

Articoli/Articles

LA “CURA”: TRA DIMENSIONI TERAPEUTICHE,
ESISTENZIALI ED EDUCATIVE

M. BENEDETTA GAMBACORTI-PASSERINI*, LUCIA ZANNINI#

*Università di Milano Bicocca, #Università Statale di Milano, I

SUMMARY

*THERAPEUTIC, EXISTENTIAL AND EDUCATIONAL
DIMENSIONS OF CARE*

In Western culture, the concept of “care” is usually related to two main semantic domains: the idea of “curing”, mostly associated with medicine, and the idea of “taking care”, more frequently related to nursing and educational practices. The aim of this paper is to analyse the different meanings of “care”, including the existential dimensions of the caring process as well.

After a brief analysis of the changes concerning medical science over the last centuries, we will mainly focus on the transformations through which the clinical practice has gone, thanks to whom the concept of “taking care” of the patient has gained increasing attention.

The paper will finally underline the educational dimensions of the caring approach, intended as a patient’s global care. Indeed the aim of that approach is not only to promote a status of physical and psychological wellbeing, but also to support patients development through their personal growth and education.

*La cura come dimensione fondante dell’esistenza umana:
la cura esistenziale*

Alle origini della cultura Occidentale, il concetto di “cura” rimandava a dimensioni che investivano globalmente l’esistenza dell’uomo: una

Key words: To cure - To care - Educational care - Medical care

delle favole di Igino (I sec. a.c.)¹ esprime in maniera molto chiara questa concezione. Proprio la ripresa di questa favola da parte del filosofo Martin Heidegger punta a comprendere e spiegare filosoficamente il significato della nostra esistenza sulla base del concetto di cura. Igino racconta che la Cura, attraversando un fiume, vide del fango e da questo costruì e plasmò l'uomo. Nacque poi una disputa sulla paternità dell'uomo tra Giove, che vi aveva infuso lo spirito, e la Terra, che aveva fornito la materia prima. Elessero, quindi, come giudice, Saturno, il Tempo, che risolse in questo modo la disputa: lo spirito dell'uomo, alla sua morte, fu assegnato a Giove, e il suo corpo alla Terra.

Ma poiché fu la Cura che per prima diede forma a questo essere, fin che esso vive lo possiede la Cura².

In questo senso, riprendendo quanto espresso dalla favola, Heidegger presenta un aspetto estremamente significativo della cura: essa non è solo un modo di agire e interagire tra gli uomini, bensì è caratteristica strutturale e fondante dell'esistenza stessa.

Proprio la cura è quell'aspetto che ha dato forma e ragion d'essere a una sostanza informe, creando per questa creatura la possibilità di esistere, di collocarsi nel mondo e verso il futuro. Senza l'aspetto della Cura, quindi, l'essere umano rimarrebbe ancorato o ad aspetti materiali (la Terra) o spirituali (lo spirito di Giove) senza la possibilità di unificare e armonizzare queste componenti in un progetto vivente. Riprendendo Heidegger, scrive a proposito Cristina Palmieri:

L'esistenza è fatta di corpo e spirito, di materia e di qualcosa che vivifica questa materia [...]. Ciò che distingue l'essere umano dagli altri esseri è proprio questa stretta e strutturale relazione tra la propria effettività (il proprio corpo), ovvero la propria materia, ciò che è già dato [...] e la propria possibilità, quell'apertura al possibile che è intrinseca nel divenire dell'essere umano³.

La rilettura di Heidegger intorno alla favola di Igino consente di evidenziare come la cura, fondante l'esistenza umana, si giochi in un basilare rapporto tra effettività e possibilità, dal cui intreccio scaturisce per l'uomo il suo "più proprio poter essere", quella singolare modalità esistenziale che si attua in una forma vivente secondo le sue proprie possibilità:

L'uomo non ha semplicemente delle possibilità, ma è possibilità⁴.

Queste possibilità possono portarlo a diventare ciò che può essere a partire da sé, dalla sua effettività, già definita, che costituisce per ognuno il proprio limite.

La cura, dunque, è sia struttura dell'esistenza del singolo, intrecciando effettività e possibilità in modo concreto ma in evoluzione, sia struttura dell'esistenza di altri⁵, in modo che sostenga o possa sostenere il percorso di formazione tra possibilità ed effettività:

Curare, nel senso di "preoccuparsi di", [...] vuol dire lavorare sul massimo sviluppo possibile della progettualità nelle condizioni date⁶.

Le modalità attraverso cui questa cura esistenziale può tradursi in pratiche agite verso se stessi, verso gli altri e il mondo possono assumere tratti e caratteristiche differenti, andando a configurarsi come una serie di azioni congruenti con l'apertura di possibilità e progettualità⁷, oppure come atti rivolti verso un soggetto "passivo", mero ricevente di quanto agito da altri: si può aver cura in modo che i soggetti imparino a riconoscere e costruire le loro proprie ed uniche possibilità, oppure si può curare sostituendosi all'altro nella sua capacità di cura, di scelta, del divenire stesso.

Quell'azione di cura progettata e messa in atto per rendere i soggetti capaci di riconoscere le proprie possibilità, può essere denominata come "autentica"⁸, "nella misura in cui produce individuazione e autenticità"⁹. Curare, invece, partendo da una prospettiva di dominio

e imprigionamento dell'altro, "ingenera meccanismi di dipendenza e dispersione di sé"¹⁰: in questo caso, la cura può essere definita inautentica, in quanto non consente lo sviluppo di possibilità e progettualità nell'altro. La distinzione tra cura autentica e inautentica consente di introdurre alcune riflessioni circa il concetto di "cura" nella disciplina pedagogica e in quella medica, entrambe centrate sulla progettazione e la realizzazione del "curare", tuttavia secondo modelli e paradigmi di riferimento differenti.

All'interno dell'orizzonte pedagogico, si agisce cura qualora questa pratica consente ai soggetti cui è rivolta di generare cambiamenti a partire dalle condizioni e dalle situazioni date in cui ognuno di essi si trova:

La cura è educazione. E quindi la relazione attraverso cui essa si manifesta è educativa, nel momento in cui è quel necessario occuparsi degli altri in cui si apre il loro campo di possibilità¹¹.

Perché questo avvenga, come si noterà più specificamente in seguito, devono essere messi in atto pensieri progettuali e, successivamente, azioni pratiche particolari. Molto spesso, invece, la tendenza è quella di realizzare azioni ed espressioni di "sostituzione" in relazione agli altri di cui ci si sta prendendo cura, senza lasciare loro possibilità di sperimentazione, desiderio, emozione, cambiamento. Questo generalmente non accade per scarso interesse verso i soggetti che si stanno, appunto, curando, ma, spesso, per una frenesia di sollecitudine nei loro confronti che impedisce però loro di riconoscere, sperimentare e potenziare le loro possibilità.

Una tale accezione di cura, vicina al campo dell'inautenticità, per come l'abbiamo definita, pare agire in ambito sanitario, qualora il riferimento sia a un modello di tipo biomedico, affermatosi in tale ambito nel mondo occidentale a partire da metà 800. Esso è costruito, infatti, su una concezione della cura che può essere messa in atto se il paziente viene configurato come una "mancanza", in questo caso

di salute, che può essere sanata dalla sola competenza scientifica e tecnica del medico. In questo senso, per esser curato, il paziente deve agire una “passività” che può soltanto attendere fiduciosa le azioni e le decisioni terapeutiche del medico:

Elementi di “inautenticità” nella cura (nelle forme dell’assistere, del prevenire e del sostituire l’altro) sono inevitabili nella misura in cui l’altro è “mancante” nelle diverse forme in cui può esserlo (piccolo, fragile, indigente, malato, disorientato etc.)¹².

Come si è notato, inoltre, per agire una cura autentica è necessario riferirsi a un modello di riferimento che consideri la centralità della relazione tra i soggetti coinvolti, senza relegare il destinatario della cura a una posizione passiva e impotente. Una tale concezione non è l’unica presente all’interno della cultura occidentale che, come si vedrà tra breve, si è costruita fortemente intorno ad altre accezioni e declinazioni del concetto di “cura”.

Cura, clinica, terapia: diverse accezioni della cura nella cultura occidentale

Come è noto, il termine “cura” si è costruito, nella cultura Occidentale, intorno a due particolari concezioni: una è quella sviluppatasi nel campo medico, col significato di terapia, trattamento, guarigione, mentre l’altra, più vicina a quelle caratteristiche esistenziali della cura appena delineate, si riferisce all’attenzione e all’interesse per l’altro.

In particolare, per evidenziare le diverse declinazioni della cura, risulta significativo esplorare i differenti atteggiamenti “clinici” assunti dalla scienza medica occidentale nel corso dei secoli, esemplificativi di diverse accezioni della cura.

Il termine “clinico” (dal sostantivo greco *klinè*, letto, e dal corrispondente verbo *klinèin*, chinarsi) indica originariamente il tipico gesto del medico di chinarsi sul letto del malato per visitarlo e instaurare la relazione terapeutica con lui. In questo rapporto

clinico, si costruisce una peculiare conoscenza, che richiede sia una conoscenza e una tecnica, sia la capacità del medico di creare un rapporto umano. Questo particolare processo di costruzione della relazione clinica si è articolato in modi differenti nel corso della storia, allineandosi ai progressivi mutamenti della disciplina medica. Esemplificativa, per comprendere l'evoluzione della concezione dei concetti di "clinica", "cura" e "terapia", risulta essere l'opera di Michel Foucault, *La nascita della clinica*, in cui viene proposta la formazione dello sguardo medico nella scienza occidentale. Partita dalla medicina ippocratica¹³, centrata su una relazione clinica focalizzata su un'etica di cura globale della persona¹⁴, Foucault mostra quanto la pratica medica occidentale si sia via via costruita su uno sguardo finalizzato a scomporre il corpo per ricercare la malattia. In questo senso, la relazione terapeutica orientata a curare la persona, si è spostata, nel corso dei secoli, verso l'attenzione alla cura della malattia, dell'organo malato. Il riferimento principale di Foucault a questo riguardo è quello a François Broussais, che intorno al 1820, introdusse il concetto di malattia, in sostituzione del corpo malato, come oggetto della scienza medica. Questo cambiamento sottintendeva anche una rinnovata concezione della morte dell'uomo: attraverso lo studio del cadavere, infatti, la morte diventava positivo fondamento per costruire ulteriore sapere. In questo senso, oltre a rivelare la concreta finitudine dell'uomo, il corpo-cadavere apriva nuove possibilità conoscitive:

La struttura antropologica che appare allora svolge insieme il ruolo critico di limite e il ruolo fondatore di origine¹⁵.

Il corpo-cadavere, simbolo visibile della morte e della finitudine umana, risulta la fonte di conoscenza su cui si è costruita la medicina clinica nella cultura occidentale:

Resterà senza dubbio decisivo per la nostra cultura che il primo discorso tenuto sull'individuo abbia dovuto passare attraverso questo momento della morte. Questo perché l'uomo occidentale non ha potuto costituirsi ai propri occhi come oggetto di scienza [...] che in riferimento alla propria distruzione [...]; dalla integrazione della morte nel pensiero medico è nata una medicina che si dà come scienza dell'individuale¹⁶.

Attraverso l'analisi del cadavere, lo sguardo medico occidentale è stato fortemente orientato una centratura sulla ricerca della malattia, della patologia, anche grazie al progressivo sviluppo di tecnologie, sempre più precise e potenti, che hanno permesso una ricerca accuratissima all'interno del corpo¹⁷. Il focus dello sguardo medico, dunque, è stato sicuramente orientato allo studio, all'analisi e alla cura della malattia rinvenuta nel corpo del paziente. Nell'esercizio di questo agire terapeutico, l'attenzione per la parte tecnica e scientifica può non necessariamente disgiungersi dal gesto relazionale del medico che si mette in rapporto con la persona intera.

In questo senso, nella cultura occidentale, un tale orientamento e una tale costruzione dello sguardo medico hanno aperto una maggiore possibilità alla scissione della parte della cura che si occupa della malattia e della sua guarigione, dalla cura intesa come “prendersi cura” globale (*to care*) della persona nella sua interezza¹⁸.

A queste due articolazioni del concetto di cura è stato attribuito un diverso valore nel corso dei secoli; la cura terapeutica, orientata a guarire e basata sul forte statuto della cultura professionale medica, gode di un forte valore sociale. Invece, alla cura intesa come “prendersi cura”, far crescere, accompagnare, formare e sviluppare possibilità esistenziali, è riferito un valore sociale molto debole, basato sul legame tra questo tipo di cura e il lavoro domestico e familiare, di accudimento materno, che ne rappresenta l'origine¹⁹. La cultura occidentale ha, dunque, costruito la sua idea di “cura” proprio sulla base di questa divisione semantica tra le due accezioni, attribuendo

un riconoscimento sociale, economico, politico maggiore alla cura terapeutica e posizionando invece il “prendersi cura” a margine della considerazione sociale.

La significatività e l’importanza del “prendersi cura” sono però molto più ampie e profonde rispetto a una tale marginalizzazione, costruita intorno all’accostamento con la cura familiare:

Il prendersi cura è un processo complesso ed è riduttivo considerare che si appiattisca unicamente sull’aspetto relazionale²⁰.

Pensare la cura come “to care”, avvicina il pensiero alle dimensioni educative della cura, che verranno maggiormente approfondite in un successivo passaggio. La cura educativa, infatti, è sostanzialmente l’agire rivolto allo sviluppo di progettualità esistenziali, un autentico interesse dell’uomo verso lo sviluppo di un altro uomo. Giuseppe Annacontini, nel suo testo *Lo sguardo e la parola*, propone una riflessione centrata sul concetto di cura, per istituire un confronto teorico tra le discipline mediche e quelle pedagogiche: è proprio la cura, infatti, secondo l’autore, ad aprire la possibilità di un incontro tra questi due saperi.

Contemplare la possibilità di una cura non solo focalizzata sulla malattia, consente di connotare anche l’incontro tra un medico e un paziente con aspetti formativi ed educativi:

La cura, allora, diventa formazione quando, abbandonata la sua essenza puramente medico-normativa, diventa “luogo” di incontro, di riflessione, di riprogettazione. Luogo in cui, ancora una volta, si incontrano medicina e pedagogia²¹.

Appare evidente come, intorno al concetto di cura, possano essere sviluppate importanti riflessioni per andare ad esplorare ed evidenziare le interconnessioni tra la cura medico-sanitaria e la cura educativa:

La “cura”: tra dimensioni terapeutiche, esistenziali ed educative

Assistere significa intrinsecamente sviluppare le possibilità dell’altro e quindi in qualche modo “formarlo”, come educare significa inevitabilmente “aver cura” del poter essere dell’altro nella dimensione materiale della vita, nel suo “essere-nel-mondo” e quindi, per certi versi, anche assisterlo²².

Queste dimensioni evidenziano la possibilità e, a nostro parere, anche la necessità, dell’incontro e dell’intreccio tra il modello di cura della medicina e quello della cura educativa, come si andrà a evidenziare nel proseguimento dello scritto.

La cura nel mestiere di medico

Perché abbia inizio la relazione terapeutica con un medico, il paziente, sulla base di un sintomo, di una situazione fisica che lo disturba, chiede al medico di aiutarlo. Questo incontro, dunque, si struttura tradizionalmente come asimmetrico, intendendo l’asimmetria come la presenza delle caratteristiche utili per la risoluzione del problema solamente nella figura del medico:

Al ruolo del medico competono conoscenze tecniche, specifica formazione. [...] Per il proprio status il malato è invece legittimato a presentare incompetenza tecnica, debolezza e bisogno di aiuto²³.

Il “qualcosa” che disturba il paziente viene portato inizialmente come un racconto attraverso il quale il malato narra la storia del suo sintomo, della sua malattia, inserendo in essa i suoi vissuti, i suoi pensieri. Sulla base di questa storia, il medico generalmente visita e osserva direttamente il corpo del malato, iniziando a “tradurre” il racconto in una storia clinica. La costruzione della storia clinica si attua anche attraverso l’anamnesi, termine che proviene dal verbo greco ἀναμνήσκω (anamimnèsko), cioè “ricordare”: l’anamnesi medica, dunque, viene raccolta attraverso il ricordo e il recupero della storia individuale e familiare, in relazione alla patologia in oggetto.

Questo momento di raccolta della storia del paziente è la prima fondamentale occasione attraverso la quale il medico può cercare di conoscere, oltre a sintomi e segni fisici, anche il vissuto e il pensiero del suo paziente²⁴. Scrive a riguardo Annacontini:

Un approccio anamnestico che vada oltre la raccolta di dati oggettivi per rivalutare l'orizzonte storico-culturale – le storie di vita – della persona malata è, dunque, una fase essenziale per realizzare un rapporto, tra medico e paziente, individualizzato e orientato a facilitare il “compito educativo” della professionalità medica²⁵.

Successivamente, il processo di cura messo in atto dal medico si struttura con la formulazione di una diagnosi, ossia il ricondurre i sintomi portati a uno specifico quadro nosografico, attraverso un processo ipotetico-deduttivo. Sulla base di questa diagnosi, il medico procederà a comprendere come eliminare la malattia e riportare equilibrio nel corpo del paziente (compito terapeutico).

All'interno di questo momento iniziale di costruzione della relazione di cura, risultano dunque importanti differenti competenze che il medico deve esercitare. Innanzitutto, infatti, la diagnosi delle malattie è un “esercizio razionale” con cui il medico cerca di ricondurre segni e sintomi a “quadri noti”, in modo coerente alle caratteristiche di una certa malattia (deduzione). Il medico ricerca poi ulteriori elementi per verificare le ipotesi formulate (verifica). Come abbiamo sostenuto altrove, il processo diagnostico risulta essere così costituito:

Esso consiste, a partire dalla raccolta della storia di malattia (anamnesi) e dalla visita del paziente (esame obiettivo) nell'ipotizzare il collegamento tra determinati sintomi, ossia gli aspetti di espressione soggettiva della malattia (es. il dolore) e segni, ossia gli aspetti di espressione oggettiva della malattia, in quanto tali misurabili (es. un'eventuale ipertensione), a un determinato quadro sindromico per poi andare a dedurre altri sintomi e segni - da verificare con gli opportuni test diagnostici - che dovrebbero essere presenti, anche se non ancora nominati/rilevati, nella storia clinica del paziente²⁶.

Oltre a queste capacità, però, come già accennato, per impostare l'inizio della relazione di cura con un paziente, il medico può fare riferimento anche alla dimensione esperienziale e soggettiva nel ragionamento medico, oltre a forme di pensiero narrativo che gli permettono di cogliere vissuti, pensieri, sentimenti presenti nella storia di quel particolare e unico paziente. Come abbiamo evidenziato altrove²⁷, la capacità diagnostica di un medico si basa anche su una competenza per certi versi creativa, intesa come pensiero abduttivo, in grado di produrre conoscenza per certi versi su uno specifico e unico paziente, all'interno del sapere medico. Sulla base delle categorie scientifiche della medicina, infatti, ogni medico dovrebbe sempre considerare le dimensioni individuali sia nel momento diagnostico, sia in quello di scelta della terapia: l'individualità del malato, infatti, non è mai del tutto inseribile in categorie predeterminate che, seppur essenziali per una efficace pratica, non esauriscono la complessità e la peculiarità di ogni paziente.

Per poter, quindi, agire cura verso questa complessità che caratterizza l'essere umano, appare con sempre maggior chiarezza la necessità che alla competenza biologica e scientifica del medico, centrata appunto sulla capacità diagnostica e la conseguente scelta terapeutica, si affianchi un'azione clinica, intesa secondo il significato originario del termine, precedentemente ricordato, che sappia chinarsi su ogni singolo paziente e sulla sua storia, al cui interno si colloca anche l'esperienza di malattia²⁸.

Per meglio esemplificare questo concetto, si può notare come, sul piano scientifico, la medicina si presenti come una disciplina completamente centrata sull'analisi e il trattamento di fenomeni biologici, ma, come scriveva Edoardo Parma, quando

è calata sul piano applicativo, essa si trova nella necessità di utilizzare paradigmi caratteristici delle scienze umane e storiche, in base ai quali può essere in grado di integrare tutte le prospettive biologiche, psicologiche e sociali che si manifestano nel corso della consultazione per poter gestire al meglio gli irripetibili incontri medico-paziente²⁹.

Sembrerebbe dunque necessario che, per agire cura, il medico debba sapere intrecciare processi cognitivi ed emotivi³⁰ per costruire una relazione terapeutica non solo centrata sulla malattia, ma in cui anche il paziente possa avere un ruolo attivo nel processo terapeutico, secondo le caratteristiche della cura autentica in precedenza trattate³¹. In questo senso, sebbene lo sviluppo della medicina nella cultura occidentale, come si è notato, si sia fortemente focalizzata sulla cura della malattia piuttosto che su una cura globale del malato, appare oggi sempre più evidentemente come l'incontro col paziente, con il suo racconto di malattia, con il suo vissuto e le dimensioni sociali e relazionali della sua esperienza, siano dimensioni altrettanto importanti per una buona cura medica, capace di comprendere la storia e il vissuto del paziente. Va in questa direzione, ci pare, l'attenzione alle cosiddette *Medical Humanities* nel percorso per formare la capacità di cura del medico, intendendole come strumenti utili ad

andare in profondità nell'analisi dell'esperienza di malattia, insegnando prima a osservare con attenzione il paziente e poi a scavare ben al di sotto della superficie del fenomeno patologico e dei segni e sintomi medici col quale esso si presenta³².

A questo riguardo, la pedagogia e la cura educativa da essa proposta, possono portare un particolare contributo all'azione del medico in relazione alle competenze ermeneutiche e significanti³³, come si vedrà più specificamente in seguito.

Questi aspetti risultano particolarmente rilevanti per quei medici impegnati in azioni che prendono in cura i pazienti per periodi lunghi e continuativi, andando dunque ad agire sulle malattie che segnano l'esistenza e la vita quotidiana delle persone. Si pensa, ad esempio, irreversibilmente ai pediatri di famiglia, che hanno un ruolo importante nell'accompagnamento alla crescita non solo dei piccoli pazienti, ma anche dei loro adulti di riferimento; allo stesso modo, i medici di famiglia sono chiamati alla costruzione di una relazione

terapeutica che segue e accompagna la storia dei pazienti nel corso della vita adulta. La capacità del medico di costruire l’incontro coi malati, infatti, aprirà la possibilità per inserire la comprensione delle malattie che di volta in volta porteranno all’interno della storia esistenziale, oltreché clinica, di quel particolare soggetto³⁴.

Infatti, a ogni incontro con un malato, il medico entra necessariamente in contatto anche con la sua storia, che viene interrogata e trasformata nelle informazioni utili per riconoscere e curare la patologia. Come già considerato, il lavoro diagnostico basato sulla storia del paziente impegna il medico in un’azione ermeneutica, in cui questa storia viene usata come un “testo” su cui agire un’attività interpretativa³⁵.

Una cura del medico agita secondo questi aspetti, quindi, non si costruisce solo su aspetti fisici e modelli di analisi biomedici, ma si riferisce a una disposizione all’ascolto di ogni malato e della particolare storia che quest’ultimo porta. La cura del sintomo fisico si accompagna, quindi, a una comprensione olistica del paziente, collegando la storia di malattia all’interno di una storia esistenziale più ampia.

Il modello di cura che si crea, dunque, si allarga notevolmente rispetto al modello rigidamente asimmetrico in cui il ruolo del paziente si esaurisce nel portare un sintomo e nell’agire una sostanziale passività in attesa delle decisioni e delle scelte comunicate dal medico.

Una cura medica, qualora consideri fondamentale la storia del paziente e quanto da esso portato in relazione ad aspettative, pensieri e vissuti, imposta una relazione terapeutica pensata come un processo, in cui parte importante è agita dal malato stesso, attivo e principale costruttore della sua salute all’interno della sua storia, grazie anche all’intervento esperto suggerito dal medico³⁶.

In questo senso, nella cura del medico, così pensata, si possono ritrovare le caratteristiche della cura autentica, precedentemente descritte, oltre ad alcuni elementi riconducibili alla cura educativa, per come la si andrà a descrivere tra breve.

La cura educativa

L'educazione è un aspetto che da sempre ha costituito la componente sociale e culturale dell'essere umano e la discussione su essa continua ad essere legata a elementi politici, storici, economici e scientifici. Proporre una definizione unica e univoca di cosa possa essere inteso come "educazione" risulta impresa ardua e certamente non affrontabile in questa sede³⁷.

Scopo delle righe che seguono è infatti quello di andare a porre l'attenzione sull'accostamento del termine "cura" all'aggettivo "educativa", per comprendere che cosa significa e che cosa si intende con l'espressione di "cura educativa".

Avendo già definito il concetto di cura come struttura fondante dell'esistenza umana, è possibile notare ora che l'educazione, intendendo questa azione come aprire allo sviluppo di possibilità formative, di cambiamento, è fortemente radicata nelle dimensioni esistenziali dell'esperienza umana. È possibile, quindi, notare in primo luogo come la cura educativa abbia origine nel concetto di cura esistenziale trattato in precedenza relativamente alla favola di Igino, ripresa dalla filosofia di Heidegger; ancor più precisamente, si può sottolineare che, per progettare e agire una cura specificamente educativa, sia necessario riferirsi a una cura pensata come fondante per l'esistenza stessa dell'uomo.

Declinandola, dunque, in senso educativo, la cura esistenziale può essere intesa come la ricerca dell'uomo per la sua propria "forma", tra la sua azione personale, la sua libertà e gli interventi educativi di altri, necessari a qualsiasi soggetto per costruire una sua propria "forma":

Da un lato l'uomo non è, non si costituisce come tale, non diventa uomo senza che qualcuno si prenda cura di lui, interagisca con lui, abbia volontà e intenzionalità di formarlo e di educarlo [...] Per molti versi e in molti sensi è vero che, pur dipendendo totalmente da un Altro che si prenda cura di lui educativamente, quell'essere neotenico che è l'uomo si può tuttavia

La “cura”: tra dimensioni terapeutiche, esistenziali ed educative

considerare artefice e protagonista del suo processo di formazione in quanto dipende da lui non solo il tenere o non tenere conto dell’informazione ma anche l’interpretare i messaggi [...], il vivere il suo processo di formazione³⁸.

La cura, dunque, è educazione quando è agire orientato a portare l’altro alla scoperta delle sue caratteristiche e potenzialità, cioè le “basi” a partire dalle quali costruire la propria forma³⁹; in questi termini, la cura educativa è tale quando disvela possibilità di significazione per ogni uomo, con un attento interesse alle storie di vita in costruzione:

Se si classifica la situazione all’interno di un “già dato”, non si riesce a favorire l’apertura al “possibile ancora”. Questa esigenza di senso è l’apertura al progetto di sé⁴⁰.

Va notato come, per portare ad assumere una propria forma, la cura educativa deve saper riconoscere, in certe situazioni e in certi momenti, che sia necessario indicare chiaramente una direzione e operare un contenimento,

consentendo all’altro, in condizioni di totale mancanza di autonomia o di necessaria dipendenza, di sopravvivere e quindi di sentire di “poter essere”⁴¹.

Quanto fin qui scritto consente di evidenziare come agire una cura educativa presupponga inevitabilmente una situazione relazionale. Per tematizzare, però, cosa si intenda con il concetto di cura educativa, è necessario soffermarsi sulle caratteristiche di questa componente relazionale che la abita. Cura educativa, infatti, non si esaurisce solamente sul piano della relazione. Una particolare capacità empatica e relazionale, infatti, non è sufficiente per agire una cura propriamente educativa, in quanto quest’ultima si costruisce sulla base di dimensioni concrete e progettate, che passano attraverso l’agire e non soltanto attraverso la relazione⁴².

Dunque, una cura educativa non dovrebbe essere definita sulla base dell'essere in relazione ma, al contrario, è proprio la cura educativa che, per essere agita, deve proporre una relazione con determinate caratteristiche:

Forse non è tanto la relazione a definire l'educativo, ma l'educativo a indicare la specificità di una particolare relazione⁴³.

In questo senso, dunque, la cura educativa è contraddistinta da quella peculiare relazione volta al cambiamento, allo sviluppo di possibilità e potenzialità dei soggetti a cui si rivolge, senza essere l'unico elemento a costituirne la natura educativa:

L'educazione sembra non essere riducibile alla relazione, ma consistere in un determinato "campo di esperienza", di cui la relazione è parte⁴⁴.

Seguendo questa prospettiva, quindi, la cura educativa andrà anche nella direzione di costruire, progettare e realizzare occasioni di esperienza in cui possano avvenire azioni educative. Ogni azione di cura educativa, infatti, avviene in un contesto, basato e costruito sulle logiche di quello che Riccardo Massa⁴⁵ chiama "dispositivo pedagogico", intendendolo come il contesto che

presidia l'organizzazione dei tempi, degli spazi, della dimensione prossemica, della collocazione e della gestione dei corpi degli educatori e degli educandi, delle relazioni, delle attività, dei metodi e delle tecniche, dei mezzi e degli strumenti, dei simboli⁴⁶.

Il dispositivo in atto manifesta una certa idea di cura, rendendo così pensabili e agibili certe pratiche, certe azioni per mettere in atto la cura. Proprio sulla base di questo dispositivo verranno progettate e agite le dimensioni pragmatiche con cui la cura educativa viene realizzata. Questi aspetti, attraverso la cui progettazione e azione la cura educativa si manifesta, si possono evidenziare in quattro piani, intrecciati e

irriducibili l'uno all'altro⁴⁷: la dimensione pragmatica e materiale di uno spazio specifico, progettato e pensato; la concezione del tempo; la dimensione corporea e, infine, la sfera emotiva e relazionale.

Sulla base di quanto scritto, dunque, il lettore può aver compreso le caratteristiche fondamentali e strutturanti del concetto di “cura educativa”. È a questo punto possibile avviare la trattazione verso la sua parte conclusiva, andando a intravedere l'intreccio tra dimensioni terapeutiche, esistenziali ed educative che consente di avvicinare medicina e pedagogia, proprio intorno alla “cura”⁴⁸.

Tra dimensioni terapeutiche, esistenziali ed educative: l'intreccio tra medicina e pedagogia intorno al concetto di “cura”

Avvicinandosi alla conclusione dello scritto, e sulla base di quanto finora trattato, si tiene a far intravedere al lettore un possibile intreccio tra la disciplina medica e quella pedagogica, proprio intorno al concetto di cura e alle dimensioni terapeutiche, esistenziali ed educative in esso presenti.

Innanzitutto, l'azione di cura messa in atto da medicina e pedagogia è una caratteristica fondante e caratterizzante l'esperienza umana. In ogni tempo, in ogni società ritroviamo la cura educativa, in quanto intimamente connessa ai rapporti che gli uomini instaurano tra loro: una delle caratteristiche che distingue l'uomo dagli altri esseri viventi è, infatti, quella di riuscire a trasmettere alle generazioni successive un patrimonio culturale, oltreché genetico, costituito da tradizioni, valori, credenze, sistemi di pensiero e comprensione della realtà, tramandato anche attraverso l'azione di cura volta a educare le generazioni più giovani.

Anche la medicina ha origini remotissime, perché da sempre l'uomo ha cercato, con gli strumenti a sua disposizione, di curare le malattie che lo affliggevano. Evolvendo nel corso dei secoli, anche la cura agita dalla medicina ha sempre accompagnato l'uomo nel tentativo di conoscere, curare e prevenire la malattia.

Le dimensioni esistenziali della cura educativa, volte a formare l'esistenza stessa dell'uomo, e gli aspetti terapeutici della cura medica, orientate ad eliminare la sofferenza fisica dal corpo, hanno da sempre abitato la storia umana.

Oltre ad esercitare entrambe azioni di cura fondanti per l'essere umano, va notato che medicina e pedagogia hanno un oggetto di indagine comune, intorno al quale agire, appunto, la loro cura. La medicina e la pedagogia, con le relative e peculiari strutture epistemologiche, hanno in comune questo campo d'indagine: l'uomo, le sue relazioni, i suoi progetti; una si occupa in maniera specifica del suo aspetto fisico, cercando di eliminare dal corpo la malattia per mantenerne la salute, l'altra si concentra sul suo aspetto formativo. Entrambe, pur nella loro diversità, necessitano uno sguardo inter-disciplinare per poter agire una cura autentica nei confronti dei soggetti ai quali si rivolgono. La diagnosi medica di determinati soggetti, ad esempio, si trova strettamente intrecciata in molteplici servizi sanitari, sociali, socio-educativi, col lavoro dei professionisti dell'educazione. Tale diagnosi, frutto di un'azione specifica della cura medica, costituisce un punto di partenza sul quale impostare un lavoro di collaborazione interdisciplinare tra professionisti della sanità e professionisti dell'educazione qualora, grazie alla presenza di una diagnosi medica, le loro attività professionali si trovino intrecciate:

Sarebbe tuttavia a nostro avviso inopportuno stendere un progetto educativo senza considerare il deficit e la disabilità di cui un utente è portatore, se non altro perché noi tutti non solo abbiamo un corpo, ma siamo il nostro corpo⁴⁹.

La considerazione della dimensione corporale e delle condizioni fisiche, di sviluppo in cui questo si trova, risulta, dunque, importante da considerare per la progettazione di una cura educativa autentica, che possa prospettare possibilità esistenziali adeguate alle condizioni date del soggetto. Allo stesso tempo, anche la cura agita dal

La “cura”: tra dimensioni terapeutiche, esistenziali ed educative

professionista della medicina necessita di considerare non solo le componenti fisiche e patologiche da cui è affetto il corpo, per poter costruire una relazione di cura globale col paziente:

La diagnosi in medicina, per essere una pratica di qualità deve avere anche una componente fortemente relazionale ed educativa (ossia di comprensione del paziente), come, per converso, il lavoro educativo assume, spesso inconsapevolmente, modalità e strategie di intervento che appartengono anche ad alcuni campi della medicina particolarmente avanzati (ad esempio, gli ultimi sviluppi della medicina generale o di alcune discipline riabilitative, come la terapia occupazionale)⁵⁰.

L'interessamento per ciascuna individualità (sia soggetto di educazione, sia paziente) deve essere la preoccupazione principale delle due discipline, quando rimangono fedeli al loro orientamento di fondo e al loro spirito originario.

L'uomo è il referente principale sia della scienza pedagogica sia della scienza medica anche se questo non vuole significare che esse debbano ignorare o sottovalutare le problematiche culturali, sociali, economiche e politiche che ne condizionano, positivamente o negativamente, l'esistenza e di conseguenza anche l'ambito del suo sapere e il suo stesso vissuto del dolore⁵¹.

Inoltre, sia la cura medica, sia quella educativa, essendo focalizzate sull'uomo, basano gran parte della loro azione sulla creazione di un rapporto tra persone, costruendo, con finalità e specificità diverse, due situazioni in cui è necessario fare riferimento a una soggettività e dunque a metodologie in qualche modo individualizzate, che prendano in esame le dimensioni esistenziali e personali:

Ciò significa sostenere che tanto per la medicina quanto per la pedagogia la preoccupazione principale consiste nello studio e nell'interessamento per ciascuna singola individualità (paziente o educando che sia) [...]. Il necessario ricorso ad una metodologia individualizzata richiama le necessità per entrambe le scienze di far riferimento alla (e quindi rispettare la) soggettività degli individui con cui hanno a che fare⁵².

In conclusione, riferendosi ai possibili punti di incontro che si sono brevemente accennati, è possibile intravedere alcuni nessi tra la cura medica e quella pedagogica nella loro pratica. Annacontini, nel testo *Dalla mano al pensiero*, analizza la possibilità di costruire un intreccio tra le discipline mediche e pedagogiche, in vista di una cura globale della persona. Scrive a proposito l'autore:

Il senso comune attribuisce, all'uno - il sapere medico - l'attributo dell'esattezza, all'altro - il sapere pedagogico - la qualità interpretativa; all'uno, l'intento nomotetico, all'altro l'idiografico e così via. Nel mentre scriviamo già sappiamo dell'impossibilità di tale differente, rigida imputazione; già sappiamo della necessità scientifica e pratico-operativa di integrare e coniugare le diverse istanze e caratteristiche di tali domini. Articolazione possibile a partire dalla centralità indiscussa che per entrambi ha la cura per la persona⁵³.

Le riflessioni intorno alle dimensioni esistenziali, terapeutiche ed educative del concetto di cura permettono di evidenziare le loro reciproca interrelazione anche nel campo di esperienza della cura medica, tradizionalmente improntata intorno al concetto di "terapia". In questo senso, il riconoscimento di tutte queste molteplici componenti evidenzia l'attenzione e la delicatezza necessarie per considerarle e metterle in atto in vista di un'azione di cura globale. Quanto notato, quindi, in relazione all'ipotesi di nessi tra la cura medica e la cura pedagogica, apre la possibilità per pensare a un intreccio tra modelli epistemologici differenti di cura e di pratiche agite, proprio con l'intenzione di tematizzare e realizzare una cura globale, anche grazie all'apporto e alla capacità di collaborare di professionisti diversi.

BIBLIOGRAFIA E NOTE

- AGOSTAL., *A rumor of empathy: reconstructing Heidegger's contribution to empathy and empathic clinical practice*. Med Health Care Philos. 2014; 17(2): 281-92.
- ANNACONTINI G., *Lo sguardo e la parola. Etnografia, cura e formazione*. Bari, Progreedit, 2006.
- ANNACONTINI G., *Dalla mano al pensiero. Nessi pedagogia e medicina*. Lecce-Brescia, Pensa MultiMedia, 2012.
- AYLWARD M., *Telling stories. Why we need stories--our patients' and our own*. Minn Med 2014; 97(7): 30-1.
- BARBIERI N.S., *Aspetti educativi della relazione di cura. Elementi di pedagogia generale e sociale per le professioni sanitarie*. Padova, CLEUP, 2005.
- BERTOLINI G. (a cura di), *Diventare medici. Il problema della conoscenza in medicina e nella formazione del medico*. Milano, Guerini, 1994.
- BRUZZONE D., *Farsi persona. Lo sguardo fenomenologico e l'enigma della formazione*. Milano, Franco Angeli, 2012.
- COLOMBO G., COCEVER E., BIANCHI L., *Il lavoro di cura. Come si impara, come si insegna*. Roma, Carocci, 2004.
- DI GIORGIO A. M., *Pedagogia e medicina*. Bologna, Cappelli, 1981.
- FADDA R., *La cura, la forma, il rischio. Percorsi di psichiatria e pedagogia critica*. Milano, Unicopli, 1997.
- FOUCAULT M., *La nascita della clinica. Una archeologia dello sguardo medico*. Tr. it, Torino, Einaudi, 2007.
- FUERTES J. N., MISLOWACK A., BENNET J., PAUL L., GILBERT T. L., FONTAN G., BOYLAN L. S., *The physician-patient working alliance*. Patient Educ Couns 2007; 66(1): 29-36, 2007.
- GALVIN K. T., *Kinds of well-being: A conceptual framework that provides direction for caring*. Int J Qual Stud Health Well-being 2011; 6 (4).
- GAZZANIGA V., *Etica e medicina: una 'storia interna'*. Med. Secoli 2003; 15(3): 441-458.
- GAZZANIGA V., MARINOZZI S., *Per una storia dell'evoluzione del concetto di malattia*. In: MOTTA G. (a cura di), *In bona salute de animo e de corpo*. Milano, Franco Angeli, 2007.
- GREENHALGH T., *Narrative based medicine: narrative based medicine in an evidence based world*. BMJ 1999; 318(7179): 323-5.
- HEIDEGGER M., *Essere e tempo*. Tr. it., Milano, Longanesi, 1970.
- IORI V., RAMPAZI M., *Nuove fragilità e lavoro di cura*. Milano, Unicopli, 2008.
- KLEISIARIS C.F., SFAKIANAKIS C., PAPATHANASIOU I. V., *Health care practices*

- in ancient Greece: The Hippocratic ideal.* J Med Ethics Hist Med 2014; 15(7): 6.
- KUMAGAI A. K., *A conceptual framework for the use of illness narratives in medical education.* Acad Med 2008; 83(7): 653-8.
- LINDBERG E., EKEBERGH M., PERSSON E., HÖRBERG U., *The importance of existential dimensions in the context of the presence of older patients at team meetings-in the light of Heidegger and Merleau-Ponty's philosophy.* Int J Qual Stud Health Well-being 2015; 10: 26590.
- MOHRMANN M. E., SHEPERD L., *Ready to listen: why welcome matters.* J Pain Symptom Manage 2012; 43(3): 646-50.
- MORTARI L., *La pratica dell'aver cura.* Milano, Mondadori, 2006.
- MORTARI L., SAIANI L., *Gesti e pensieri di cura.* Milano, Mc Graw Hill, 2013.
- MURRAY S. J., HOLMES D., PERRON A., RAIL G., *Towards an ethics of authentic practice.* J Eval Clin Pract. 2008; 14(5): 682-9.
- PALMIERI C., PRADA G., *La diagnosi educativa. La questione della conoscenza del soggetto nelle pratiche pedagogiche.* Milano, Franco Angeli, 2005.
- PALMIERI C., PRADA G., *Non di sola relazione. Per una cura del processo educativo.* Milano, Mimesis, 2008.
- RIVA M. G., *Il lavoro pedagogico come ricerca dei significati e ascolto delle emozioni.* Milano, Guerini, 2004.
- ROBIN-QUACH P., *Knowing the patient's representations in order to optimize the educational project.* Rech Soins Infirm. 2009; (98): 36-68.
- SELZER R., CHARON R., *Stories for a humanistic medicine.* Acad Med 1999; 74(1): 42-4.
- VIRZÌ A., *La relazione medico-paziente. Come riumanizzare il rapporto: un manuale introduttivo.* Milano, Franco Angeli, 2007.
- ZANNINI L., *Salute, malattia e cura. Teoria e percorsi di clinica della formazione per gli operatori sociosanitari.* Milano, Franco Angeli, 2003.
- ZANNINI L., *Medical humanities e medicina narrativa. Nuove prospettive nella formazione dei professionisti della cura.* Milano, Cortina, 2008.

1. Gaio Giulio Igino, vissuto intorno al I sec d.C., aveva origini probabilmente spagnole. Sotto l'Impero di Augusto fu a Roma un liberto, nominato bibliotecario dell'Imperatore. Uomo di cultura, la sua opera di scrittura ha creato le *Fabulae*, una serie di racconti mitici in prosa, al cui interno si trova anche la favola della Cura proposta nella trattazione. Ha inoltre scritto opere di filologia, geografia, storia, agricoltura e critica. Un suo commento giunto fino a noi è quello al *Propempticon Pollionis* di Elvio Cinna.
2. HEIDEGGER M., *Essere e tempo.* Milano, tr.it. Longanesi, 1970, p. 247.

3. PALMIERI C., PRADA G., *Non di sola relazione. Per una cura del processo educativo*. Milano, Mimesis, 2008, p. 34.
4. BRUZZONE D., *Farsi persona. Lo sguardo fenomenologico e l'enigma della formazione*. Milano, Franco Angeli, 2012, p. 107.
5. Cfr. LINDBERG E., EKEBERGH M., PERSSON E., HÖRBERG U., *The importance of existential dimensions in the context of the presence of older patients at team meetings-in the light of Heidegger and Merleau-Ponty's philosophy*. Int J Qual Stud Health Well-being 2015;10:26590.
6. ZANNINI L., *Salute, malattia e cura. Teoria e percorsi di clinica della formazione per gli operatori sociosanitari*. Milano, Franco Angeli, 2003, p. 304.
7. Cfr. GALVIN K.T., *Kinds of well-being: A conceptual framework that provides direction for caring*. Int J Qual Stud Health Well-being 2011; 6 (4).
8. Cfr. AGOSTA L., *A rumor of empathy: reconstructing Heidegger's contribution to empathy and empathic clinical practice*. Med Health Care Philos 2014; 17(2):281-92.
9. BRUZZONE D., nota 3, p. 108.
10. BRUZZONE D., nota 3, p. 108.
11. PALMIERI C., PRADA G., nota 2, p. 36.
12. BRUZZONE D., nota 3, p. 109.
13. Cfr. KLEISIARIS C.F., SFAKIANAKIS C., PAPATHANASIOU I.V., *Health care practices in ancient Greece: The Hippocratic ideal*. J Med Ethics Hist Med 2014; 15(7): 6.
14. GAZZANIGA V., *Etica e medicina: una 'storia interna'*. Med. Secoli 2003; 15(3):441-458.
15. FOUCAULT M., *La nascita della clinica. Una archeologia dello sguardo medico*. Tr. it., Torino, Einaudi, 2007, p. 199.
16. FOUCAULT M., nota 15, p. 210.
17. Cfr. GAZZANIGA V., MARINOZZI S., *Per una storia dell'evoluzione del concetto di malattia*. In: MOTTA G. (a cura di), *In bona salute de animo e de corpo*. Milano, Franco Angeli, 2007.
18. Cfr. MURRAY S. J., HOLMES D., PERRON A., RAIL G., *Towards an ethics of authentic practice*. J Eval Clin Pract. 2008; 14(5): 682-9.
19. Cfr. MORTARI L., *La pratica dell'aver cura*. Milano, Mondadori, 2006, pp. 19-25.
20. COLOMBO G., COCEVER E., BIANCHI L., *Il lavoro di cura. Come si impara, come si insegna*. Roma, Carocci, 2004, p. 19.
21. ANNACONTINI G., *Lo sguardo e la parola. Etnografia, cura e formazione*. Bari, Progreedit, 2006, p. 93.
22. ZANNINI L., nota 6, p. 231.

23. VIRZÌ A., *La relazione medico-paziente. Come riumanizzare il rapporto: un manuale introduttivo*. Milano, Franco Angeli, 2007, p. 13.
24. Cfr. MOHRMANN M. E., SHEPERD L., *Ready to listen: why welcome matters*. *J Pain Symptom Manage* 2012; 43(3): 646-50.
25. ANNACONTINI G., nota 21, p. 111.
26. ZANNINI L., nota 6, p. 210.
27. ZANNINI L., *La diagnosi in medicina: identificazione e spiegazione della malattia o ricerca del suo significato?* In: PALMIERI C., PRADA G., *La diagnosi educativa. La questione della conoscenza del soggetto nelle pratiche pedagogiche*. Milano, Franco Angeli, 2005, pp. 124-125.
28. Cfr. KUMAGAI A. K., *A conceptual framework for the use of illness narratives in medical education*. *Acad Med* 2008; 83(7): 653-8.
29. BERTOLINI G. (a cura di), *Diventare medici. Il problema della conoscenza in medicina e nella formazione del medico*. Milano, Guerini, 1994, p. 85.
30. Cfr. CONTINI M. G., *Il medico e il paziente: principi metodologici per la costruzione di un incontro*. In: BERTOLINI G., *Diventare medici. Il problema della conoscenza in medicina e nella formazione del medico*. Milano, Guerini, 1994.
31. Cfr. FUERTES J. N., MISLOWACK A., BENNET J., PAUL L., GILBERT T. L., FONTAN G., BOYLAN L. S., *The physician-patient working alliance*. *Patient Educ Couns* 2007; 66(1): 29-36.
32. ZANNINI L., *Medical humanities e medicina narrativa. Nuove prospettive nella formazione dei professionisti della cura*. Milano, Cortina, 2008, p. 152.
33. Cfr. MORTARI L., *Il dolore e la cura*. In: MORTARI L., SAIANI L., *Gesti e pensieri di cura*. Milano, Mc Graw Hill, 2013, pp. 2-3.
34. Cfr. GREENHALGH T., *Narrative based medicine: narrative based medicine in an evidence based world*. *BMJ* 1999; 318(7179):323-5.
35. Cfr. SELZER R., CHARON R., *Stories for a humanistic medicine*. *Acad Med* 1999; 74(1):42-4.
36. Cfr. AYLWARD M., *Telling stories. Why we need stories--our patients' and our own*. *Minn Med* 2014; 97(7):30-1.
37. La letteratura relativa a tale argomento è estremamente ricca, rendendo impossibile richiamarla totalmente in nota. Si segnalano per una consultazione sul tema TRAMMA S., *L'educatore imperfetto. Senso e complessità del lavoro educativo*. Roma, Carocci, 2008; BERTOLINI P., *L'esistere pedagogico. Ragioni e limiti di una pedagogia come scienza fenomenologicamente fondata*. Firenze, La Nuova Italia, 1999; MASSA R., *Istituzioni di pedagogia e scienza dell'educazione*. Roma, Laterza, 1992.

38. FADDA R., *La cura, la forma, il rischio. Percorsi di psichiatria e pedagogia critica*. Milano, Unicopli, 1997, p. 80.
39. Cfr. PALMIERI C., PRADA G., nota 3.
40. IORI V., *Il tempo del caring nella vulnerabilità*. In: IORI V., RAMPAZI M., *Nuove fragilità e lavoro di cura*. Milano, Unicopli, 2008, p. 187.
41. PALMIERI C., PRADA G., nota 3, p. 38.
42. Cfr. COLOMBO G., COCEVER E., BIANCHI L., nota 20, p. 55.
43. PALMIERI C., PRADA G., nota 3, p. 77.
44. PALMIERI C., PRADA G., nota 3, p. 95.
45. Relativamente alla nozione di “dispositivo pedagogico” elaborata da Riccardo Massa si possono consultare i seguenti testi: MASSA R., *Le tecniche e i corpi*. Milano, Unicopli, 1986; MASSA R., *Cambiare la scuola*. Roma-Bari, Laterza, 1990.
46. RIVA M. G., *Il lavoro pedagogico come ricerca dei significati e ascolto delle emozioni*. Milano, Guerini, 2004, p. 173.
47. Per una trattazione esaustiva e approfondita di questi aspetti, il riferimento può essere PALMIERI C., PRADA G., nota 3.
48. Cfr. ROBIN-QUACH P., *Knowing the patient’s representations in order to optimize the educational project*. *Rech Soins Infirm.* 2009; (98): 36-68; BARBIERI N. S., *Aspetti educativi della relazione di cura. Elementi di pedagogia generale e sociale per le professioni sanitarie*. Padova, CLEUP, 2005.
49. ZANNINI L., *La diagnosi in medicina: identificazione e spiegazione della malattia o ricerca del suo significato?* In: PALMIERI C., PRADA G. (a cura di), *La diagnosi educativa. La questione della conoscenza del soggetto nelle pratiche pedagogiche*. Milano, Franco Angeli, 2005, p. 122.
50. ZANNINI L., nota 49, p. 122-123.
51. DI GIORGIO A. M., *Pedagogia e medicina*. Bologna, Cappelli, 1981, p. 17.
52. BERTOLINI P., *Un possibile (necessario?) incontro tra la pedagogia e la medicina*. In: BERTOLINI G., nota 29, pp. 63-64.
53. ANNACONTINI G., *Dalla mano al pensiero. Nessi pedagogia e medicina*. Lecce-Brescia, Pensa MultiMedia, 2012, pp. 124-125.

Correspondence should be addressed to:

Gambacorti-Passerini M.Benedetta, p.zza Dell’Atene Nuovo, 1, 20126, Milano, I

e-mail: maria.gambacorti@unimib.it

