

CONTRIBUTO TEORICO

Orientamenti pedagogici per la formazione e pratica sanitaria dopo la pandemia di Covid-19.

Pedagogical models supporting education and health practice after the Covid-19 pandemic.

Stefano Benini, Università degli Studi di Bologna.

ABSTRACT ITALIANO

La pandemia di Covid-19 nel mettere in risalto la figura di coloro che in prima linea si sono trovati a gestire un fenomeno drammatico, pervasivo e certamente inaspettato, sta chiedendo di definire nuove linee strategiche per riallineare il SSN alle esigenze di salute delle comunità e dei cittadini. I nuovi modelli di cura e di assistenza che si stanno delineando portano a rivedere i profili di competenza delle professioni sanitarie. Questo porta inevitabilmente ad avviare una riflessione sui modelli pedagogici a sostegno della formazione di studenti e professionisti che esercitano nel campo della cura sanitaria. Il contributo propone una analisi dei costrutti formativi necessari per interpretare e implementare le competenze degli operatori sanitari a partire dall'esperienza della pandemia da Covid-19. In ultimo viene presentata la prospettiva del problematicismo pedagogico letto come possibile paradigma a sostegno della Medical Education.

ENGLISH ABSTRACT

While highlighting the figure of those who, on the front line, have managed a dramatic, pervasive and certainly unexpected phenomenon, the Covid-19 pandemic is asking us to define new strategic lines in order to realign the NHS to the health needs of the communities and citizens. The new models of care and assistance that are emerging require a review of health professions' profiles of competence. This inevitably leads to a reflection on the pedagogical models supporting education of students and professionals practicing in healthcare field. The work proposes an analysis of educational constructs necessary to understand and implement health professionals' skills starting from the experience of the Covid-19 pandemic. Lastly, the perspective of pedagogical problematicism is presented as a possible paradigm in support of Medical Education.

La pandemia di Covid-19 e il rilancio del SSN

La pandemia di Covid-19 ha innegabilmente messo in risalto la figura di coloro che in prima linea si sono trovati a gestire un fenomeno drammatico, pervasivo e certamente inaspettato. Mai come in questo periodo medici e infermieri sono al centro delle cronache quotidiane, sia per via dell'impegno speso nel corso di questa emergenza sanitaria, sia per il rapporto del tutto particolare che instaurano con i pazienti loro affidati.

Cosa accadrà una volta debellata questa pandemia? Quali le ripercussioni sui vari Sistemi Sanitari nella loro prospettiva politico progettuale? Come verranno ri-orientate le diverse identità professionali per rispondere ai nuovi bisogni di cura dei singoli e della comunità?

Per sapere se l'infezione da Sars-CoV-2 possa essere interpretata come un evento in grado di trasformare il Servizio Sanitario Nazionale italiano (SSN) sarà necessario osservare come si dispiegheranno le nuove configurazioni relazionali (tra individui e gruppi) all'interno del sistema sanitario e al di fuori di esso (Vicarelli & Giarelli, 2021). È indubbio, in ogni caso, che difficilmente si potrà ritornare allo stato di prima poiché il cambiamento, da tempo auspicato, è già in corso.

La pandemia ha svelato i chiaroscuri del SSN italiano (Giorgi & Taroni, 2020). Accanto ai profondi sacrifici, all'impegno e alla flessibilità dei tanti operatori che si sono adoperati in prima persona per mettere in atto azioni resilienti - si pensi alla trasformazione di interi reparti o strutture in "ospedali Covid" - sono emerse criticità e forti contraddizioni. Il taglio della spesa pubblica sulla salute, il blocco delle assunzioni che ha accentuato la cronica carenza di infermieri, la riduzione di medici in servizio causa pensionamento di molti di loro e la diminuzione dei posti letto ospedalieri, sono tra le principali falle che da un ventennio minano la tenuta del SSN italiano (Pavolini, 2020).

Alla pandemia si deve anche l'accentuazione delle disuguaglianze sulla salute inerenti, da una parte, agli ambiti di disparità legati al virus (esposizione, suscettibilità e trattamento) e, dall'altra, alle conseguenze economico-sociali-educative che hanno consolidato quelle iniquità sulla salute già presenti nelle comunità (Terraneo, 2020; Gugliatti, 2020).

Per far fronte a tali problematiche a più livelli si stanno definendo delle linee strategiche per cercare di riallineare il SSN alle esigenze della società per migliorare il benessere dei singoli, della comunità e delle istituzioni.

Giarelli e Vicarelli, nel curare un *Libro Bianco* frutto di un lavoro scientifico collettivo di una *task force* composta da una ventina di sociologi (1), hanno identificato quattro principi guida, ricomposti sotto forma di "bussola", per illustrare le principali linee strategiche per il rilancio del SSN italiano (Vicarelli & Giarelli, 2021). Si tratta di linee di azione che fanno esplicito riferimento al Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, ovvero al programma di investimenti che l'Italia ha presentato alla Commissione europea nell'ambito del Next Generation EU.

Secondo quanto proposto nel *Libro Bianco* la programmazione sanitaria dovrà essere orientata nella direzione di:

1. un SSN universalistico, in grado di garantire uguaglianza, equità ma anche personalizzazione della cura;
2. un SSN salutogeno, centrato sul ruolo fondamentale del singolo cittadino e delle organizzazioni della società civile;
3. un SSN comunitario, articolato in un regionalismo responsabile e solidale, policentrico ma coordinato e in grado di garantire la salute come bene comune;
4. un SSN reticolare, fondato sull'integrazione ospedale-territorio e socio-sanitaria sulla base di una riorganizzazione complessiva dell'assistenza primaria territoriale e dell'ospedale sulla base del modello per intensità di cura e complessità assistenziale.

Tali principi guida, che affiorano dall'analisi dei bisogni socio-sanitari emergenti nella popolazione, sono alla base del cambiamento politico-culturale-prassico del SSN. Da una cultura sanitaria da sempre orientata alla malattia, alla medicalizzazione della salute e

all'ospedalecentrismo il cambio di passo volge, da un lato, nella direzione della promozione della salute collettiva e della centralità del territorio e, dall'altro, nell'integrazione dell'ospedale in una rete modulare di cure e servizi che insieme all'innovazione digitale volgono al miglioramento degli approcci diagnostici, terapeutici e assistenziali.

È indubbio che queste linee di indirizzo non portino unicamente a ripensare l'organizzazione dei servizi della salute, ma anche l'approccio tradizionale alla cura e alla presa in carico dei malati.

Modelli e direzioni delle cure sanitarie

La pandemia ha reso ancora più evidente quanto sia importante trasformare le azioni sanitarie in atti integrati e integranti, capaci di promuovere una presa in carico globale della persona curata attraverso un approccio olistico in grado di considerare le implicazioni etiche, psicologiche, culturali e sociali della salute e malattia, oltre, naturalmente, a quelle cliniche. Ciò comporta una visione in grado di riconoscere e dare valore alle variabili sociali dei determinanti della salute quali l'istruzione, l'occupazione, la classe sociale e la loro interazione con le altre variabili di stratificazione, quali il genere e l'origine etnica (Terraneo, 2018). In questa prospettiva la concezione sulla salute e malattia abbandona l'orientamento patogenico che si interessa unicamente dell'insorgenza, della cura o della prevenzione della malattia, per indirizzarsi verso quello salutogenico proposto da Antonovsky (1996) che interpreta la salute secondo un modello di *continuum* fra salute e malattia. Secondo tale modello tutte le persone risulterebbero più o meno sane e contemporaneamente più o meno malate posizionandosi, a seconda del momento, in un punto determinato della linea di continuum. Questo vuol dire che in qualsiasi punto la persona si trovi potrà disporre di risorse e opportunità per favorire lo spostamento della propria condizione verso il polo della salute. Il focus dell'approccio salutogenico si concentra sulla comprensione delle condizioni e dei meccanismi che favoriscono benessere (Simonelli & Simonelli, 2010) restituendo a ciascuna persona la propria integrità e determinazione per essere co-produttrice delle proprie condizioni di salute e, quando necessario, insieme ai professionisti sanitari, co-autore di percorsi di cura appropriati.

Con tale modello gli operatori sanitari sono chiamati a ripensare profondamente il proprio ruolo: da detentori della definizione e gestione di percorsi di cura diventano partner del malato che viene considerato soggetto responsabile della propria condizione di salute-malattia.

L'orientamento della cura sanitaria volge nella direzione di un modello partecipativo e collaborativo teso a promuovere l'empowerment non soltanto dei singoli assistiti, ma anche dell'intera comunità. Attraverso la logica della *community care* vengono valorizzati processi partecipativi comunitari di prossimità (Giarelli *et al.* 2020) mediante la promozione di progetti di cura condivisi. Si tratta, in altre parole, di cercare di offrire risposte adeguate alla complessità dei bisogni di salute attraverso servizi – individuali e comunitari – rivolti all'intero arco di vita in una determinata comunità.

In questo modo, come risorsa collettiva, la salute viene tutelata, promossa e curata da servizi sempre più aperti alla soggettività sociale prevedendo forme di partecipazione che

superano le storiche strutture verticistiche ed autoreferenziali. Questo consente di promuovere logiche, percorsi e azioni integrate come sta avvenendo, ad esempio, con i piani e i modelli di transizione e continuità tra ospedale e territorio o nella forte interazione prassica fra il paradigma “sociale” e quello “sanitario” come definito nelle programmazioni socio-sanitarie regionali. Si creano così nessi, relazioni, sistemi reticolari adatti a rispondere a bisogni complessi e integrali della persona e della comunità. Il cambio di prospettiva si può notare anche con il superamento della cosiddetta “medicina d’attesa” basata sui servizi che attendono i cittadini con le loro domande di assistenza e di salute, che lascia il posto alla “medicina di iniziativa e di prossimità” che identifica nei servizi sociosanitari la capacità di intercettare il bisogno sanitario e farsi carico in modo unitario delle necessità sanitarie e socio-assistenziali dei cittadini.

Considerata la transizione demografica ed epidemiologica che vede l’allungamento dell’aspettativa di vita e della maggior incidenza di patologie croniche (Bobbo, 2020), le cure sanitarie si stanno così spostando sul territorio per poter intercettare i bisogni dei soggetti più fragili - anziani, malati cronici e disabili – creando sinergie e lavoro di rete per una presa in carico personalizzata, univoca e condivisa a tutti i livelli di cura. Il modello del case management sembra ben supportare questa prospettiva (Gowen et al., 2009). Il case manager è il professionista (infermiere, medico o assistente sociale) chiamato a coordinare e facilitare le cure, nel rispetto del gruppo interprofessionale, prendendosi in carico la persona e la sua famiglia.

Tutto ciò comporta inevitabilmente la necessità di istituire modelli di lavoro fondati sull’interdisciplinarietà e interprofessionalità basati su linee guida, percorsi clinici integrati, protocolli e strumenti assistenziali che, costruiti tramite l’interazione tra competenze professionali diverse e anche con il coinvolgimento delle associazioni di pazienti, consentono di garantire la centralità della persona-curata e la sua efficace, efficiente ed appropriata presa in carico.

Ambiti e profili di competenze nelle professionalità sanitarie

Tra i gruppi di professioni e mestieri che negli ultimi anni sono stati interessati in modo significativo da processi di riforma normativa, a livello nazionale e comunitario, e da significativi percorsi di rinnovamento del contenuto del lavoro ci sono, senza dubbio, le cosiddette professioni sanitarie riconosciute dallo Stato italiano e che, in forza di un titolo abilitante, svolgono attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione (Franceschetti, 2016). Si tratta, nei fatti, di trentatré profili professionali (2) afferenti a sei specifiche aree (3), individuati dal Ministero della Salute, che stanno assumendo una posizione centrale, al di là della pandemia in corso, in quanto legate alla possibilità di rispondere ai bisogni emergenti connessi all’invecchiamento della popolazione e alle difficoltà delle famiglie nel farsi carico di situazioni di disabilità psico-fisica sempre più diffuse e di lunga durata.

Oltre ai cambiamenti normativi degli ultimi trent’anni che hanno rivoluzionato il ruolo e le funzioni dei professionisti sanitari (si pensi a tal riguardo al passaggio dell’infermiere che da professione ausiliaria oggi viene agita nella piena autonomia e responsabilità), i nuovi modelli di cura portano a rivedere inevitabilmente gli ambiti di competenze degli operatori sanitari. Si pensi ad esempio al potenziamento e allo sviluppo delle competenze

dei fisioterapisti, assistenti sanitari o infermieri per poter dare risposte sempre più appropriate ai bisogni di salute dei cittadini e delle comunità.

L'Istituto per lo sviluppo della formazione professionale dei lavoratori (ISFOL) (4) ha avviato diverse indagini volte a comprendere il modo in cui si sono modificate le professioni sanitarie negli ultimi anni. Quanto emerso offre uno spaccato interessante sui principali cambiamenti che hanno impattato sul contenuto del lavoro dando, in prospettiva, indicazioni utili nell'ottica di eventuali fabbisogni formativi da colmare. I cambiamenti più rilevanti si riferiscono prevalentemente all'introduzione di nuove tecnologie nella pratica sanitaria, all'aggiornamento normativo sanitario e all'organizzazione del lavoro con la creazione di nuovi servizi e modelli di cura (Franceschetti, 2016).

Sul versante dell'innovazione digitale, ad esempio, il riferimento va fatto da un lato, all'utilizzo delle nuove tecnologie, strumentazioni e macchinari a supporto dei processi di diagnosi, intervento chirurgico, cura e riabilitazione e, dall'altro, ai processi di immagazzinamento, monitoraggio, gestione e trasmissione di informazioni e/o dati, ad uso sia dei professionisti che degli utenti, con la possibilità, in questo caso, di entrare in contatto con i dati del proprio stato di salute come avviene per il Fascicolo Elettronico Sanitario o i programmi di telemedicina.

L'aggiornamento legislativo che da alcuni anni interessa trasversalmente il mondo sanitario affronta, invece, sia tematiche comuni a tutti i professionisti quali la privacy, la sicurezza sul lavoro, gli standard di qualità, sia ambiti più specifici quali le leggi sui farmaci, la prescrizione di ausili e protesi, etc.

Per quanto riguarda i cambiamenti derivanti dalle nuove forme di organizzazione del lavoro il riferimento è ai modelli di personalizzazione delle cure, alla risposta diversificata ai bisogni degli utenti e alla necessità di programmare e realizzare interventi integrati che richiedono una forte disponibilità al lavoro di équipe.

Accanto a quanto emerso dalle indagini ISFOL vanno inseriti gli orientamenti e le prospettive di sviluppo a carico dei singoli ordinamenti professionali. È il caso, ad esempio, di quanto sta accadendo nella professione infermieristica dove sia a livello internazionale (Hale, 2015; ICN, 2020; OMS, 2020) che in quello nazionale (De Caro, 2019; Monguzzi, 2020) è in corso una profonda riflessione sullo sviluppo delle competenze avanzate. Si tratta di riflettere sulla possibilità di promuovere funzioni specialistiche, sostenute da una formazione di II livello, che permettano all'infermiere di prendere decisioni complesse ed esercitare competenze cliniche più ampie e specifiche per soddisfare, in maniera puntuale, le esigenze dei cittadini tenuto conto delle prospettive di rinnovamento del SSN. Anche per i fisioterapisti, i dietisti e gli educatori professionali da tempo sono stati avviati a carico degli Ordini e dalle Associazioni professionali tavoli di lavoro finalizzati a sviluppare *core competences* per poter rispondere in modo appropriato ai bisogni di cura dei cittadini (Lotti, 2003; Crisafulli et al., 2010).

Quanto fin qui descritto mette in evidenza il forte movimento che investe i profili di competenza delle professioni sanitarie.

Accanto alla richiesta di sviluppare sempre più specializzate *expertise tecniche* per via dell'innovazione tecnologica, come ad esempio nel caso della robotica in sala operatoria,

gli operatori sanitari sono chiamati a potenziare le così dette *competenze immateriali*, considerata la dimensione costitutiva della cura sanitaria (de Menato, 2011). Esse si riferiscono all'insieme di espressioni non legate ad alcuna materialità gestuale finalizzata ad un'operazione osservabile, come ad esempio l'eseguire una venipuntura, ma fanno riferimento ad abilità cognitive, comportamentali e interpersonali che sostanziano la cura sanitaria. In esse si possono ricondurre le *non-technical skills* considerate indispensabili per una corretta e sicura esecuzione dell'atto sanitario sia del singolo operatore che dell'equipe (Flin & O'Connor, 2017). Un gruppo dell'Università di Aberdeen ha elaborato per alcuni ambiti assistenziali (anestesisti, chirurghi, internisti) le tassonomie delle *non-technical skills* e tra queste si citano quelle riguardanti le abilità chirurgiche, identificate nelle seguenti categorie di competenza: consapevolezza della situazione; assunzione delle decisioni; gestioni del compito; leadership; comunicazione e lavoro di gruppo (Flin & Yule, 2005).

Nelle competenze immateriali dei professionisti sanitari vanno fatte rientrare anche le *soft skills* o *life skills*, ovvero l'insieme delle competenze non specifiche che riguardano la capacità generale della persona di operare con efficacia in qualsiasi posto di lavoro. Ricondotte nell'ambito delle abilità personali esse vengono suddivise in 5 gruppi quali: skill di efficacia personale (autocontrollo, resistenza allo stress, flessibilità); skill relazionali e di servizio (comprensione interpersonale, cooperazione con gli altri, comunicazione); skill relative a impatto e influenza (esercitare un'influenza sugli altri, leadership, consapevolezza organizzativa); skill orientate alla realizzazione (realizzazione agli obiettivi, efficienza; qualità e accuratezza; problem solving); skill cognitive (pensiero analitico e concettuale) (Pellerey, 2017).

Questa breve analisi sulle competenze richieste per l'esercizio professionale sanitario mette in evidenza tutta la loro complessità ritenuta utile per affrontare nel modo più adeguato le sfide sempre più emergenti che investono oggi il SSN.

Orientamenti pedagogici per la medical education

La stagione pandemica da COVID-19 ha svelato la necessità di offrire ai professionisti sanitari saperi e strumenti per fronteggiare nel migliore dei modi emergenze e imprevisti e creare le condizioni necessarie affinché si possano stabilire relazioni di cura, con gli utenti e i loro familiari, fondate sulla fiducia e sull'empatia. La forte sinergia tra abilità tecniche, modelli di presa in carico e posture relazionali di accoglienza e rispetto da sempre viene chiesta a chi è impegnato nella cura delle persone.

La riflessione che in questa ultima parte del lavoro si intende portare avanti riguarda i modelli e gli assunti pedagogici chiamati a sostenere la formazione sia di coloro che si preparano a diventare professionisti sanitari, sia di chi sta già esercitando nel campo della cura.

La formazione dei medici e delle altre professioni sanitarie da tempo è al centro del dibattito politico-pedagogico dal momento che l'educazione medica (medical education), riconosciuta come ambito di riproduzione della cultura sanitaria, rientra, nel patto sociale che i professionisti sanitari stipulano con la società in cui operano (Swanwich, 2013). Per questo le università e le istituzioni pubbliche coinvolte nella formazione sanitaria sono chiamate a interrogarsi sul proprio mandato educativo, avendo ben chiaro quali siano le

sfide e le complessità da affrontare. Ciò significa che i nuovi bisogni sanitari, per poter essere corrisposti, devono essere innanzitutto “insegnati” nei contesti deputati al trasferimento delle conoscenze. Tuttavia, sembra che l’educazione dei professionisti della salute non abbia ancora preso pienamente confidenza con tali sfide, visto che i curricula universitari spesso risultano frammentati, talvolta obsoleti e statici. Molti degli ordinamenti didattici afferenti alle Scuole di medicina rischiano così di porsi in un atteggiamento distonico o ancor più anacronistico verso i reali bisogni di salute della comunità.

Sono gli stessi studenti a denunciare questo fenomeno parlando spesso di insegnamenti centrati prevalentemente sulla patologia con un approccio ultra-specialistico e settoriale, privo di contorni umanistici e umanizzanti; saperi che, a loro volta, portano a enfatizzare quel lato onnipotente e onnisciente della medicina. In più tali insegnamenti generano malessere e insoddisfazione, come è stato narrato da un gruppo di studenti di medicina e di medici specializzandi che ha fatto luce sui limiti dell’istituzione medica, partendo proprio dalla loro esperienza di tirocinio; le narrazioni raccolte si riferiscono prevalentemente a pratiche spersonalizzanti sull’ammalato e a quadri gerarchici del “corpo medico” sulle altre figure sanitarie (AA.VV, 2013).

Queste testimonianze che si uniscono a quelle raccolte nel corso dell’attività didattica dello scrivente e correlate alle sfide del SSN, chiedono di avviare, da un lato, una profonda riflessione su quali epistemologie devono sorreggere il sapere e le pratiche di cura in sanità e, dall’altro, sui modelli pedagogici da proporre nel corso della formazione di base e in quella avanzata/continua dei professionisti. Si rende necessario, pertanto, prevedere una ridefinizione dei costrutti formativi e dei modelli didattici per interpretare e implementare le competenze degli operatori sanitari a partire dall’esperienza della pandemia da Covid-19.

La prospettiva pedagogica che chiede di essere sviluppata nell’ambito della medical education va orientata nella direzione della promozione, negli studenti e nei professionisti, di quella capacità e flessibilità di esercitare la professione in setting complessi e mutevoli e dare, contemporaneamente, valore alle esperienze vive e vitali che si incontrano (Cox & Ewan, 1989).

Si tratta, in altre parole, di creare, da un lato le condizioni formative per la costruzione di identità professionali solide e flessibili, capaci di rimodularsi e arricchirsi grazie al confronto con i contesti nei quali si opera e, dall’altro, di sviluppare la capacità di riconoscere, ascoltare e onorare le storie dei pazienti (Charon, 2019).

Per pianificare percorsi formativi orientati all’acquisizione delle competenze previste dai profili professionali, è necessario promuovere innovazione nel campo della formazione sanitaria (Calman, 2007; Moffet, 2015) sviluppando percorsi interdisciplinari pedagogicamente fondati capaci di offrire metodologie e tecnologie didattiche atte a favorire l’acquisizione di un sapere sulla cura aperto, critico e in divenire (Lotti, 2017).

La formazione alla professionalità riflessiva è senz’altro un obiettivo da tempo perseguito nel contesto sanitario italiano (Zannini, 2005; de Mennato & Penacchini, 2015; Zannini & Gambacorta-Passerini, 2016; Castiglione, 2016; Zannini D’Oria, 2018) poiché

rientra tra quelle competenze trasversali che sorreggono le pratiche del prendersi cura (Garrino, 2020).

La riflessività sviluppa e rinforza il pensiero critico che nasce dalla possibilità che il professionista, come lo studente, si danno nel farsi domande sia durante il corso delle azioni o al termine di esse, andando a recuperare le riflessioni, le direzioni, gli sguardi e le inferenze che accompagnano le azioni di cura. La riflessività se da un lato porta a scavare le pieghe dell’esperienza per capire le ragioni che hanno guidato l’azione, dall’altro può aprire lo sguardo sulle “azioni possibili” (Mortari, 2003) orientando il pensiero al futuro verso modalità differenti per affrontare situazioni simili.

La capacità riflessiva attiva un insieme di processi che aiutano il professionista e lo studente a non fermarsi di fronte alle istanze già conosciute, per certi versi ovvie a confortanti, stimolando una tensione ad andare oltre per aprire una prospettiva nuova sulla cura e sull’apprendimento delle pratiche professionali.

La postura riflessiva offre inoltre la possibilità di fare un’esperienza libera sul proprio vissuto diventando occasione per accedere ai territori della costruzione di senso.

L’emergenza sanitaria di questi tempi ha messo in evidenza come i bisogni degli operatori sanitari non siano limitati alla sola acquisizione di conoscenze clinico-assistenziali per gestire l’infezione da Sars Covid-19, ma siano orientati alla richiesta di esperienze dirette a percorsi di rilettura delle situazioni vissute nel corso della cura.

La formazione sanitaria deve essere così orientata alla costruzione di una professionalità riflessiva capace di fare appello ad un esercizio interiore in grado di offrire un modo nuovo di guardare, ascoltare e vivere l’esperienza del prendersi cura.

La medical education rappresenta certamente una tra le più interessanti dimensioni della formazione degli adulti e al tempo stesso si profila come una rilevante occasione di ricerca in ambito didattico e formativo. Nel proporre occasioni di riflessioni e di crescita sul piano delle competenze didattiche, ma anche educative, la formazione sanitaria deve essere sostenuta da una specifica intenzionalità pedagogica (Bobbo, 2014). Così i modelli teorетici, come i metodi e gli strumenti didattici, devono essere proposti in coerenza con una precisa idea di formazione dell’operatore sanitario, tenendo conto dei profili di competenza che la società richiede per rispondere ai bisogni di salute.

Alla luce di quanto analizzato fin ora, la direzione della medical education deve volgere verso quei costrutti pedagogici in grado di sorreggere ed aiutare lo studente, come il professionista, a interpretare e implementare, con sguardo critico e aperto, i fenomeni sanitari che si manifestano nella loro complessità.

La prospettiva del problematicismo pedagogico di Giovanni Maria Bertin (1967) risponde certamente a questo intento.

Nella sua veste di filosofia dell’educazione e di modello educativo il problematicismo pedagogico, applicato ai contesti sanitari, stimola studenti e operatori a perseguire l’orizzonte dell’inattualità, per abbandonare le visioni dogmatiche e assolutistiche che tutt’oggi sono presenti nella cultura sanitaria. Il problematicismo bertiniano fa leva sull’educazione alla ragione capace di risvegliare le coscienze dal torpore del nuovo conformismo in cui è avvolto il nostro tempo. Conformismo che trova spazio nel pensiero unico di quei modelli sanitari che danno esclusivamente valore all’oggettività e alla

standardizzazione delle cure basate sulle evidenze scientifiche che vengono raccolte e diffuse nelle linee guida e nei protocolli di cura e spesso applicate in maniera acritica.

Il problematicismo pedagogico si offre quindi come paradigma in grado di rispondere alle posture fredde e indifferenti dell'oggettività proponendo posture di resistenza, per dirla con Mariagrazia Contini (2009) volte a elogiare tutto ciò che risulta invisibile e silenzioso all'esercizio sanitario. È il caso, ad esempio, delle conoscenze residuali rispetto al sapere dominante che un medico cerca di sviluppare nella propria pratica, oppure l'accoglienza e la gestione delle emozioni vissute da un educatore professionale nel corso di una interazione problematica, così il riconoscimento di quella indicibile paura e senso di inadeguatezza che il giovane studente di infermieristica vive nel corso del suo primo tirocinio.

Esercitare la resistenza implica tempo da dedicare alla riflessione, allo studio, all'elaborazione e manutenzione di nuovi repertori di conoscenza e di esperienza, invitando studenti e operatori sanitari a pensare i propri pensieri non soltanto per accrescere le conoscenze formali utili per la cura, ma anche per svelare, coltivare e valorizzare le conoscenze tacite che entrano in campo nel corso della pratica sanitaria.

Le posture di resistenza sono orientate alla valorizzazione di quelle prospettive solidali dell'impegno etico sociale riconosciuto come categoria fondamentale del problematicismo pedagogico (Bertin, 1953, 1968). In questo senso la cura viene letta e offerta come servizio e, al tempo stesso dono (Fabbri, 2012) all'interno della quale ciascun operatore potrà trovare anche spazi di realizzazione di sé. Realizzazione che non può essere letta unicamente nella promozione del singolo, ma deve essere compresa nella dimensione intersoggettiva che la fa procedere verso cerchi concentrici in direzione dell'alterità. In altre parole, si tratta di realizzare quel profilo etico verso cui Bertin ha espresso con motto del *realizza te stesso realizzando l'alto*. Ecco perché è fondamentale rammentare che, ad esempio, mentre l'ostetrica si costruisce professionalmente, così come lo psichiatra o il terapista occupazionale, dall'altra parte, in contemporanea, anche la gravida, così come lo psicotico o il ragazzo paraplegico che desidera rientrare al lavoro, sono alla ricerca di strade per compiere, anche essi, la propria realizzazione del sé.

La tensione etico sociale della cura diventa quindi il motore che sorregge il cambiamento come testimoniato da alcune immagini pubblicate dai media di infermieri, medici e altri operatori che con impegno e dedizione, hanno saputo elargire un'assistenza di qualità, resistendo alle condizioni lavorative talvolta disumane, nel corso di questa drammatica pandemia.

Note

- (1) facenti parte della Sezione di Sociologia della salute e della medicina dell'Associazione Italiana di Sociologia
- (2) Veterinario, farmacista, medico chirurgo, odontoiatra, psicologo, infermiere, infermiere pediatrico, ostetrica, podologo, fisioterapista, logopedista, ortottista, tecnico di riabilitazione, psichiatrica, educatore professionale, terapista della neuro e psicomotricista dell'età evolutiva, terapista occupazionale, tecnico audiometrista, tecnico sanitario di laboratorio biomedico, tecnico sanitario di radiologia medica, tecnico di neurofisiopatologia, tecnico ortopedico, tecnico audioprotesista, igienista dentale, tecnico della fisiopatologia cardiocircolatoria, dietista, tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro, assistente sanitario, ottico, odontotecnico, massofisioterapista, massaggiatore capo bagnino stabilimenti idroterapici, puericultrice, operatore socio-sanitario
- (3) Professioni sanitarie, professioni sanitarie infermieristiche, professione sanitaria ostetrica, professioni tecnico sanitarie, professioni sanitarie della riabilitazione, professioni sanitarie della prevenzione.
- (4) L'ISFOL è stato un ente pubblico di ricerca vigilato dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali. È stato centro il centro studi del Governo italiano in materia di formazione professionale e mercato del lavoro e le sue attività comprendono il monitoraggio, gli studi e le analisi del mercato del lavoro. Dal dicembre 2016 l'ISFOL è stato trasformato in INAPP, l'Istituto Nazionale per l'Analisi delle Politiche Pubbliche

Bibliografia

- AA.VV. (2013). Medici senza camice, pazienti senza pigiama. Socianalisi narrativa dell'istruzione medica. Sensibili alle foglie.
- Antonovsky, A. (1996). A salutogenic model as a theory to guide health promotion. «Health Promotion International», 11, 1, pp. 11-18. <https://doi.org/10.1093/heapro/11.1.11>
- Bertin, G.M. (1953). Etica e pedagogia dell'impegno. Marzorati.
- Bertin, G.M. (1967). Introduzione al problematico pedagogico. Marzorati.
- Bertin, G.M. (1968). Educazione alla ragione. Armando.
- Bobbo, N. (2014). Medical education. Metodi e strumenti per insegnare medicina all'Università. Padova University Press.
- Bobbo, N. (2020). La diagnosi educativa in sanità. Carocci Faber.
- Calman, KC. (2007). Medical Education: Past, Present and Future, Handing on Learning. Churchill Livingstone.
- Castiglione, M. (2016). *La parola che cura*. Cortina Raffaello,
- Charon, R. (2019). Medicina Narrativa. Onorare le storie dei pazienti. Cortina Raffaello.
- Contini, M. (2009). Elogio dello scarto e della resistenza. Clueb,
- Cox, K.R., Ewan, C.E., (1989), *Insegnare la medicina*. Raffaello Cortina.
- Crisafulli, F., Molteni, L., Paoletti, L., Scarpa, P. N., Sambugaro, L., & Giuliodoro, S. (2010). *Il "Core Competence" dell'educatore professionale*. Edizioni Unicopli.

- De Caro, W. (2019). Competenze avanzate infermieristiche: se non ora, quando?. *PROFESSIONI INFERNIERISTICHE*, 72(3). Recuperato da <https://www.profinf.net/pro3/index.php/IN/article/view/659>
- De Mennato, P., Orefice, C., Branchi, S. (2011). *Educarsi alla cura*. Pensa Multimedia Editore.
- De Mennato, P., Penacchini, M., (2015) Simulazione e riflessività, *MEDIC*, 23(2), 24-30
- Dornan, T., Mann, K., Scherpbier, A., Spencer, J., (2011). *Medical Education, Theory and Practice*. Elsevier.
- Fabbri, M. (2012). *Il transfert, il dono, la cura*. Franco Angeli.
- Flin, R., Yule, S. (2005). Advances in patient safety; non-technical skills for surgery. *Surgeon. News*, 4(3): 83–5. <https://doi.org/10.1016/j.suc.2011.11.004>.
- Flin., R., O'Connor, P., Crichton M. (2013). *Safety at the Sharp End: a Guide to Non-Technical Skills*. Ashgate Publishing Ltd.
- Franceschetti, M. (2016). Le professioni sanitarie. Dinamiche settoriali, conoscenze e skills da aggiornare. *Osservatorio Isfol*, 6, n. 1-2. Isfol.
- Garrino, L. (2020). Quale pedagogia per la professione infermieristica. *Medical Humanities e Medicina Narrativa*. 1(1): 17-42. <https://doi.org/10.4399/97888255332552>.
- Giarelli, G., Lombi, L., Cervia, S. (2020). Associazionismo di cittadinanza e coproduzione dei percorsi di cura, in Cardano M., Giarelli G., Vicarelli M. (a cura di), *Sociologia della salute e della malattia*, il Mulino.
- Giorgi, C., Taroni, F. (2020). Il Servizio sanitario nazionale di fronte alla pandemia. Passato e futuro delle politiche per la salute, Rubrica «Covid-19: riflessioni sull'emergenza, e oltre», «*Rivista delle Politiche Sociali/Italian Journal of Social Policy*». disponibile all'indirizzo internet: https://www.ediesseonline.it/wp-content/uploads/2020/04/Il-Servizio-sanitario-nazionale-di-frontealla-pandemia_Giorgi-e-Taroni.pdf.
- Gowen, C. R., Henagan, S. C., McFadden, K. L. (2009). Knowledge management as a mediator for the efficacy of transformational leadership and quality management initiatives in U.S. health care. *Health Care Management Review*: 34 (2) - p 129-140. <https://doi.org/10.1097/HMR.0b013e31819e9169>.
- Gugliatti, A. (2020). Disuguaglianze della salute e conseguenze della pandemia. *Mecosan: management ed economia sanitaria*. 113, p 33-37. <http://digital.casalini.it/10.3280/MESA2020-113005>.
- Heale, R., Rieck Buckley C. (2015) An international perspective of advanced practice nursing regulation. *International Nursing Review*. 62:421-429. <https://doi.org/10.1111/inr.12193>.
- International Council of Nurses – ICN- (2020). *Guidelines on advanced practice nursing*. Ginevra.
- Lotti, A. (2003) Strategie per introdurre il cambiamento nella didattica universitaria. In AIFI, *Linee guida per la formazione del fisioterapista. Core Competence*. Masson.
- Lotti, A. (2017). Modelli di “core competence” dei profili professionali in uscita dai percorsi universitari per facilitare l’ingresso nel mondo del lavoro, Metis, 1(06).
- Moffett, J. (2015). Twelve tips for “flipping” the classroom. *Med Teach*. 37(4):331–336. <https://doi.org/10.3109/0142159X.2014.943710>.
- Mortari, L. (2003). *Apprendere dall'esperienza. Il pensare riflessivo nella formazione*. Carrocci.
- Pavolini, E. (2020). La sanità italiana di fronte alla crisi del coronavirus: lezioni dal passato e consigli per il futuro, Rubrica «Covid-19: riflessioni sull'emergenza, e oltre». *Rivista delle Politiche*

Sociali/Italian Journal of Social Policy. disponibile all'indirizzo internet: https://www.ediesseonline.it/wp-content/uploads/2020/06/La-sanit%C3%A0-italiana-di-fronte-alla-crisi-del-coronavirus_Pavolini.pdf.

Pellerey, M. (2017). *Soft skill e orientamento professionale*, CNOS-FAP.

Simonelli, I., & Simonelli, F. (2010). Atlante concettuale della salutogenesi. Modelli e teorie di riferimento per generare salute. Franco Angeli.

Swanson T, (2010). *Understanding medical education: Evidence, theory and practice*. Wiley Blackwell.

Terraneo, M. (2018). *La salute negata. Le sfide dell'equità in prospettiva sociologica*. Franco Angeli

Terraneo, M. (2020). Studiare le disuguaglianze di salute in tempo di pandemia: una cornice teorica, *AIS Journal of Sociology*, 2020/16, pp:87-97. <https://doi:10.1485/2281-2652-202016-6>.

Vicarelli, G., Giarelli, G. (2021). *Libro Bianco. Il Servizio Sanitario e la pandemia da Covid 19. Problemi e Proposte*. Franco Angeli.

World Health Organization. (2020). *Report sullo stato dell'infermieristica nel mondo*. Ginevra.

Zannini, L (2005). *La tutorship nella formazione degli adulti. Uno sguardo pedagogico*. Guerini.

Zannini, L. D'Oria, M. (2018). *Diventare professionisti della salute e della cura. Buone pratiche e ricerche*. Franco Angeli.

Zannini, L., Gambacorti Passerini, M., Rossini, G., Palmieri, C. (2016). Raccontare per formare il proprio sé professionale: la proposta della narrazione e della scrittura riflessiva nelle professioni della cura. *Metis*,1(06): 388-399. <https://doi:10.12897/01.00130>.