informale, in una prospettiva di operatività integrata chiamante in causa anche il rapporto tra la pedagogia e la medicina, il benessere individuale può associarsi solo parzialmente ai servizi formali istituzionalmente preposti dal momento che esso, in una prospettiva ecossistemica, presuppone ed investe un sistema di relazioni sociali ben più ampio e soprattutto coinvolgente rapporti significativi. Per tali ragioni, nello studio della qualità della vita di persone che hanno bisogno di aiuto, quale può considerarsi un malato o comunque i cosiddetti soggetti a rischio, è opportuno utilizzare la rete sociale quale strumento in grado di tener conto della complessità del problema e di promuovere il benessere che, in tali circostanze, si viene a configurare come il prodotto dell'azione di più soggetti che in rete contribuiscono, ciascuno secondo le proprie competenze, al risultato finale.

In una tale prospettiva la rete sociale ha allora “l'obiettivo di fornire sostegno, terapia, prevenzione, riabilitazione, tutela dei diritti sociali o semplicemente migliorare la comunicazione e la comprensione reciproca tra le persone”<sup>460</sup>, mediante un lavoro di rete avente funzione di stimolo e di

---

<sup>457</sup> F. Folgheraiter, *Introduzione. Solidarietà di base e autoaiuto nel lavoro sociale*, cit., p. 10

<sup>458</sup> L. Maguire, *Il lavoro sociale di rete*, cit., p. 23

<sup>459</sup> *Ivi*, p. 60

<sup>460</sup> *Ivi*, p. 17

sostegno all'autoaiuto e al mutuo aiuto<sup>461</sup>. Attraverso le reti sociali circolano infatti servizi, informazioni, aiuti psicologici, emotivi e materiali che costituiscono buona parte delle risorse con cui una persona garantisce il proprio livello di qualità della vita. Si tratta pertanto di un approccio che “presuppone la riscoperta delle naturali capacità autoprotettive del corpo sociale”<sup>462</sup>.

Premesso, dunque, che esiste una relazione “fra salute individuale (fisica e mentale) e specifiche caratteristiche delle reti sociali”<sup>463</sup> è possibile qualificare ogni intervento di rete quale “fondamentale agente o strumento di cambiamento della persona”<sup>464</sup> e non “semplicemente un canale che lo veicola”<sup>465</sup>, riconoscendone di conseguenza le notevoli valenze terapeutiche. Come ha infatti sottolineato Maguire “pare accertato che il sostegno sociale possa costituire una forma efficace contro una grande varietà di stati patologici”<sup>466</sup>; infatti “succede spesso - commenta ulteriormente lo studioso - che il semplice fatto di poter contare su un esplicito sostegno della rete produca effetti terapeutici tali da rinforzare la persona”<sup>467</sup> e da “influenzare i risultati di una terapia”<sup>468</sup>. Pertanto considerando che “uno dei presupposti di base per il lavoro sociale di rete rimane l'idea che i sistemi formali e informali di aiuto debbano riuscire a coordinare le loro risorse se si vuole aumentare l'efficacia e l'efficienza degli interventi”<sup>469</sup>, in chiave terapeutica l'obiettivo degli interventi di rete si sostanzia nello “sviluppare le risorse e le abilità

---

<sup>461</sup> L. Maguire, *Il lavoro sociale di rete*, cit., p. 18

<sup>462</sup> F. Folgheraiter, *Introduzione. Solidarietà di base e autoaiuto nel lavoro sociale*, cit., p. 7. Il termine inglese usato per indicare l'assistenza come frutto del contributo di tutta la comunità locale che si attiva e si prende cura di se stessa è quello di Community Care: tale espressione sta a significare proprio il riconoscimento dell'importanza delle reti sociali informali (famiglie, amici, vicini), ripensando al modo di agire di quelle formali (burocrazie) e lavorando perché formale e informale non si limitino a collaborare restando separati, ma formino un'unica rete in grado di migliorare l'ambiente - umano e materiale - in cui la persona vive. Su queste basi, caso per caso, l'intervento potrebbe essere rivolto al “potenziamento delle reti esistenti” oppure alla “creazione di reti temporanee” per la soluzione di particolari emergenze o anche alla “costruzione di reti stabili” di lungo periodo.

<sup>463</sup> L. Maguire, *Il lavoro sociale di rete*, cit., p. 19

<sup>464</sup> *Ivi*, p. 92

<sup>465</sup> *Ibidem*

<sup>466</sup> *Ivi*, p. 67

<sup>467</sup> *Ivi*, p. 92

<sup>468</sup> *Ivi*, p. 58

<sup>469</sup> *Ivi*, p. 71

dell'ambiente in una direzione che amplifichi e rinforzi l'intervento operato sull'individuo"<sup>470</sup>. In tal modo il lavoro sociale di rete "può favorire il buon esito delle terapie specialistiche" fornendo "quel supporto ambientale (ecologico) che può determinare il successo o il fallimento degli interventi professionali"<sup>471</sup>.

Quanto esposto non significa naturalmente negare l'efficacia dei trattamenti medici e farmacologici talvolta indispensabili, quanto riconoscerne la non esclusività curativa data l'incisività della dimensione emotivo-relazionale oltre che biologica sul benessere personale e sui successi terapeutici. Infatti "l'azione con le reti – spiega Maguire - non costituisce un trattamento di per sé ma piuttosto un supporto indiretto a esso. Normalmente la rete è utilizzata congiuntamente ad altre forme di aiuto o terapie di tipo tradizionale"<sup>472</sup> qualificandosi in tal modo come un "fattore terapeutico aggiuntivo, che si somma e quelli propri delle terapie"<sup>473</sup>. Ciò viene a rappresentare tanto per la medicina quanto per la pedagogia la possibilità di lavorare in modo congiunto anche in aree mirate ad "utilizzare e «manipolare» le reti per fini specifici di terapia"<sup>474</sup> in modo da realizzare interventi mirati non tanto ad arginare la malattia ed il disagio quanto a implementare o creare relazioni e situazioni che promuovano lo sviluppo di emozioni positive, il miglioramento della qualità dei rapporti con se stessi e con gli altri, il senso di appartenenza anche nelle situazioni difficili di malattia.

L'opportunità di ricorrere ad un intervento di rete risulta utile non solo in situazioni di disagio conclamato, ma anche in un'ottica di prevenzione, tenendo conto di quanto, come sottolinea Maguire, "il supporto sociale fornito dalle reti serve come una specie di «ammortizzatore» contro le situazioni stressanti e sia inversamente correlato con una grande varietà di problemi di carattere

---

<sup>470</sup> L. Zannini, *Salute, malattia e cura. Teorie e percorsi di clinica della formazione per gli operatori sanitari*, cit., p. 279

<sup>471</sup> L. Maguire, *Il lavoro sociale di rete*, cit., p. 99

<sup>472</sup> *Ivi*, p. 92

<sup>473</sup> *Ivi*, p. 71

<sup>474</sup> *Ivi*, p. 59

sanitario”<sup>475</sup>. Tale funzione di “«mediatore» fra lo stress e le malattie”<sup>476</sup>, emerge anche dalle osservazioni di Zannini laddove asserisce “Le risorse esterne attivabili costituiscono i fattori protettivi all’insorgenza del disagio; ad esempio, avere un lavoro, un reddito, delle relazioni stabili e significative e, più in generale, la possibilità di far riferimento a una “rete” di supporto, risultano fattori protettivi all’insorgenza della malattia”<sup>477</sup>. La rete sociale viene dunque a costituirsi come fattore di protezione, sia per il sostegno effettivo che fornisce, sia perchè il poter pensare di essere protetti, stimati e di avere delle persone di riferimento su cui contare, potenzia le risorse interne in termini di sicurezza di sé e rende gli individui più capaci di affrontare situazioni di disagio e malessere. Premesso ciò, la possibilità di attivare degli interventi di promozione del benessere tenendo conto anche del ruolo fondamentale ricoperto da tali fattori esterni, apre non poche prospettive di spazi di operatività integrata tra la pedagogia e la medicina. Infatti la possibilità di incidere più efficacemente sul potenziamento delle reti sociali anche a fini salutistici trascende ed ingloba le mere campagne di prevenzione sanitaria dal momento che presuppone interventi educativi e formativi mirati sul rinforzo di processi socio-relazionali e di auto-cura del soggetto.

In tal modo le relazioni sociali qualora supportate da opportuni interventi co-gestiti medico-pedagogici possono costituire “un’importante fonte di influenza sui comportamenti di salute”<sup>478</sup> poiché “forniscono informazioni utili per l’autovalutazione e l’interpretazione dei sintomi, e [al contempo] una forte motivazione per l’adozione di strategie di *coping*”<sup>479</sup>.

In conclusione, pensare le attività di cura come intervento su un contesto, su una rete di relazioni, vuol dire tenere presente le persone, i luoghi, le attività che costituiscono l’ambiente di vita delle persone stesse e ciò difficilmente si rende realizzabile attraverso un mero e individualistico intervento medico. Si

---

<sup>475</sup> *Ivi*, p. 42

<sup>476</sup> L. Maguire, *Il lavoro sociale di rete*, cit., p. 69

<sup>477</sup> L. Zannini, *Salute, malattia e cura. Teorie e percorsi di clinica della formazione per gli operatori sanitari*, cit., p. 273

<sup>478</sup> B. Zani, E. Cicognani, *Psicologia della salute*, Bologna, Il Mulino, 2000, p. 107

<sup>479</sup> *Ibidem*

tratta piuttosto di predisporre interventi su più livelli e al contempo integrati, ovvero di attivare un lavoro sistemico di rete basato sulla gestione unitaria dei soggetti in trattamento, in cui al cosiddetto “sistema formale di aiuto” quale quello medico specialistico, si integri e venga valorizzato il “sistema informale” composto dai cosiddetti “terapeuti naturali”<sup>480</sup> che opportunamente supportati con l’ausilio dell’istruzione, dell’educazione e della formazione, vengono a prospettare aree di operatività integrata tra la pedagogia e la medicina orientate allo sviluppo di “le strategie di rete per massimizzare le risorse di self-help”<sup>481</sup>.

Naturalmente ciò determina non solo un cambiamento nella concettualizzazione della cura da esclusiva categoria medica a concetto sistemico e di matrice pedagogica, ma anche una ristrutturazione delle figure di riferimento incentrate sulle pratiche di cura. Su quest’ultimo terreno si sta muovendo la riflessione pedagogica la quale basandosi sull’assunto secondo cui “le professioni educative, che implicano pratiche educative e azioni formative indirizzate al benessere dei soggetti, sono professioni di cura”<sup>482</sup>, si interroga, come emerso dal Convegno Nazionale Siped (Società Italiana di Pedagogia) tenutosi nel 2007, sul formalizzarsi di una “pedagogia delle professioni della salute e della cura”<sup>483</sup> capace di orientare il delinearsi di quelle che potremmo definire figure di frontiera tra il sapere medico e pedagogico e che necessitano di competenze sia mediche che pedagogiche.

---

<sup>480</sup> L. Maguire, *Il lavoro sociale di rete*, cit., p. 39; La rete sociale informale svolgendo sia un’azione di “prevenzione informale” che veri e propri “interventi despecializzati di aiuto” si presenta quale complesso di “difese sociali naturali” che quanto più risultano valide tanto più ciascun soggetto della rete potrà godere di presupposti idonei al mantenimento autonomo e al potenziamento del proprio benessere. Cfr. F. Folgheraiter, *Introduzione. Solidarietà di base e autoaiuto nel lavoro sociale*, cit., p. 12

<sup>481</sup> L. Maguire, *Il lavoro sociale di rete*, cit., p. 41

<sup>482</sup> V. Boffo (a cura di), *La cura in pedagogia. Linee di lettura*, cit., p. 14

<sup>483</sup> P. De Mannato, *Pedagogia delle professioni della salute e della cura*, in “Pedagogia oggi”, n. 1-2/2007, pp. 97-99

### **CAPITOLO III – L’incontro tra pedagogia e medicina. Le neuroscienze**

Questo ultimo capitolo, di carattere propositivo, verte sul configurarsi di un incontro reciproco tra la pedagogia e la medicina nelle neuroscienze. L’assunto muove dalla considerazione, collaterale a quanto precedentemente esposto sull’imprescindibilità della visione umanistica verso il riduzionismo bio-medico, secondo cui e parimenti la medicina tramite le neuroscienze viene a rappresentare per la pedagogia, a fronte di un atteggiamento gnoseologico mentalistico, non solo una chiave di lettura imprescindibile alla progettazione e gestione dell’intervento educativo e formativo, quanto un vero e proprio ‘alter-ego’ per la comprensione e gestione dei processi di costruzione della conoscenza. In quest’ottica la pluralità di significati e di livelli attraverso i quali si viene ad esprimere ed attivare la ricerca neuroscientifica, verrà ad essere convogliata e proposta tramite l’analisi dell’apprendimento, della memoria e delle emozioni che, per il loro carattere di sostrato delle problematiche formative, possono assimilarsi a elementi e dinamiche di interazione che legano il sapere medico e pedagogico.

#### **3.1. Le neuroscienze: motivo unificante**

Tra gli aspetti più rilevanti emersi dalle ricerche neuroscientifiche che vanno nella direzione di un incontro tra il sapere medico e quello pedagogico e permettono di far assurgere le neuroscienze a motivo unificante di un tale incontro, determinante risulta, in prima istanza, tanto la fondazione di una “fisiologia della mente” in grado di legittimare e di connettere fisico e mentale, cervello e mente, emozione e ragione nella loro costitutiva unitarietà<sup>1</sup>, quanto e contestualmente, l’accertamento scientifico, basato sul carattere plastico e dinamico della mente e attestato dalle tecniche di “brain imaging”<sup>2</sup>, secondo cui le strutture e le funzioni cerebrali risultano direttamente influenzate dalle

---

<sup>1</sup> Cfr. F. Frabboni, F. Pinto Minerva, *Manuale di pedagogia generale*, Roma-Bari, Laterza, 2002, p. 244

<sup>2</sup> Cfr. B. Gallo, *Neuroscienze e apprendimento*, Napoli, Ellissi, 2003, pp. 20-25

interazioni con l'ambiente in generale e dalle esperienze interpersonali in particolare<sup>3</sup>, configurandosi, pertanto, come co-produttori l'uno l'altro. Ciò premesso ne consegue, tanto per la pedagogia quanto per la medicina, l'inutilità teorica e la parzialità scientifica di dover operare una scelta tra corpo e mente<sup>4</sup>, fra biologia ed esperienza, fra natura e cultura nonché l'occorrenza di scorgere nelle neuroscienze il motivo unificatore di un loro incontro. In un tale contesto infatti le neuroscienze, venendo assimilate a quelle che Mario Ceruti definisce "nuove dimensioni scientifiche a vocazione inter e transdisciplinare"<sup>5</sup> in grado cioè di superare "il tradizionale e vieto conflitto tra saperi scientifici e saperi umanistici"<sup>6</sup>, possono costituire una ricca "fonte"<sup>7</sup> di strumenti esplorativi e di elementi conoscitivi che, volti a delineare contesti, scenari e prospettive di sviluppo integrate, permettono al sapere medico e pedagogico di costituire una "nuova alleanza"<sup>8</sup> orientata a dare un "senso pieno e complesso alle forme dell'esperienza"<sup>9</sup>.

Di quanto sia ormai necessario accedere alle neuroscienze al fine di creare un ponte tra i saperi scientifici e umanistici, trova conferma nelle opinioni di diversi studiosi i quali, pur nella diversità dell'impostazione culturale, formano un coro unanime nell'evidenziarne l'urgente realizzazione che, in ultima istanza e consequenzialmente, viene a concretizzarsi nel

---

<sup>3</sup> Cfr. D.J. Siegel, *La mente relazionale. Neurobiologia dell'esperienza interpersonale*, Milano, Raffaello Cortina, 2001

<sup>4</sup> Il binomio corpo-mente risulta attualmente proposto, a mo' di sinonimo, nei termini cervello-mente. Ciò può ricondursi al verificarsi di uno spostamento di enfasi dal corpo al cervello che risulta, a sua volta, legato al susseguirsi di diversi fattori, tra cui: il lento superamento di una concezione meccanicistica della materia (modello idraulico); l'affermarsi del modello dell'omuncolo senso-motorio di Penfield; gli sviluppi della neurofisiologia; il cambiamento nella visione della 'materia della mente' (le neuroscienze) con cui la materia biologica dei processi mentali non è più semplicemente una conformazione organica ed un'organizzazione cellulare data, ma una materia dinamica, auto-organizzantesi al punto che non è più la riduzione del corpo al cervello ad essere in causa sul versante del corpo, quanto una nuova dimensione, biologica e darwiniana, dell'organismo (corpo e cervello insieme) in rapporto con l'ambiente. Data la precisazione, in questa sede i termini del binomio verranno utilizzati indifferentemente. Cfr. B. Gallo, *Neuroscienze e apprendimento*, cit., p. 16-19

<sup>5</sup> M. Ceruti, *Educazione planetaria e complessità umana*, in M. Callari Galli, F. Cambi, M. Ceruti, *Formare alla complessità*, Roma, Carocci, 2003, p. 26

<sup>6</sup> *Ibidem*

<sup>7</sup> Cfr. J. Dewey, *Le fonti di una scienza dell'educazione*, Firenze, La Nuova Italia, 1951

<sup>8</sup> M. Ceruti, *Educazione planetaria e complessità umana*, cit., p. 26

<sup>9</sup> *Ibidem*

superamento di prospettive gnoseologiche tanto mentalistiche quanto fisicaliste, arroccate sulla storica dicotomia mente-corpo.

Una tale posizione, in particolare, viene sostenuta dal neuroscienziato Eric R. Kandel, premio Nobel per la medicina nel 2000, che molto esplicitamente asserisce: “appare assai probabile che, nel prossimo futuro, corsi introduttivi sulle basi biologiche dei processi mentali finiranno con il costituire una componente centrale dei curricula formativi dei corsi universitari di facoltà di tipo umanistico, in quanto la neurobiologia, modernamente intesa, rappresenta il nesso naturale fra scienze umane e scienze naturali”<sup>10</sup>.

Nella stessa prospettiva si collocano anche le osservazioni di Gerald Edelman, premio Nobel per la medicina nel 1972, che muovendosi in ambito neuroscientifico, perviene a teorizzazioni relative alla mente e al suo funzionamento corrispondenti, per il loro essere biologicamente fondate, all'esigenza di costruzione di rapporti reciproci tra i saperi medici e quelli umanistici. In particolare egli asserisce: “se non si comprende come la mente si basi sulla materia, la conoscenza scientifica e la conoscenza di noi stessi rimangono separate da un abisso. Gettare un ponte su un tale abisso non è impossibile. [...]. *Come conosciamo, come sentiamo, come abbiamo consapevolezza?* Un'affermazione filosofica, per quanto profonda, non contiene la risposta, che deve scaturire dalla comprensione di come si sono evoluti, nel mondo fisico, i sistemi biologici e le reazioni biologiche”<sup>11</sup>.

Stessa considerazione è stata avanzata da Raffaele Laporta che nel considerare le neuroscienze quale corpo di conoscenze utili al superamento dei limiti mentalistici, argomenta: “la «psiche», il luogo d'interazione fra organismo e ambiente, è un'ipotesi connessa alla «mente», distante dal «corpo», dal sistema nervoso centrale, di cui non spiega gli eventuali contributi e in cui incontra i suoi limiti. [...]. Superare questi limiti [mentalistici] in direzione del «corpo» - spiega il pedagogista - significa portare l'indagine sulla personalità nel campo delle neuroscienze [...]. Se fosse possibile ricostruire un

---

<sup>10</sup> E.R. Kandel, J.H. Schwartz, T.M. Jessel, *Fondamenti delle neuroscienze e del comportamento*, Milano, CEA, 1999, p. XV

<sup>11</sup> G.M. Edelman, *Sulla materia della mente*, Milano, Adelphi, 1993, p. 325

concetto «ridotto» empiricamente di personalità in questa più ampia dimensione, allora – conclude Laporta - anche quello di formazione di essa, e conseguentemente quello di educazione, troverebbero altri quadri di riferimento”<sup>12</sup>. Alla medesima conclusione perviene anche Gardner che molto esplicitamente asserisce: “desidero ribadire la mia convinzione che lo studio del cervello è vitale in se stesso ed estremamente promettente per i cultori di scienze sociali e per gli educatori”<sup>13</sup>.

Le neuroscienze, infatti, dimostrando la prevalenza di alcune strutture e funzioni cerebrali nell'ambito di diversi stati mentali, nonché i rapporti tra emozione e cognizione vengono a proporre diversi quadri di riferimento conoscitivo rovesciando al contempo, così come evidenzia Alberto Oliverio, “un vecchio atteggiamento che ha privilegiato una concezione della mente di tipo essenzialmente cognitivo-razionale, centralista anziché multipla, lineare anziché conflittuale”<sup>14</sup>. Pertanto, come sottolinea Edoardo Boncinelli, mentre “fino a ieri potevamo solo parlare di mente e cervello, potevamo ragionare sui rapporti tra anima e corpo, mettendo insieme intuizioni talvolta brillanti, ma sempre opinabili”<sup>15</sup>, oggi grazie alle neuroscienze “siamo finalmente in grado di studiare scientificamente il cervello, di analizzare come si forma e, entro certi limiti, come funziona o non funziona”<sup>16</sup>. Naturalmente questo non si traduce nell'assimilazione di prospettive puramente fisicaliste; “La crescente disponibilità di carte funzionali del cervello deve anzi - sottolinea Oliverio - renderci cauti rispetto a una lettura piattamente fisicalista della mente umana, una lettura che cioè si esaurisca alla descrizione del ‘dove’ senza tener conto del ‘come’ e del

---

<sup>12</sup> R. Laporta, *Persona (formazione della) dal punto di vista paidetico*, in Flores D'arcais G. (a cura di), *Pedagogie personalistiche e/o pedagogia della persona*, Brescia, La Scuola, 1994, p. 210

<sup>13</sup> H. Gardner, *Sapere per comprendere. Discipline di studio e discipline della mente*, Milano, Feltrinelli, 1999, p. 82

<sup>14</sup> A. Oliverio, *Cure dell'anima e cure del corpo*, in P. Donghi, L. Preta (a cura di), *In principio era la cura*, Roma-Bari, Laterza, 1995, p. 85

<sup>15</sup> E. Boncinelli, U. Galimberti, G.M. Pace, *E ora? La dimensione umana e le sfide della scienza*, Torino, Einaudi, 2000, pp. 37-38

<sup>16</sup> *Ivi*, p. 38

‘perché’<sup>17</sup>. Infatti, sottolinea Domenico Parisi: “il comportamento e la vita mentale non possono essere «ridotte», nel senso cattivo, alle cellule nervose, alle componenti del corpo e ai geni, in quanto il comportamento e la vita mentale sono proprietà emergenti di sistemi complessi di cui le cellule nervose, le singole parti del corpo e i geni sono componenti”<sup>18</sup>. Allora si tratta piuttosto di porre attenzione al fatto che le neuroscienze vengono a suggellare l’acquisizione di prospettive interdisciplinari, aspetto questo chiaramente espresso da Howard Gardner laddove asserisce: “una volta che i neuroscienziati cominciarono a invadere i campi che comportano forme di attività mentale più complesse [...] la cooperazione interdisciplinare diventa un imperativo”<sup>19</sup>. Quel che infatti caratterizza le neuroscienze concerne “il tentativo propositivo [...] di superare le tradizionali opposizioni fra scienze biologiche e scienze umane al fine di collegare problematiche relative al cervello [...] a problematiche cognitive”<sup>20</sup> e di sviluppo.

In una tale prospettiva allora ben si colloca l’osservazione di Piero Bertolini secondo cui “una diversa sensibilità ed una diversa conoscenza da parte della pedagogia e dei suoi operatori per, e delle, questioni poste dalla medicina, potrebbero suggerir loro di adeguare od improntare gli interventi [...] anche sulla base o in funzione di un *attuale ben-essere* degli educandi o, se si preferisce, di un’attuale *qualità della loro vita*”<sup>21</sup>. In un tale incontro tra la pedagogia e la medicina le neuroscienze vengono a rappresentarne il motivo unificante che, seppur in termini molto generici, può essere assimilato al costituirsi di un’area integrata capace di inglobare i contributi delle neuroscienze volti a dimostrare la complessità della mente, fondandola biologicamente e fisiologicamente, ed il relativo funzionamento in termini di scambi biunivoci con l’ambiente, di interconnessioni fra i circuiti emozionali e

---

<sup>17</sup> A. Oliverio, *Prima lezione di neuroscienze*, Roma-Bari, Laterza, 2002, p. 33

<sup>18</sup> D. Parisi, *Mente*, Bologna, Il Mulino, 1999, p. 76

<sup>19</sup> H. Gardner, *La nuova scienza della mente. Storia della rivoluzione cognitiva*, Milano, Feltrinelli, 1988, p. 323

<sup>20</sup> F. Frabboni, F. Pinto Minerva, *Manuale di pedagogia generale*, cit., p. 241

<sup>21</sup> P. Bertolini, *Un possibile (necessario) incontro tra la pedagogia e la medicina*, in G. Bertolini (a cura di), *Diventare medici. Il problema della conoscenza in medicina e nella formazione del medico*, Milano, Guerini, 1994, p. 62

cognitivi, di capacità di elaborazione e di costruzione di nuove conoscenze, a quelli provenienti dalle scienze dell'educazione relativi ai condizionamenti socio-culturali, agli scambi comunicativi, alle caratteristiche del contesto di apprendimento.

A tal punto, riconosciuto l'importante ruolo svolto dalle neuroscienze, si ritiene opportuno, al fine di meglio precisarne il carattere di congiunzione, soffermarsi su due nuclei tematici che, incentrati non tanto sull'organizzazione anatomica del cervello quanto sulla matrice e sulle modalità di strutturazione dinamica della mente, possono essere ricondotti essenzialmente alla costitutiva unitarietà mente-corpo e alla plasticità della mente che rinvia, a sua volta all'interazione dinamica natura-cultura. Una tale scelta, motivata per lo più da ragioni di carattere espositivo, risulta altresì basata sul ritenere tali questioni trasversali e sottese ad un'ulteriore trattazione sui processi di costruzione della conoscenza e, pertanto, fondamentalmente preliminari e soprattutto agevolanti la comprensione di quegli aspetti di frontiera medico-pedagogici che verranno ad emergere dall'analisi dell'apprendimento, della memoria e delle emozioni. In sintesi è in una tale prospettiva che si intende e si verrà a proporre, anche se ancora in termini molto generici e talvolta vaghi, una linea di ricerca per l'analisi del rapporto tra la pedagogia e la medicina.

### **3.1.1. L'unitarietà mente-corpo**

In riferimento al primo nucleo tematico concernente la costitutiva unitarietà mente-corpo, nel contesto delle scienze umane e sociali le neuroscienze vengono a rappresentare un solido punto di riferimento dato che, studiando l'uomo nel suo sviluppo ontogenetico ed epigenetico, vengono ad affrontare la sfida della sua complessità<sup>22</sup>, inclusa quella della relazione mente-corpo-ambiente. Pertanto grazie alle neuroscienze, pur nell'ambito di differenti

---

<sup>22</sup> Cfr. B. Gallo, *Neuroscienze e apprendimento*, cit. p. 15; cfr. M. Striano, *Mente e menti*, in F. Santoianni, M. Striano, *Immagini e teorie della mente. Prospettive pedagogiche*, Roma, Carocci, 2000, pp. 125-144

filoni di ricerca nella studio del rapporto mente-cervello<sup>23</sup>, risulta ormai acquisito che la vita mentale “emerge dalle complesse interazioni che legano le sue componenti, ai diversi livelli in cui queste sono collocate (materiale genetico, cellule nervose, cellule, molecole, organi del corpo)”<sup>24</sup>, al punto che, come prospetta Eric R. Kandel, si può sostenere che “la mente è il cervello”<sup>25</sup> e che “ogni stato della mente è uno stato del cervello”<sup>26</sup>, dato che “tutti i processi mentali sono anche neuronali”<sup>27</sup>. Più dettagliatamente Kandel, proponendo quale primo principio neuroscientifico l’inseparabilità tra mente e cervello, sostiene che “la mente è un insieme di operazioni eseguite dal cervello proprio come camminare è un insieme di operazioni eseguite dalle gambe, con la differenza che le prime sono palesemente più complesse”<sup>28</sup>.

Va comunque segnalata, a rigore scientifico, la presenza di voci che si distaccano da questo coro unanime e che per spiegare il funzionamento del cervello invocano l’esistenza di entità di coscienza autonome e irriducibili alla dimensione bio-fisiologica. In particolare nel contesto della filosofia della mente, il dibattito sul rapporto tra processi neurofisiologici e processi mentali sembra caratterizzato tuttora da un consistente “gap esplicativo”<sup>29</sup> che ne rende ardua ed estremamente congetturale una traduzione diretta ed esaustiva<sup>30</sup>. Il dilemma sembra così esplicitarsi tra posizioni per cui i diversi livelli interpretativi sui quali mentale e fisico si pongono, appaiono di principio

---

<sup>23</sup> È possibile individuare tre orientamenti teorici, quello olista, locazionista e modulare, che pur accomunati dal considerare le funzioni cerebrali mediate dalla struttura anatomica, ne forniscono modelli espliciti diversi. Cfr. F. Frabboni, F. Pinto Minerva, *Manuale di pedagogia generale*, cit., pp. 235-240

<sup>24</sup> F. Frabboni, F. Pinto Minerva, *Manuale di pedagogia generale*, cit., p. 243

<sup>25</sup> E.R. Kandel, *La nuova scienza della mente*, in “Mente & Cervello”, anno IV, n. 23, settembre-ottobre 2006, p. 68

<sup>26</sup> *Ivi*, p. 72

<sup>27</sup> A. Pagnini, *Eric Kandel. Psicoanalisi molecolare*, in “Il Sole-24 Ore”, 15 Luglio 2007 n. 192, p. 34

<sup>28</sup> E.R. Kandel, *La nuova scienza della mente*, cit. p. 68

<sup>29</sup> Cfr. A. Oliverio, *Prima lezione di neuroscienze*, cit. pp. 130-137

<sup>30</sup> Per una trattazione più dettagliata sul rapporto mente-corpo proponente le varie posizioni dei filosofi della mente, cfr. A. De Palma, G. Pareti, *Mente e corpo. Dai dilemmi della filosofia alle ipotesi della neuroscienza*, Torino, Bollati Boringhieri, 2004

irriducibili<sup>31</sup>, e posizioni per le quali questa apparente autonomia è destinata a dissolversi con l'avanzare delle neuroscienze e della comprensione neurobiologica dei processi cerebrali<sup>32</sup>. In continuità e coerenza con quest'ultima prospettiva va comunque riconosciuto, al di là delle diversità di opinioni, che le neuroscienze, mediante ricerche e riflessioni sulla “materia della mente”<sup>33</sup> vengono di fatto a sancire l'interrelazione dinamica tra attività mentale e fenomenologia neurocelebrale.

Pertanto, come sottolinea Daniel Dennet, risulta ormai fuorviante credere che abbia un senso chiedersi se ogni stato mentale, individuato da una certa descrizione psicologica, sia identico o meno a un qualche stato fisico<sup>34</sup>. In realtà, argomenta lo studioso, “l'intera questione è mal posta”, perché un'analisi del linguaggio mostra che “i termini mentali non sono «referenziali»”<sup>35</sup>, non hanno cioè un riferimento, e perciò non ha senso chiedersi se il fenomeno a cui si riferirebbero sia identico o no a un fenomeno fisico.

---

<sup>31</sup> In tale prospettiva considerata di “ritorno al dualismo” vengono a collocarsi, K.R. Popper, J.C. Eccles, e D. Chalmers. Cfr. S. Nannini, *L'anima e il corpo. Un'introduzione storica alla filosofia della mente*, Roma-Bari, Laterza, 2002, pp. 147- 156

<sup>32</sup> Tra gli esponenti di una tale posizione teorica meritano menzione John Searle, Paul Churchland e Daniel Dennet. Searle è famoso soprattutto per la teoria del “naturalismo biologico” con cui viene a respingere sia il dualismo che il materialismo sostituendoli con una teoria della coscienza che è al contempo biologica e non riduzionista. Cfr. J.R. Searle, *Biological Naturalism*, in <<http://Socrates.berkeley.edu/~jsearle/articles.htm>>; allo stesso riferimento sitografico si vedano inoltre gli articoli di Searle: *Why I Am Not a Property Dualist*, e *Dualism Revisited*. Per un'esposizione completa del pensiero del filosofo della mente cfr. J.R. Searle, *La mente*, Milano, Raffaello Cortina, 2005. Paul Churchland, sostenitore del cosiddetto “materialismo eliminativo”, oppone alla psicologia del senso comune un modello di mente che fa riferimento a un sostrato materiale basato su un'architettura di tipo connessionistico, ossia realizzata per mezzo di reti neurali. Cfr. P. Churchland, *La natura della mente e la struttura della scienza. Una prospettiva neurocomputazionale*, Bologna, Il Mulino, 1992. Dennet dal canto suo, oppone al cosiddetto “Modello del Teatro Cartesiano” che prevede un luogo centrale dove “tutto converge” per essere esaminato da un osservatore privilegiato, quello delle “Molteplici Versioni” costituito da un certo numero di circuiti in stretta interconnessione tra loro che operano in parallelo. Secondo tale concezione, l'unità dell'esperienza cosciente non viene ottenuta riconducendo l'attività dei diversi moduli in cui può essere idealmente suddivisa la corteccia cerebrale a un centro finale, che agisce da “collettore”, bensì deriva dal loro funzionamento strettamente integrato e interdipendente. Cfr. D. Dennet, *Coscienza. Che cos'è?*, Milano, Rizzoli, 1993

<sup>33</sup> Cfr. G.M. Edelman, *Sulla materia della mente*, cit.

<sup>34</sup> Cfr. D. Dennet, *Contenuto e coscienza*, Bologna, Il Mulino, 1992

<sup>35</sup> *Ivi*, p. 29

In tal senso, prospetta Dennet, come non ha senso sollevare un problema ontologico sull'esistenza o meno della voce come entità distinta dalla laringe, in modo analogo è altrettanto privo di senso chiedersi se la mente sia o meno identica al corpo<sup>36</sup>. Dello stesso avviso è Alberto Oliverio che a tal riguardo sostiene: “non si può fare a meno di incorrere in semplificazioni nel momento in cui [...] si separa la mente dal corpo, immaginando che il cervello proceda senza avere relazioni con il corpo, il sistema immunitario, il sistema endocrino”<sup>37</sup>. Una diretta conferma di ciò proviene dagli studi di psico-neuro-immunologia che, venendo a dimostrare in modo qualitativo la forte ricaduta che il vissuto del paziente ha sui suoi marcatori biologici, assegnano valore e credibilità a quanto fenomenologicamente, in termini di vissutità, si andava già riconoscendo: mente e corpo rispondono contemporaneamente a qualsiasi tipo di sollecitazione, non potendosi dare una risposta senza l'altra, non potendo disgiungersi<sup>38</sup>. Pertanto, è possibile ritenere ormai acquisito, come sottolinea Gardner, che “tutto ciò che avviene nella mente [...] è prodotto da un cervello situato in un corpo umano che si sviluppa in un ambiente umano in perenne cambiamento”<sup>39</sup>.

Un'ulteriore voce autorevole con cui si viene ad esprimere la concezione dell'unitarietà mente-corpo sancita dalle neuroscienze è quella di Antonio Damasio. Il neuroscienziato portoghese, infatti, rompendo nettamente con una tradizione che vuole la mente ben distinta dal corpo, delinea una “prospettiva integrata” in base a cui il cervello non può essere studiato senza tener conto dell'organismo a cui appartiene e dei suoi rapporti con l'ambiente. Nel dettaglio Damasio, partendo da interrogativi incentrati sul “Perché mai abbiamo bisogno di un “livello mentale” delle operazioni cerebrali, e non

---

<sup>36</sup> Cfr. D. Dennet, *Contenuto e coscienza*, cit., pp. 20-36. L'esempio della ‘voce’ si basa sul presupposto che tale parola non è referenziale. Infatti, sebbene la voce stessa non sia identica alla laringe, come è dimostrato dal fatto che si può perdere la prima senza perdere la seconda, a nessuno verrebbe in mente di sollevare un problema ontologico sull'esistenza o meno della voce come entità distinta dalla laringe.

<sup>37</sup> A. Oliverio, *Cure dell'anima e cure del corpo*, cit., p. 84

<sup>38</sup> Cfr. A. Oliverio, A. Oliverio, *Nei labirinti della mente*, Roma-Bari, Laterza, 1998, pp. 119-144; cfr. K. Bechter, K. Gaschler, *Tra il corpo e la mente*, in “Mente & Cervello”, anno III, n. 16, luglio-agosto 2005, pp. 50-57

<sup>39</sup> H. Gardner, *Sapere per comprendere. Discipline di studio e discipline della mente*, cit., p. 79

possiamo farci bastare il semplice “livello delle mappe neurali” attualmente descritto grazie agli strumenti delle neuroscienze?”<sup>40</sup>, sottolinea come la mente “non solo deve muovere da un cogito non fisico al regno dei tessuti biologici, ma deve anche essere correlata con un organismo intero, in possesso di un cervello e di un corpo integrati e in piena interazione con un ambiente fisico e sociale”<sup>41</sup>. Pertanto risulta fondamentale comprendere che, prospetta lo studioso, “la mente emerge da (o all’interno di) un cervello situato in un corpo, con il quale interagisce; che grazie alla mediazione del cervello la mente è radicata nel corpo vero e proprio; che essa è conservata nell’evoluzione perché contribuisce al mantenimento di quel corpo; e, infine, che la mente emerge da (o all’interno di) un tessuto biologico - le cellule nervose - che condivide le stesse caratteristiche valide per definire gli altri tessuti del corpo”<sup>42</sup>.

In definitiva le neuroscienze, proprio in questa loro capacità di rilevare come i processi mentali siano il prodotto dell’organizzazione e della funzionalità del sistema nervoso e come questa, a sua volta, si costruisca all’interno delle relazioni di scambio che il sistema nervoso intrattiene con l’ambiente, vengono a prospettare, ribadendo il proprio ruolo di motivo unificante tra la medicina e la pedagogia, una rivisitazione della voce mente-corpo del paradigma della ricerca pedagogica.

### 3.1.2. La plasticità della mente

L’ulteriore nucleo tematico da precisare concerne, come già segnalato, la plasticità della mente la quale implica e rinvia, a sua volta, all’interazione dinamica natura-cultura, individualità-esperienza<sup>43</sup>. In una tale prospettiva, nel

---

<sup>40</sup> A. Damasio, *Alla ricerca di Spinoza. Emozioni, sentimenti e cervello*, Milano, Adelphi, 2003, p. 248

<sup>41</sup> A. Damasio, *L’errore di Cartesio. Emozioni, ragione e cervello umano*, Milano, Adelphi, 1995, p. 341

<sup>42</sup> A. Damasio, *Alla ricerca di Spinoza. Emozioni, sentimenti e cervello*, cit., pp. 228-229

<sup>43</sup> “La plasticità - spiega Flavia Santoianni - è, dunque una caratteristica intrinseca del processo di sviluppo; non un prodotto del programma genetico o di specifiche stimolazioni apprenditive, ma il risultato dell’incontro contingente, temporalmente definito e continuamente rinnovantesi, tra natura e ambiente”. F. Santoianni, *Le prospettive epigenetiche*, in E. Frauenfelder, F. Santoianni, M. Striano, *Introduzione alle scienze bioeducative*, Roma-Bari, Laterza, 2004, p. 53

considerare “i mattoni con cui si sono edificate le neuroscienze: il neurone e i mediatori, lo sviluppo e l’evoluzione del sistema nervoso, [...], l’emozione, l’apprendimento e la memoria”<sup>44</sup>, l’intento non è quello di riproporre l’analisi neuroscientifica dell’organizzazione del cervello quanto di evidenziare, seppur brevemente, le modalità che consentono lo sviluppo delle strutture e funzioni cerebrali, nella consapevolezza che le questioni sulle quali si farà qui discorso sono ben lontane dall’esaurire l’enorme complessità della ricerca neuroscientifica contemporanea<sup>45</sup>.

Prodotto di complesse dinamiche selettive, il cervello risulta connotato di “plasticità”, cioè caratterizzato dalle incessanti interazioni tra livello anatomico (le sinapsi) e fisiologico (l’attività elettrica e biochimica), nonché dalla dipendenza dei due livelli insieme dalle sollecitazioni ambientali<sup>46</sup>. Pertanto è una condizione per cui, come sottolinea Boncinelli, “con lo stesso identico cervello anatomico si possono avere fisiologie, cioè modi di funzionamento, diverse. E con un cervello identico sia anatomicamente sia fisiologicamente è possibile avere comportamenti e identità individuali completamente diversi”<sup>47</sup>.

In prima istanza, dunque, risulta ormai difficilmente negabile che il cervello umano non potrebbe assolvere le proprie funzioni se non fosse un sistema fisico altamente complesso costituito all’incirca da cento miliardi di neuroni ciascuno dei quali può essere collegato, mediante sinapsi, ad almeno altri mille per un numero potenziale massimo di connessioni dell’ordine di grandezza di centomila miliardi<sup>48</sup>. In un tale scenario, precisa Boncinelli, “sono proprio le interconnessioni ciò che più conta” ovvero i “milioni di miliardi di sinapsi che formano le reti neuronali dove hanno sede la memoria, la capacità

---

<sup>44</sup> A. Oliverio, *Prima lezione di neuroscienze*, cit., p. 109

<sup>45</sup> Per un’analisi più dettagliata sulle neuroscienze cfr. E.R. Kandel, J.H. Schwartz, T.M. Jessel, *Fondamenti delle neuroscienze e del comportamento*, cit.

<sup>46</sup> Cfr. A. Oliverio, *Prima lezione di neuroscienze*, cit., pp. 51- 58; cfr. inoltre LeDoux J., *Il sé sinaptico. Come il cervello ci fa diventare quello che siamo*, Milano, Raffaello Cortina, 2002

<sup>47</sup> E. Boncinelli, U. Galimberti, G.M. Pace, *E ora? La dimensione umana e le sfide della scienza*, cit., pp. 21-22

<sup>48</sup> Cfr. A. Oliverio, *Prima lezione di neuroscienze*, cit., p. 40

di apprendere, la coscienza, in una parola: la mente”<sup>49</sup>. Ciò che consente la costruzione di processi mentali non attiene, però, solo la natura dei processi elettrochimici e meccanici che avvengono nei singoli neuroni o nelle singole sinapsi, quanto piuttosto la forma della complessa rete neuronale. Infatti pur riconoscendo che “i geni hanno un ruolo importante in quanto stabiliscono un insieme di caratteristiche del cervello e del comportamento, ma la loro azione dipende da un’interazione con l’ambiente: per questo motivo, ogni singolo sistema nervoso rappresenta un esemplare unico, irripetibile”<sup>50</sup>.

I meccanismi che portano alla formazione delle connessioni nervose sono pertanto regolati sia da informazioni genetiche che garantiscono l’organizzazione generale delle strutture cerebrali, sia delle esperienze dell’individuo che attraverso l’attivazione di circuiti nervosi specifici di per sé plastici<sup>51</sup>, influenzano direttamente la creazione, il mantenimento e il rafforzamento dei collegamenti neuronali che formano il substrato della nostra mente. Le esperienze possono quindi influenzare in maniera significativa le connessioni neuronali e l’organizzazione delle attività del cervello.

Una tale prospettiva consente allora di definire, riprendendo Fritjof Capra, “L’organo della mentalizzazione neurale – il cervello e il suo sistema nervoso – un sistema vivente altamente complesso, pluristratificato e multidimensionale [...]. Dopo il primo anno di crescita – commenta l’epistemologo - non si producono più nuovi neuroni, eppure mutamenti plastici proseguiranno per il resto della sua vita. Al mutare dell’ambiente il cervello modella se stesso in risposta a questi mutamenti, e ogni volta che esso subisce lesioni il sistema mette in atto adattamenti molto rapidi. È impossibile

---

<sup>49</sup> E. Boncinelli, U. Galimberti, G.M. Pace, *E ora? La dimensione umana e le sfide della scienza*, cit., p. 22

<sup>50</sup> A. Oliverio, *Prima lezione di neuroscienze*, cit., p. 42

<sup>51</sup> La plasticità è in primo luogo, spiega Oliverio, “una caratteristica saliente di tutte le cellule nervose, dotate del potenziale di reagire agli stimoli, di cessare di reagire – cioè abituarsi -, di modificare la loro funzione in maniera più o meno permanente, cioè memorizzare e riconoscere gli stimoli. [si tratta di] alterazioni della funzione – modifiche biochimiche – o della struttura cellulare – variazioni nella forma e numero dei prolungamenti cellulari, i dendriti”. A. Oliverio, *Nei labirinti della mente*, cit., p. 8

consumarlo; al contrario, quanto più lo si usa, tanto più efficace esso diventa”<sup>52</sup>.

Una tale ipotesi, basata sull'assunto che la mente umana sia un'organizzazione del cervello, costituitasi in esso e costantemente soggetta a complessificazioni sotto la pressione dell'esperienza, è stata resa sensibilmente più plausibile dalle tecniche di indagine neurologica<sup>53</sup>, dalla costruzione di reti neurali<sup>54</sup> e soprattutto fondata dalla teoria dei 'gruppi neuronali' proposta da neuroscienziati come J.P. Changeux e G.B. Edelman che, al di là delle differenze, prospettano un cervello umano operante continuamente revisioni e riaggiustamenti delle sue mappe neurologiche.

Jean-Pierre Changeux, nel tracciare il profilo dell'“uomo neuronale” fondamentalmente basato sulla teoria dell'“epigenesi per stabilizzazione selettiva”<sup>55</sup>, considera le manifestazioni del pensiero un prodotto derivante e strettamente collegato alla sua complessa organizzazione neuronale. La “macchina cerebrale” viene infatti da lui intesa come “assemblaggio di neuroni” e dominata da “meccanismi cellulari che consentono di passare da un livello all'altro, [ossia] di disseccare e poi ricostruire gli ‘oggetti mentali’ a

---

<sup>52</sup> F. Capra, *Il punto di svolta. Scienza, società e cultura emergente*, Milano, Feltrinelli, 2007, p. 243

<sup>53</sup> L'oggettiva visibilità garantita dal raffinamento delle tecniche di “brain imaging” basate sull'osservazione in diretta dei processi cerebrali, ha reso ‘trasparenti’ i processi neurofisiologici dando vita a rappresentazioni estremamente raffinate della fisiologia e della plasticità del cervello. Infatti tali immagini, permettendo di distinguere, per una diversa colorazione, le aree corticali attive mentre il soggetto sta compiendo certe azioni o sta provando certe sensazioni o avendo certe percezioni, permettono di seguire dal vivo le variazioni morfologiche delle sinapsi e al contempo di scoprire quali sono gli stimoli, le esperienze, gli eventi che inducono certi rimodellamenti. Ne consegue la possibilità di conoscere sempre di più come funziona il cervello, a quale morfologia corrisponde un pensiero oppure un'azione, se queste modificazioni sono definitive, temporanee, suscettibili di ulteriori modifiche. Cfr. D. Dobbs, *Frenologia o realtà?*, in “Mente & Cervello”, anno III, n. 16, luglio-agosto 2005, pp. 80-85

<sup>54</sup> Le ‘reti neuronali’, traduzione di ‘neural networks’, attongono alle reti artificiali simulate al computer nell'ambito gli studi sull'Intelligenza Artificiale (I.A.) e possono essere usate per molteplici scopi; per esempio Domenico Parisi le ha usate in Italia per simulare l'evoluzione biologica, dando un grosso contributo agli studi sulla ‘vita artificiale’. Per una presentazione delle reti neuronali e della loro applicazione a vari ambiti di ricerca cfr. D. Parisi, *Intervista sulle reti neurali. Cervello e macchine intelligenti*, Bologna, Il Mulino, 1989; D. Parisi, *Mente. I nuovi modelli della vita artificiale*, Bologna, Il Mulino, 1999

<sup>55</sup> Cfr. J.P. Changeux, *L'uomo neuronale*, Milano, Feltrinelli, 1990

partire da attività elementari di insiemi e definiti neuroni”<sup>56</sup>. Per Changeux, l’oggetto mentale pertanto si costruisce attraverso “meccanismi cellulari” e “si identifica con lo stato fisico creato dall’entrata in attività (elettrica o chimica), correlata e transitoria, di una larga popolazione o ‘assemblea’ di neuroni distribuiti a livello di più aree corticali definite”<sup>57</sup>. “La concezione del percetto a cui si giunge è, dunque, a un tempo topologica, perché concerne insiemi definiti di neuroni, e dinamica, poiché si fonda sulla loro entrata in attività”<sup>58</sup>. In sintesi, secondo Changeux i circuiti cerebrali si sviluppano con modalità che sono direttamente legate alla loro attivazione.

Per quanto concerne il contributo offerto da Gerald Edelman al definirsi della plasticità della mente famosa è la Teoria della Selezione dei Gruppi Neuronal (TSGN), che egli propone nel tentativo di costruire un modello dettagliato delle strutture e dei processi che sono alla base delle facoltà cognitive<sup>59</sup>. Detta teoria basata sul cosiddetto “darwinismo neuronale”<sup>60</sup>, ossia sull’idea secondo la quale le funzioni cerebrali superiori sarebbero il risultato di una selezione filogenetica, ontogenetica ed epigenetica, si fonda su tre concetti fondamentali<sup>61</sup>: sulla “selezione in fase di sviluppo” ovvero su un processo che, coinvolgendo e selezionando gruppi di neuroni impegnati in una competizione topobiologica<sup>62</sup>, porta alla formazione delle caratteristiche neuroanatomiche di una data specie. Sulla “selezione esperienziale” ovvero su

---

<sup>56</sup> J.P. Changeux, *L'uomo neuronale*, p. 182

<sup>57</sup> *Ivi*, p. 186

<sup>58</sup> *Ivi*, p. 185; L’ipotesi del neuroscienziato contempla, oltre la formazione del percetto, (un oggetto mentale ottenuto dall’interazione con l’ambiente), quello di immagini della memoria (assemblee neuronali derivanti dai percetti, dalle quali sono «potati» molti neuroni delle aree sensoriali, ma che sono rese stabili nel cervello) e dei concetti (anch’essi immagini di memoria, ma più generali, risultanti sia da una componente sensoriale più debole, comprendente neuroni tratti da aree di differente specificità senso-motrice, sia da neuroni di altre aree). Cfr. *Ivi*, pp. 186-187

<sup>59</sup> Cfr. G.M. Edelman, *Sulla materia della mente*, cit.

<sup>60</sup> Cfr. G.M. Edelman, *Darwinismo neuronale*, Torino, Einaudi, 1997

<sup>61</sup> G.M. Edelman, *Sulla materia della mente*, cit., pp. 132 -136

<sup>62</sup> Questo neologismo è stato coniato da Edelman per definire lo studio della regolazione dello sviluppo embrionale dipendente dalla posizione delle cellule. Come recita la voce del glossario, “Il problema fondamentale della topobiologia è stabilire in che modo, durante lo sviluppo, cellule di tipi diversi vengono sistemate nel tempo o nella sede opportuna per generare la configurazione tissutale specie-specifica e la forma dell’animale” G.M. Edelman, *Topobiologia. Introduzione all’embriologia molecolare*, Milano, Bollati Boringhieri, 1993, p. 265

un processo selettivo, determinato dal comportamento, che rafforza o indebolisce popolazioni di sinapsi e porta alla formazione di molti circuiti nervosi. Infine sul cosiddetto “rientro”, un processo, basilare per la categorizzazione percettuale, per mezzo del quale nel corso del tempo si verifica la connessione tra mappe diverse attraverso una selezione e connessione parallela di gruppi neuronali situati in varie aree.

Nel prospettarsi della TSGN e dell'ipotesi che i diversi gruppi di neuroni interagiscano con “segnalazioni rientranti” per formare mappe cerebrali di rappresentazione del mondo e di azione, ciò che risulta importante evidenziare al fine di far emergere il carattere plastico della mente nonché l'interazione natura-cultura, inerisce come lo sviluppo del cervello non avviene in termini di istruzioni preesistenti, che indichino quale tipo di struttura e di organizzazione debba essere costruito. Il cervello è infatti dotato sin dalla nascita di una sovrabbondanza di neuroni e si organizza attraverso un meccanismo, di darwiniana memoria, per cui a seconda del grado di effettivo utilizzo, alcuni gruppi di neuroni muoiono, altri sopravvivono e si rafforzano. Guardando “in quest'ottica alle diverse funzioni del cervello e alle diverse attività mentali – commenta Oliverio – si può giungere a una concezione meno meccanicistica della mente, una concezione in cui i fattori genetici e quelli legati all'esperienza, si fondono tra di loro e in cui la mente non risponde a un ‘istruzionismo’ ma a criteri fortemente plastici”<sup>63</sup>.

In sintesi, considerando l'operazione di fondo compiuta dai due neuroscienziati centrata sull'analisi e descrizione delle modalità dei processi selettivi che determinano l'eliminazione o la sopravvivenza dei neuroni, due sono i meccanismi che regolano il processo di plasticità della mente e che risultano sottesi ai processi di apprendimento, alla memoria e alle emozioni: il processo di “germogliamento” (sprouting) della connettività sinaptica ed il contemporaneo processo di “potatura” (pruning) delle connessioni neuronali in rapporto all'incidenza delle stimolazioni ambientali sulla formazione della

---

<sup>63</sup> A. Oliverio, *Esplorare la mente. Il cervello tra filosofia e biologia*, Milano, Raffaello Cortina, 1999, p. 170

mente. In pratica, a fronte di una “ridondanza”<sup>64</sup> di neuroni di cui è dotato il cervello alla nascita, le esperienze contribuiscono a plasmarne le strutture provocando l’attivazione di determinati circuiti, consolidando collegamenti preesistenti e inducendo la creazione di nuove sinapsi. Le esperienze, in tal modo, inducendo una maggiore attività neuronale che favorisce il “germogliamento”<sup>65</sup> ovvero una maggiore densità delle connessioni sinaptiche, determinano il configurarsi della crescita e della differenziazione del cervello come processi “attività-dipendenti”<sup>66</sup>. Al contrario, l’assenza di esperienze può portare a fenomeni di morte cellulare, ovvero al processo di “potatura”<sup>67</sup>, che favorendo l’eliminazione degli elementi che non vengono utilizzati, connota lo sviluppo del cervello come un processo “esperienza-dipendente”<sup>68</sup>. In ultima istanza e parallelamente ai primi due, un ulteriore aspetto che consente di cogliere la plasticità nervosa e comportamentale attiene al cosiddetto “processo di compensazione” ovvero quel processo che, in situazioni di lesioni cerebrali, implica “una mobilità ed interscambiabilità delle funzioni”<sup>69</sup> tra le aree cerebrali compensando appunto le attività normalmente svolte da centri in tal caso danneggiati<sup>70</sup>.

A fronte di quanto sinora esposto, volendone trarre delle considerazioni tanto di carattere generale quanto di natura più specificamente pedagogica, si

<sup>64</sup> A. Oliverio, A. Oliverio, *Nei labirinti della mente*, cit., p. 10

<sup>65</sup> Cfr. E. Frauenfelder, *I fondamenti epistemologici delle scienze bioeducative*, in E. Frauenfelder, F. Santoianni, M. Striano, *Introduzione alle scienze bioeducative*, cit., p. 21

<sup>66</sup> E. Mannese, *La pedagogia clinica tra scienze umane e neuroscienze*, Roma, Anicia, 2002, p. 53

<sup>67</sup> Tale concetto sta ad indicare, come precisa Oliverio, il processo per cui “I circuiti nervosi, i dendriti e le innumerevoli sinapsi del cervello di un bambino piccolo possono essere paragonati alla chioma di un albero enorme, ricca e folta, che non è stata ancora plasmata dal lavoro del giardiniere: dopo la potatura essa assumerà una forma più definitiva, che però continuerà a variare sulla base delle potature successive che si verificano nel corso di tutta la vita del cervello. La potatura delle sinapsi dei circuiti cerebrali è in gran parte legata a una competizione tra i neuroni: quei neuroni e quelle sinapsi che si affermano, vale a dire che vengono rafforzati dalle esperienze che essi registrano, avranno la meglio su altri neuroni e sinapsi che invece decadranno, saranno eliminati o potati che dir si voglia”. A. Oliverio, *Prima lezione di neuroscienze*, cit., p. 49

<sup>68</sup> E. Mannese, *La pedagogia clinica tra scienze umane e neuroscienze*, cit., p. 58

<sup>69</sup> A. Oliverio, A. Oliverio, *Nei labirinti della mente*, cit., p. 7

<sup>70</sup> Per citare un esempio: “se le aree frontali o temporali dell’emisfero sinistro sono danneggiate nel corso dei primi mesi di vita ma in molti casi sino a circa il secondo-terzo anno, la corteccia dell’emisfero destro è in grado di assumersi le funzioni linguistiche che dipendono normalmente dall’emisfero sinistro”. A. Oliverio, *Prima lezione di neuroscienze*, cit., p. 52

può innanzitutto convenire con Raffaele Laporta nel ritenere: “Che le basi biologiche della personalità possano essere ricostruite attraverso lo studio comparato fra la nostra specie e quelle ad essa più prossime evolutivamente e che, comunque, esse vadano rintracciate nel sistema nervoso centrale del singolo individuo, non sembra più dubbio. Pare altrettanto indubbio – prosegue il pedagogista - che il loro sviluppo dipenda, soprattutto, dal rapporto dell’individuo con il suo medium naturale e sociale”<sup>71</sup>, considerando che, come sottolinea Edelman, “le configurazioni di risposta del sistema nervoso dipendono dalla storia individuale di ogni sistema, perché è soltanto attraverso *le interazioni con il mondo* che si selezionano le configurazioni di risposta convenienti”<sup>72</sup>. Inoltre, come fanno notare Guido Bertolini e Mario Ceruti, l’assunzione di “questa immagine coevolutiva del sistema nervoso mette in discussione le tradizionali metafore volte a separare l’interno e l’esterno, l’organismo e l’ambiente”<sup>73</sup> permettendo contestualmente, di evidenziare come “la costituzione genetica degli organismi - sostiene Frauenfelder - rappresenta la natura dell’organismo stesso strutturata dinamicamente”<sup>74</sup> in relazione al vasto campo di eventi che lo conduce a svilupparsi.

Da una prospettiva pedagogica, dunque, “il complesso gioco che si instaura fra cervello-mente-ambiente”<sup>75</sup> risulta fondamentale poiché “sottolinea la funzione centrale della stimolazione ambientale – e quindi dell’*esperienza* – nella formazione di vaste zone dell’encefalo della specie umana”<sup>76</sup>. Detto in altri termini, ciò significa riconoscere il ruolo che gli apporti di tipo culturale, formativo ed educativo vengono a giocare nella diversificazione e

---

<sup>71</sup> R. Laporta, *Persona (formazione della) dal punto di vista paidetico*, cit., p. 223

<sup>72</sup> G.M. Edelman, *Sulla materia della mente*, cit., p. 349. Sul “modello selettivo” proposto dal neuroscienziato in base a cui “il cervello è un sistema dinamico, che emerge da un’interazione selettiva col mondo”, cfr. G.M. Edelman, *Costruire un’immagine del cervello*, in P. Donghi (a cura di), *Limiti e frontiere della scienza*, Roma-Bari, Laterza, 1999, pp. 172 sgg.

<sup>73</sup> G. Bertolini, M. Ceruti, *Identità e cambiamento. Un capovolgimento ontologico*, in G. Bertolini (a cura di), *Diventare medici. Il problema della conoscenza in medicina e nella formazione del medico*, cit., p. 47

<sup>74</sup> E. Frauenfelder, *Un approccio bio-pedagogico al problema della formazione*, in F. Cambi, E. Frauenfelder (a cura di), *La formazione. Studi di pedagogia critica*, Milano, Unicopli, 1994, p. 187

<sup>75</sup> F. Frabboni, F. Pinto Minerva, *Manuale di pedagogia generale*, cit., p. 215

<sup>76</sup> *Ibidem*

differenziazione dell'identità biologica e nella complessificazione dei processi di costruzione della conoscenza. Tali esperienze, infatti, possono svolgere un ruolo importante nel determinare non solo quali informazioni arrivano alla mente, ma anche le modalità con cui la mente sviluppa la capacità di elaborare tali informazioni<sup>77</sup>.

Ne consegue che, come sottolinea Elisa Frauenfelder, “la pedagogia non può fermarsi a livello di engrammi neurotici, in quanto appare abbastanza chiaramente che l'attività del cervello a livello profondo si manifesta intrinsecamente legata al laboratorio esterno dell'attività individuale: il sistema neurotico opera per ‘estrazione selettiva’ una funzione di organizzazione ‘elettiva’ che ha, tuttavia, come sua condizione un ambiente spazio-temporale definito. In qual modo, dunque, e sotto quali condizioni si sviluppa l'organizzazione delle informazioni diviene – conclude la pedagoga - problema squisitamente pedagogico”<sup>78</sup>.

Le neuroscienze, pertanto, nell'evidenziare che le esperienze, alterando l'attività e la natura delle connessioni neuronali, plasmano in maniera diretta i circuiti su cui si basano i processi di apprendimento, della memoria e delle emozioni e, conseguenzialmente, permettendo di considerare l'esperienza interpersonale e neurobiologica tra loro integrate, vengono a proporsi come chiave di lettura imprescindibile alla progettazione e gestione dell'intervento pedagogico investendo, al contempo, tale sapere in una revisione dei concetti di istruzione, educazione e formazione<sup>79</sup> nonché in una riconfigurazione degli ambienti intenzionalmente deputati a tal fine. È possibile, dunque, sostenere che le neuroscienze vengono ad investire la pedagogia da una doppia angolazione: in prima istanza ineriscono la conoscenza del suo oggetto d'indagine ovvero il soggetto in formazione ed i relativi processi di costruzione della conoscenza; in seconda istanza interessano, data la plasticità neuro-bio-

---

<sup>77</sup> Risulta ormai chiaramente noto come “l'architettura nervosa possa essere sovvertita dai messaggi periferici” A. Oliverio, *Prima lezione di neuroscienze*, cit., p. 137

<sup>78</sup> E. Frauenfelder Zeoli, *L'equivoco scientifico di un rapporto falsato: pedagogia e biologia*, in O. De Santis, R. Fadda, E. Frauenfelder, A. Porcheddu, *Gli incontri mancati. Materiali per la formazione del pedagoga*, Milano, Unicopli, 1990, pp. 118-119

<sup>79</sup> Cfr. E. Frauenfelder, F. Santoianni, M. Striano, *Introduzione alle scienze bioeducative*, cit.

fisiologica dello sviluppo, le direzioni della progettazione intenzionale della pedagogia nella strutturazione di contesti di apprendimento.

Le neuroscienze, in definitiva, venendo a prospettare la mente come uno strumento di alto valore “selettivo” in grado di ricevere, memorizzare, elaborare e riutilizzare le stimolazioni ambientali al fine di progettare, guidare e controllare le sue attività bio-fisiche, consentono l’instaurarsi di un incontro biunivoco e pluridirezionale tra la pedagogia e la medicina producendo una rivisitazione di quei fattori che, individuandone la complementarità, legano e in qualche modo indirizzano la formazione dell’essere umano, come nel caso dell’apprendimento, della memoria e delle emozioni.

### **3.2. L’apprendimento**

Uno dei punti in cui il mondo della formazione e quello delle scienze mediche neuroscientifiche si fa reciprocamente tangente attiene l’apprendimento. Infatti, se per un verso tale processo e con esso la formazione si lega, in modo inestricabile, alla ‘disponibilità’ degli individui ad essere formati ovvero alla plasticità cerebrale, dall’altro va riconosciuto che è proprio nei contesti, negli ambienti e nelle relazioni dell’educazione, della formazione e dell’istruzione che la mente attiva il proprio potenziale apprenditivo attraverso specifiche reti neurali, in specifici organismi, in specifici tempi e luoghi. Ne consegue che quanto viene confermato dalle neuroscienze in riferimento alle potenzialità apprenditive del cervello per cui, come ben sintetizza Edoardo Boncinelli, “il nostro cervello si sviluppa per tutta la vita, perché per tutta la vita siamo in grado di imparare cose nuove”<sup>80</sup>, viene a prospettarsi per la pedagogia come compito “di individuare le condizioni capaci di produrre menti umane più ricche, più forti, più fiduciose”<sup>81</sup>.

Un primo importante segnale che va in tal senso e permette, dunque, di proporre una connessione stretta tra neuroscienze e pedagogia incentrata

---

<sup>80</sup> E. Boncinelli, *A caccia di geni*, Roma, Di Renzo, 1996, p. 64

<sup>81</sup> J. Bruner, *Alla ricerca della mente. Autobiografia intellettuale*, Roma, Armando, 1984, p. 147

sull'apprendimento, si riferisce alla possibilità di definire la plasticità della mente, nei suoi connotati di modificabilità delle reti neuronali e di disponibilità all'apprendimento, nei termini di educabilità<sup>82</sup>. Come ha infatti evidenziato Franca Pinto Minerva “Il «farsi epigenetico» del cervello, la sua *plasticità* e *capacità di cambiamento* in rapporto agli stimoli provenienti dal contesto di vita del soggetto in formazione rendono irrinunciabile una razionale e intenzionale predisposizione di offerte formative in grado di stimolare e soddisfare il bisogno di apprendimento, di informazione e di comunicazione che [...] incidono in forma talora irreversibile sulla possibilità di realizzare quella ricca rete di interconnessioni sinaptiche che è condizione di produttività cognitiva<sup>83</sup>.”

Naturalmente ciò non si traduce in una esclusiva attenzione da parte della pedagogia verso le condizioni ambientali promuoventi l'apprendimento, ma implica una focalizzazione d'interesse verso l'intero spettro delle “condizioni di educabilità”<sup>84</sup> che emergono dalla continua interazione tra la plasticità cerebrale, l'attivazione dei processi apprenditivi e la predisposizione dei contesti di apprendimento. Molto opportunamente ha infatti sottolineato Elisa Frauenfelder che “Se il potenziale genetico è suscettibile di modellizzazione biodinamica da parte dell'ambiente esterno, la conoscenza del potenziale genetico qualitativamente differenziato diviene condizione fondamentale per la strutturazione degli ambienti di apprendimento”<sup>85</sup>. In quest'ottica, dunque, è l'intero circuito apprenditivo, basato sull'interazione dinamica tra sviluppo del cervello, processi apprenditivi e contesti di apprendimento, a costituirsi quale dimensione di intreccio reciproco tra il sapere medico e pedagogico. Ed è in questa prospettiva che l'interessamento pedagogico viene a dirigersi non solo verso l'educazione o la formazione ma anche per quello che, in prospettiva bioeducativa ed in chiave epigenetica, vengono a definirsi “fattori di

---

<sup>82</sup> Cfr. E. Frauenfelder, F. Santoianni, M. Striano, *Introduzione alle scienze bioeducative*, cit.

<sup>83</sup> F. Pinto Minerva, *Mente-cervello e ruolo formativo dei contesti di apprendimento*, in N. Filograsso (a cura di), *L'educazione della mente*, Milano, Franco Angeli, 2002, p. 73

<sup>84</sup> Cfr. F. Santoianni, *Le prospettive epigenetiche*, in E. Frauenfelder, F. Santoianni, M. Striano, *Introduzione alle scienze bioeducative*, cit., p. 47

<sup>85</sup> E. Frauenfelder, *I fondamenti epistemologici delle scienze bioeducative*, cit., p. 8

educabilità”<sup>86</sup>, riferendosi al “lento modificarsi della plasticità neurale, che attiva apprendimenti sempre più significativi in relazione all’età”<sup>87</sup>. In tal modo, non solo il potenziamento dell’espressione apprenditiva risulta legata alla modulazione epigenetica della connettività sinaptica, ma le stesse condizioni di educabilità vengono ad emergere dalla continua interazione plasticità-sviluppo focalizzandosi sulle ‘chances’ che l’ambiente ha di orientare e modulare i processi di crescita dei comportamenti individuali. Proprio il costituirsi di una simile coincidenza tra la modulazione epigenetica funzionale e strutturale del cervello legata allo sviluppo delle potenzialità apprenditive e lo stesso carattere bio-dinamico delle condizioni di educabilità, è ciò che, in sintesi, viene a sottolineare il carattere di frontiera interdisciplinare assunto dall’apprendimento.

A tal punto, andando oltre una spiegazione dei meccanismi e delle aree anatomiche sottese all’apprendimento dato che risulta ormai accertato, in prospettiva neurobiologica, che la produzione dei processi di apprendimento, come anche di memoria e di emozione, richiama l’intervento dell’ipotalamo, del midollo allungato e del sistema limbico<sup>88</sup>, ciò che si vuole evidenziare concerne soprattutto il carattere epigenetico dell’apprendimento e, pertanto, come l’attivarsi di tali sistemi, corrispondenti ad una complessificazione delle reti neuronali, rappresenti un aspetto vitale per l’individuo e sia legato all’ambiente.

---

<sup>86</sup> F. Santoianni, *Le prospettive epigenetiche*, cit., p. 54

<sup>87</sup> E. Frauenfelder, F. Santoianni, M. Striano, *Introduzione alle scienze bioeducative*, cit., p. XXI

<sup>88</sup> L’attività del cervello nel suo complesso è il risultato del contributo di un insieme di “sottosistemi”; tra questi il “sistema limbico”, che include la corteccia orbito-frontale, la corteccia cingolare anteriore e l’amigdala, svolge un ruolo essenziale nel coordinare le attività cerebrali. In particolare le regioni limbiche vengono a configurarsi come sede dei meccanismi che mediano emozioni, motivazioni e comportamenti diretti a scopi specifici; sono, inoltre, coinvolte nell’integrazione di tutta una serie di processi mentali fondamentali, come l’attribuzione di significati, l’elaborazione delle esperienze sociali (cognitività sociale) e la regolazione delle emozioni. Nelle aree centrali (verso l’interno, dietro le tempie) si trovano anche il lobo temporale mediale e l’ippocampo, che è ritenuto il principale responsabile delle forme conscie della memoria. Cfr. B. Gallo, *Neuroscienze e apprendimento*, cit., pp. 61- 67; sul sistema limbico cfr. H. Wicht, *Dai ricordi alle emozioni*, in “Mente & Cervello”, anno V, n. 30, giugno 2007, pp. 80-83

L'assunto da cui muove un tale intento si fonda sull'acquisizione, ormai sufficientemente condivisa, per cui lo sviluppo del cervello, la complessificazione delle reti neuronali “è strettamente collegato ai *processi apprenditivi* [...] che si realizzano nell'interazione fra genotipo e ambiente”<sup>89</sup>. Assumere una tale prospettiva implica, infatti, non solo il riconoscimento del carattere epigenetico dell'apprendimento per cui il sistema cognitivo umano risulta caratterizzato da reti neuronali che evolvono e si complessificano in base a dinamiche interattive, complesse e fortemente condizionate dalle esperienze apprenditive che il soggetto compie nel proprio ambiente<sup>90</sup>, ma mostra anche come “un ruolo centrale nel corso dell'ontogenesi viene acquisito, [...], dai processi dell'apprendimento, dall'insieme di conoscenze e competenze che il soggetto acquisisce ex novo, sulla base dell'esperienza”<sup>91</sup>.

Questa crucialità, esercitata dall'apprendimento nello sviluppo epigenetico dell'individuo<sup>92</sup>, ne decreta al contempo anche il suo “significato radicale”, ovvero il configurarsi dell'apprendimento come “condizione di vita”<sup>93</sup> per l'individuo, dalla cui efficacia viene a dipendere la sopravvivenza dell'organismo stesso. La specie umana, più d'ogni altra, è infatti caratterizzata, data la scarsa differenziazione cerebrale, da un lungo processo d'apprendimento<sup>94</sup> da cui vengono a dipendere “la costruzione della rete neuronica, l'accensione, la tenuta, la fluidità e la continua riformulazione delle interconnessioni sinaptiche”<sup>95</sup>. Ne consegue per il soggetto in formazione, come ha prospettato Raffaele Laporta, che “la capacità di sopravvivere si

---

<sup>89</sup> F. Frabboni, F. Pinto Minerva, *Manuale di pedagogia generale*, cit., p. 216

<sup>90</sup> Cfr. E.R. Kandel, J.H. Schwartz, T.M. Jessel, *Fondamenti delle neuroscienze e del comportamento*, cit., pp. 347-362

<sup>91</sup> F. Frabboni, F. Pinto Minerva, *Manuale di pedagogia generale*, cit., p. 252

<sup>92</sup> “Nell'epigenesi lo sviluppo individuale è caratterizzato da un aumento della complessità della sua organizzazione e dall'emergere di nuove proprietà e competenze strutturali e funzionali, in una molteplicità di livelli di analisi includenti il rapporto interattivo organismo-ambiente”. F. Santoianni, *Dov'è la mente?*, in F. Santoianni, M. Striano, *Immagini e teorie della mente. Prospettive pedagogiche*, cit., p. 117

<sup>93</sup> R. Laporta, *Il processo formativo interpretato e discusso*, in F. Cambi, Orefice P. (a cura di), *Fondamenti teorici del processo formativo*, Napoli, Liguori, 1996, p. 37

<sup>94</sup> Cfr. F. Pinto Minerva, *Mente-cervello e ruolo formativo dei contesti di apprendimento*, cit., pp. 64-65

<sup>95</sup> F. Frabboni, F. Pinto Minerva, *Manuale di pedagogia generale*, cit., p. 251

identifica con la *capacità di scegliere* e di fissare nell'organismo le soluzioni migliori. Questo è l'apprendimento, unica risorsa organica contro il rischio dell'esistenza"<sup>96</sup>. Stando a tale visione il cervello dell'uomo appare pertanto necessariamente predisposto "a *evolversi, crescere, modificarsi* attraverso l'*esperienza* e l'*apprendimento*, nella direzione di una più proficua ottimizzazione delle sue prestazioni"<sup>97</sup>. Tuttavia un tale quadro necessitante non va colto in una prospettiva limitante; anzi come propone Oliverio, "questo è un vantaggio, in quanto il nostro comportamento non dipende da un pacchetto d'informazioni già determinate, come avviene per gli istinti degli animali, ma dalla duttilità e plasticità delle esperienze e apprendimenti individuali"<sup>98</sup>. È in tal senso che dunque assume valore ritenere che, prospetta Edelman, "l'adattamento richiede l'apprendimento"<sup>99</sup>, in quanto è attraverso l'esercizio apprenditivo che "il cervello continua a specializzare, evolutivamente [...] il suo «diventare cervello». [...], «specializza» le sue aree e si fa mobile, flessibile e plastico"<sup>100</sup>.

L'aspetto più rilevante che, in tale prospettiva, viene dunque ad emergere e risulta costitutivo al delinarsi dell'apprendimento quale area euristica di 'frontiera' tra le neuroscienze e la pedagogia attiene, come ha proposto Laporta il "tentativo più diretto di convertire il processo biologico dell'adattamento all'ambiente in un processo neurologico che valga di fondamento alla personalità umana. Così che i processi di apprendimento individuati in sede neurologica (e individuabili in tutta l'evoluzione biologica) potrebbero assumersi come una versione empirica del concetto di formazione della personalità, ossia dell'educazione"<sup>101</sup>. L'apprendimento si configura quindi, ha prospettato altrove lo stesso Laporta, come una "funzione essenziale,

---

<sup>96</sup> R. Laporta, *Il processo formativo interpretato e discusso*, cit., p. 44

<sup>97</sup> F. Frabboni, F. Pinto Minerva, *Manuale di pedagogia generale*, cit., p. 251

<sup>98</sup> A. Oliverio, *Prima lezione di neuroscienze*, cit., p. 44

<sup>99</sup> G.M. Edelman, *Darwinismo neuronale*, cit., p. 297

<sup>100</sup> F. Frabboni, F. Pinto Minerva, *Manuale di pedagogia generale*, cit., p. 247

<sup>101</sup> R. Laporta, *Persona (formazione della) dal punto di vista paidetico*, cit., p. 227

costitutiva del vivente”<sup>102</sup> che risulta strutturale e intrinseca a qualsivoglia processo di formazione.

Un ulteriore aspetto che permette di considerare l'apprendimento un oggetto d'indagine interdefinito e trasversale al sapere medico e pedagogico attiene la sua natura epigenetica ovvero il legame esistente tra lo sviluppo del potenziale apprenditivo, decisivo ai fini della maturazione cerebrale, ed i contesti ambientali determinanti per l'attivazione degli stessi processi d'apprendimento.

Seguendo una tale dinamica, l'entità del processo apprenditivo risulta, infatti, determinata dal grado di complessità e differenziazione delle strutture cerebrali. Essa cioè comporta, come sottolinea Frauenfelder, “l'esistenza di una potenzialità plastica dell'encefalo: presuppone cioè, che vi siano zone dove è disponibile materiale neuronale non interrelato ma in grado di unirsi grazie a nuove sinapsi in seguito ad una esperienza”<sup>103</sup>. È dunque l'esperienza che, attivando i processi neuro-chimici di selezione, viene ad essere determinante per “un'amplificazione differenziale di popolazioni sinaptiche”<sup>104</sup> ossia per lo sviluppo del potenziale apprenditivo che viene ad articolarsi tanto nella produzione di un graduale aumento di abilità, conoscenze e procedure, quanto nella realizzazione di cambiamenti qualitativi nell'acquisizione funzionale delle abilità complesse<sup>105</sup>.

In tal senso l'apprendimento viene, quindi, a qualificarsi “come un'attività che si muove tra *riduzione* di alcune capacità e *acquisizione* di altre, tra *selezione* e *stabilizzazione*, tra *riduzione* e *riorganizzazione* cognitiva e comportamentale”<sup>106</sup> strettamente e ricorsivamente legata ad un ambiente di vita sensoriale e percettivo, cognitivo e affettivo, culturale e sociale, istruttivo ed educativo che, in rapporto allo sviluppo, viene a costituire una “*variabile*

---

<sup>102</sup> R. Laporta, *Il processo formativo interpretato e discusso*, cit., p. 47

<sup>103</sup> E. Frauenfelder Zeoli, *L'equivoco scientifico di un rapporto falsato: pedagogia e biologia*, cit., p. 110

<sup>104</sup> F. Santoianni, *Dov'è la mente?*, cit., p. 118

<sup>105</sup> Cfr. E. Frauenfelder, *La relazione apprendimento-sviluppo*, in E. Frauenfelder, F. Santoianni, M. Striano, *Introduzione alle scienze bioeducative*, cit., pp. 20-25

<sup>106</sup> F. Frabboni, F. Pinto Minerva, *Manuale di pedagogia generale*, cit., p. 245

determinante per l'attivazione delle strutture cerebrali"<sup>107</sup>. Come ha infatti sottolineato Pinto Minerva il cervello-mente "si costruisce mediante rapporti e processi circolari con l'ambiente che, se da un lato ne modificano le caratteristiche in base alle esigenze e al potere trasformativo dell'uomo, dall'altro induce retroattivamente adattamenti strutturali nel suo cervello-mente"<sup>108</sup>. Una tale considerazione trova conferma già da una prospettiva squisitamente biologica<sup>109</sup> e ancor più neuro-biologica laddove si rileva quanto il sistema organico risulti aperto a perturbazioni ambientali e come quest'ultime siano a loro volta processate in chiave autopoietica<sup>110</sup>. A tal proposito e prospettando tale processo come apprendimento, Capra evidenzia come l'auto-organizzazione del vivente, nei suoi due fenomeni dinamici principali dell'autorinnovamento e dell'autotrascendenza<sup>111</sup>, rappresenti un "fenomeno che si esprime nei processi dell'apprendimento, dello sviluppo e dell'evoluzione"<sup>112</sup>.

In tal modo e soprattutto mediante le ricerche avanzate dalle neuroscienze, si è pertanto giunti a comprendere che "il contesto di apprendimento non è un'aggiunta alla cognizione, ma un aspetto intrinseco dell'attività cognitiva, uno dei suoi costituenti"<sup>113</sup>.

Posta la questione in questi termini è facile comprendere, dunque, come l'apprendimento venga a costituirsi quale nucleo d'indagine condivisibile al sapere medico neuroscientifico e alla pedagogia. Sulla base di una tale prospettiva possono, infatti, svilupparsi nuove suggestioni pedagogiche e

---

<sup>107</sup> F. Frabboni, F. Pinto Minerva, *Manuale di pedagogia generale*, cit., p. 251

<sup>108</sup> F. Pinto Minerva, *Immaturità e crescita. Intelligenza ed esperienza*, in N. Filograsso, R. Travaglini (a cura di), *Dewey e l'educazione della mente*, Milano, Franco Angeli, 2004, p. 67

<sup>109</sup> "La biologia, intesa come scienza della vita e della natura, offre la possibilità di problematizzare le interconnessioni tra vincoli genetici e vincoli ambientali". F. Frabboni, F. Pinto Minerva, *Manuale di pedagogia generale*, cit., p. 214

<sup>110</sup> Cfr. H.R. Maturana, F.J. Varela, *Autopoiesi e cognizione. La realizzazione del vivente*, Venezia, Marsilio, 2004

<sup>111</sup> L'autorinnovamento indica "la capacità dei sistemi viventi di rinnovare e riciclare di continuo i loro componenti, conservando l'integrità della loro struttura complessiva"; l'autotrascendenza indica "la capacità di superare creativamente confini fisici e mentali nei processi di apprendimento, sviluppo ed evoluzione". F. Capra, *Il punto di svolta. Scienza, società e cultura emergente*, cit., p. 224

<sup>112</sup> *Ivi*, p. 238

<sup>113</sup> F. Santoianni, *Dov'è la mente?*, cit., p. 120

nuove direzioni di ricerca per la strutturazione dei contesti di apprendimento che verrebbero, in tal modo, a focalizzarsi “sui sistemi e circuiti delle reti cerebrali deputati all’attivazione dei processi apprenditivi in questione, evidenziandone i rapporti con le funzioni mentali emergenti nei processi di formazione”<sup>114</sup>.

Da una prospettiva pedagogica, in particolare, ciò verrebbe a tradursi in un’attenzione sui “caratteri che le situazioni educative e formative possono assumere non soltanto se vengono rapportate al potenziale biologico, ma anche se vengono riferite a tutte le virtualità ambientali che sono in grado di consentire l’espressione di questo potenziale della mente che cresce”<sup>115</sup>. In tal modo, ponendo costantemente interesse al senso da dare agli interventi educativi e formativi in relazione all’incidenza che essi possono realmente acquisire rispetto alla disponibilità individuale ad apprendere, la pedagogia verrebbe “a riconoscere le specializzazioni funzionali delle abilità cognitive tarandole sulla loro base biologica per poter costruire stimolazioni adeguate”<sup>116</sup>, nella consapevolezza che “l’orientamento funzionale può essere potenziato dall’ambiente sulla sua base biologica ma anche che stimolazioni poco adeguate o carenti possono condizionare eventuali potenzialità esistenti”<sup>117</sup>.

In ultima analisi, considerato l’importante ruolo e la centralità riconosciuta all’azione motoria nello sviluppo delle funzioni mentali<sup>118</sup> e dunque nei processi di apprendimento tale per cui “le connessioni tra funzioni e aree cerebrali si stabiliscono o non si stabiliscono sulla base [...] dell’esperienza sensoriale e motoria dell’organismo”<sup>119</sup>, decisiva risulta la

---

<sup>114</sup> M. Striano, *Mente e menti*, cit., p. 139

<sup>115</sup> E. Frauenfelder, *I fondamenti epistemologici delle scienze bioeducative*, cit., p. 8

<sup>116</sup> *Ivi*, p. 7

<sup>117</sup> *Ibidem*

<sup>118</sup> Tra i tanti cfr. J. Piaget, *La nascita dell’intelligenza del bambino*, Firenze, La nuova Italia, 1972; J. Bruner, *La sfida pedagogica americana*, Armando Roma, 1973, p. 116; J. Dewey, *Come pensiamo*, Firenze, La Nuova Italia, 1965, pp. 295-297; H. Gardner, *Formae mentis. Saggio sulla pluralità dell’intelligenze*, Milano, Feltrinelli, 1987, pp. 226-257; per un’analisi neuroscientifica dell’azione motoria cfr. E.R. Kandel, J.H. Schwartz, T.M. Jessel, *Fondamenti delle neuroscienze e del comportamento*, cit., pp. 509-575

<sup>119</sup> G. Bertolini, M. Ceruti, *Identità e cambiamento. Un capovolgimento ontologico*, cit., p. 46

scoperta neuroscientifica dei cosiddetti “neuroni specchio”<sup>120</sup> che, attribuendo un sostrato neurofisiologico alla condizione per cui “azione e pensiero si formano l’una con l’altra”<sup>121</sup>, viene ad avvalorare l’ipotesi dello stretto legame tra neuroscienze e pedagogia, simmetrica alla dinamicità biunivoca tra lo sviluppo del potenziale apprenditivo e gli ambienti di apprendimento.

Infatti i neuroni specchio<sup>122</sup>, così definiti per la loro capacità di “riflettere le azioni eseguite da un altro soggetto direttamente nel cervello dell’osservatore”<sup>123</sup>, permettendo di codificare la realtà secondo azioni intrinsecamente collegate alla percezione visiva delle cose<sup>124</sup>, possono essere assimilati a veri e propri meccanismi apprenditivi che, basati su processi imitativi ed identificativi, consentono di reagire ai movimenti eseguiti da altri soggetti e di copiarli, incamerandone lo schema. Inoltre, come precisa Giacomo Rizzolatti, esponente del gruppo di ricerca pavese responsabile di tale scoperta, “il sistema dei neuroni specchio è in grado di codificare non solo l’atto osservato (nella fattispecie, l’afferrare qualcosa con una determinata presa), ma anche l’intenzione con cui esso è compiuto - e ciò probabilmente perché l’osservatore, nel momento in cui assiste all’esecuzione di un atto motorio da parte di un altro, anticipa i possibili atti successivi ai quali

---

<sup>120</sup> Cfr. G. Rizzolatti, C. Sinigaglia, *So quel che fai. Il cervello che agisce e i neuroni specchio*, Milano, Raffaello Cortina, 2006; G. Rizzolatti, L. Fogassi, V. Gallese, *Specchi nella mente*, in “Le scienze”, n. 460, dicembre 2006, p. 54-61; Rizzolatti G. e Sinigaglia C., *Noi, riflessi nella mente degli altri*, in “Il Sole 24 Ore”, Domenica 26 Febbraio 2006, n. 56, p. 37; V. Gallese, «*Io so quel che tu pensi*», in “Il Sole 24 Ore”, Domenica 26 Febbraio 2006, n. 56, p. 38; D. Dobbs, *Lo specchio nel cervello*, in “Mente & Cervello”, anno V, n. 26, febbraio 2007, pp. 80-85

<sup>121</sup> E. Damiano, *Jean Piaget e la ricerca didattica*, in N. Filograsso, *Mente, conoscenza, educazione*, Roma, Anicia, 1994, p. 154

<sup>122</sup> Si tratta di “gruppi di neuroni che si attivano sia quando un individuo compie determinate azioni sia quando vede altre persone eseguire gli stessi movimenti. [...] forniscono “un’esperienza interiore diretta, e quindi una diretta comprensione, delle azioni, delle intenzioni o delle emozioni altrui. [...] potrebbero anche essere il substrato della capacità di imitare le azioni degli altri”. G. Rizzolatti, L. Fogassi, V. Gallese, *Specchi nella mente*, cit., p. 56

<sup>123</sup> G. Rizzolatti, L. Fogassi, V. Gallese, *Specchi nella mente*, cit., p. 54

<sup>124</sup> Tale aspetto viene definito da Edoardo Boncinelli il principio della “*indivisibilità di percezione e motricità*”. E. Boncinelli, *Che cosa abbiamo imparato sulla mente*, in E. Frauenfelder, F. Santoianni, M. Striano, *Introduzione alle scienze bioeducative*, cit., p. XVI

quell'atto è concatenato"<sup>125</sup>. Di conseguenza venendosi a prospettare una spiegazione per l'imitazione, l'identificazione, l'empatia<sup>126</sup> e la possibilità di imitare la vocalizzazione, tutti processi mentali propri delle interazioni tra le persone, il sistema dei neuroni specchio rappresenta, come sottolineano gli stessi neuroscienziati pavesi, "un elemento importante della capacità umana di imparare sofisticate abilità cognitive attraverso l'osservazione"<sup>127</sup>.

In questa prospettiva i neuroni specchio oltre ad accreditare neuroscientificamente l'interrelazione bio-dinamica fra esperienze interpersonali e sviluppo del potenziale apprenditivo, permettono anche e al contempo di suffragare la necessità di un lavoro reciproco ed interrelato tra il sapere medico neuroscientifico e quello pedagogico.

Infatti, anche in questo caso le neuroscienze, evidenziando e problematizzando il rapporto tra patrimonio neurologico e apprendimento, investono la pedagogia tanto nella "rivendicazione della *tempestività* degli interventi nei «periodi critici» di massima plasticità apprenditiva" quanto "nell'*organizzazione di contesti formativi* volti ad offrire una variegata gamma di sollecitazioni apprenditive in grado di ottimizzare la genetica disponibilità dell'uomo all'apprendimento"<sup>128</sup>. In tal modo, come prospetta Gardner, "Quali che siano le differenze iniziali, un intervento precoce e un insegnamento coerente possono svolgere un ruolo decisivo nel determinare il livello finale delle prestazioni dell'individuo"<sup>129</sup>.

---

<sup>125</sup> G. Rizzolatti, C. Sinigaglia, *So quel che fai. Il cervello che agisce e i neuroni specchio*, cit., p. 125

<sup>126</sup> Cfr. M. Aglioti, A. Avenanti, *Risonanze e imitazioni*, in "Mente & Cervello", anno IV, n. 23, settembre-ottobre 2006, pp. 80-89; cfr. C. Sinigaglia, *Programmati per capire il prossimo*, in "Il Sole 24 Ore", Domenica 12 Marzo 2006, n. 70, p. 34.

<sup>127</sup> G. Rizzolatti, L. Fogassi, V. Gallese, *Specchi nella mente*, cit., p. 61

<sup>128</sup> F. Frabboni, F. Pinto Minerva, *Manuale di pedagogia generale*, cit., p. 218

<sup>129</sup> H. Gardner, *Formae mentis. Saggio sulla pluralità dell'intelligenze*, Milano, Feltrinelli, 1987, p. 335

### 3.3. La memoria

Un'altra grande proprietà del cervello e condizione del suo sviluppo in quanto fondamentale nei processi di costruzione della conoscenza, concerne la capacità di memorizzazione<sup>130</sup>. Il cervello è in grado, cioè, di strutturare ricordi ed esperienze in complesse trame mnemoniche facendo capo alla plasticità dei neuroni e dei circuiti nervosi. In tale prospettiva la memoria, che comporta complesse modificazioni funzionali e strutturali a livello sinaptico, venendo a fondarsi su una dinamica di plasticità epigenetica che, come si è già argomentato, implica e rinvia all'interazione dinamica natura-cultura, individualità-esperienza, viene a rappresentare un ulteriore processo di frontiera capace di congiungere il sapere medico e pedagogico.

Una tale visione interdisciplinare trova giustificazione, in particolare, nella dimensione 'attiva', interagente e plastica che viene riconosciuta alla memoria. Come ha infatti evidenziato Oliverio, la memoria "non consiste in un semplice processo di «fotografia» della realtà ad opera dei neuroni"<sup>131</sup>, ma implica un'inibizione delle sinapsi "come se – prospetta Kandel – il cervello decidesse quali informazioni sono 'buone' e quali 'cattive', attua cioè una selezione delle informazioni: non tutti gli stimoli che arrivano dal contesto, dunque, possono trasformarsi in ricordo"<sup>132</sup>. È per tale ragione che, da una prospettiva biologica o evolutivista, "la memoria serve al futuro"<sup>133</sup>. Come ha infatti sottolineato R. Douglas Fields "non c'è alcun valore di sopravvivenza nell'aver un sistema di registrazione cerebrale che memorizzi in dettaglio qualunque evento ed esperienza sensoriale. Il segreto del cervello – prosegue il neuroscienziato – è valutare le nostre esperienze mentre si verificano, e selezionare istantaneamente quali vanno memorizzate per servirci da

---

<sup>130</sup> "Memorizzare significa – spiega Oliverio – agganciare i nostri ricordi a specifici contesti e anche elaborarli in categorie attraverso un processo individuale tipico delle menti biologiche". A. Oliverio, A. Oliverio, *Nei labirinti della mente*, cit., p. 31

<sup>131</sup> *Ivi*, p. 37

<sup>132</sup> E.R. Kandel, *Così il cervello ricorda e impara*, Intervista a cura di Ardino V., in "Il Messaggero", Sabato 11 Dicembre 2004, p. 17.

<sup>133</sup> R.D. Fields, *Cancellare i ricordi*, in "Mente & Cervello", anno IV, n. 22, luglio-agosto 2006, p. 36

riferimento in seguito e quali devono essere scartate”<sup>134</sup>. Pertanto, la memoria non funziona come un archivio, dove i messaggi codificati vengono conservati per essere richiamati al momento opportuno, ma si configura come un processo attivo, modulato da una serie di mediatori nervosi associati a correlati emotivi<sup>135</sup>, in cui il ricordo viene ogni volta ricostruito in maniera attiva<sup>136</sup>.

Premesso che la memoria viene ad essere un fenomeno tutt'altro che omogeneo, anche se per definirla si usa un unico termine<sup>137</sup> e che ormai risulta sufficientemente dimostrato che non esiste un solo tipo di memoria ma diversi<sup>138</sup>, divisi per ambiti e specializzazioni da considerare, naturalmente, non come isolati bensì interagenti tra loro, seguendo quanto evidenziato dalle neuroscienze, il problema della memoria può essere articolato, come prospetta Eric Kandel, “in due aspetti: come si forma il ricordo, cioè quali sono i meccanismi molecolari che permettono al nostro cervello di ‘trattenere’ informazioni e l'altro punto riguarda come i luoghi che servono appunto per formare il ricordo interagiscono tra loro per codificare, formare e rievocare il ricordo”<sup>139</sup>.

In riferimento al primo aspetto va innanzitutto sottolineato che le memorie non sono conservate all'interno dei neuroni: sia i ricordi a breve termine che quelli a lungo termine sono custoditi nelle connessioni

---

<sup>134</sup> R.D. Fields, *Cancellare i ricordi*, cit., p. 36

<sup>135</sup> “Noi non dimentichiamo - spiega Alberto Oliverio - gli eventi della nostra vita che hanno una forte valenza emotiva, mentre tendiamo a dimenticare il materiale «neutro» dal punto di vista emotivo. A. Oliverio, A. Oliverio, *Nei labirinti della mente*, cit., p. 38.

<sup>136</sup> Cfr. G.M. Edelman, *Il presente ricordato. Una teoria biologica della coscienza*, Milano, Rizzoli, 1991

<sup>137</sup> “Dietro a questa parola - prospetta Alberto Oliverio - si nascondono in realtà funzioni diverse: ricordare può voler dire di volta in volta riconoscere, evocare, confrontare le informazioni in entrata con quelle preesistenti”. A. Oliverio, A. Oliverio, *Nei labirinti della mente*, cit., p. 46

<sup>138</sup> I diversi processi di memorizzazione attualmente rilevati in ambito neuropsicologico consentono di distinguere: una memoria a breve termine e quella a lungo termine, una memoria implicita detta anche procedurale ed una memoria esplicita detta anche dichiarativa a sua volta distinta in memoria semantica e memoria episodica o autobiografica. Cfr. B. Gallo, *Neuroscienze e apprendimento*, cit., pp. 53-59; cfr. A. Oliveiro, *Prima lezione di neuroscienze*, cit., pp. 102-108; cfr. A. Oliverio, *I meccanismi della memoria*, in “Mente & Cervello”, anno V, n. 32, agosto 2007, p. 14

<sup>139</sup> E.R. Kandel, *Così il cervello ricorda e impara*, cit., p. 17

sinaptiche<sup>140</sup>. Alla base dei processi mnemonici e della costruzione del ricordo si rileva cioè uno scambio di segnali chimici fra neuroni, dal quale consegue un rafforzamento o un indebolimento delle sinapsi. Nello specifico, quando si crea un ricordo a breve termine, la stimolazione delle sinapsi è sufficiente per sensibilizzarla a segnali successivi, cioè per ‘rinforzarla; nel caso del ricordo a lungo termine, il rinforzo diventa permanente<sup>141</sup>. Pertanto, come ipotizzava già nel 1949 lo psicologo Donald Hebb<sup>142</sup>, “memorizzare un evento – spiega Oliverio - significa costruire nuove sinapsi, o almeno rendere stabili sinapsi già esistenti [...]. Le sinapsi nervose rappresentano perciò un punto critico nella memorizzazione, un processo che può essere considerato nell’ambito della plasticità di tutto il cervello o, a livello più ridotto, delle sinapsi”<sup>143</sup>.

In riferimento al secondo aspetto incentrato su come i ‘luoghi’ della memoria interagiscono tra loro determinando della modificazioni sinaptiche, essenziali per la realizzazione del processo di memorizzazione<sup>144</sup>, va precisato, in prima istanza, che l’immagazzinamento dei dati nella memoria non corrisponde a specifici siti, come in un archivio, ma piuttosto ad una serie di connessioni tra neuroni dislocati in aree diverse. Inoltre, pur riconoscendo il

---

<sup>140</sup> Le sinapsi costituiscono dei “minuscoli spazi vuoti in cui l’estremità trasmittente di un neurone (l’assone) invia un impulso nervoso verso l’estremità ricevente di un altro neurone (il dendrite)”. R.D. Fields, *Cancellare i ricordi*, cit., pp. 36-37

<sup>141</sup> Cfr. R.D. Fields, *Costruire memorie*, in “Mente & Cervello”, anno III, n. 15, maggio-giugno 2005, pp. 38-45

<sup>142</sup> Hebb riteneva che la sede della memoria, dei ricordi semplici come di quelli complessi, fosse la giunzione tra cellule nervose, cioè la sinapsi. Nel dettaglio ipotizzò che quando un neurone invia ripetutamente messaggi bioelettrici a un altro neurone che li capta a mezzo dei dendriti, il secondo neurone diviene gradualmente più sensibile ai messaggi del primo. Questi neuroni, legati tra di loro in modo funzionale, farebbero parte di un anello - o loop - costituito da altri neuroni che, in seguito ad un impulso, formerebbero una sorta di circuito riverberante (la memoria instabile o a breve termine), mentre ripetute stimolazioni produrrebbero modifiche permanenti nella loro struttura, modifiche che sarebbero alla base della memoria duratura o ‘a lungo termine’. Cfr. A. Oliveiro, *Prima lezione di neuroscienze*, cit., p. 94; A. Oliverio, A. Oliverio, *Nei labirinti della mente*, cit., p. 41; R.D. Fields, *Costruire memorie*, cit. pp. 40-42

<sup>143</sup> A. Oliverio, A. Oliverio, *Nei labirinti della mente*, cit., p. 44

<sup>144</sup> Il processo di memorizzazione prevede precise sequenze: la codifica (encoding) ovvero il processo iniziale di riconoscimento ed elaborazione dell’informazione; il consolidamento (consolidation) ovvero la trasformazione in forma stabile della memoria appresa; l’immagazzinamento (storage) ovvero i meccanismi di mantenimento della memoria; il recupero (retrieval) ovvero il processo con cui si richiamano i ricordi alla coscienza. Cfr. B. Gallo, *Neuroscienze e apprendimento*, cit., pp. 59-60

ruolo critico svolto da alcune aree o neuroni in apprendimenti particolari<sup>145</sup>, “è anche vero che non esiste – precisa Oliverio – una precisa localizzazione per ogni tipo di memoria e soprattutto che ogni ricordo non può essere registrato da un neurone o da un gruppetto di neuroni specifici”<sup>146</sup>. Sono piuttosto, “Le attività di ricombinazione e di associazione tra i neuroni, i processi «in parallelo» anziché «in serie»”, precisa ulteriormente lo studioso a “giocare un ruolo fondamentale”<sup>147</sup>. In tale prospettiva, Kandel compiendo studi sull’*Aplysia*, un mollusco marino<sup>148</sup>, riesce a dimostrare che “esistono tappe, sia per la memoria implicita (cioè inconscia), sia per quella esplicita, in cui si verificano cambiamenti a livello sinaptico. Per quanto riguarda la memoria a breve termine, i cambiamenti a livello sinaptico causano una modifica delle proteine preesistenti e, quindi, una trasformazione delle connessioni sinaptiche stesse. Mentre nella memoria a lungo termine si verificano un’attivazione genetica, una nuova sintesi proteica e la creazione di nuove connessioni tra neuroni”<sup>149</sup>.

L’attivazione di tali processi di modificazione sinaptica tanto a livello funzionale, nel caso della memoria a breve termine, quanto strutturale, nel caso della memoria a lungo termine, implica una plasticità della funzione neuronale ovvero una dinamica biunivoca tra la strutturazione delle reti nervose e le stimolazioni ambientali. Stando a tale visione, è l’esperienza, dunque, ad alterare alcuni circuiti nervosi per generare una codificazione “a breve termine” a cui subentrerebbe, grazie ad una stimolazione ripetuta e ripartita nel tempo generante una ristrutturazione delle reti sinaptiche, una codificazione ‘a lungo termine’. In sostanza, quando uno stimolo di un qualche rilievo viene recepito

---

<sup>145</sup> È questo il caso dell’ippocampo, regione cerebrale situata al centro del sistema medio-temporale, che nel cosiddetto “circuitto della memoria” (corteccia temporale-ippocampo-diencefalo), ha la funzione di trasformare ricordi a breve termine in memoria permanente. Nel dettaglio i neuroni dell’ippocampo, a seguito dell’esperienza, subiscono una modificazione plastica necessaria per lo stabilirsi della memoria esplicita. Cfr. B. Gallo, *Neuroscienze e apprendimento*, cit., pp. 63-64; Cfr. A. Oliveiro, *Prima lezione di neuroscienze*, cit., p. 105

<sup>146</sup> A. Oliverio, A. Oliverio, *Nei labirinti della mente*, cit., p. 34

<sup>147</sup> *Ibidem*

<sup>148</sup> Cfr. G. Corbellini, *Un mollusco da Nobel*, in “Il Sole 24 Ore”, Domenica, 7 Gennaio 2007, n. 6, p. 32.

<sup>149</sup> E.R. Kandel, *Così il cervello ricorda e impara*, cit., p. 17; inoltre cfr. E.R. Kandel, *Alla ricerca della memoria: l’emergere di una nuova scienza della mente*, Torino, Codice, 2007

da un neurone, come avviene nel corso della sensibilizzazione<sup>150</sup> o nel caso degli stimoli che si susseguono ripetutamente nel corso dell'assuefazione<sup>151</sup>, si può verificare un aumento dell'efficienza delle sue sinapsi fino a formarsene di nuove che, a loro volta, contribuiranno a connettere i neuroni in nuove reti sinaptiche. Le variazioni delle caratteristiche del circuito nervoso permettono così di registrare l'informazione all'interno di reti neurali e quindi di codificare e consolidare l'esperienza.

Posto in risalto il carattere plastico dei meccanismi mnemonici nonché l'interazione dinamica tra l'attivazione dei fattori chimici e neurologici che presiedono alle funzioni della memoria e le stimolazioni provenienti dai contesti ambientali, ne consegue il configurarsi della memoria come area di frontiera coniugante il sapere medico neuroscientifico e quello pedagogico.

Da una prospettiva pedagogica acquisire che lo sviluppo delle capacità mnemoniche implicano processi di contestualizzazione e categorizzazione, dipendenti dalle esperienze e dalle caratteristiche individuali, induce non solo ad avere attenzione specifica verso le caratteristiche strutturali e organizzative degli spazi e dei tempi di apprendimento, ma potrebbe portare anche alla creazione di un'area di ricerca interdisciplinare medico-pedagogica focalizzata sulla predisposizione di tecniche educative in grado di contribuire allo sviluppo di vere e proprie strategie di memorizzazione. A tal proposito risulta significativo lo studio realizzato sui cosiddetti "supermen della memoria" da cui è emerso che "tra il cervello di un campione di memoria e quello di un individuo medio non ci sono significative differenze strutturali"<sup>152</sup> ma solo l'incidenza con cui vengono usate "particolari strategie mnemoniche"<sup>153</sup>. Pertanto considerando che, come prospetta Oliverio, "Un ricordo ha dei punti

---

<sup>150</sup> Il fenomeno di 'sensibilizzazione' si riferisce alla situazione per cui il cervello, a fronte di un qualche stimolo sgradevole e indesiderato, impara e memorizza che in quella circostanza si nasconde un potenziale pericolo. Cfr. B. Gallo, *Neuroscienze e apprendimento*, cit., p. 57

<sup>151</sup> Il fenomeno di 'assuefazione' detto anche di abituazione si basa su un sistema di "accomodazione neuronale" per cui il cervello impara e memorizza che certi stimoli non rivestono alcun carattere di pericolo o di immediata utilità e pertanto ne diminuisce la soglia di allarme. Cfr. B. Gallo, *Neuroscienze e apprendimento*, cit., p. 57

<sup>152</sup> P.E. Cicerone, *I supermen della memoria*, in "Mente & Cervello", anno III, n. 15, maggio-giugno 2005, p. 50

<sup>153</sup> *Ibidem*

di riferimento essenziali che dipendono dal contesto in cui si forma e viene inserito”<sup>154</sup>, un punto strategico intenzionalmente studiato per lo sviluppo dei processi mnemonici, potrebbe incentrarsi tanto sulla predisposizione di contesti quanto e, soprattutto sull’esercizio, così come attualmente viene proposto dagli studi realizzati sul “brain training”<sup>155</sup>.

In conclusione, partendo dalla constatazione che “le capacità innate hanno un ruolo importante: ci sono persone che hanno più memoria di altre. Ma ci sono anche altri elementi, primo fra tutti la motivazione e la capacità di concentrazione. Unite all’esercizio, che gioca un ruolo fondamentale”<sup>156</sup>, è possibile acquisire la memoria quale ‘luogo’ di incontro tra la pedagogia e le neuroscienze poiché, nel costituirsi come processo plastico e dinamico, permette alla pedagogia di concorrere alla sua crescita mediante azioni formative orientate alla “modificazione, la complicazione, l’estensione e la complessificazione delle connessioni sinaptiche”<sup>157</sup>.

### 3.4. Le emozioni

Nei processi di costruzione della conoscenza risulta ormai acquisito e sufficientemente dimostrato dalle neuroscienze, che le variabili emotive “inevitabilmente si attivano nei processi di apprendimento interagendo con le variabili della cognizione e innestandosi su di esse”<sup>158</sup>. Una delle conseguenze più rilevanti, in chiave pedagogica, di una siffatta interazione dinamica tra cognizione ed emozioni, concerne la ‘sconfessione’ della separazione tra le funzioni logico-cognitive e quelle affettivo-emotive, permettendo, consequenzialmente, di superare quello che è stato definito “l’errore che per anni ha pervaso ogni atto educativo: considerare l’educando come sola ragione,

---

<sup>154</sup> A. Oliverio, A. Oliverio, *Nei labirinti della mente*, cit., p. 38

<sup>155</sup> M. Barberi, *Brain training*, in “Mente & Cervello”, anno V, n. 33, settembre 2007, pp. 36-43

<sup>156</sup> P.E. Cicerone, *I supermen della memoria*, cit., p. 51

<sup>157</sup> F. Frabboni, F. Pinto Minerva, *Manuale di pedagogia generale*, cit., p. 247

<sup>158</sup> E. Frauenfelder, *I fondamenti epistemologici delle scienze bioeducative*, cit., p. 30

intelletto, ritenendo che la sfera affettivo-emozionale a poco servisse se non a disturbare l'atto stesso d'apprendimento"<sup>159</sup>.

Le neuroscienze, venendo a dimostrare l'improponibilità ed i limiti insiti alla frattura tra cognizione ed emozione e, soprattutto, fondando il tutto su processi di "selezione neuronale"<sup>160</sup> di natura epigenetica con cui il soggetto "impara a creare dei «cassetti per le emozioni», delle connessioni tra le sue sensazioni corporee e gli stati mentali o le parole"<sup>161</sup>, si propongono quale area di ricerca interdisciplinare che investe la pedagogia e, in tale prospettiva, consentono di acquisire le emozioni come elemento di incontro tra le scienze medica e pedagogica.

Una conferma di quanto le emozioni risultino determinanti nei processi apprenditivi e di costruzione della conoscenza, è possibile rinvenirla già in considerazioni di carattere neuroanatomico e fisiologico, tenendo conto, come sottolinea Kandel, che "Una teoria delle emozioni per essere accettabile deve fornire una spiegazione delle relazioni intercorrenti fra stati cognitivi e stati fisiologici"<sup>162</sup>. In prima istanza va, dunque, sottolineato che le emozioni, tanto nella loro significazione neurobiologica quanto evoluzionistica<sup>163</sup>, possono essere definite come fenomeni dinamici, creati all'interno dei processi cerebrali deputati alla significazione e al consolidamento delle esperienze<sup>164</sup>, che risentono direttamente di influenze sociali"<sup>165</sup>. Come ha sostenuto Damasio, in riferimento allo stato corporeale degli stati emotivi: "Nella sua essenza, [...],

<sup>159</sup> T.R. Morgante, *L'educazione tra ragione ed emozione*, in "Scuola & Città" n. 1/2000, p. 19

<sup>160</sup> Cfr. G.B. Edelman, *Darwinismo neuronale*, cit.

<sup>161</sup> S. Berthoz, *Quel silenzio delle emozioni*, in "Mente & Cervello", anno III, n. 15, maggio-giugno 2005, p. 30

<sup>162</sup> E.R. Kandel, J.H. Schwartz, T.M. Jessel, *Fondamenti delle neuroscienze e del comportamento*, cit., p. 620

<sup>163</sup> "In neurobiologica si definisce «emozione» il comportamento di chi reagisce a un evento che lo ha colpito, mentre dal punto di vista evolutivo le emozioni sono risposte fisiologiche che mirano a ottimizzare le azioni intraprese dall'organismo nel mondo che lo circonda. I sentimenti sono invece definiti come le rappresentazioni delle emozioni, e sono una peculiarità dei mammiferi, mentre caratteristica esclusiva dell'uomo, e forse di alcuni altri primati, è la «coscienza riflessiva del sentimento dell'emozione», che implica il dare un nome a sentimenti ed emozioni e dividerli con gli altri". D. Grewal, P. Salovey, *Dal QI all'EQ. La nuova scienza dell'intelligenza emotiva*, in "Mente & Cervello", anno IV, n. 22, luglio-agosto 2006, p. 17

<sup>164</sup> Cfr. A. Oliveiro, *Prima lezione di neuroscienze*, cit., p. 97

<sup>165</sup> Cfr. D.J. Siegel, *La mente relazionale. Neurobiologia dell'esperienza interpersonale*, cit.

l'emozione è l'insieme dei cambiamenti dello stato corporeo che sono indotti in miriadi di organi dai terminali delle cellule nervose, sotto il controllo di un apposito sistema di un cervello<sup>166</sup>. Tale sistema, definito limbico<sup>167</sup>, contribuisce all'attivazione, così come prospettano le neuroscienze, di una sorta di 'circuitto' in cui amigdala, corteccia anteriore del cingolo e corteccia orbito-frontale, interagendo, svolgono un ruolo centrale nel conferire un significato emozionale alle informazioni che provengono dal mondo esterno e nel coordinare funzioni percettive, mnemoniche e comportamentali<sup>168</sup>. In particolare i lobi frontali "costituiscono l'ambito in cui le informazioni sensoriali e percettive provenienti dalle aree associative logico-verbali convergono con le pulsioni motivazionali ed emozionali"<sup>169</sup>.

In quest'ottica "le emozioni generate e controllate dai circuiti limbici, diventano così parte integrante sia del pensiero razionale di origine neo-corticale, sia del funzionamento generale della nostra mente"<sup>170</sup>. Come ha fatto infatti notare Laporta, "le prestazioni cerebrali che danno luogo al pensiero non hanno una sede specifica, sono «distribuite» in ampie aree dell'encefalo. Queste aree comprendono i centri associativi della corteccia, tanto quanto i centri subcorticali (sistema limbico, talamo, sistema reticolare): il che vale a dire che ogni atto di pensiero ha sempre una valenza emotiva e un potenziale attentivo"<sup>171</sup>.

Tale condizione, che vede il processo di acquisizione di conoscenze e competenze modulato dai fattori emozionali, viene a giustificarsi per il ruolo

---

<sup>166</sup> A. Damasio, *L'errore di Cartesio. Emozioni, ragione e cervello umano*, cit., p. 201

<sup>167</sup> Il sistema limbico riveste la funzione di governare la percezione del sé, di elaborare le emozioni che guidano il comportamento, di veicolare il comportamento sulla base dell'esperienza precedenti. Cfr. H. Wicht, *Dai ricordi alle emozioni*, in "Mente & Cervello", anno V, n. 30, giugno 2007, pp. 80-83. In riferimento alle emozioni è ormai accertato, ha fatto notare Laporta che "il sistema limbico con l'ipotalamo, è una delle aree di origine delle motivazioni e delle emozioni e che, nella corteccia, almeno il lobo frontale partecipa certamente alla «regolazione degli stati emozionali»". R. Laporta, *Persona (formazione della) dal punto di vista paidetico*, cit., p. 233

<sup>168</sup> Cfr. E.R. Kandel, J.H. Schwartz, T.M. Jessel, *Fondamenti delle neuroscienze e del comportamento*, cit., p. 629

<sup>169</sup> F. Frabboni, F. Pinto Minerva, *Manuale di pedagogia generale*, cit., p. 229

<sup>170</sup> E. Mannese, *La pedagogia clinica tra scienze umane e neuroscienze*, cit., p. 57

<sup>171</sup> R. Laporta, *Persona (formazione della) dal punto di vista paidetico*, cit., pp. 228-229

che l'emozione svolge sia nei processi mnemonici “in quanto conferisce valenze emotive ai ricordi ma anche in quanto ‘attiva’ o ‘disattiva’ interruttori”<sup>172</sup> sinaptici, sia e in maniera generalizzata, per il ruolo che ha nei processi autoregolativi, che consistono in una variazione del numero dei neuroni attivati e della quantità di neurotrasmettitori rilasciati.

Ne consegue che tra i processi cognitivi e i processi emozionali non vi è alcuna contrapposizione o separazione, ma piuttosto un intreccio, un circuito di connessioni e di reciprocità che, in certi casi li rende un unico processo: non si verificano momenti in cui si conosce e altri in cui si sente; il conoscere è connotato, arricchito e impoverito dal sentire e viceversa<sup>173</sup>. Pertanto, i risultati dell'apprendimento verranno a dipendere dall'attivazione simultanea dei processi cognitivi e di quelli emozionali i quali, in ultima istanza, costituiscono la trama dei processi di strutturazione della conoscenza.

Oltre a riscontri di carattere neuroanatomico e fisiologico, l'evidenza di quanto le emozioni risultino determinanti nei processi di costruzione della conoscenza, trova conferma nelle opinioni di diversi studiosi, tanto neuroscienziati quanto esperti delle scienze dell'educazione, che si dimostrano concordi nel sottolineare tanto i limiti insiti all'antinomia tra cognizione ed emozione quanto nell'orientarsi verso un recupero della dimensione emozionale. Nello specifico, di questo avviso è Daniel Goleman che nel riconosce alle emozioni il potere di influenzare le altre dimensioni della persona, asserisce: “Come fonte dalla quale si sono sviluppate le parti più recenti del cervello, le aree emozionali sono strettamente collegate a tutte le zone della neocorteccia attraverso una miriade di circuiti di connessione. Ciò conferisce ai centri emozionali l'immenso potere di influenzare il funzionamento di tutte le altre aree del cervello, compresi i centri del

---

<sup>172</sup> A. Oliverio, *Cure dell'anima e cure del corpo*, cit., p. 88

<sup>173</sup> Cfr. M. Contini, *Il medico e il paziente: principi metodologici per la costruzione di un incontro*, in G. Bertolini (a cura di), *Diventare medici. Il problema della conoscenza in medicina e nella formazione del medico*, cit., p. 172

pensiero”<sup>174</sup>. Pertanto, “rinunciando a coltivare questa abilità emozionale, ci si troverebbe a educare individui con un intelletto limitato”<sup>175</sup>.

In quest’ottica, come prospetta Jerome Bruner, “è innegabile che le emozioni e i sentimenti sono presenti nei processi del fare significato e nelle nostre interpretazioni della realtà”<sup>176</sup>; per cui, come sottolinea Edoardo Boncinelli, le emozioni “non sono solo un elemento di disturbo del comportamento razionale. Sono anche una suprema salvezza”<sup>177</sup>, ‘in primis’ di natura biologica. Molto opportunamente a tal proposito ha infatti evidenziato Elisa Frauenfelder: “È la stessa chiave biologica a garantire anche la struttura emotiva e relazionale ed è proprio attraverso l’analisi del meccanismo biologico che è possibile valorizzare ed esaltare l’incidenza dell’elemento emozionale nello sviluppo e nella crescita della specie e dell’uomo”<sup>178</sup>.

Conferme di una tale incidenza provengono inoltre anche da quanti sottolineano, come nel caso di Antonio Damasio e Joseph LeDoux, che i pazienti vittima di lesioni al sistema limbico, area privilegiata, come già evidenziato, delle emozioni e a lungo contrapposta alla neocorteccia come sede di elaborazioni razionali, presentano disturbi anche nella sfera della cognizione e dell’articolazione logica<sup>179</sup> nonché una “perdita della motivazione che trasforma chi ne è colpito in spettatore passivo della propria vita”<sup>180</sup>. Più dettagliatamente scrive Damasio: “Tali risultati [lo studio della lesione] indicano che la riduzione selettiva dell’emozione nuoce alla razionalità non meno dell’eccesso di emozione. Quel che è certo è che non sembra affatto funzionare meglio senza l’influenza dell’emozione. Al contrario è probabile che l’emozione appoggi il ragionamento, specie quando si tratta di questioni personali e sociali che implicano rischi e conflitti [...]. Questi risultati [...] -

<sup>174</sup> D. Goleman, *Intelligenza emotiva. Che cos’è e perché può renderci felici*, Milano, Rizzoli, 1997, p. 30

<sup>175</sup> *Ivi*, p. 8

<sup>176</sup> J. Bruner, *La cultura dell’educazione*, Milano, Feltrinelli, 2001, p. 26

<sup>177</sup> E. Boncinelli, *Che cosa abbiamo imparato sulla mente*, cit. p., XIII

<sup>178</sup> E. Frauenfelder, *I fondamenti epistemologici delle scienze bioeducative*, cit., p. 9

<sup>179</sup> Cfr. J. LeDoux, *Il sé sinaptico. Come il cervello ci fa diventare quello che siamo*, cit.; A. Damasio, *L’errore di Cartesio. Emozioni, ragione e cervello umano*, cit.

<sup>180</sup> P. Verstichel, P. Larrouy, *Senza più volontà*, in “Mente & Cervello”, anno III, n. 16, luglio-agosto 2007, p. 94

commenta ulteriormente lo studioso - offrono lo spunto per considerare l'emozione come una manifestazione palpabile della logica della sopravvivenza”<sup>181</sup>.

Seguendo ulteriormente gli studi realizzati da Damasio va, inoltre, sottolineato come egli, criticando la razionalità attribuita alle scelte, giunge a proporre il modello dei “marcatori somatici”<sup>182</sup> per evidenziare lo stretto legame esistente tra l'apparato della razionalità e, quindi della capacità di decidere, e quello posto alla base delle emozioni e dei sentimenti<sup>183</sup>. Stando alla concezione razionalista, espone Damasio, “bisogna escludere le emozioni, per ottenere i migliori risultati: l'elaborazione razionale non deve essere impacciata da passioni”<sup>184</sup>; tuttavia, denuncia lo studioso, “se questa strategia è l'unica possibile, la razionalità [...] non può funzionare”<sup>185</sup> dal momento che, secondo il neuroscienziato portoghese, la scelta risulta condizionata dalle risposte somatiche emotive, ossia da tracce emotive fondate sugli esiti di passate esperienze, che vengono utilizzate, non necessariamente in maniera consapevole, come indicatori della bontà o meno di una certa prospettiva. In altre parole, i sentimenti fanno parte in qualche modo del contrassegno posto sulle varie opzioni; i marcatori somatici servono come strumento automatico che facilita il compito di selezionare opzioni vantaggiose dal punto di vista biologico. Ne consegue, prospetta altrove lo stesso Damasio, che “La trama della nostra mente e del nostro comportamento è tessuta attraverso cicli

---

<sup>181</sup> A. Damasio, *Emozione e coscienza*, Milano, Adelphi, 2000, p. 58

<sup>182</sup> “I marcatori somatici – spiega Damasio - sono esempi speciali di sentimenti generati a partire dalle emozioni secondarie. Quelle emozioni e sentimenti sono stati connessi, tramite l'apprendimento, a previsti esiti futuri di certi scenari. Quando un marcatore somatico negativo è giustapposto a un particolare esito futuro, la combinazione funziona come un campanello d'allarme; quando invece interviene un marcatore positivo, esso diviene un segnalatore di incentivi”. Il concetto dunque si compone del termine “somatici” perché riguardano i vissuti corporei, sia a livello viscerale a che quello non viscerale e del termine “marcatore” che deriva dall'idea che il particolare stato corporeo (l'emozione) costituisce una sorta di “contrassegno” o etichetta. A. Damasio, *L'errore di Cartesio. Emozioni, ragione e cervello umano*, cit., pp. 245-246

<sup>183</sup> Su rapporto tra emozione e razionalità nei processi decisionali si veda inoltre M. Motterlini, *Scommesse incoerenti*, in “Il Sole 24 Ore”, Domenica 3 Settembre 2006, p. 34; M. Egidi, *Una cornice per scegliere*, in “Il Sole 24 Ore”, Domenica 16 Luglio 2006, p. 30; F. Daveri, *La mente dell'economista*, in “Il Sole 24 Ore”, Domenica, 12 Marzo 2006, n. 70, p. 38

<sup>184</sup> A. Damasio, *L'errore di Cartesio. Emozioni, ragione e cervello umano*, cit., p. 242

<sup>185</sup> *Ivi*, p. 243

continui di emozioni seguite da sentimenti di cui veniamo a conoscenza e che a loro volta generano emozioni, in una polifonia continua che sottolinea e accompagna pensieri specifici nella mente e azioni specifiche nel comportamento”<sup>186</sup>.

A tal punto, è possibile ritenere sufficientemente condivisa l'opinione per cui le emozioni ed i processi del pensiero risultano strettamente connessi tanto che “separare razionalità e sensazioni non è necessariamente vantaggioso. Anzi, in alcuni casi può avere conseguenze disastrose”<sup>187</sup>. Di quanto ciò risulti fondamentale appare con maggior evidenza se rapportato al discorso pedagogico. Come ha infatti sottolineato Howard Gardner: “è ormai evidente che qualsiasi visione della natura umana che ignorasse motivazioni ed emozioni sarebbe di scarsa utilità nella pedagogia della facilitazione dell'apprendimento umano”<sup>188</sup>. Ne consegue, indica Franco Cambi, che “non solo le procedure cognitive si ampliano [...] ma anche lasciano spazio, anche in se stesse, alle emozioni, a procedure che prevedono e vanno oltre il *logos* come pure lo attraversano, [congedandosi da] quel mentalismo che è stato tipico della pedagogia nella sua complessa avventura occidentale”<sup>189</sup>.

In tale prospettiva la pedagogia si accosta alle emozioni non solo in quanto supporto all'apprendimento, ma come dimensione da educare di per sé, considerando, come rilevano gli studi neuroscientifici sull'alestitimia, che “le emozioni si imparano. Esse costituiscono un substrato istintivo, [...] ma successivamente devono essere oggetto di un'elaborazione cerebrale: occorre costruire le connessioni tra il lato istintivo dell'individuo e il suo lato corticale, cosciente e riflessivo”<sup>190</sup>. In tal modo, come prospetta Damasio, pur non potendo “domarle”, “le emozioni possiamo educarle”<sup>191</sup>. Infatti solo “le

---

<sup>186</sup> A. Damasio, *Emozione e coscienza*, cit., p. 60

<sup>187</sup> D. Grewal, P. Salovey, *Dal QI all'EQ. La nuova scienza dell'intelligenza emotiva*, cit., p. 19

<sup>188</sup> H. Gardner, *Sapere per comprendere. Discipline di studio e discipline della mente*, cit., p. 78

<sup>189</sup> F. Cambi, *Prefazione*, in F. Cambi (a cura di), *Nel conflitto delle emozioni. Prospettive pedagogiche*, Roma, Armando, 1998, p. 10

<sup>190</sup> S. Berthoz, *Quel silenzio delle emozioni*, cit., p. 31

<sup>191</sup> A. Damasio, *Emozione e coscienza*, cit., p. 67

emozioni ben dirette e ben dispiegate paiono essere un sistema di appoggio senza il quale l'intero edificio della ragione non può operare a dovere"<sup>192</sup>. Stessa considerazione, seppur da una posizione diversa, viene esposta da Peters il quale così sintetizza il concetto di emozione: "le emozioni sono essenzialmente forme di conoscenza" pertanto "proprio a causa di questa loro caratteristica essenziale ritengo che esistano molti motivi per educare le emozioni"<sup>193</sup>. Tra questi motivi è possibile far rientrare lo sviluppo di quelli che Salovey e Mayer hanno definito quattro domini di abilità emotiva e cioè "la capacità di percepire le emozioni con precisione; la capacità di utilizzare le emozioni per facilitare il ragionamento; la capacità di comprendere le emozioni; la capacità di gestire le emozioni in se stessi sia nel prossimo"<sup>194</sup>. Tuttavia l'attenzione che la pedagogia, grazie agli studi neuroscientifici, può rivolgere alle emozioni, pur implicando un'ottimizzazione delle dinamiche emozionali che influiscono sulla conoscenza tanto da prospettarsi il costituirsi di un vero e proprio repertorio emozionale<sup>195</sup>, si viene ad indirizzare sul complessivo sviluppo epigenetico dell'individuo che, grazie alla plasticità sinaptica interrelata alle esperienze d'apprendimento, prevede la possibilità, per la stessa pedagogia, di creare le condizioni per "una sorta di *alfabetizzazione emozionale*"<sup>196</sup>.

In sintesi anche per le emozioni, come per l'apprendimento e la memoria, le eventuali strategie formative dovrebbero essere progettate, come propone Elisa Frauenfelder, "in modo da poter interagire con la costante disponibilità del sistema nervoso ad acquisire e sintetizzare informazioni; con la specializzazione e la modulazione funzionale delle cellule neuronali; con la pluridirezionalità della comunicazione neuronale e l'attivazione parallela di più elementi nei centri di connessione circuitali; con l'integrazione funzionale

---

<sup>192</sup> A. Damasio, *Emozione e coscienza*, cit., p. 58

<sup>193</sup> R.S. Peters, *The education of the emotions*, citato in O. De Santis, R. Fadda, E. Frauenfelder, A. Porcheddu, *Gli incontri mancati. Materiali per la formazione del pedagista*, cit., p. 99

<sup>194</sup> D. Grewal, P. Salovey, *Dal QI all'EQ. La nuova scienza dell'intelligenza emotiva*, cit., p. 19

<sup>195</sup> Cfr. D. Goleman, *Intelligenza emotiva. Che cos'è e perché può renderci felici*, cit.

<sup>196</sup> T.R. Morgante, *L'educazione tra ragione ed emozione*, cit., p. 24

regolata dai feedback dei sistemi nervoso, endocrino e immunitario, inscindibili nell'interpretazione del sistema uomo, inclusa la dimensione del mentale<sup>197</sup>.

Il nucleo di un incontro tra la pedagogia e la medicina, prospettato dalle neuroscienze, viene in tal modo a focalizzarsi sullo strutturarsi epigenetico di una mente che sperimenta 'ricorsivamente'<sup>198</sup> la realtà circostante, selezionandola, codificandola ed interpretandola con il supporto di efficaci contesti formativi.

In quest'ottica e concludendo, le neuroscienze, in base anche a quanto esposto nell'intero capitolo, prospettano un incontro tra la pedagogia e la medicina traducibile non più e, comunque non solo, nell'intenzionale disposizione interpretativa della pedagogia verso questi ambiti sperimentali dai quali può prendere spunti, indicazioni e considerazioni metodologiche<sup>199</sup>, quanto piuttosto nel senso, correlativo e progettuale, di dialogare sia per costruire insieme, considerando che la strutturazione dei processi di conoscenza si pone come problematica comune e trasversale, sia per fare ricerca insieme, nel rispetto reciproco delle autonomie epistemologiche, eppure nella motivazione comune di definire i processi di formazione della mente nell'epigenesi.

---

<sup>197</sup> E. Frauenfelder, *La relazione apprendimento-sviluppo*, cit., p. 24

<sup>198</sup> Cfr. N. Filograsso, R. Travaglini (a cura di), *Dewey e l'educazione della mente*, cit., pp. 67-74; cfr. J. Dewey, *Esperienza e natura*, Milano, Mursia, 1990

<sup>199</sup> Sull'apporto delle neuroscienze alla definizione e indicazione di procedure metodologiche educative. Cfr. L. Rosati, *Il metodo nella didattica. L'apporto delle neuroscienze*, Brescia, La Scuola, 2005

## BIBLIOGRAFIA

- AA.VV., *Teoria della mente. Tra normalità e patologia*, Milano, Raffaello Cortina, 2005
- AA.VV., *Filosofia: i testi, la storia. Dall'umanesimo all'illuminismo*, vol II, Torino, SEI, 1992
- Antiseri D., *Epistemologia e diagnosi clinica*, in Id., *Teoria unificata del metodo*, Padova, Liviana, 1981
- Balduzzi L. (a cura di), *Voci del corpo. Prospettive pedagogiche e didattiche*, Firenze, La Nuova Italia, 2002
- Bellatalla L., Genovesi G., *Storia della pedagogia. Questioni di metodo e momenti paradigmatici*, Firenze, Le Monnier, 2006
- Bertolini G. (a cura di), *Diventare medici. Il problema della conoscenza in medicina e nella formazione del medico*, Milano, Guerini, 1994
- Bertolini G., Massa R. (a cura di), *Clinica della formazione medica*, Milano, Franco Angeli, 1997
- Bertolini P., *L'esistere pedagogico. Ragioni e limiti di una pedagogia come scienza fenomenologicamente fondata*, Firenze, La Nuova Italia, 1988
- Binetti P. (a cura di), *Persona, paziente, cliente. Il mondo del malato in un mondo che cambia*, Roma, SEU, 2000
- Binswanger L., *Per un'antropologia fenomenologia*, Milano, Feltrinelli, 1970
- Bobbo N., *Medicina come scienza dell'educazione? Una questione da approfondire*, in Mariani A. (a cura di), *Scienze dell'educazione: intorno ad un paradigma*, Lecce, Pensa Multimedia, 2005
- Boffo V. (a cura di), *La cura in pedagogia. Linee di lettura*, Bologna, CLUEB, 2006
- Boncinelli E., Galimberti U., Pace G.M., *E ora? La dimensione umana e le sfide della scienza*, Torino, Einaudi, 2000
- Bruner J., *La mente a più dimensioni*, Roma-Bari, Laterza, 2005
- Bruner J., *La cultura dell'educazione*, Milano, Feltrinelli, 2001
- Callari Galli M., Cambi F., Ceruti M., *Formare alla complessità*, Roma, Carocci, 2003
- Cambi F. (a cura di), *Le intenzioni nel processo formativo. Itinerari, modelli e problemi*, Pisa, Edizioni del Cerro, 2005
- Cambi F. (a cura di), *Nel conflitto delle emozioni. Prospettive pedagogiche*, Roma, Armando, 1998

- Cambi F., Orefice P. (a cura di), *Fondamenti teorici del processo formativo*, Napoli, Liguori, 1996
- Cambi F., Frauenfelder E. (a cura di), *La formazione. Studi di pedagogia critica*, Milano, Unicopli, 1994
- Cambi F., Flores D'arcais G., Granese A., Spadafora G., *La condizione teorica. Materiali per la formazione del pedagogo*, Milano, Unicopli, 1990
- Capra F., *Il punto di svolta. Scienza, società e cultura emergente*, Milano, Feltrinelli, 2007
- Ceruti M., Prati L., *Che cos'è la conoscenza*, Roma-Bari, Laterza, 1991
- Changeux J.P., *L'uomo neuronale*, Milano, Feltrinelli, 1990
- Chiari S. (a cura di), *Mente e cervello. Un dibattito interdisciplinare*, Milano, Franco Angeli, 1987
- Chiosso G., *Teorie dell'educazione e della formazione*, Milano, Mondadori, 2004
- Colicchi Lapresa E., *Ragione e scienza nella filosofia dell'educazione classica*, Palermo, Palombo, 1984
- Corbellini G., *EBM. Medicina basata sull'evoluzione*, Roma-Bari, Laterza, 2007
- Corradini L., Testoni I. (a cura di), *Il corpo a scuola. Pedagogia e psicologia sociale per l'educazione alla salute*, Roma, SEAM, 1999
- Corradini L., Cattaneo P., *Educazione alla salute*, Brescia, La Scuola, 1997
- Cosmacini G., *L'arte lunga - Storia della medicina dall'antichità a oggi*, Roma-Bari, Laterza, 1997
- Cosmacini G., Gaudenzi G., Satolli R., *Dizionario di storia della salute*, Torino, Einaudi, 1996
- Cimatti F., *Il senso della mente. Per una critica del cognitivismo*, Torino, Bollati Boringhieri, 2004
- Damasio A., *Alla ricerca di Spinoza. Emozioni, sentimenti e cervello*, Milano, Adelphi, 2003
- Damasio A., *Emozione e coscienza*, Milano, Adelphi, 2000
- Damasio A., *L'errore di Cartesio. Emozioni, ragione e cervello umano*, Milano, Adelphi, 1995
- De Palma A., Pareti G., *Mente e corpo. Dai dilemmi della filosofia alle ipotesi della neuroscienza*, Torino, Bollati Boringhieri, 2004
- De Santis O., Fadda R., Frauenfelder E., Porcheddu A., *Gli incontri mancati. Materiali per la formazione del pedagogo*, Milano, Unicopli, 1990

- Demetrio D., *L'educazione nella vita adulta. Per una fenomenologia delle origini e dei vissuti*, Roma, NIS, 1995
- Demetrio D., *Raccontarsi. L'autobiografia come cura di sé*, Milano, Raffaello Cortina, 1995
- Dennet D., *Coscienza. Che cos'è?*, Milano, Rizzoli, 1993
- Dewey J., *Esperienza e natura*, Milano, Mursia, 1990
- Dewey J., *Come pensiamo*, Firenze, La Nuova Italia, 1965
- Dewey J., *Le fonti di una scienza dell'educazione*, Firenze, La Nuova Italia, 1951
- Di Giorgio A.M., *L'uomo paziente: riflessioni di una pedagoga su malattia e crescita della persona*, Bologna, EDB, 1990
- Di Giorgio A.M., *Pedagogia e medicina*, Bologna, Cappelli, 1981
- Donghi P. (a cura di), *Limiti e frontiere della scienza*, Roma-Bari, Laterza, 1999
- Donghi P., Preta L. (a cura di), *In principio era la cura*, Roma-Bari, Laterza, 1995
- Edelman G.M., *Darwinismo neuronale*, Torino, Einaudi, 1997
- Edelman G.M., *Sulla materia della mente*, Milano, Adelphi, 1993
- Edelman G.M., *Il presente ricordato. Una teoria biologica della coscienza*, Milano, Rizzoli, 1991
- Filograsso N., Travaglini R. (a cura di), *Dewey e l'educazione della mente*, Milano, Franco Angeli, 2004
- Filograsso N. (a cura di), *L'educazione della mente*, Milano, Franco Angeli, 2002
- Filograsso N., *Mente, conoscenza, educazione*, Roma, Anicia, 1994
- Fodor J., *La mente modulare. Saggio di psicologia delle facoltà*, Bologna, Il Mulino, 1994
- Foucault M., *La cura di sé*, Milano, Feltrinelli, 1993
- Foucault M., *La nascita della clinica. Un'archeologia dello sguardo medico*, Torino, Einaudi, 1969
- Foucault M., *Storia della follia nell'età classica*, Milano, Rizzoli, 1963
- Foucault M., *Malattia mentale e psicologia*, Milano, Raffaello Cortina, 1954
- Frabboni F., Pinto Minerva F., *Manuale di pedagogia generale*, Roma-Bari, Laterza, 2002
- Frauenfelder E., Fiengo M.R., Sarracino V., *Ricerca bioeducativa e ambiente. Relazionalità, differenziazione, autonomia*, in Laneve C., Gemma C. (a cura

- di), *Pedagogia, ricerca, valutazione*, Atti del XXI Convegno Nazionale SIPED, Macerata 25-26-27 maggio 2005, Lecce, Pensa Multimedia, 2006
- Frauenfelder E., Santoianni F., Striano M., *Introduzione alle scienze bioeducative*, Roma-Bari, Laterza, 2004
- Frauenfelder E., Santoianni F. (a cura di), *Le scienze bioeducative. Prospettive di ricerca*, Napoli, Liguori, 2002
- Frauenfelder E., *Pedagogia e biologia, una possibile alleanza*, Napoli, Liguori, 1994
- Gadamer H.G., *Dove si nasconde la salute*, Milano, Raffaello Cortina, 1994
- Galimberti U., *Il corpo*, Milano, Feltrinelli, 2002
- Galli G. (a cura di), *Interpretazione e cura*, Atti del XXII Colloquio sulla Interpretazione, Macerata, 11-12 Marzo 2002, Pisa-Roma, IEPI, 2003
- Galli G. (a cura di), *Interpretazione e diagnosi. Scienze umane e medicina*, Atti del XX Colloquio sulla Interpretazione, Macerata, 10-11 Aprile 2000, Pisa-Roma, IEPI, 2000
- Gallo B., *Neuroscienze e apprendimento*, Napoli, Ellissi, 2003
- Gardner H., *Educazione e sviluppo della mente. Intelligenze multiple e apprendimento*, Trento, Erikson, 2006
- Gardner H., *Sapere per comprendere. Discipline di studio e discipline della mente*, Milano, Feltrinelli, 1999
- Gardner H., *Formae mentis. Saggio sulla pluralità dell'intelligenze*, Milano, Feltrinelli, 1987
- Goleman D., *Intelligenza emotiva. Che cos'è e perché può renderci felici*, Milano, Rizzoli, 1997
- Granese A., *Il labirinto e la porta stretta. Saggio di pedagogia critica*, Firenze, La Nuova Italia, 1993
- Granese A., *Dialettica dell'educazione*, Roma, Riuniti, 1976
- Grmek M.D. (a cura di), *Storia del pensiero medico occidentale. Antichità e medioevo*, vol. I, Roma-Bari, Laterza, 1993
- Grmek M.D. (a cura di), *Storia del pensiero medico occidentale. Dal rinascimento all'inizio dell'ottocento*, vol. II, Roma-Bari, Laterza, 1996
- Helzilch C., Adam P., *Sociologia della malattia e della medicina*, Milano, Franco Angeli, 1999
- Illich I., *Nemesi medica. L'espropriazione della salute*, Bruno Mondadori, 2004
- Ingrosso M., Montuschi F., Spinsanti S., *Salute/malattia. Etica e cultura del benessere*, Assisi, Cittadella, 1996

- Ingrosso M. (a cura di), *La salute come costruzione sociale*, Milano, Franco Angeli, 1994
- Jaeger W., *La medicina greca come paideia*, in Id., *Paideia. La formazione dell'uomo greco*, vol III, Firenze, La Nuova Italia, 1970
- Kandel. E.R., *Alla ricerca della memoria: l'emergere di una nuova scienza della mente*, Torino, Codice, 2007
- Kandel. E.R., Schwartz J.H., Jessel T.M., *Fondamenti delle neuroscienze e del comportamento*, Milano, CEA, 1999
- Laporta R., *Persona (formazione della) dal punto di vista paidetico*, in Flores D'arcais G. (a cura di), *Pedagogie personalistiche e/o pedagogia della persona*, Brescia, La Scuola, 1994
- Ledoux J., *Il sé sinaptico. Come il cervello ci fa diventare quello che siamo*, Milano, Raffaello Cortina, 2002
- Maguire L., *Il lavoro sociale di rete*, Trento, Erickson, 1989
- Maltese E.V. (a cura di), *Platone. Tutte le opere*, Roma, Newton & Compton, 2005
- Mannese E., *La pedagogia clinica tra scienze umane e neuroscienze*, Roma, Anicia, 2002
- Martini C.M., *Sul corpo*, Milano, CEA, 2000
- Massa R., *La clinica della formazione: il setting e il dispositivo*, in Margiotta U., *Pensare la formazione*, Roma, Armando, 1998
- Massa R., *Le tecniche e i corpi. Verso una scienza dell'educazione*, Milano, Unicopli, 1995
- Massa R. (a cura di), *La clinica della formazione Un'esperienza di ricerca*, Milano, Franco Angeli, 1992
- Massa R., *La scienza pedagogica. Epistemologia e metodo educativo*, Firenze, La Nuova Italia, 1975
- Massa R., Muzi M., Piromallo Gambardella A., *Saperi, scuola, formazione. Materiali per la formazione del pedagogo*, Milano, Unicopli, 1991
- Massarenti A. (a cura di), *Platone. Vita, pensiero, opere scelte*, Milano, Il Sole 24 Ore S.p.a., 2006, n. 2
- Massarenti A. (a cura di), *Aristotele, Vita, pensiero, opere scelte*, Milano, Il Sole 24 Ore S.p.a., 2006, n. 3
- Maturana H.R., Varela F.J., *Autopoiesi e cognizione. La realizzazione del vivente*, Venezia, Marsilio, 2004
- Merleau-Ponty M., *Fenomenologia della percezione*, Milano, Bompiani, 2003
- Morin E., *La testa ben fatta. Riforma dell'insegnamento e riforma del pensiero*, Milano, Raffaello Cortina, 2000

- Mortari L., *La pratica dell'aver cura*, Milano, Bruno Mondadori, 2006
- Naccari G.A., *Persona e movimento*, Roma, Armando, 2006
- Nannini S., *L'anima e il corpo. Un'introduzione storica alla filosofia della mente*, Roma-Bari, Laterza, 2002
- Oliveiro A., *Prima lezione di neuroscienze*, Roma-Bari, Laterza, 2002
- Oliverio A., *Esplorare la mente. Il cervello tra filosofia e biologia*, Milano, Raffaello Cortina, 1999
- Oliverio A., Oliverio A., *Nei labirinti della mente*, Roma-Bari, Laterza, 1998
- Palmieri C., *La cura educativa. Riflessioni ed esperienze tra le pieghe dell'educazione*, Milano, Franco Angeli, 2000
- Piaget J., *Biologia e conoscenza. Saggio sui rapporti fra le regolazioni organiche e i processi cognitivi*, Torino, Einaudi, 1983
- Piaget J., *Dove va l'educazione*, Roma, Armando, 1991
- Popper K.R., *La conoscenza e il problema mente-corpo*, Bologna, Il Mulino, 1996
- Prini P., *Il corpo che siamo*, Torino, SEI, 1991
- Ramachandran V.S., *Che cosa sappiamo della mente*, Milano, Mondadori, 2004
- Refrigeri G., *Scienza e pedagogia dell'educazione fisica*, Firenze, Giunti, 1994
- Rezzara A., *Dalla scienza pedagogica alla clinica della formazione*, Milano, Franco Angeli, 2004
- Rizzolati G., Sinigaglia C., *So quel che fai. Il cervello che agisce e i neuroni specchio*, Milano, Raffaello Cortina, 2006
- Rorty R., *La filosofia e lo specchio della natura*, Milano, Bompiani, 1986
- Rosati L., *Il metodo nella didattica. L'apporto delle neuroscienze*, Brescia, La Scuola, 2005
- Rose S., *Il cervello del ventunesimo secolo. Spiegare, curare e manipolare la mente*, Torino, Codice, 2005
- Santojanni F., Striano M., *Immagini e teorie della mente. Prospettive pedagogiche*, Roma, Carocci, 2000
- Searle J.R., *La mente*, Milano, Raffaello Cortina, 2005
- Siegel D.J., *La mente relazionale. Neurobiologia dell'esperienza interpersonale*, Milano, Raffaello Cortina, 2001
- Tolja J., Speciali F., *Pensare col corpo. Perché pensare con pochi centimetri di materia grigia quando è possibile usare tutto il corpo?*, Milano, Zelig, 2000
- Trozzi O., *Medicina e pedagogia. Lineamenti di educazione integrale dall'antichità all'età moderna*, Lanciano, Itinerari, 1971

- Ulmann J., *Ginnastica, educazione fisica e sport dall'antichità ad oggi*, Roma, Armando, 1973
- Vegetti M., *Opere di Ippocrate*, Torino, Utet, 1965
- Vigarellò G., *Il sano e il malato. Storia della cura del corpo dal Medioevo ad oggi*, Venezia, Marsilia, 1999
- Voltaggio F., *La medicina come scienza filosofica*, Roma-Bari, Laterza, 1998
- Zani B., Cicognani E., *Psicologia della salute*, Bologna, Il Mulino, 2000
- Zani B., Cicognani E., *Le vie del benessere*, Roma, Carocci, 1999
- Zani B., Palmonari A., *Manuale di psicologia di comunità*, Bologna, Il Mulino, 1996
- Zannini L. (a cura di), *Il corpo-paziente. Da oggetto delle cure a soggetto della relazione*, Milano, Franco Angeli, 2004
- Zannini L., *Salute, malattia e cura. Teorie e percorsi di clinica della formazione per gli operatori socio sanitari*, Milano, Franco Angeli, 2001
- Zedda M., *Rileggendo l'Emilio. Itinerari di pedagogia rousseauiana*, Roma, Armando, 2003

#### **Articoli di riviste:**

- Aglioti M., Avenanti A., *Risonanze e imitazioni*, in "Mente & Cervello", anno IV, n. 23, settembre-ottobre 2006, pp. 80-89
- Ajello A.R., *Fenomenologia, pensiero complesso, pedagogia: interconnessioni*, in "Scuola & Città" n. 9/2000, pp. 392-402
- Barberi M., *Brain training*, in "Mente & Cervello", anno V, n. 33, settembre 2007, pp. 36-43
- Barberi M., *Caro diario*, in "Mente & Cervello", anno V, n. 32, agosto 2007, pp. 70-75
- Bechter K., Gaschler K., *Tra il corpo e la mente*, in "Mente & Cervello", anno III, n. 16, luglio-agosto 2005, pp. 50-57
- Berthoz S., *Quel silenzio delle emozioni*, in "Mente & Cervello", anno III, n. 15, maggio-giugno 2005, pp. 26-31
- Bertolini P., *Educazione tra saperi e conoscenza*, in "Scuola & Città", n. 2/1993, pp. 49-55
- Calza G.C., *La medicina è malata: dove si nasconde la salute?*, in "La Ca'Granda" anno XLV, n.3/2004, pp. 8-10
- Cazzullo L.C., *La relazione del medico con il paziente e la sua famiglia: significato e valori*, in "La Ca'Granda" anno XLV, n. 3/2004, pp. 24-27

- Cicerone P.E., *Il dialogo tra medico e paziente*, in “Mente & Cervello”, anno V, n. 34, ottobre 2007, pp. 24-31
- Cicerone P.E., *I supermen della memoria*, in “Mente & Cervello”, anno III, n. 15, maggio-giugno 2005, pp. 46-51
- Colombo G., *Per una definizione del lavoro di cura*, in “Animazione sociale”, dicembre, 1995, p. 12-15
- Cosmacini G., *I vecchi doveri: acquisizione e custodia del sapere scientifico*, in “La Ca’Granda”, anno XLV, n. 1/2004, pp.17-19
- Cosmacini G., *La professione della cura: ieri, oggi, domani*, in “La Ca’Granda”, anno XLIV, n. 1/2003, pp. 38-40
- Cosmacini G., *La vita nelle mani*, in “La Ca’Granda”, anno XLIV, n. 3/2003, pp. 5-6
- Cosmacini G., *Sanità e educazione*, in “La Ca’Granda”, anno XLIV, n. 4/2003, pp. 2-6
- Cosmacini G., Mordacci R., *Salute e bioetica – II*, in “La Ca’Granda”, anno XLIII, n.3/2002, pp. 4-6
- D’ascenzo M., *Alcune direzioni di ricerca sul rapporto pedagogia – medicina*, in “Scuola & Città”, n. 10/1996, pp. 435-443
- De Mannato P., *Pedagogia delle professioni della salute e della cura*, in “Pedagogia oggi”, n. 1-2/2007, pp. 97-99
- De Martis D., Bogani A., *Pedagogia e psichiatria*, in “Scuola & Città”, n. 7-8/1973, pp. 328-330
- Dobbs D., *Lo specchio nel cervello*, in “Mente & Cervello”, anno V, n. 26, febbraio 2007, pp. 80-85
- Dobbs D., *Frenologia o realtà?*, in “Mente & Cervello”, anno III, n. 16, luglio-agosto 2005, pp. 80-85
- Fanelli D., *L’ottava intelligenza*, in “Mente & Cervello”, anno V, n. 29, maggio 2007, pp. 60-67
- Fields R.D., *Cancellare i ricordi*, in “Mente & Cervello”, anno IV, n. 22, luglio-agosto 2006, pp. 34-43
- Fields R.D., *Costruire memorie*, in “Mente & Cervello”, anno III, n. 15, maggio-giugno 2005, pp. 38-45
- Galanti M.A., *Il contributo della pedagogia nei percorsi formativi delle scienze motorie e degli ambiti sociosanitario e della comunicazione*, in “Studi sulla formazione”, n. 2/2000, pp. 89-101
- Garista P., Zannini L., *Tempo per sé e salute. La prospettiva della resilienza*, in “Adulità”, n. 18/2003, pp. 128-137

- Gasparini S., *Verso una ridefinizione dei rapporti tra pedagogia e psicologia: il caso della cognizione*, in "Scuola & Città" n. 9/2000, pp. 336-344
- Grewal D., Salovey P., *Dal QI all'EQ. La nuova scienza dell'intelligenza emotiva*, in "Mente & Cervello", anno IV, n. 22, luglio-agosto 2006, pp. 16-27
- Kandel E.R., *La nuova scienza della mente*, in "Mente & Cervello", anno IV, n. 23, settembre-ottobre, 2006, pp. 66-73
- La Porta R., *Formazione della persona dal punto di vista neurobiofisologico*, in "Scuola & Città", n. 5-6/1993, pp. 193-197
- Massa R., *Sugli usi della fenomenologia nella pedagogizzazione attuale delle forme di cultura*, in "Encyclopaideia", anno I, n. 2 luglio-dicembre 1997, pp. 9-30
- Morgante T.R., *L'educazione tra ragione ed emozione*, in "Scuola & Città" n. 1/2000, pp. 18-24
- Mori M. (a cura di), *Alessandro Seppilli, politico, scienziato, educatore*, Dossier in "La Salute umana" n. 190-191-192 Luglio-Dicembre 2004, pp. 7-70
- Oliverio A., *I meccanismi della memoria*, in "Mente & Cervello", anno V, n. 32, agosto 2007, p. 14
- Poletti P., *Empowerment del cittadino utente*, in "Care", n. 2/2005, pp. 24-27
- Ramachandran V.S., Oberman L.M., *Specchi infranti. Una teoria dell'autismo*, in "Le scienze", n. 460, dicembre 2006, pp. 63-69
- Refrigeri G., *La laurea in scienze corporee*, in "Annali della Pubblica Istruzione", 1-2/98, pp. 85-136
- Rizzolati G., Fogassi L., Gallese V., *Specchi nella mente*, in "Le scienze", n. 460, dicembre 2006, pp. 54-61
- Rocca B., Ferruccio B., *La ricerca indipendente*, in "La Ca'Granda", anno XLV, n.2/2004, pp. 8-10
- Rocca B., *L'equilibrio enigmatico della salute*, in "La Ca'Granda", anno XLV, n. 1/2004, pp. 6-11
- Rocca B., *Pratica medica e partecipazione*, intervista a cura di S. Casati in "La Ca'Granda", anno XLV, n. 4/2004, pp. 2-5
- Rocca B., *La prudenza del medico*, in "La Ca'Granda", anno XLIV, n. 2/2003, pp. 5-10
- Rocca B., *Umanesimo postmoderno e pratica medica*, in "La Ca'Granda", anno XLIII, n. 4/2002, pp. 2-6
- Striano M., *La filosofia come educazione del pensiero: una conversazione pedagogica con Matthew Lipman*, in "Scuola & Città" n. 1/2000, pp. 38-40
- Szpunar G., *Biografia e autobiografia in John Dewey*, in "Scuola & Città", n. 7/2000, pp. 273-287

Valentini P., *Sviluppo e conoscenza: considerazioni epistemologiche sulla rifondazione del concetto di sviluppo*, in “Scuola & Città”, n. 3/1993, pp. 118-124

Verstichel P., Larrouy P., *Senza più volontà*, in “Mente & Cervello”, anno III, n. 16, luglio-agosto 2007, pp. 94-97

Wicht H., *Dai ricordi alle emozioni*, in “Mente & Cervello”, anno V, n. 30, giugno 2007, pp. 80-83

### **Articoli di quotidiani:**

Alleva E., *La nostra mente si è modellata in rapporto ai bisogni*, in “Il Messaggero”, Sabato 11 Dicembre 2004, p. 17

Berti E., *La rinascita di Aristotele*, in “Il Sole-24 Ore”, Domenica, 10 Dicembre 2006, n. 333, p. 41

Berti E., *Platone l'antiplatonico*, in “Il Sole 24 Ore”, Domenica, 3 Dicembre 2006, n. 327, p. 31

Bressa G.M., *Cervello, l'azione precede la “coscienza”*, in “Il Messaggero”, Sabato 11 Dicembre 2004, p. 17

Cerati F., *L'era del paradigma biologico*, in “Nova24” inserto de “Il Sole-24 Ore”, 2 Agosto 2007 n. 88, p. 10

Corbellini G., *La differenza fa buona la cura*, in “Il Sole 24 Ore”, Domenica 3 Giugno 2007, n. 151, p. 39.

Corbellini G., *Curiamoci con Darwin*, in “Il Sole 24 Ore”, Domenica 15 Aprile 2007, n. 103, p. 40

Corbellini G., *Un mollusco da Nobel*, in “Il Sole 24 Ore”, Domenica 7 Gennaio 2007, n. 6, p. 32

Daveri F., *La mente dell'economista*, in “Il Sole 24 Ore”, Domenica 12 Marzo 2006, n. 70, p. 38

Deaton A., *Il benessere non cerca solo salute*, in “Il Sole-24 Ore”, 17 Giugno 2007 n. 165, p. 11

Dennet D., *Il robot non può dire «Io»*, in “Il Sole 24 Ore”, Domenica 17 Settembre 2006, n. 255, p. 29

Egidi M., *Una cornice per scegliere*, in “Il Sole 24 Ore”, Domenica 16 Luglio 2006, p. 30

Gallese V., *«Io so quel che tu pensi»*, in “Il Sole 24 Ore”, Domenica 26 Febbraio 2006, n. 56, p. 38

Kandel E.R., *Così il cervello ricorda e impara*, Intervista a cura di Ardino V., in “Il Messaggero”, Sabato 11 Dicembre 2004, p. 17

Kandel E.R., *Grazie a Freud e alla neurobiologia*, in “Il Sole 24 Ore”, Domenica 7 Gennaio 2007, n. 6, p. 32

Motterlini M., *Scommesse incoerenti*, in “Il Sole 24 Ore”, Domenica 3 Settembre 2006, p. 34

Oliverio A., *Cervello, il prodigio dalle mille vite*, in “Il Messaggero”, Sabato 20 Gennaio 2007, p. 23

Oliverio A., *La genetica dei sentimenti tra verità e bluff*, in “Il Messaggero”, Lunedì 30 Gennaio 2006, p. 10

Pagnini A., *Eric Kandel. Psicoanalisi molecolare*, in “Il Sole-24 Ore”, 15 Luglio 2007 n. 192, p. 34

Pagnini A., *Un po' più di cervello*, in “Il Sole 24 Ore”, Domenica 29 Aprile 2007, n. 117, p. 35

Rizzolatti G. E Sinigaglia C., *Noi, riflessi nella mente degli altri*, in “Il Sole 24 Ore”, Domenica 26 Febbraio 2006, n. 56, p. 37

Sinigaglia C., *Programmati per capire il prossimo*, in “Il Sole 24 Ore”, Domenica 12 Marzo 2006, n. 70, p. 34

#### **Articoli di siti internet:**

AA.VV., *La Medicina come scienza biologica e arte relazionale*, in <<http://www.pedagogiamedica.it>>

Bleza F., *Il Pedagogista. Il riemergere recente di una professione antica*, in <<http://www.pedagogistonline.it/rivista/rivista13.2.doc>>

Cambi F., *Percorsi educativi: un concetto articolato e complesso; figure e aree dell'educazione*, in <[http://www.treccani.it/iteronline/rubriche/archivio/rp1b\\_educazione.htm](http://www.treccani.it/iteronline/rubriche/archivio/rp1b_educazione.htm)>

Casalone C., *Medicina, vissuto soggettivo e cultura*, in <<http://www.qlmed.org/scopi/casalone.htm>>

Della Bilancia M.P., *Il corpo nel pensiero filosofico e pedagogico occidentale*, in <<http://www.dellabilancia.it/educazionefisica.htm>>

Della Bilancia M.P., *Nuove prospettive per la pedagogia del corpo e del movimento dai contributi delle neuroscienze cognitive*, in <<http://www.dellabilancia.it/Nuoveprospettiveperlapedagogia.htm>>

Ingresso M., *L'educazione alla salute come espressione di pluralismo e comunicazione fra saperi*, in <[http://web.unife.it/centro/paracelsus/archivi/c\\_1999\\_ingrosso\\_csesi.pdf](http://web.unife.it/centro/paracelsus/archivi/c_1999_ingrosso_csesi.pdf)>

Maino E., *Rapporto mente-corpo e benessere psico-fisico*, in <[http://www.benessere.com/psicologia/mente\\_corpo.htm](http://www.benessere.com/psicologia/mente_corpo.htm)>

Manzelli P., *Breve storia della relazione tra cervello e pensiero*, in <[http://www.edscuola.it/archivio/Ire/breve\\_storia.htm](http://www.edscuola.it/archivio/Ire/breve_storia.htm)>

Searle J., *Dualism Revisited*, in <<http://Socrates.berkeley.edu/~jsearle/articles.htm>>

Searle J., *Why I Am Not a Property Dualist*, in <<http://Socrates.berkeley.edu/~jsearle/articles.htm>>

Searle J., *Biological Naturalism*, in <<http://Socrates.berkeley.edu/~jsearle/articles.htm>>

### **Sitografia:**

<http://www.bnrcm.librari.beniculturali.it> (Biblioteca Nazionale Centrale Vittorio Emanuele II di Roma)

<http://www.bncf.firenze.sbn.it> (Biblioteca Nazionale Centrale di Firenze)

<http://biblio.unicas.it> (Biblioteca Universitaria di Cassino)

<http://acnp.cib.unibo.it/cgi-ser/start/it/cnr/fp.html> (Catalogo italiano dei periodici - ACNP)

<http://www.raffaellocortina.it>; <http://www.carocci.it>; [www.editoririuniti.it](http://www.editoririuniti.it) (Case editrici)

<http://www.etimo.it> (Dizionario etimologico on-line)

<http://philosophy.uwaterloo.ca/mindDict> (Dizionario di filosofia della mente)

<http://www.festivalfilosofia.it> (Festival della filosofia)

<http://www.lswn.it> (Festival della scienza)

<http://www.internetculturale.it> (Internet Culturale)

<http://www.libraweb.net>; <http://www.internetbookshop.it>; <http://www.gorilla.it> (Recensioni e acquisti di libri on-line)

<http://www.Philosophy.ucf> (Neurofenomenologia)

<http://www.remede.org/sites.html>; <http://www.imms.if.it>; <http://www.cscs.qc.ca/montcalm/proj/neurones/menu.htm>; <http://www.pbs.org/wnet/brain/>; <http://www.assoc.it>; <http://lescienze.it> (Sitografia essenziale sulle neuroscienze)

<http://www.oliverio.it> (Psicobiologia)

<http://www.sicap.it> (Psicosomatica)

<http://www.scuolaecitta.it>; <http://www.pedagogiamedica.it> (Riviste telematiche)

<http://opac.uniroma1.it> (Sistema interbibliotecario basso Lazio)