

QUADERNI DI PEDAGOGIA E PRATICHE EDUCATIVE



CHI L'HA DETTO CHE NON SI PUÒ?

*educatori e pedagogisti
nei servizi socio-sanitari e della salute*

pedagogy now
: the function of
: the art of



2/2025

Direttore editoriale: Alessandro Prisciandaro

Direttore scientifico: Gianvincenzo Nicodemo

Comitato scientifico: **Maurizio Ali** (Università des Antilles), **Samuele Amendola** (Associazione Pedagogisti ed Educatori Italiani), **Annamaria Barbieri** (Associazione Pedagogisti ed Educatori Italiani), **Moreno Castagna** (Associazione Pedagogisti ed Educatori Italiani), **Matteo Corbucci** (Organisation Mondiale pour l'Éducation Préscolaire), **Valeria Della Porta** (Associazione Pedagogisti ed Educatori Italiani), **Gianvincenzo Nicodemo** (Associazione Pedagogisti ed Educatori Italiani), **Ermanno Tarracchini** (Associazione Pedagogisti ed Educatori Italiani), **Frederic Rava** (Institut Supérieur de Formation de l'Éducation Catholique di Bordeaux), **Riziero Zucchi** (Pedagogia dei genitori).

Segreteria di redazione: Moreno Castagna (Coordinatore di redazione), Marianna Capretti, Evelyn Grazia Nericcio, Gianvincenzo Nicodemo, Chiara Pertone

Gruppo di promozione e revisione:

- **Area servizi educativi del sistema dalla nascita ai sei anni:** Silvia Marinelli (Molise); Chiara Pertone (Liguria); Marianna Capretti (Lazio)
- **Area educazione e dipendenze:** Fabio Bontempo (Sicilia); Moreno Castagna (Friuli- Venezia Giulia); Evelyn Grazia Nericcio (Emilia – Romagna)
- **Cooperazione internazionale:** Moreno Castagna; Evelyn Grazia Nericcio (Emilia – Romagna)
- **Area educazione alla genitorialità:** Annamaria Barbieri; Valeria Della Porta; Silvia Marinelli; Simona Mecozzi; Ermanno Tarracchini (Emilia – Romagna)
- **Area educativa nei servizi sociosanitari e della salute:** Valeria Della Porta (Campania); Ermanno Tarracchini (Emilia- Romagna)
- **Area Pedagogia scolastica:** Annamaria Barbieri (Campania); Valeria Della Porta (Campania); Camilla Sciandra (Liguria); Ermanno Tarracchini (Emilia – Romagna)
- **Area pedagogia di comunità** (servizi residenziali, diurni e territoriali): Marianna Capretti (Lazio); Moreno Castagna (Friuli-Venezia Giulia); Stefano Venturino
- **Area NeuroPedagogia:** Samuele Amendola; Annamaria Barbieri; Valeria Della Porta; Camilla Sciandra (Liguria) Ermanno Tarracchini (Emilia – Romagna)
- **Area Pedagogico Giudiziaria:** Moreno Castagna (Friuli – Venezia Giulia); Duilio Loi (Lombardia); Evelyn Grazia Nericcio (Emilia – Romagna)



ISSN 3103-4462

SOMMARIO

EDITORIALE:

Una rivista che intende restituire all'esperienza il suo valore intrinseco..... 1

CONTRIBUTI SCIENTIFICI:

1. Educazione alle relazioni e ai sentimenti come sfondo integratore dell'apprendimento – *S. Amendola*.....4
2. Salute Mentale di Comunità: un'esperienza di ri-generazione di spazi e relazioni – *P. Rosiello*.....12
3. “ADHD” o incompleti processi evocativi? “Iperattività” pedagogica nel tempo e nello spazio – *A. Barbieri, E. Taracchini*.....16
4. L'applicazione della teatroterapia nella formazione delle équipes multidisciplinari nei contesti socio-sanitari: un'esperienza nei Servizi per le Dipendenze (SER.D) del Friuli-Venezia Giulia, Italia – *M. Castagna*.....26
5. ICF: Nuovi Orizzonti Pedagogici in Ambito Sanitario – *V. Della Porta*32
6. L'inserimento dell'Educatore Professionale Socio-Pedagogico nel CCNL Sanità Pubblica: analisi normativa, valenza professionale e prospettive per il sistema integrato educazione-salute – *M. Castagna*43
7. Il PAPS come approccio pedagogico operativo: riflessioni sul ruolo dell'educatore socio-pedagogico nei contesti di confine – *L. Pavan*.....50
8. Metodologia Freinetiana per riattivare la progettualità nelle persone con demenza – *M. Moretti*60
9. Dal sapere medico al sapere pedagogico: la medicina narrativa come via per una medicina di genere inclusiva – *E. G. Nericcio*66
10. Prendere forma: neuroplasticità e pratica deliberata per il gesto grafico – *C. Sciandra*.....77
11. L'Educatore Professionale Socio Pedagogico e il suo ruolo nella partita dell'educazione e della riabilitazione: Quanti e quali giocatori occupano il campo negli ambiti socio sanitari? – *S. Truccolo*89



Editoriale

**Una rivista che intende restituire all'esperienza il suo
valore intrinseco**

Gianvincenzo Nicodemo

gianvincenzo.nicodemo@hotmail.com

Il panorama delle riviste scientifiche di area pedagogica è molto vasto.

Ve ne sono di rinomate che vantano anni di pubblicazione e riconoscimento; alcune di esse offrono contributi teorici di indubbio valore. Esiste una riflessione teorica importante sull'educazione, esiste una certa esperienza di ricerca sul campo negli ambiti educativi, anche se più in relazione all'istruzione che alle mille sfaccettature delle professioni educative.

Le mille sfaccettature, appunto.

Vista dalla prospettiva dell'associazionismo professionale, nel mondo editoriale di area pedagogica emerge la necessità di strumenti editoriali capaci di restituire la multiformità delle esperienze pedagogiche e la centralità all'esperienza concreta. C'è bisogno di mettere a disposizione una riflessione costante sulle pratiche quotidiane e i vissuti degli operatori, valorizzando quel sapere che si genera nel fare e nel confronto diretto con la complessità educativa.

Quaderni di pedagogia e pratiche educative intende orientarsi in questa direzione: offrire il contributo di una rivista promossa dall'**Associazione dei Pedagogisti ed Educatori** in cui la professione riflette su ciò che essa stessa mette in campo.

Quella di una rivista non è un'iniziativa che nasce dal nulla nell'Apei.

Nei suoi quindici anni di esperienza, l'Apei ha per lungo tempo animato la rubrica *Spazio del fare* all'interno della rivista scientifica *Qualeducazione*, riconosciuta dall'Anvur e fondata dal compianto Giuseppe Serio. Curatore dello spazio del fare era il presidente nazionale dell'Apei Alessandro Prisciandaro. Venuta meno quell'esperienza ed avendo *Qualeducazione* cessato l'attività, è nata l'esigenza di realizzare un contenitore edito dalla stessa associazione.

In primo luogo, *Quaderni di pedagogia e pratiche educative* è una rivista scientifica, che risponde alle modalità tipiche di controllo della qualità delle riviste scientifiche. Dal sito www.quadernidipedagogia.it è possibile accedere al codice etico, che ne disciplina le modalità di pubblicazioni degli articoli, che vengono sottoposti ad un processo di referaggio a doppio cieco.

In secondo luogo è una rivista scientifica di comunità.

Come l'associazione che la edita, *Quaderni di pedagogia e pratiche educative* è una rivista che si nutre e valorizza le esperienze della comunità professionale dei pedagogisti e degli educatori professionali. La rivista si fonda sulla collaborazione di un comitato tecnico – scientifico, presieduto dal presidente nazionale dell'Apei e di gruppo di promozione e revisione del quale fanno parte professionisti che operano in tutte le regioni italiane e in tutti i settori professionali. Questi professionisti, oltre ad essere impegnati nella revisione a doppio cieco dei contributi prima della pubblicazione, sono impegnati nel fungere da raccordo tra la rivista e la comunità professionale: è compito del gruppo di promozione e revisione la promozione della rivista nei territori e nei luoghi dove si esercitano le professioni educative e d'altro canto, di recepire istanze che dai luoghi di lavoro arrivano alla rivista. Il gruppo di promozione e revisione funge inoltre da confronto costante con il direttore, e di prima scrematura delle scelte editoriali da sottoporre al comitato tecnico – scientifico.

Sul piano dei contenuti editoriali che la rivista intende ospitare, ogni nuovo numero nasce con l'intento profondo di dare voce a chi, quotidianamente, vive e interpreta la complessità e le sfide dell'educazione contemporanea. Non intendiamo limitarci a raccogliere riflessioni astratte o teorie; la rivista vuole privilegiare contributi che raccontano esperienze concrete, pratiche vissute e percorsi reali, perché crede fermamente che solo attraverso il racconto diretto si possa cogliere la ricchezza e la complessità del fare educativo. Questa scelta non è casuale né semplicemente pragmatica, ma si inserisce in un quadro teorico ben definito: quello dell'epistemologia della pratica e della comunità di pratiche, che fondano la visione della rivista come fondata su di un agire concreto, situato e contestualizzato nei servizi e nei luoghi di lavoro.

Nella prospettiva dell'epistemologia della pratica la rivista si pone l'obiettivo di costituire un processo dinamico che si genera e si trasforma continuamente attraverso l'azione e l'esperienza vissuta. In ambito educativo, ciò significa riconoscere che pedagogisti ed educatori producano conoscenza autentica mentre agiscono, riflettono criticamente e rielaborano le proprie esperienze in modo consapevole. In questo quadro il sapere pratico non è un sapere secondario o inferiore rispetto a quello teorico, ma un sapere situato, incarnato, profondamente radicato nelle condizioni reali e nei contesti specifici in cui si opera.

Allo stesso modo, la riflessività assume un ruolo cruciale come ponte tra esperienza e teoria: riflettere sulla pratica permette di trasformare l'esperienza individuale in conoscenza condivisibile e trasferibile. Per questo motivo la dimensione del racconto dell'esperienza diventa essenziale: raccontare esperienze educative significa dare forma e senso a ciò che accade, rendendo visibile l'intreccio complesso tra contesto, soggetti e azioni. I contributi che descrivono esperienze non si limitano a essere semplici "testimonianze", ma si configurano come veri e propri atti epistemologici, capaci di produrre sapere, metterlo in circolo e renderlo oggetto di confronto critico e dialogo.

Attraverso *Quaderni di pedagogia e pratiche educative* l'Apei vuole rafforzare la propria identità di comunità di pratiche: una comunità di persone che condividono un interesse, un mestiere, una passione e che imparano insieme attraverso l'interazione continua e il confronto reciproco. Le scienze pedagogiche si nutrono di questa dimensione comunitaria nella quale nessuno cresce da solo (e neanche al cospetto di singole menti di pedagogisti "illuminati") ma si cresce attraverso il dialogo e nella collaborazione con altri che affrontano problemi e sfide simili. In quest'ottica *Quaderni di pedagogia e pratiche educative* ambisce a diventare uno spazio di condivisione di strumenti e linguaggi, dove le pratiche educative si consolidano e si arricchiscono quando diventano patrimonio comune, condiviso e negoziato all'interno della comunità.

Ciò apre la possibilità del contributo alla costruzione e al rafforzamento dell'identità professionale, in quanto partecipare a una comunità di pratiche significa riconoscersi come parte di un orizzonte più ampio, che conferisce senso, legittimità e riconoscimento al proprio lavoro e alla propria professionalità.

Possono contribuire alla rivista educatori professionali socio-pedagogici e pedagogisti iscritti e non iscritti all'Apei, sulla base delle *call for papers* che la rivista propone periodicamente; possono comunque contribuire anche altri professionisti alla rivista, purché il gruppo di persone che firma il contributo sia costituito in maggioranza da pedagogisti o da educatori.

In linea con quanto illustrato finora, ogni edizione della rivista ospiterà quattro principali categorie di contributi. Il cuore della pubblicazione sarà costituito dalle narrazioni di pratiche educative, esperienze e progetti reali. Desideriamo che questa sezione rappresenti il pilastro portante della rivista, arricchita dalle testimonianze dirette di pedagogisti ed educatori professionali che operano quotidianamente sul campo.

In secondo luogo, verranno accolte ricerche applicate inerenti l'attività dei professionisti dell'educazione; tali lavori dovranno essere rigorosi sul piano metodologico, sia dal punto di vista della ricerca pedagogica che sociale, e offrire un'analisi approfondita da una prospettiva critica.

La terza tipologia riguarda contributi teorici e riflessioni su temi di rilevanza collegati alle professioni pedagogiche ed educative: in questa sezione troveranno spazio anche apporti multidisciplinari (pedagogia, scienze sociali, diritto, psicologia), purché focalizzati sulle dinamiche concrete del lavoro di pedagogisti ed educatori.

Infine, la rivista si apre alla recensione di testi significativi nell'ambito pedagogico.

Consegniamo alla comunità professionale uno strumento, che ha l'ambizione di diventare punto di riferimento per chi desidera valorizzare l'esperienza concreta e la riflessione sulle pratiche educative, promuovendo una conoscenza autentica e condivisa. Attraverso il dialogo tra professionisti e la narrazione delle esperienze, la rivista si propone di contribuire alla crescita della comunità pedagogica, sostenendo l'identità e la professionalità di educatori e pedagogisti. Solo insieme, nel confronto e nella condivisione, possiamo costruire una cultura educativa più ricca e inclusiva, capace di rispondere alle sfide del nostro tempo.

Educazione alle relazioni e ai sentimenti come sfondo integratore dell'apprendimento

Education on relationships and feelings as an integrative background for learning

Samuele Amendola

presidenzaapeisicilia@gmail.com

Abstract

La pedagogia contemporanea riconosce l'educazione alle relazioni e ai sentimenti come sfondo integratore imprescindibile dei processi di apprendimento. In tale prospettiva, la scuola è chiamata a configurarsi come comunità educante capace di coniugare apprendimento, dimensione relazionale e formazione integrale della persona. L'articolo propone un approccio umanistico e integrato che valorizza il ruolo dell'Unità di Pedagogia Scolastica nella progettazione di percorsi educativi centrati sulla relazione, promuovendo una corresponsabilità educativa tra scuola, famiglia e territorio.

Parole chiave: comunità educante; educazione relazionale; pedagogia scolastica; sentimenti; sfondo integratore.

Abstract

Contemporary pedagogical research identifies education in relationships and feelings as an essential integrative background for learning processes. Within this framework, schools are envisioned as educational communities that interweave learning with relational and personal development. This article presents a humanistic and integrated approach highlighting the role of the School Pedagogy Unit in designing relationship-centered educational pathways, fostering shared educational responsibility among school, family, and community.

Keywords: educational community; learning background; relational education; school pedagogy; sentiments.

1. Introduzione

L'educazione alle relazioni e ai sentimenti costituisce una delle sfide più significative per la scuola contemporanea. In un contesto sociale attraversato sempre più dalla frammentazione delle relazioni, dalla solitudine e da un progressivo impoverimento dei legami interpersonali, la scuola è chiamata a riappropriarsi della propria funzione originaria: essere luogo di formazione integrale della persona, spazio in cui l'apprendimento e la crescita umana si intrecciano indissolubilmente (Mortari, 2017). L'educazione non può essere ridotta a trasmissione di contenuti o a sviluppo di competenze tecnico-apprenditive, ma deve tornare a configurarsi come processo intenzionale di costruzione della persona all'interno di una comunità educativa. In questa prospettiva, la dimensione dei sentimenti rappresenta il fondamento dell'apprendimento, poiché ogni processo formativo nasce e si sviluppa nella relazione con l'altro e nel riconoscimento di sé come soggetto in cammino insieme agli altri. (Nussbaum, 2014; Amendola, 2022).

L'educazione ai sentimenti, dunque, non appartiene all'ambito della sfera individuale o psicologica, ma a quello dell'esperienza educativa, formativa e relazionale. I sentimenti, nella loro valenza pedagogica, vanno intesi come forme che, pur nascendo dal *sostrato* delle emozioni, espressione della dimensione biologica primordiale, si intrecciano con i processi culturali e valoriali di mediazione che consentono alla persona di orientarsi nel mondo, di dare senso alle proprie esperienze e di sviluppare consapevolezza sociale ed etica.

In questa prospettiva, il sentimento diviene linguaggio educativo attraverso il quale ciascuno costruisce la propria identità relazionale e il proprio modo di abitare la comunità. La dimensione relazionale e quella dei sentimenti non possono, dunque, essere considerate ambiti separati dall'educazione complessiva dell'essere umano. Esse si radicano all'interno di contesti di senso dove la relazione educativa è riconosciuta come luogo generativo di crescita reciproca. L'adulto educatore agisce come testimone e mediatore di significati, capace di sostenere lo sviluppo formativo dell'alunno mediante la cura educativa quotidiana, l'ascolto attivo nel dialogo pedagogico e la coerenza del proprio agire.

L'educazione ai sentimenti non si propone di "insegnare" le emozioni, ma di creare ambienti educativi capaci di favorirne la maturazione in sentimenti che vanno coltivati. Ciò implica una visione pedagogica centrata sulla persona come unità di pensiero, sentimento e azione, la cui formazione si realizza attraverso la

relazione, la riflessione e la corresponsabilità. In questa visione, il docente e l'educatore non sono figure di trasmissione, bensì presenze formative che accompagnano lo studente nel suo percorso di crescita etica, intellettuale e relazionale. Il compito educativo si fonda, pertanto, su un equilibrio dialettico tra sapere, esperienza e responsabilità. *L'educazione ai sentimenti*, in questa prospettiva, diventa uno *sfondo trasversale e orientativo dell'intera azione pedagogica e didattica*, in grado di restituire senso ai saperi poiché intrecciati all'esperienza di vita degli alunni e di promuovere una cultura della relazione. Essa rappresenta la base di una rinnovata pedagogia umanistica, che pone al centro la persona nella sua interezza e che riconosce, nella relazione educativa, il luogo privilegiato in cui la conoscenza si fa vita e la formazione si fa pratica di umanità.

2. Educazione ai sentimenti come sfondo integratore dell'apprendimento

Lo "sfondo integratore", concetto introdotto in pedagogia per indicare una prospettiva unificante tra i diversi saperi (Maragliano, 1994), trova oggi una rinnovata attualità nell'ambito dell'educazione alle relazioni e ai sentimenti. L'idea di fondo è una scuola come luogo di incontro tra persone dove l'apprendimento si nutre di esperienze significative che coinvolgono interamente ogni persona.

In questa prospettiva, la NeuroPedagogia ha evidenziato come i sentimenti e le emozioni costituiscano lo sfondo emotivo dell'apprendimento, sostenendo l'integrazione tra processi mentali, corporei e relazionali (Amendola, 2022). Apprendere significa dunque partecipare con la totalità del proprio essere, in un contesto di senso che consenta di connettere il sapere alla vita concreta.

La letteratura, la storia, le scienze e le arti diventano strumenti privilegiati per riflettere sulle dinamiche sentimentali dell'essere umano, per sviluppare la consapevolezza della propria esperienza soggettiva di senso e per apprendere modalità di relazione fondate sul rispetto, sull'empatia e sulla corresponsabilità.

2.1 Progettare per sfondo integratore: un esempio di curriculum

Un *curriculum* che si ispiri a tale paradigma prevede che ogni disciplina venga riletta alla luce della relazione educativa e dei sentimenti come sfondo formativo da condividere. Di seguito alcuni esempi concreti di progettazione del curriculum con l'educazione alle relazioni e ai sentimenti come sfondo integratore:

Letteratura e lingua italiana: La lettura e l'analisi di testi narrativi o poetici diventano occasioni per esplorare i sentimenti umani - l'amicizia, la perdita, il coraggio, la solidarietà, la gelosia, - attraverso la scrittura riflessiva e il dialogo di gruppo. La letteratura offre infatti un patrimonio figurativo prezioso per comprendere le modalità con cui l'essere umano esprime, sublima e trasforma i propri sentimenti in linguaggio, arte e cultura.

Un esempio significativo è lo studio dell'amor cortese nella tradizione medievale, che permette di riflettere sui modelli relazionali e sui valori di rispetto, gentilezza e reciprocità. L'analisi dei poeti del Dolce Stil Novo, di Dante o di Guinizzelli, può diventare occasione per discutere con gli studenti come l'amore, inteso non come possesso ma come tensione spirituale e riconoscimento dell'altro, rappresenti una forma alta di relazione educativa e umana. In questo modo, la letteratura si trasforma in strumento di educazione sentimentale, consentendo di collegare il passato alla contemporaneità e di comprendere come i valori relazionali attraversino i secoli, mantenendo la loro potentissima forza formativa e trasformativa.

Allo stesso modo, opere più moderne, come *Il piccolo principe*, consentono di riflettere sul significato del prendersi cura dell'altro e della responsabilità nei legami umani. Gli alunni possono essere guidati a costruire un "diario dei sentimenti" condiviso, nel quale annotare esperienze relazionali significative vissute nella quotidianità, imparando a dare parola e forma alle proprie esperienze di incontro, di solidarietà e di crescita reciproca.

Attraverso queste attività, la letteratura diventa un laboratorio di educazione alla relazione e al senso, in cui il testo letterario non è solo oggetto di analisi linguistica, ma anche spazio di esperienza educativa, capace di favorire l'empatia, la riflessione e la maturazione relazionale degli studenti.

Storia: l'analisi dei grandi eventi storici si accompagna alla comprensione dei sentimenti collettivi e individuali che li hanno animati. Studiare la Resistenza o i movimenti civili del Novecento può diventare occasione per riflettere sul senso del coraggio, della libertà e della responsabilità. Gli studenti possono

partecipare alla creazione di “mappe dei valori” per connettere i fatti storici alle emozioni e ai sentimenti che li hanno motivati.

Scienze naturali e educazione alla vita: Lo studio dei sistemi viventi e degli ecosistemi può diventare una straordinaria occasione di educazione ai sentimenti e alle relazioni, poiché consente di collegare la dimensione scientifica con quella etica e formativa. Comprendere i meccanismi di cooperazione, di equilibrio e di interdipendenza presenti in natura permette agli studenti di riconoscere come la cura reciproca non sia solo un principio morale, ma una legge universale che sostiene la vita.

In questa prospettiva, si colloca la visione montessoriana dell'educazione cosmica, secondo la quale ogni essere vivente occupa un posto significativo nel grande ordine dell'universo (Montessori, 1949). L'educazione alla vita, intesa in senso cosmico, guida il bambino a percepire il legame profondo che unisce tutte le forme di esistenza, sviluppando in lui senso di appartenenza, responsabilità e gratitudine verso il mondo naturale.

Osservare la cooperazione tra specie, gli equilibri ambientali o i cicli vitali diventa quindi un modo per riflettere sul valore della interdipendenza, del limite e della reciprocità come fondamenti non solo ecologici, ma anche relazionali e sociali. Attraverso tali esperienze, la scienza si trasforma in sapienza relazionale, capace di educare alla meraviglia, al rispetto e alla consapevolezza della propria collocazione nell'universo.

Un progetto di “giardino dell'aver cura” o di “orto relazionale” consente agli alunni di sperimentare concretamente la responsabilità verso gli altri esseri viventi, assumendo comportamenti di rispetto, attenzione e solidarietà che si riflettono anche nelle relazioni umane. In tal modo, l'apprendimento scientifico si intreccia con quello etico e sentimentale, restituendo all'educazione la sua funzione originaria: formare persone capaci di comprendere e custodire la vita in tutte le sue forme.

Educazione sessuale e pedagogia del corpo: la dimensione della sessualità, intesa come parte integrante dello sviluppo personale e relazionale, trova piena collocazione nello sfondo integratore dei sentimenti. L'educazione sessuale non è solo mera trasmissione di nozioni biologiche o comportamentali, ma percorso di consapevolezza di sé e dell'altro, orientato al rispetto, al consenso, alla reciprocità e alla dignità. In tale prospettiva, la sessualità è considerata linguaggio del corpo e della relazione, e viene affrontata in modo trasversale nelle diverse discipline.

In scienze, si approfondiscono i processi biologici e fisiologici del corpo umano, integrandoli con riflessioni sul valore della differenza, della complementarità e della responsabilità affettiva.

In letteratura e storia, si analizzano rappresentazioni culturali dell'amore e della relazione tra i generi, problematizzando stereotipi, pregiudizi, ruoli e modelli di comportamento.

In educazione civica, si affrontano i diritti sessuali e relazionali come parte dei diritti umani, sottolineando il valore del rispetto dell'identità e della libertà personale, con particolare attenzione ai diritti dell'infanzia e della adolescenza.

Nelle attività laboratoriali e di gruppo, si promuove il dialogo, l'ascolto e la riflessione sulle relazioni e sui confini personali, favorendo l'acquisizione di una consapevolezza corporea ed emotiva rispettosa e responsabile.

In questo modo, l'educazione sessuale si integra naturalmente nello sfondo dell'educazione ai sentimenti e alle relazioni, diventando parte del percorso formativo dell'individuo, non un intervento episodico o tecnicistico, aiutando a costruire la capacità di vivere la propria corporeità come espressione di sé, di rispetto e di incontro con l'altro.

Arte e musica: l'espressione artistica e musicale offre spazi privilegiati per la rappresentazione simbolica dei sentimenti e delle relazioni. Laboratori di pittura o di improvvisazione musicale possono essere orientati alla rappresentazione delle emozioni legate alla convivenza, alla pace, alla gioia o alla paura. L'arte diventa così linguaggio educativo, espressivo e canale di conoscenza relazionale.

Educazione civica e filosofia: Le attività di discussione filosofica e di cittadinanza attiva rappresentano uno spazio privilegiato per lo sviluppo del pensiero riflessivo e della consapevolezza etica. In queste pratiche educative la parola, l'ascolto e il confronto diventano strumenti formativi fondamentali per promuovere una cultura della responsabilità e del rispetto reciproco.

Un curriculum fondato sui sentimenti e sulla relazione promuove la riflessione sui diritti e i doveri, sulla dignità umana e sulla solidarietà, attraverso *pratiche dialogiche e cooperative* come le “assemblee di

educazione reciproca”, i “circoli narrativi” e i “laboratori neuro-pedagogici dei sentimenti”. In questi contesti di confronto, gli studenti possono esplorare il legame tra pensiero e sentimento, tra libertà e responsabilità, tra loro e gli altri, imparando a dare parola a ciò che vivono e a riconoscere la pluralità delle esperienze umane.

Tali percorsi possono essere attivati da domande generative, capaci di stimolare la riflessione personale e collettiva:

«Come vivo i miei rapporti interpersonali? Con l'altro sesso? Con gli amici? Con i miei genitori?»

«Come si possono conciliare istinto e razionalità?»

«Mi preoccupa di più di essere amato o di imparare ad amare?»

«Ho mai provato gelosia o possessività? Come ho superato queste esperienze?»

«Che tipo di persona voglio diventare?»

Domande come queste non hanno lo scopo di fornire risposte univoche, ma di attivare processi di consapevolezza e di ricerca di senso, trasformando la classe in una comunità riflessiva ed educante dove “nessuno si educa da solo ma ci si educa insieme con la mediazione del mondo”. Il dialogo filosofico e l'educazione ai sentimenti, infatti, condividono la stessa radice: entrambi si fondano sull'ascolto, sulla reciprocità e sull'elaborazione del vissuto in chiave formativa.

Per questo diventa fondamentale attivare il dialogo intergenerazionale e interprofessionale: tra genitori, tra insegnanti, tra studenti, ma soprattutto tra genitori e figli. Solo attraverso il confronto di esperienze, prospettive e linguaggi differenti l'educazione può diventare reciproca, cioè un processo di crescita condivisa che coinvolge l'intera comunità educante.

Educazione motoria: L'educazione motoria costituisce un ambito privilegiato per la formazione integrale della persona e per l'educazione ai sentimenti. Il corpo, inteso come luogo dell'esperienza e della relazione, è il primo strumento attraverso cui il soggetto conosce, comunica e costruisce il proprio rapporto con il mondo. Nella dimensione corporea, l'essere umano esprime il proprio modo di abitare la realtà e di entrare in relazione con gli altri, imparando a riconoscersi come parte di un insieme più ampio.

La pedagogia del corpo evidenzia che il movimento non è solo gesto tecnico o coordinazione motoria, ma atto educativo ed espressivo: ogni azione corporea è portatrice di intenzionalità, di senso e di relazione. Attraverso il corpo si apprende a rispettare l'altro, a condividere spazi, a collaborare, a regolare la propria presenza nel gruppo. L'educazione motoria, in questa prospettiva, diviene spazio pedagogico di formazione alla convivenza, in cui il movimento diventa linguaggio e la relazione diventa apprendimento.

Maria Montessori attribuiva al corpo e al movimento un valore fondativo dell'educazione. Nella sua concezione, il corpo è il ponte tra la mente e il mondo, e il movimento, quando è guidato da una finalità significativa, favorisce la crescita dell'autonomia e della responsabilità. “Seguire il bambino” – afferma Montessori – significa riconoscere che il corpo è via di conoscenza, strumento di ordine e di costruzione del pensiero. L'attività corporea, dunque, non si contrappone all'apprendimento intellettuale, ma ne è condizione e supporto.

In continuità con questa visione, la NeuroPedagogia del movimento (Amendola, 2022) interpreta il corpo come dimensione formativa complessa, nella quale si integrano conoscenza, relazione e consapevolezza. Il movimento, in quanto esperienza intenzionale e condivisa, favorisce la concentrazione, la collaborazione e il riconoscimento reciproco. Muoversi insieme, giocare, coordinarsi, rispettare tempi e ritmi comuni significa apprendere a stare con l'altro e a costruire significati condivisi.

Attraverso giochi cooperativi, attività di gruppo e pratiche corporee di relazione, gli studenti sperimentano concretamente la fiducia, la corresponsabilità e la solidarietà.

Tali esempi mostrano come lo *sfondo integratore dei sentimenti e delle relazioni* non aggiunge nuovi contenuti al curriculum, ma ne ridefinisce la finalità formativa. Ogni disciplina, reinterpretata pedagogicamente, diviene spazio di formazione integrale della persona, dove la conoscenza si intreccia con la vita e la relazione. L'educazione sessuale, in questo contesto, non è un'aggiunta o un argomento “da trattare”, ma parte della trama educativa che sostiene lo sviluppo armonico della persona nella sua dimensione corporea, relazionale ed anche spirituale.

3. Il ruolo della relazione educativa e della comunità scolastica

L'educazione ai sentimenti non si insegna come una materia: essa si vive, si costruisce e si accompagna pedagogicamente. La relazione educativa, intesa come incontro autentico tra persone, è il contesto nel quale maturano le competenze relazionali, il senso della convivenza e la capacità di riconoscere l'altro come valore (Dewey, 1916). In questa prospettiva, l'insegnante deve assumere il ruolo di presenza formativa, di guida e di riferimento nel processo di crescita dell'allievo. Egli agisce come attivatore e mediatore di significati, facilitando l'integrazione tra saperi, esperienze e valori. L'apprendimento, infatti, diventa autentico quando si radica in una relazione educativa in cui l'alunno si sente riconosciuto, ascoltato e valorizzato.

La scuola, in questa visione, è chiamata a configurarsi come una comunità educante, luogo in cui la quotidianità diventa spazio formativo e occasione di crescita condivisa (Bernardoni, 2018): in cui la responsabilità formativa non viene delegata ad un esperto ma è condivisa da tutti gli attori coinvolti - docenti, dirigenti, educatori, famiglie e studenti - e orientata alla costruzione di un ambiente educativo fondato sulla fiducia, sul dialogo, sulla cooperazione e sulla corresponsabilità. L'educazione ai sentimenti si alimenta, infatti, di coerenza tra gli adulti che abitano la scuola e di una progettualità educativa che attraversa i diversi livelli del curriculum e della vita scolastica.

Come sottolinea Tarracchini (2018), occorre oggi "riprenderci la pedagogia", restituendole il suo ruolo culturale, etico e politico: la pedagogia come scienza della relazione e della trasformazione umana, capace di illuminare l'agire educativo con intenzionalità e senso. La scuola deve tornare a essere una comunità di pensiero e di azione in cui la riflessione pedagogica orienta la pratica e dove le relazioni si costruiscono attraverso la cura reciproca e la valorizzazione delle differenze. In tale prospettiva, la relazione educativa diviene spazio di mediazione formativa in cui la persona apprende a vivere con gli altri, a confrontarsi, a cooperare e a vivere il conflitto come occasione di crescita. Il docente, che svolge anche una funzione educativa, è chiamato a promuovere una didattica relazionale capace di integrare dimensione conoscitiva e dimensione etica, di favorire il dialogo intergenerazionale e di sostenere i processi di apprendimento. L'educazione ai sentimenti, quindi, **non è un contenuto da aggiungere ai programmi scolastici, ma una dimensione trasversale che attraversa l'intero progetto educativo**, orientando le pratiche quotidiane verso la costruzione di relazioni ricche di significati e che aiutano ciascuno a percepirsi come parte importante ed insostituibile di un tutto più grande. Ogni momento scolastico - la lezione, il gioco, la pausa, il confronto, il conflitto - diventa occasione formativa se vissuto come spazio di crescita comune, di cooperazione e di condivisione.

4. L'Unità di Pedagogia Scolastica come risorsa professionale a servizio della comunità educante

Per promuovere un'educazione realmente integrata è necessario riconoscere il valore delle competenze pedagogiche e socio-educative all'interno delle istituzioni scolastiche. L'istituzione delle Unità di Pedagogia Scolastica, composte da pedagogisti e da educatori professionali socio-pedagogici, rappresenta una risposta concreta e strategica a tale esigenza sempre più impellente (Amendola, 2018).

Queste figure professionali, dotate di competenze scientifiche, metodologiche e relazionali, operano nella prospettiva della prevenzione educativa primaria, promuovendo il benessere scolastico, la qualità della convivenza e la crescita armonica delle persone (Associazione Pedagogisti ed Educatori Italiani 2018). La loro presenza consente di leggere i bisogni educativi non in termini di deficit o problematicità, ma come occasioni di sviluppo formativo da affrontare attraverso strategie condivise e progettualità collegiali (Contini, 2016).

Le Unità di Pedagogia Scolastica svolgono un ruolo di raccordo e di coordinamento pedagogico per l'intera comunità scolastica. Esse supportano i docenti nella progettazione di percorsi di educazione ai sentimenti che attraversino in modo trasversale tutte le discipline e promuovano una cultura della relazione. Allo stesso tempo, favoriscono il coinvolgimento attivo delle famiglie, dei servizi territoriali e delle realtà educative extrascolastiche, contribuendo alla costruzione di una rete educativa comunitaria.

Inoltre, tali unità rappresentano un presidio culturale e professionale per la riflessione pedagogica all'interno delle scuole: luoghi di consulenza, ricerca e formazione permanente, dove si elaborano modelli didattici coerenti con i principi dell'educazione integrale e della corresponsabilità educativa.

L'educazione ai sentimenti, per essere efficace, deve essere trasversale al curricolo, non episodica né affidata a interventi esterni. Essa va intesa come sfondo formativo integratore, capace di collegare la dimensione conoscitiva con quella esistenziale e relazionale.

5. Critica all'approccio tecnicistico e valorizzazione dell'esperienza educativa

Negli ultimi anni si è diffusa la tendenza a trattare l'educazione ai sentimenti e alle emozioni attraverso interventi estemporanei, condotti da esperti esterni o da figure prive di competenza pedagogica. Tali approcci, seppur animati da buone intenzioni, finiscono spesso per ridurre la complessità della relazione educativa a un insieme di tecniche, attività laboratoriali o esercizi isolati dal contesto formativo. Si assiste così a una progressiva tecnicizzazione dell'educazione, che rischia di trasformare un processo relazionale e culturale in un percorso di tipo istruttivo o addirittura "addestrativo". La tendenza a sostituire la riflessione pedagogica con programmi standardizzati o mode educative del momento rischia di alimentare un nuovo conformismo culturale che svuota la scuola della sua funzione critica (Furedi, 2018).

L'educazione ai sentimenti, invece, non può essere semplificata in attività episodiche o schemi preconfezionati, poiché essa si fonda su una visione antropologica e pedagogica dell'essere umano come soggetto in relazione e in costante processo di formazione. Essa nasce da un contesto di senso, da relazioni autentiche e da processi di crescita condivisa, che si costruiscono nel tempo attraverso la presenza educativa costante, la coerenza e la continuità dell'azione formativa.

Come afferma Freire (1970), l'educazione autentica è sempre dialogica, mai unilaterale: è un incontro tra soggetti che si riconoscono reciprocamente come persone, capaci di costruire insieme significati e di trasformare la realtà attraverso la parola e la riflessione.

L'insegnante, il pedagogo e l'educatore sono chiamati a esercitare una presenza relazionale competente, capace di coniugare accoglienza, ascolto e riflessività con la responsabilità deontologica del loro ruolo formativo. La professionalità educativa, infatti, si fonda sulla capacità di leggere le dinamiche relazionali, di comprendere i bisogni e le situazioni educative e di trasformarle in opportunità di crescita per tutti i soggetti coinvolti.

Le esperienze scolastiche quotidiane - il dialogo, il conflitto, la cooperazione, la cura reciproca - costituiscono occasioni preziose di educazione ai sentimenti, se vengono riconosciute, rielaborate e restituite pedagogicamente come momenti di apprendimento e di formazione della personalità. Ogni episodio della vita scolastica può diventare, se adeguatamente accompagnato da intenzionalità pedagogica, un laboratorio di consapevolezza, di responsabilità e di maturazione personale.

6. Verso una pedagogia umanistica dell'educazione relazionale

L'educazione ai sentimenti trova la sua piena legittimità all'interno di una pedagogia umanistica, centrata sulla persona come unità di pensiero, sentimento e azione (Massa, 2021). Tale visione riconosce nell'essere umano un soggetto capace di attribuire senso alla propria esperienza, di trasformare la realtà attraverso la riflessione e di crescere nella relazione con l'altro. In questo quadro, la scuola assume il compito di formare l'umano nell'uomo, accompagnando ogni studente nella costruzione di un'identità personale, sociale e culturale fondata sulla dignità, sul rispetto e sulla solidarietà.

Educare significa saper osservare, accogliere e rispettare i tempi di sviluppo e i bisogni educativi e di crescita degli alunni, promuovendo un apprendimento autentico, che nasce dalla curiosità e che si alimenta nel dialogo e nella fiducia reciproca. Tale prospettiva implica una pedagogia della prossimità e dell'ascolto, capace di accompagnare ciascuno nella costruzione del proprio progetto di vita, in un processo in cui l'educatore non impone modelli, ma offre strumenti per scoprire e realizzare le proprie potenzialità.

L'educazione ai sentimenti, dunque, si realizza attraverso una presenza educativa attenta e responsabile, che riconosce nella relazione il luogo generativo del sapere e nella cura reciproca (Don Milani, 1992) la

condizione dell'apprendimento. Essa promuove una visione etica della scuola come comunità di senso, in cui la conoscenza si intreccia con la vita e la cultura si apre alla responsabilità verso l'altro e verso il mondo.

7. Conclusioni

Educare ai sentimenti significa restituire all'educazione la sua dimensione più profonda: la promozione dell'umano. La scuola, in quanto comunità educativa, è chiamata ad assumere un ruolo di orientamento e di responsabilità nel processo di formazione integrale della persona. Essa deve essere il luogo in cui i sentimenti trovano parola, riconoscimento e significato, integrandosi con il sapere disciplinare in un processo unitario di crescita personale, sociale e culturale.

Affinché ciò avvenga, è necessario superare la logica dell'intervento occasionale o dell'azione frammentata, e promuovere una cultura educativa sistemica e condivisa, capace di mettere in dialogo saperi, esperienze e prospettive professionali diverse. L'educazione ai sentimenti richiede continuità, intenzionalità e coerenza, elementi che solo una progettualità pedagogica stabile può garantire.

Le Unità di Pedagogia Scolastica rappresentano, in questo senso, una risorsa fondamentale per la costruzione di una scuola capace di educare al pensare e al sentire, all'agire responsabile e al vivere insieme. Queste strutture non solo sostengono la qualità della relazione educativa e la co-progettazione didattica, ma promuovono una visione culturale dell'educazione come bene comune, valorizzando il ruolo dei docenti, degli studenti e delle famiglie come soggetti attivi di un medesimo progetto formativo (corresponsabilità educativa).

Solo attraverso una pedagogia dei sentimenti e delle relazioni, capace di unire la dimensione conoscitiva, etica e sociale, la scuola può essere un luogo in cui si impara non solo a conoscere, ma anche a convivere, a prendersi cura, a partecipare e a costruire senso, luogo in cui ogni alunno e ogni alunna sono protagonisti del proprio apprendimento e co-costruttori di una società più giusta, empatica e solidale.

Bibliografia

Amendola, S. (2022). *Neuropedagogia, Emozioni, Apprendimento. Per una nuova scienza della personalità*. Edizioni ASPaideia.

Amendola, S. (2018). *Educatori e pedagogisti a scuola per costruire il "villaggio educativo"*. Qualeducazione, 91, Pellegrini Editore, Cosenza.

Associazione Pedagogisti ed Educatori Italiani. (2018). *Linee guida APEI sul pedagogo e sull'educatore scolastico*. Qualeducazione, 91, Pellegrini Editore, Cosenza.

Bernardoni, A. (2018). *La vita quotidiana come storia. Senza paure e senza psichiatria*. Edizioni ETS.

Contini, M. (2016). *La qualità della relazione educativa: per una pedagogia della prossimità*. FrancoAngeli.

Dewey, J. (2018). *Democrazia e educazione*. Anicia.

Freire, P. (1970). *Pedagogia degli oppressi*. Edizioni Gruppo Abele.

Furedi, F. (2020). *Il nuovo conformismo. Troppa psicologia nella vita quotidiana*. Feltrinelli.

Maragliano, R. (1994). *Nuove tecnologie, nuovi curricula: Lo sfondo integratore*. La Nuova Italia.

Massa, R. (2021). *L'uomo in formazione. Lineamenti di pedagogia generale*. Pearson.

Milani, L. Scuola di Barbiana (1992). *Lettera a una professoressa*. Libreria Editrice Fiorentina.

Montessori, M. (1949). *La mente del bambino*. Garzanti.

Montessori, M. (1949). *La formazione dell'uomo. Pregiudizi e nebulose. Analfabetismo mondiale*. Garzanti.

Mortari, L. (2017). *La sapienza del cuore. Pensare le emozioni, sentire i pensieri*. Raffaello Cortina.

Nussbaum, M. C. (2014). *Non per profitto: Perché le democrazie hanno bisogno della cultura umanistica*. Il Mulino.

Tarracchini, E. (2015). *Riprendiamoci la pedagogia*. Pellegrini Editore.

Salute Mentale di Comunità: un'esperienza di ri- generazione di spazi e relazioni

Community Mental Health: an experience of regenerating spaces and relationships

Paola Rosiello

paolarosiello73@gmail.com

Abstract

Il lavoro svolto in sinergia con l'equipe multidisciplinare e le Associazioni del territorio si pone un obiettivo ambizioso, quello di affiancare giovani e adulti con disagio psichico nelle attività di cura di un orto, promuovendo una partecipazione reale alla vita di comunità. La mission educativa è quella di scardinare un pezzetto alla volta i pregiudizi che ancora oggi sono associati ai "folli", a partire dal superamento delle mura che istituzionalizzano la sofferenza; uscire letteralmente dagli ambulatori dei Servizi territoriali è il principio pedagogico dal quale partire per garantire dignità alla vita di persone fragili.

Il Progetto Sal'Orto ha avuto inizio un anno fa e ad oggi è stato possibile osservare un miglioramento significativo nella qualità delle relazioni e delle funzioni esecutive dei suoi fruitori.

In questo articolo si narra di un'esperienza formativa e trasformativa promossa e realizzata in sinergia con due colleghi educatori del CSM ds.31, il dr. Gianluca Belfiore e la dr.ssa Giada Bonetti oltre alla coordinatrice dell'"Associazione Asso.gio.ca" Nicoletta Musella.

Parole chiave: benessere; lentezza; relazione; tempo; trasformazione.

Abstract

The work I do, in collaboration with the multidisciplinary team and local associations has an ambitious goal: to assist young people and adults with mental health issues in gardening activities with the objective of promoting a real participation in community life. The educational mission is to gradually dismantle the prejudices that are associated with "crazy" people to this day, starting by overcoming the walls that institutionalize suffering; literally leaving and going out of the local clinics is the pedagogical principle from which to begin to guarantee dignity to lives of fragile people.

The Project "Sal'Orto" started a year ago and today it's possibile to observe a significative improvement in the participants' relationships' quality and in their executive functions.

In this article, I recount a transformative educational experience promoted and implemented in collaboration with two fellow educators, Dr. Gianluca Belfiore and Dr. Giada Bonetti and with the coordinator of the "Asso.gio.ca Association", Nicoletta Musella.

Keywords: relationship; slowness; time; transformation; well-being.

1.Introduzione

Salute Mentale è un concetto che contiene in sé un principio rivoluzionario, in quanto si riferisce ad una condizione universale dell'esistere che interessa tutti gli individui senza distinzioni d'età, genere, appartenenza socio-culturale. Non rimanda ad un aspetto patologico, dimensione squisitamente afferente alla Psichiatria e ad un approccio medicalizzante della persona. Per Salute Mentale si intende una condizione di benessere psico-fisico e sociale strettamente dipendente dall'interazione di molteplici fattori biologici, psichici e dell'ambiente di vita del soggetto (famiglia, scuola, chiesa, lavoro, quartiere...); salute quale espressione di un processo multiforme.

Garantire benessere è responsabilità non solo individuale, ma sociale e politica.

Un cambio di paradigma in Salute Mentale: educare alla cura

Sono un'educatrice professionale socio-pedagogica e da circa due anni lavoro presso uno dei Centri di Salute Mentale Adulti dell'ASL Napoli 1 Centro; per la prima volta in Sanità viene riconosciuto il valore giuridico e professionale del lavoro educativo, non più confinato ai servizi educativi e sociali. Si raggiunge questo risultato grazie ad una lunga battaglia ad opera dell'APEI, che ha condotto alla Legge 55/2024 (Disposizioni in materia di ordinamento delle professioni pedagogiche ed educative e istituzione dei relativi albi professionali). La nostra presenza come professionisti nella relazione d'aiuto in ambito sanitario è una realtà del tutto nuova, che tiene conto del peso che ha una presa in carico globale della persona, secondo una visione olistica e in linea con il modello bio-psico-sociale.

I luoghi del benessere

Il luogo non-luogo dove tutto ha avuto inizio è un giardino, situato in uno dei quartieri storici della nostra città, Materdei. Camminando tra le sue strette stradine ci si può imbattere in un posto fuori dal tempo; in uno dei portoni di un vecchio palazzo si apre uno spazio inedito, un orto sociale: Il Giardino degli Scalzi. Esso è frequentato dai volontari del Servizio Civile Universale, da un gruppo di utenti giovani (18/28 anni) che afferiscono alla U.O.S.M. 24-73/31 e dalle loro famiglie. Affiancati nelle attività di cura dell'orto e nel percorso di crescita personale da noi educatori e dalla coordinatrice dell'Associazione Asso.gio.ca, sperimentano e noi con loro, il gesto della cura nel suo significato etimologico: sollecitudine, prestare attenzione, responsabilità verso sé stessi e gli altri. Aver cura e prendersi cura, attraverso un percorso che individua nella fruizione degli spazi verdi un importante canale di risposta allo stress. Mediante questi gesti generativi e nell'incontro con gli altri, si compie la trasformazione delle persone e dei luoghi.

2 “Sal’Orto semi di Comunità”

L’orto costituisce per tutti i suoi abitanti una preziosa opportunità per socializzare, imparare a gestire il tempo secondo ritmi non frenetici, imparare a stare nelle attese, che inevitabilmente, ci sono imposte dai cicli di produzione stagionali; riattivare corpo e mente grazie al recupero della manualità. L’azione pratica non è fine a sé stessa, ma si traduce in pensieri parole e nuovi progetti. Coloro che hanno deciso di partecipare a questa esperienza, si fanno portavoce e testimoni di una condizione globale di benessere. Si ritorna in connessione con sé stessi e con gli altri, in un ciclo vitale che si richiama a quello della Natura. Questa postura altra, che ben radica la visione ecologica del fare Salute Mentale ha dato origine al progetto Sal’Orto: Semi di Comunità. Educare al benessere è un lavoro che si compie attraverso un costante dialogo tra l’interno e l’esterno. È armonia che non può prescindere dagli incontri, a partire da quello con sé stessi. Il progetto è al suo secondo anno e si sta aprendo a nuove collaborazioni con colleghi di altri distretti sanitari, per poi estendersi ulteriormente a nuove contaminazioni con il territorio. Tempo e Comunità costituiscono il motore propulsore del nostro pensiero e del nostro agire; senza di essi non si può immaginare un futuro possibile improntato al benessere collettivo.

Conclusioni

Questo progetto è espressione viva di come un approccio non esclusivamente medicalizzato ed istituzionalizzante ma socio-pedagogico, può sostenere e promuovere salute e benessere in soggetti con fragilità e in crescita. Riprendere ad abitare i luoghi in un’ottica di comunità, significa creare reti di supporto e di contrasto alle forme di disagio nelle sue varie declinazioni. Nel caso di persone con una storia di sofferenza psichica, vuol dire renderli partecipi di una visione condivisa che indebolisce l’isolamento, il senso di inadeguatezza e la perdita d’identità che li accompagna, relegandoli ad oggetti di cura senza possibilità di senso.

Sal’Orto ha ricevuto il Premio GreenCare 2025 per la sezione “Verde privato”, ritenuto meritevole per l’impatto sociale e ambientale che le attività promosse hanno sui singoli e la comunità.

Riferimenti bibliografici

AHTA: American Horticultural Therapy Association, “*Definitions and Positions*”. 2012 <https://www.ahta.org/>.

Brofenbrenner U. “*Ecologia dello sviluppo umano*”. 1979/1986, Il Mulino, Bologna.

Minelli M. “*Salute mentale e territorio*”. 2020, Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute. Argo, Perugia.

Romano D. “*Le potenzialità dell’orticoltura terapeutica*”. 2012, Biancavilla, Università degli Studi di Catania Dipartimento di Scienze delle Produzioni Agrarie e alimentari.

Ciaperoni A., Jacovo F., Senni S. “*Agricoltura sociale: riconoscimento e validazione delle pratiche inclusive nel welfare locale*”. 2008, Quaderni AIAB, Roma

SALUTE MENTALE DI COMUNITÀ: UN'ESPERIENZA DI RI-GENERAZIONE DI SPAZI E RELAZIONI

1 Definizione di Salute Mentale per l'OMS: stato di completo benessere psico-fisico, emotivo e sociale che permette all'individuo di realizzare il proprio potenziale e contribuire alla comunità; non semplice assenza di malattia

2 Legge 15 Aprile 2024 n.55 : essa contiene disposizioni in materia di ordinamento delle professioni pedagogiche ed educative, prevedendo la formazione dell'Albo dei Pedagogisti e degli Educatori Professionali Socio-Pedagogici.

3 Associazione Asso.gio.ca. : Associazione Gioventù Cattolica è un Ente no-profit impegnato in attività di volontariato sociale, minori a rischio, tutela ambientale, promozione della Cultura, tutela del patrimonio storico-monumentale, sport, terza età, affido familiare ed adozione a distanza.

4 Progetto Sal'Orto semi di Comunità: progetto di promozione del benessere di persone con disagio psichico e di cittadinanza attiva. Ideato dal Dr. Gianluca Belfiore educatore professionale socio-pedagogico della U.O.S.M. 24-73/31 DS 31 ASL Na 1 Centro.

**“ADHD” o incompleti processi evocativi?
“Iperattività” pedagogica nel tempo e nello spazio**

**“ADHD” or incomplete evocative processes?
Pedagogical “hyperactivity” across time and space**

Annamaria Barbieri, Ermanno Tarracchini

annamaria.barbieri@apei.it

Abstract

La mancanza di vera attenzione, rispetto ed ascolto del mondo adulto, (sia esso genitore, pedagogo od insegnante) unita alla mancanza di conoscenze neuropedagogiche sull'attività mentale da parte dei docenti, causa delle problematiche nei processi di insegnamento-apprendimento che, se non riconosciute e non affrontate vengono etichettate, nei giovani, con lo stigma di iperattività e deficit di attenzione (ADHD), senza considerare le responsabilità della scuola e del mondo degli adulti più in generale.

La soluzione non è la chimica e neppure la psicoterapia: perché questi bambini non hanno bisogno di etichette ed interventi clinici, che li patologizzano, convincendoli ad accettare il ruolo di malati mentali e che, inoltre, li separano dagli altri ma, al contrario, hanno bisogno di inclusione, di attenzione pedagogica, hanno bisogno di un'autorevolezza affettivamente calda da parte degli adulti. Da parte della scuola inoltre, occorrono strategie neuropedagogiche mirate, ossia strategie che, agendo rigorosamente a livello dell'attività mentale del giovane, mettono in atto una "gestione" della cosiddetta "iperattività nel tempo e nello spazio mentali". Una modalità che promuovendo la coscientizzazione delle personali modalità di pensiero evocativo permette ai bambini, o adolescenti, di sfruttare la loro propensione al movimento ed al loro "risentito mentale" in qualità di vero e proprio trampolino di lancio per associare evocati visivi ed uditivi, ossia per la mobilitazione del pensiero logico e creativo.

Parole chiave: Disattenzione, Evocazione, Iperattività nel Tempo e nello Spazio mentali, Irrequietezza, Movimento, Percezione.

Abstract

The lack of genuine attention, respect and listening on the part of the adult world—whether parents, pedagogists, or teachers—together with teachers' insufficient neuro-pedagogical knowledge of mental activity, gives rise to difficulties in teaching-learning processes. When these difficulties are neither recognized nor addressed, they are labeled in young people with the stigma of hyperactivity and attention-deficit disorder (ADHD), without considering the responsibilities of the school and of the adult world more broadly.

The solution is neither chemistry nor psychotherapy, because these children do not need labels or clinical interventions that pathologize them, persuading them to accept the role of mentally ill individuals and further separating them from others. On the contrary, they need inclusion and pedagogical attention; they need an affectively warm form of authority from adults. Schools, moreover, require targeted neuro-pedagogical strategies—that is, strategies that act rigorously at the level of the young person's mental activity—implementing a "management" of so-called hyperactivity in mental time and space. By promoting awareness of one's own modes of evocative thinking, this approach enables children and adolescents to harness their inclination toward movement and their "felt mental experience" as a genuine springboard for associating visual and auditory evocations, that is, for the mobilization of both logical and creative thinking.

Keywords: Evocation, Hyperactivity in Mental Time and Space, Inattention, Movement, Perception, Restlessness.

1. Introduzione

Questo saggio intende promuovere l'approccio di nuove strategie neuropedagogiche per la mobilitazione del pensiero riflessivo, attraverso l'analisi e l'integrazione dei processi percettivo-evocativi e, in particolare, di quelli che stanno alla base dell'alternanza delle costanti pedagogiche dello spazio e del tempo, a livello mentale.

Non ci sono bambini "affetti" da "ADHD". Esistono dei bambini che per caratteristiche personali dovute a svariate cause - fattori educativo-pedagogici, socio-relazionali, antropo-evolutivi, ecc. - hanno specifiche modalità neuro-pedagogiche di stare attenti e, quindi, hanno bisogno di percorsi di apprendimento-insegnamento fondati sul movimento. Ma vuoi per mancanza di strategie pedagogico-educative più adeguate, vuoi per deresponsabilizzazione, tale bisogno anziché venire soddisfatto per via educativa e

pedagogica viene medicalizzato, cioè trasformato in “disturbo” e quindi da trattare con potenti psicofarmaci (amfetaminosimili come il Ritalin) o con depistanti “psicoterapie”.

La psicoterapia è meno dannosa dello psicofarmaco in quanto non altera, almeno immediatamente, la chimica del cervello ma, in pedagogia ed ancor di più in NeuroPedagogia, non si psicologizzano le diversità di tempi e di cammini di conoscenza ma si utilizzano approcci non invasivi, come l'osservazione e le strategie neuropedagogiche al servizio della mobilitazione del pensiero evocativo-riflessivo, attraverso il dialogo e l'introspezione pedagogici condotti in forma di dialoghi collettivi per il confronto delle personali modalità evocative fra studenti, in particolare quelle relative alle costanti pedagogiche dello spazio e del tempo mentali. Lo scopo è quello di riconoscere e supportare l'iperattività pedagogica nel tempo e nello spazio (A. de La Garanderie, “Critica della ragione pedagogica” e V. Bocchini - E. Tarracchini in “NeuroPedagogia e NeuroDidattica, oppure DSA?”)

La pedagogia “motore di trasformazione” non interviene individualmente sul bambino perchè lo isolerebbe dal contesto socio-relazionale dei suoi compagni portandolo sempre più a considerarsi malato o, comunque, un “diverso”. In realtà tutti noi, nell'interiorizzare gli stimoli provenienti dal mondo esterno, e nel reagire ad essi, abbiamo progetti di senso diversi. Si tratta, allora, di fare analisi concrete di situazioni concrete per trasformarle concretamente e renderle più adeguate al soddisfacimento dei bisogni personali e non di medicalizzarle o di psicologizzarle.

1.1 Chimica o Pedagogia?

La ‘stupefacente’ azione chimica sul cervello (di potenti droghe come il Ritalin o equivalenti) impedisce al bambino e ai suoi genitori di agire per eliminarne le vere cause, impedisce il cambiamento, impedisce la individuazione e la trasformazione delle relazioni nell'ambiente di vita circostante, dove cioè vanno cercate le vere cause del suo disagio e non in una “psiche inesistente” (A. Bernardoni La vita quotidiana come storia senza paure e senza psichiatria). Interpretazioni fuorvianti per scaricare le responsabilità del mondo adulto sul bambino stesso, per convincere genitori ed insegnanti che il problema è dentro di lui, che è lui il malato e non il mondo relazionale intorno a lui.

Ma, ed è qui il punto, è proprio il contesto relazionale quello che dovrebbe essere oggetto di attenzione per essere modificato e reso più adatto al soddisfacimento dei bisogni del bambino così come vengono da lui percepiti, espressi e trasformati.

L'ADHD diventa uno stigma che, oltre a colpevolizzare e considerare lo studente come unico responsabile del proprio insuccesso scolastico, provoca un meccanismo di delega a psicologi e psichiatri – ma, in realtà, i veri esperti dei processi educativi sono gli insegnanti, i pedagogisti, gli educatori professionali socio-pedagogici e i genitori stessi, se potessero contare, questi ultimi, sia sulla solidarietà e l'ascolto di altri genitori, sia sulla supervisione/condivisione pedagogica - una delega che deresponsabilizza gli adulti di riferimento nei confronti di un dovere di ascolto, etico oltre che umano e deontologico, indelegabile.

2. Cecità e sordità mentali

La maggiore parte dei ragazzi/e, bambini/e etichettati “ADHD” hanno subito una tale mancanza di vera attenzione, di vero ascolto e dialogo, di eccesso di autoritarismo (se non di violenza) o, al contrario, di permissivismo ed indifferenza che, prima di fidarsi e stabilire un rapporto, vogliono essere sicuri che tu, adulto, anche se autorevole e severo, sia comunque attento, incoraggiante, valorizzante la loro intelligenza e rispettoso, direi premuroso, nei confronti dei loro diritti di adolescenti. Soprattutto vogliono essere sicuri che li ascolti veramente e che ci tieni a loro, che ti stanno a cuore, altrimenti cosa importa loro di crescere e/o cambiare?

Ti mettono alla prova. Occorre molto ascolto, dialogo ed attenzione ai loro bisogni, perseveranza, premura, fermezza e pazienza ma alla fine, il cambiamento e la crescita personale avvengono.

Si vogliono trasformare in malati quei bambini che, nella loro adolescenza, vivono situazioni relazionali particolarmente problematiche e difficili o si agitano più degli altri. Adolescenti che sentono il bisogno irrefrenabile di muoversi, cioè di apprendere, attraverso una modalità ai nostri occhi più caotica e non prevista dal rigido regolamento scolastico: quelli di cui una volta si diceva avessero l'argento vivo addosso o che erano dei Gianburrasca.

Invece, i bambini che si agitano eccessivamente, oltre alle motivazioni di ordine educativo e sociologico, possono averne altre di ordine neuropsicopedagogico, ad esempio una sordità e/o cecità mentale, tipo quella di Helen Keller in "Anna dei Miracoli". Helen Keller era una bambina percettivamente sorda e cieca per cui anche il suo cervello non aveva imparato a vedere e a sentire. Molti bambini che abbiamo davanti ci vedono e ci sentono benissimo, ma hanno una specie di sordità e cecità mentale, in quanto non hanno ancora imparato ad evocare in modo soddisfacente, cioè non sanno ancora portare a livello mentale quello che vedono con gli occhi e sentono con le orecchie : ecco allora l'exasperato movimento alla ricerca continua di stimoli percettivi, mancando loro la capacità di ritenere più a lungo, a livello mentale, quanto percepito e trarne così soddisfazione. Non a caso, quando Helen Keller comincia ad evocare la parola A-C-Q-U-A, di colpo si immobilizza, spazio e tempo si fondono nel crogiuolo spazio-temporale della comprensione. Helen cessa di agitarsi, perché ora è la sua mente ad essere in movimento: la sua mente ora è in grado di pensare. Questi bambini assomigliano molto a Helen Keller: occorre insegnare anche al loro cervello a vedere e sentire a partire dal movimento. Helen Keller apprese attraverso il movimento delle mani necessario per la formulazione dell'alfabeto manuale dei sordo-ciechi (*Lis tactile*) usato dalla sua insegnante Anne Sullivan, che compitava nel palmo di Helen "A-C-Q-U-A", ripetutamente ed in maniera sempre più rapida, fino a procurarle la coscientizzazione del ricordo della sensazione di freschezza dell'acqua che scorreva nelle sue mani. (H. Keller, *Storia della mia vita*, e A. de La Garanderie, "Comprendre et imaginer")

Dunque, e lo ripeto, la soluzione non è la chimica ma neppure la psicoterapia: perché questi bambini non hanno bisogno di etichette che li patologizzano, convincendoli ad accettare il ruolo di malati mentali che li separa, li esclude dagli altri, ma al contrario hanno bisogno di inclusione, di attenzione pedagogica, di un'autorevolezza affettivamente più calorosa da parte degli adulti: cioè non di interventi psico-educativi ma neuropsicopedagogico-educativi e/o antropo-evolutivi.

Per questo occorrono strategie Neuro-Pedagogiche, ossia strategie che, agendo rigorosamente a livello dell'attività mentale del singolo, mettono in atto, una "gestione" della cosiddetta "iperattività nel tempo e nello spazio mentali" (A. de La Garanderie "Critica della ragione pedagogica"). Una strategia che promuovendo la coscientizzazione delle personali modalità di pensiero evocativo (immagini mentali visive, uditive, sensomotorie...e rispettivi evocati mentali, va oltre la metacognizione classica) permette ai bambini di sfruttare la loro propensione al movimento ed al proprio "risentito mentale" in qualità di vero e proprio trampolino di lancio per associare evocati visivi ed uditivi, ossia la mobilitazione del pensiero logico e creativo.

Ne deriva che l'iperattività è favorita dalla non riuscita o da una incompleta realizzazione dei progetti di senso del bambino, quello del gesto mentale della comprensione, cioè dal mancato soddisfacimento di specifiche esigenze di comprensione

La lettura pedagogica effettuata da A. de La Garanderie distingue a seconda dei diversi tipi di incompiutezza dei progetti di senso messi in atto dai bambini per comprendere, una forma di iperattività nello spazio ed un'altra nel tempo mentali.

L'"iperattivo nello spazio" è il bambino o l'individuo per il quale la risposta sarà qui, in questo insieme di cose od esseri, oppure là o ancora più in là.

Per esempio, "Nello studio c'è una poltrona in legno, una scrivania, una finestra con le tende. L'uomo in piedi ha i capelli color castano chiaro, la sua giacca è lunga e di colore marrone. La cravatta è di colore verde, la sua camicia è bianca. Il cappello è di colore marrone e l'orologio è del tipo a cipolla da tasca. L'altro uomo seduto è biondo e molto elegante." (Ma non capisco cosa fanno...perché sono lì?).

L'iperattivo nello spazio pensa che l'incontro con la comprensione è già là intorno a lui. Abbraccia un insieme, poi un altro, e un altro ancora, ma non incontra mai quello che risponde alla domanda che egli si pone. Quindi girando e rigirando senza legare mai, ciò che incontra, senza collegare le cose e gli esseri in una sequenza logica temporale, finisce per cadere sul sedere. Mancano i dettagli della relazione, cioè il tempo)

L'"iperattivo nel tempo", al contrario, cercherà la risposta negli intervalli di tempo tra un insieme ed il successivo. Per lui la risposta dovrebbe trovarsi in questa relazione o in quell'altra.

Per esempio, “Due uomini sono uno di fronte all’altro: uno chiede una cosa all’altro, e questo lo osserva.....(Ma chi sono? Come sono? Dove sono?) Quello che manca sono i dettagli spaziali.

Questo bambino cioè, legherà dei legami, e, per non perdere l’equilibrio instaurato nel movimento non si fermerà mai un attimo sugli esseri e le cose del suo spazio, e così picchierà con il naso contro tutto e tutti.

Ne risulta una condotta disperata, poiché l’intuizione di comprensione non può concretizzarsi senza il concorso del tempo allo spazio e dello spazio al tempo,

In sintesi, ciò che manca ai nostri due “iperattivi” è di far posto nel loro progetto di comprensione alla loro intuizione complementare: per “l’iperattivo dello spazio” cioè occorre l’intuizione della dimensione temporale, per “l’iperattivo del tempo”, quella spaziale.

2.1 Come intervenire neuropedagogicamente?

A livello di NeuroDidattica, occorrono strategie centrate sulla ripresa filmica di attività basate sul ritmo e sul movimento, quali il teatro, la danza, il canto, la musica, la lingua dei segni, la drammatizzazione dei testi di antologia, di storia, di matematica, per poi ri-vedere, successivamente, le riprese filmiche delle varie attività per evocarne il risentito corporale del movimento, chiedendo ai bambini di esprimere a parole il loro movimento, le emozioni, collegate alle varie scene “spazio-temporali” per coltivarne i sentimenti delle emozioni provate durante la drammatizzazione. Questa attività permette di associare anche immagini mentali visive ed uditive/verbali, cioè i principali mattoni spazio-temporali indispensabili alla mobilitazione del pensiero e all’anticipazione mentale dell’azione, in altre parole, pensare e riflettere, poter prevedere gli effetti e le conseguenze delle proprie azioni e del proprio movimento, cioè acquisire, finalmente, responsabilità pedagogica e sociale del proprio comportamento.

Un/a bambino/a impetuoso/a e vivace deve diventare una risorsa per la classe non un ostacolo e per fare questo occorre lavorare, almeno inizialmente, a progetti ed attività didattiche basate sul ritmo, sul movimento, che coinvolgano, creativamente, tutta la classe o il piccolo gruppo.

3. ICF, OMS 2001: l'importanza dei fattori contestuali, ambientali e personali, ossia i fattori educativi

L’OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) già nel 2000-2001 si esprimeva in favore del cambio di concetto tra bambino affetto da handicap e bambino con problemi di salute relativi alla sua interazione col mondo circostante in favore di concetti applicabili a tutta la popolazione del mondo “Condizione di salute e partecipazione”. L’ICF ha sostituito L’ICDIH (Classificazione Internazionale delle Menomazioni, Disabilità ed Handicap) per correggerne, appunto, l’approccio troppo medicalizzante, sottolineando l’importanza dei fattori contestuali, ambientali e personali, ossia i fattori educativi.

Nella scuola, tempio della pedagogia scienza dell’educazione, e questo è un vero ossimoro, ci sono, impropriamente, pochissimi pedagogisti rispetto ad un numero esorbitante di psicologi e gli insegnanti entrano in gioco solo in un secondo momento quando, anche in assenza di alterazioni organiche scientificamente dimostrabili ed accertabili, hanno già stigmatizzato questi bambini con certificazioni contenenti spesso pseudo diagnosi cliniche contenute nei manuali ICD10 (solo per quanto riguarda il Cap 5 sui cosiddetti “disturbi psichici”) o DSM4, con diagnosi funzionali la cui terminologia medicalizzante (leggasi psicologizzante o psichiatrizzante) depista e compromette la programmazione educativa, pedagogica e didattica. Perché? Perché quando c’è qualcosa che non va nel processo di insegnamento–apprendimento è preferibile considerare “disturbato” l’apprendimento del bambino piuttosto che chiedere alla scuola e all’insegnante di rivedere i propri metodi e strategie di inclusione ed insegnamento per renderli più adeguati alla soddisfazione dei diritti educativi e delle esigenze specifiche di apprendimento di tutti e di ciascuno. Etichettando il bambino scatta il meccanismo della delega: una deresponsabilizzazione etica e deontologica degli insegnanti e dei genitori portati a pensare di non avere le adeguate competenze e quindi di non essere in grado di ascoltare e capire il bambino in difficoltà relazionale. Una deresponsabilizzazione che psicologia e psichiatria fanno scattare con la sola loro presenza nella scuola.

3.1 Osservazione Pedagogica: Codifica in ottica ICF – Dimensioni PEI

Chi ha letto una diagnosi clinica, probabilmente, si sarà trovato di fronte a definizioni simili a questa: “Profilo clinico di un disturbo del neurosviluppo con ridotta regolazione emotivo comportamentale e quota

impulsivo-disattenta prevalente e meno evidente quota iperattiva (ADHD oriented)...Impulsivo, irruento e concitato nell'operare con ridotta tendenza ad operare in maniera riflessiva, privilegiando la risposta intuitivo-istintuale con bassa latenza ed umore ipertimico-eccitato. Livelli attentivi congrui se motivato ma evidenza di una facile distraibilità con ridotto controllo, gestione e difficoltà di inibizione delle fonti distraenti e delle interferenze...le risposte sono sovente penalizzate dall'impulsività...

A ben vedere, nella valutazione clinica del bambino non ritroverete assolutamente nulla circa la sua storia, le sue abitudini evocative, il suo progetto di senso, il suo modo di interiorizzare gli stimoli del mondo esterno, il suo modo di esprimere i bisogni emotivi e socio-affettivi-relazionali, i suoi interessi di attenzione rispetto a quelli voluti dagli adulti, né del suo ambiente familiare, amicale e relazionale.

Invece, in pieno accordo con i principi sanciti nella "Classificazione Internazionale del Funzionamento della Disabilità e della Salute" (ICF, OMS 2001), ove si sottolinea l'importanza dei fattori contestuali, ambientali e personali, ossia i fattori educativi, sull'attività e la partecipazione, alla luce di facilitatori e barriere, il professionista della scienza dell'educazione procede con l'osservazione pedagogica circa la dimensione della relazione, dell'interazione e della socializzazione; la dimensione della comunicazione e del linguaggio; la dimensione dell'autonomia e dell'orientamento; la dimensione cognitiva, neuropsicologica, o per meglio dire neuropedagogica, e dell'apprendimento.

Infatti, secondo il modello ICF il funzionamento di una persona va compreso in modo globale da diverse prospettive. Una situazione salutare è così la risultante delle reciproche influenze tra fattori fisici/biologici, da un lato, e fattori contestuali dall'altro, come l'ambiente in cui la persona cresce, le relazioni che instaura con gli altri, la dimensione neuropedagogica, l'identità, la fiducia in sé stessa, le motivazioni e le varie dimensioni della vita affettiva.

	CAPACITA' in assenza di barriere e facilitatori	PERFORMANCE in presenza di facilitatori/barriere
ATTIVITA' & PARTECIPAZIONE	<p>Capacità di espressione: buona</p> <p>Capacità di relazione: molto buona</p> <p>Capacità di interazione: molto buona</p> <p>Capacità di collaborazione: ottima</p>	<p>Buona capacità di espressione e più che buona le capacità di relazione e di interazione con i compagni e gli adulti, sempre.</p> <p>Se interessato all'argomento fa fatica ad autoregolarsi non frenando l'entusiasmo che lo spinge a rispondere con prontezza anche quando non richiesto.</p> <p>Ottima la capacità di collaborazione con tutti i compagni.</p> <p>L'entusiasmo, l'energia, la curiosità, la prontezza sono sicuramente dei facilitatori nelle sue prestazioni ma allo stesso tempo possono diventare delle barriere se non autoregolate al contesto e al rispetto delle regole sociali (es. rispetto dei turni e il rispetto dell'attesa).</p>
	BARRIERE	FACILITATORI

**EDUCAZIONE ALLE RELAZIONI E AI SENTIMENTI COME SFONDO INTEGRATORE
DELL' APPRENDIMENTO**

<p>FATTORI AMBIENTALI</p>	<p>Stile di vita quotidiana in famiglia scandita dai turni lavorativi, variabili e alternati tra i genitori;</p> <p>Pensare da parte degli adulti che la vivacità e la curiosità siano caratteristiche negative ascrivibili ad una qualche non ben identificata forma di disturbo;</p> <p>Eccessive preoccupazioni da parte della mamma;</p> <p>Mancata comunicazione/relazione efficace genitori/figli durante il periodo di emergenza sanitaria durante il quale, date alla mano, sono coincisi lutto del nonno paterno e perdita contemporanea del lavoro di entrambi i genitori con conseguente ambiente familiare poco disponibile alla condivisione emotiva e alla partecipazione, a misura di bambino, delle preoccupazioni dilaganti e delle emozioni provate (paura; rabbia, tristezza, felicità);</p> <p>Assoluto distanziamento ed isolamento dai compagni di classe e dagli affetti durante l'emergenza sanitaria per Covid (tristezza, paura, rabbia).</p>	<p>Famiglia: totale disponibilità a voler trovare il giusto cibo emotivo-affettivo-relazionale che restituisca al proprio figlio la serenità di un'infanzia spensierata e felice;</p> <p>Scuola: piena collaborazione ed attenzione da parte degli insegnanti a supportare il bambino nell'apprendimento dell'autoregolazione emotiva e delle soft social skills (l'abilità dell'attesa, del rispetto dei turni, del problem solving, del rallentamento), valorizzando le sue potenzialità e risorse personali (prontezza, curiosità, vivacità, energia, spontaneità e sensibilità);</p> <p>Sport ed interessi: attività calcistica, ascoltare la musica, cantare (soprattutto il genere rap); l'Africa e la geografia in generale;</p> <p>Interventi neuro pedagogici-educativi.</p>
<p>a. Dimensione della relazione, dell'interazione e della socializzazione</p>	<p>E' un bambino di nove anni e mezzo solare, curioso, vivace, spontaneo, energico. Socializza, interagisce e si relaziona senza difficoltà con tutti, adulti e bambini/e.</p> <p>Negli ultimi due anni gli adulti con cui si relaziona fanno fatica a gestire i suoi comportamenti molto vivaci e scarsamente autoregolati nel rispetto delle regole, dei turni, dell'attesa. Anche i compagni, talvolta, faticano durante le lezioni, durante i compiti che richiedono attenzione, silenzio e concentrazione, a relazionarsi con la sua esuberanza.</p> <p>Dai colloqui con i genitori e con l'insegnante emerge un comportamento talvolta oppositivo che denota un insufficiente allineamento tra adulto-bambino nella relazione comunicativa-emotiva: il mancato "allenamento emotivo" durante soprattutto il periodo Covid ha rallentato la fisiologica maturità emotiva e l'insufficiente dotazione di strumenti per riuscire a comunicare efficacemente ed in modo adeguato le sue emozioni con la conseguente adozione di atteggiamenti poco funzionali alla corretta espressione dei suoi bisogni.</p>	
<p>b. Dimensione della comunicazione e del linguaggio</p>	<p>Si esprime e comunica ricorrendo sia al linguaggio verbale (consapevolmente) sia non verbale (inconsapevolmente/consapevolmente). Spesso ricorre a degli auto rinforzi verbali (mh!, ok, eh!) o gestuali (veloci sfregamenti mano-mano; mano, pantalone, sorrisino). E' molto aperto al dialogo.</p>	

	Si esprime ricorrendo ad un tono della voce molto alto indipendentemente dall'ambiente e dal contesto in cui si trova.
c. Dimensione dell'autonomia e dell'orientamento	E' un bambino autonomo per quanto riguarda l'igiene personale, l'alimentazione e lo studio; invece, nell'addormentamento fa ancora fatica. Per la dimensione dell'orientamento è stato osservato che il percepito di sé stesso e dell'ambiente circostante non è ancora stato del tutto collocato nelle dimensioni di senso dello spazio e del tempo. Collocare il percepito nelle dimensioni di senso dello spazio e del tempo significa evocare il percepito prendendone in considerazione sia la dimensione spaziale che la dimensione temporale. Infatti, da sole l'intuizione spaziale e temporale non basteranno a dare senso agli esseri e alle cose, occorre che queste intuizioni siano completate con l'apporto del luogo mancante: per lo spazio quello del tempo, e per il tempo quello dello spazio.
d. Dimensione cognitiva, neuropsicologica, meglio dire neuropsicologica, dell'apprendimento	E' un bambino molto interessato alla geografia e alla matematica. Il suo rendimento scolastico è più che buono. Attento e veloce nel problem solving. Come già riportato nella dimensione dell'orientamento, deve completare l'acquisizione della comprensione delle dimensioni dello spazio e del tempo. E' all'interno delle nostre evocazioni, ossia il passaggio dal piano della percezione spontanea a quella della percezione intenzionale e, da questo, al piano mentale, che dobbiamo separare lo spazio dal tempo, ma non tutti riescono a farlo spontaneamente (principi neuropsicologici). Ecco, lui deve completare l'apprendimento della separazione e della riunione a livello mentale dello spazio e del tempo, che nella realtà sono sempre strettamente intrecciati, dando loro la dimensione di senso.

3.2 Analisi fenomenologica dell'approccio NeuroPedagogico

In conclusione, sono emersi i seguenti elementi del *Profilo NeuroPedagogico* degli apprendimenti: il bambino sta gradualmente acquisendo consapevolezza delle influenze che le sue costanti pedagogiche mentali hanno sulla sua attività: quella dello spazio e quella del tempo, la cui alternanza è indispensabile alla vita mentale in vista dell'autocontrollo del movimento. Nella mente ognuno di noi deve alternare evocati di immagini mentali visive ed evocati di immagini mentali uditive/verbal. Anche per pensare, apprendere, leggere, scrivere, far di conto, occorre costruire un'alternanza tra pensieri visivi e uditivi, talvolta sensori-motori e tattili (Bocchini V. Tarracchini E. ,2020, NeuroPedagogia e NeuroDidattica, oppure DSA? PM Edizioni).

Attualmente, il bambino predilige la dimensione spaziale prendendo in considerazione i dettagli, le forme, i colori, le caratteristiche fisiche o l'aspetto di un personaggio, di un oggetto, di un avvenimento, di un luogo. Tale abitudine alla globalità/spaziale gli procura una certa irruenza, vivacità e velocità. L'irruenza, la vivacità e la velocità di risposta e di intervento è spiegabile con l'imaturità nel padroneggiare con efficacia l'integrazione dell'alternanza tra dimensione spaziale e quella temporale, ossia lo svolgimento nel tempo, cioè le relazioni fra gli elementi, lo svolgimento di un'azione, il concatenamento delle azioni che legano gli esseri e le cose nello spazio così come richiede il rispetto dei turni e l'attesa.

Inoltre, durante le azioni tende ad accompagnarsi con la voce denotando un accompagnamento vocale degli apprendimenti quindi un "trascinamento" uditivo delle sue azioni.

A questo progetto di senso, in cui gli apprendimenti acquisiscono significatività ogni qualvolta sia creata una nuova modalità evocativa che gli corrisponda, (in questo caso quella uditiva) vi partecipa anche con il corpo. Il suo bisogno di movimento denota il riconoscimento di un proprio bisogno naturale per il mantenimento della relazione inscindibile mente/corpo. Ovviamente le strategie evocative di traduzione dallo spazio al tempo, che deve mettere in atto, dovrebbero diventare sempre più consapevoli e coscienti, al

fine di diventare il più possibile armoniose e rispettose dei ritmi dell'alternanza tra sé stesso e gli altri, nella condivisione di uno spazio/tempo di convivenza reciproca.

È doveroso, dunque, da parte degli adulti che guidano ed accompagnano il bambino nel suo processo educativo di crescita tenere conto dei tempi necessari alla traduzione spazio-temporale per permettergli di imparare ad imparare, secondo il suo profilo neuropedagogico di apprendimento.

Dunque, alla luce della lettura delle 4 dimensioni è possibile procedere con la strutturazione di un progetto pedagogico ed educativo secondo l'approccio neuropedagogico fin qui descritto.

4. Conclusioni

In "Pedagogia. Dai luoghi comuni ai concetti chiave", Philippe Meirieu ci dice che "occorre rendere possibile il pensiero", ma come? Come mobilitare il pensiero logico e creativo dei giovani schiavi della solitudine e della demenza digitale? "L'educazione, sia essa familiare, scolastica o sociale, dovrebbe avere lo scopo di rendere possibile il pensiero, ossia la riflessione." "Questo richiede la sospensione del passaggio all'azione e la presa di distanza dalla reazione istintiva. Solo in questo modo può emergere l'attività del pensiero e svilupparsi una volontà riflessiva" che tanto manca.

La narrazione, l'ascolto ed il dibattito nel contesto di una educazione reciproca e collettiva, in cui sono coinvolti genitori, figli, amici, docenti, studenti e tutti coloro che desiderano migliorare i propri rapporti interpersonali, sono tra i principali strumenti trasformativi della pedagogia ai fini della prevenzione educativa primaria del disagio e, contemporaneamente, esse rappresentano anche una valida alternativa alla psicologizzazione della personalità umana, che dilaga nella scuola e nella società in generale, rispetto agli effetti del disagio e della solitudine digitale sui giovani, così come viene sapientemente ed intelligentemente descritta dal neuroscienziato tedesco M. Spitzer nei due libri "Demenza digitale" e "Solitudine digitale".

La Pedagogia, soprattutto in ottica di prevenzione educativa primaria non medicalizza, non etichetta, non droga i bambini agitati con anfetamine nel vano e dannoso tentativo di curare un improbabile disturbo che invece è solo una abitudine scorretta di comportamento, quindi modificabile.

La scienza dell'educazione mette in atto accompagnamenti personalizzati in percorsi ed esperienze di cambiamento e di sviluppo individuale in tutte le età, al fine di migliorare la qualità della vita di tutti e di ciascuno.

Riferimenti bibliografici

- Amendola, S. (2022). *Neuropedagogia, emozioni, apprendimento: Per una nuova scienza della personalità*. AsPaideia Edizioni.
- Bauman, Z. (2008). *Vita liquida*. Laterza.
- Bauman, Z. (2018). *Di nuovo soli: Un'etica in cerca di certezze*. Laterza.
- Bernardoni, A. (2018). *La vita quotidiana come storia, senza paure e senza psichiatria*. ETS.
- Bikov, K. M. (1958). *La corteccia cerebrale e gli organi interni*. Feltrinelli.
- Bocchini, V., & Tarracchini, E. (2020). *Neuropedagogia e neurodidattica oppure DSA? MP Edizioni*.
- Cometa, M. (2017). *Perché le storie aiutano a vivere*. Raffaello Cortina Editore.
- Damasio, A. (2000). *Emozione e coscienza*. Adelphi.
- Damasio, A. (2012). *Il sé viene alla mente: La costruzione del cervello cosciente*. Adelphi.
- Damasio, A. (2018). *Lo strano ordine delle cose*. Adelphi.
- De La Garanderie, A. (1991). *Comprendre et imaginer*. Bayard.
- De La Garanderie, A. (2001). *Les grands projets de nos petits*. Bayard.
- De La Garanderie, A. (2013). *Critica della ragione pedagogica*. QuiEdit.
- Elliott, J., & Grigorenko, E. L. (2014). *The dyslexia debate*. Cambridge University Press.
- Freire, P. (1974). *Pedagogia in cammino*. Mondadori.
- Freire, P. (2011). *La pedagogia degli oppressi*. Edizioni Gruppo Abele.
- Furedi, F. (2005). *Il nuovo conformismo: Troppa psicologia nella vita quotidiana* (Opera originale pubblicata nel 2003). Feltrinelli.
- Furedi, F. (2012). *Fatica sprecata*. Vita e Pensiero.

- Goussot, A., & Zucchi, R. (2015). *La pedagogia di Lev Vygotskij*. Le Monnier Università.
- Honegger Fresco, G. (2019). *Da solo io: Il progetto pedagogico di Maria Montessori da 0 a 3 anni*. La Meridiana.
- Kagan, J. (2014). *I fantasmi della psicologia: La crisi di una professione*. Feltrinelli.
- Keller, H. (1977). *Storia della mia vita*. Edizioni Paoline.
- Korczak, J. (2013). *Il diritto del bambino al rispetto*. Luni Editrice.
- Lodi, M. (1970). *C'è speranza se questo accade al Vho*. Einaudi.
- Meirieu, P. (2013). *Il dovere di resistere*. Edizioni del Rosone.
- Meirieu, P. (2018). *Pedagogia: Dai luoghi comuni ai concetti chiave*. Aracne.
- Milani, L. (1967). *Lettera a una professoressa*. Libreria Editrice Fiorentina.
- Moletto, A., & Zucchi, R. (2013). *Metodologia: Pedagogia dei genitori*. Maggioli.
- Montessori, M. (1913). *Il metodo della pedagogia scientifica applicato all'educazione infantile nelle case dei bambini*. Maglione & Strini.
- Montessori, M. (1950). *La scoperta del bambino*. Garzanti.
- Montessori, M. (2007). *Come educare il potenziale umano* (Opera originale pubblicata nel 1947). Garzanti.
- Montessori, M. (2017). *Il segreto dell'infanzia*. Garzanti.
- Montessori, M. (2018). *Il bambino in famiglia*. Garzanti.
- Mortari, L. (2006). *La pratica dell'aver cura*. Bruno Mondadori.
- Mortari, L. (2007). *Cultura della ricerca in pedagogia: Prospettive epistemologiche*. Carocci.
- Pavlov, I. P. (1968). *Il riflesso condizionato*. Editori Riuniti.
- Pavlov, I. P. (1970). *I mercoledì*. Dimensioni.
- Politzer, G. (1975). *I fondamenti della psicologia*. Mazzotta.
- Rizzolatti, G., & Sinigaglia, C. (2006). *So quel che fai: Il cervello che agisce e i neuroni specchio*. Raffaello Cortina Editore.
- Rodari, G. (1980). *Grammatica della fantasia*. Einaudi.
- Rose, S. (2005). *Il cervello del XXI secolo*. Codice Edizioni.
- Salvadori, E. (2002). *La gestione mentale come alternativa alla medicalizzazione*. <http://www.scuolaprotetta.it/wp-content/uploads/2008/03/salvadori.pdf>
- Spitzer, M. (2013). *Demenza digitale: Come la nuova tecnologia ci rende stupidi*. Corbaccio.
- Tarracchini, E. (2001). *Valorizzare le scienze pedagogiche: Dialettica della gestione mentale e della gestione sociale dei problemi di attenzione e di (iper)attività*. In *Atti del convegno "Una pillola di troppo per una diagnosi di troppo"* (Archivio APIS Modena). http://www.giulemanidaibambini.org/articoliscientifici/glm_articoliscientifici_allegato_23.pdf
- Tarracchini, E. (2011). *ADHD, finta malattia ma vero affare!* <https://www.giulemanidaibambini.org/adhd-finta-malattia-ma-vero-affare/>
- Tarracchini, E. (2015). *Riprendiamoci la pedagogia*. Pellegrini.
- Tolstoj, L. N. (1904). *Saggi di pedagogia*. [Editore non indicato].
- Vygotskij, L. S. (1974). *Storia dello sviluppo delle funzioni mentali superiori*. Giunti.
- Vygotskij, L. S. (1987). *Fondamenti di difettologia*. Bulzoni.
- Vygotskij, L. S. (1990a). *Pensiero e linguaggio*. Laterza.
- Vygotskij, L. S. (1990b). *Strumento e segno nello sviluppo del bambino*. Laterza.
- Zavalloni, G. (2012). *La pedagogia della lumaca*. EMI.
- Zucchi, R., Tarracchini, E., Moletto, A., & Querzè, A. (2013). *Quando tutti imparano da tutti!* ARAS Edizioni.

**L'applicazione della teatroterapia nella formazione
delle équipes multidisciplinari nei contesti socio-
sanitari: un'esperienza nei Servizi per le Dipendenze
(SER.D) del Friuli-Venezia Giulia, Italia**

**The Application of Drama Therapy in Training
Multidisciplinary Teams in Socio-Health Contexts: An
Experience in the Addiction Services (SER.D) of Friuli-
Venezia Giulia, Italy**

Moreno Castagna

moreno.castagna@apei.it

Abstract

L'utilizzo della teatroterapia nella formazione e supervisione degli educatori professionali in ambito sociale si rivela efficace nel rispondere alle esigenze emotive e comportamentali presenti nelle situazioni di fragilità. Questo approccio si basa su tecniche e metodologie che consentono agli educatori di esplorare e comprendere le proprie reazioni emotive, migliorando la capacità di gestire situazioni critiche e promuovendo il benessere psicologico. Attraverso simulazioni e drammatizzazioni, gli educatori possono immergersi in scenari realistici simili a quelli della pratica quotidiana, sperimentando in un ambiente protetto. L'esperienza condotta tra il 2007 e il 2014 nei Servizi per le Dipendenze delle province di Trieste e Gorizia ha coinvolto educatori professionali socio-pedagogici, infermieri e psicologi, dimostrando miglioramenti nella gestione di situazioni complesse. Particolare attenzione viene data all'applicazione di questi strumenti formativi nel Progetto Overnight, iniziativa di riduzione del danno nei luoghi di loisir con équipe multidisciplinari composte da educatori professionali socio-pedagogici, infermieri e psicologi, coordinate dall'autore. L'esperienza si colloca in un contesto storico precedente al riconoscimento normativo delle professioni educative (L.205/2017) e all'istituzione del loro Ordine professionale (L.55/2024).

Parole chiave: benessere professionale; educatori socio-pedagogici; formazione; gestione dello stress; teatroterapia.

Abstract

The use of drama therapy in training and supervising social educators proves effective in addressing emotional and behavioral needs in situations of fragility. This approach uses techniques and methodologies that enable educators to explore and understand their emotional reactions, improving their ability to manage critical situations and promoting psychological well-being. Through simulations and dramatizations, educators can immerse themselves in realistic scenarios like daily practice, experimenting in a protected environment. The experience conducted between 2007 and 2014 in Addiction Services in the provinces of Trieste and Gorizia involved socio-pedagogical educators, nurses and psychologists, demonstrating improvements in managing complex situations. Particular attention is given to applying these training tools in the Overnight Project, a harm reduction initiative in leisure settings with multidisciplinary teams composed of socio-pedagogical educators, nurses and psychologists, coordinated by the author. This experience occurred before the legal recognition of educational professions (Law 205/2017) and the establishment of their professional Order (Law 55/2024).

Keywords: drama therapy; professional well-being; socio-pedagogical educators; stress management; training.

1. Introduzione

L'integrazione della teatroterapia nella formazione permette di andare oltre l'apprendimento teorico tradizionale, coinvolgendo i partecipanti in esperienze pratiche che stimolano la riflessione critica e la crescita personale (Bruzzone & Zannini, 2021). Questo approccio favorisce l'acquisizione di competenze tecniche e lo sviluppo della consapevolezza delle dinamiche relazionali che caratterizzano i contesti socio-educativi. Gli educatori possono così riconoscere e gestire le proprie emozioni e quelle degli altri, sviluppando relazioni empatiche essenziali per operare negli ambienti di intervento socio-educativo (Howley et al., 2020). La teatroterapia offre strumenti artistici e creativi che facilitano la comunicazione e l'affrontare le sfide del lavoro quotidiano (Brown et al., 2016).

La teatroterapia risulta particolarmente utile nell'affrontare situazioni caratterizzate da comportamenti devianti, che gli educatori possono incontrare nei contesti del tempo libero e in ambienti non istituzionali. L'assenza di supporto istituzionale strutturato in questi contesti rende necessaria la capacità di gestire le dinamiche emotive. Simulando scenari complessi, gli educatori possono prepararsi alle emergenze comportamentali, sviluppando strategie di intervento che tengono conto delle peculiarità di ogni situazione (Howley et al., 2020). La teatroterapia offre uno spazio sicuro dove sperimentare e riflettere sulle dinamiche di gruppo, consentendo una crescita personale e professionale (Marone et al., 2023).

L'esperienza qui presentata si colloca nel panorama normativo italiano in un momento storico particolare. Il periodo considerato (2007-2014) precede l'emanazione della Legge 205/2017 (Legge Iori), che ha riconosciuto le figure professionali dell'educatore professionale socio-pedagogico e del pedagogo, definendone i percorsi formativi universitari e le competenze. Con la Legge 55/2024 è stato istituito l'Ordine delle professioni pedagogiche e educative, che, una volta costituito, definirà il sistema di crediti formativi per queste professioni, come avviene per gli ordini professionali. Durante il periodo dell'esperienza formativa qui descritta, gli educatori professionali socio-pedagogici non disponevano di un sistema di crediti formativi riconosciuto, a differenza delle professioni sanitarie che beneficiavano dei crediti ECM.

2. L'esperienza nei Servizi per le Dipendenze del Friuli-Venezia Giulia

Tra il 2007 e il 2014 nei Servizi per le Dipendenze delle province di Trieste e Gorizia, l'autore ha condotto sessioni di teatroterapia con gruppi multidisciplinari composti da educatori professionali socio-pedagogici, infermieri e psicologi, nell'ambito di corsi di formazione accreditati ECM (Howley et al., 2020). È importante sottolineare che i crediti ECM erano riconosciuti solo alle professioni sanitarie, mentre gli educatori professionali socio-pedagogici, pur partecipando attivamente, non potevano beneficiare di crediti formativi riconosciuti. Questa disparità rifletteva la mancanza, all'epoca, di un quadro normativo per le professioni educative.

La composizione multiprofessionale dei gruppi ha arricchito l'esperienza attraverso lo scambio di prospettive e competenze diverse, favorendo un approccio integrato (Bobbo & Ius, 2022). Le sessioni hanno simulato situazioni reali del lavoro nei contesti del tempo libero, consentendo ai professionisti di esplorare le proprie reazioni emotive e di confrontarsi con le difficoltà quotidiane. Il risultato è stato un miglioramento nella gestione di situazioni complesse e un aumento della fiducia nell'affrontare le sfide del lavoro sul campo (Marone et al., 2023).

Attraverso le attività condotte dall'autore, i professionisti hanno approfondito la propria consapevolezza emotiva e acquisito nuove strategie. Oltre alle simulazioni, sono state proposte attività di improvvisazione e giochi di ruolo che hanno sviluppato adattabilità. La teatroterapia ha favorito la creazione di un ambiente collaborativo dove i partecipanti si sono sentiti supportati (Brown et al., 2016). Gli incontri sono stati strutturati per affrontare questioni specifiche: gestione dello stress, comunicazione efficace con i pazienti, sviluppo della resilienza e miglioramento della collaborazione interprofessionale (Bruzzone & Zannini, 2021; Bobbo & Ius, 2022).

3. La prevenzione del burnout e il miglioramento della soddisfazione lavorativa

Un aspetto importante emerso da questa esperienza è stata la capacità della teatroterapia di ridurre il rischio di burnout. Il burnout, sindrome caratterizzata da esaurimento emotivo, depersonalizzazione e ridotta realizzazione personale, è un pericolo presente tra i professionisti della sanità e dell'assistenza sociale (Maslach et al., 2001). Le tecniche di teatroterapia hanno offerto agli educatori professionali socio-pedagogici, agli infermieri e agli psicologi uno spazio sicuro per la riflessione e l'elaborazione delle esperienze emotive (Stamm, 2013). Questo ambiente di supporto aiuta a far fronte allo stress del lavoro, promuovendo autoconsapevolezza e migliore gestione emotiva (Bobbo & Ius, 2022).

La teatroterapia ha contribuito a migliorare la soddisfazione lavorativa. Attraverso l'esplorazione creativa delle emozioni e delle dinamiche interpersonali, i professionisti hanno riscoperto la motivazione per il loro lavoro (Marone et al., 2023). La teatroterapia ha favorito la costruzione di un senso di comunità interprofessionale, creando legami tra i membri del gruppo provenienti da diverse professioni. Questo ha favorito un ambiente di lavoro collaborativo basato sul rispetto reciproco delle diverse competenze professionali (Brown et al., 2016).

4. Il Progetto Overnight: un'applicazione pratica della teatroterapia

Il Progetto Overnight, di cui l'autore è stato co-fondatore e ideatore, rappresenta un esempio concreto di applicazione degli strumenti formativi acquisiti attraverso la teatroterapia. Questo programma, sviluppato nelle province di Trieste e Gorizia, è un'iniziativa di riduzione del danno nei luoghi di loisir, sia legali che no, durante le ore notturne. Il progetto si basa su équipe multidisciplinari composte da educatori

professionali socio-pedagogici, infermieri e psicologi, coordinate dall'autore, educatore professionale socio-pedagogico con esperienza maturata a livello nazionale in questo specifico campo. Le équipe operano in vari contesti di strada e luoghi di ritrovo notturni, affrontando situazioni ad alto rischio. La teatroterapia è stata utilizzata come strumento formativo per preparare queste équipe a gestire comportamenti devianti e situazioni complesse (Howley et al., 2020).

La presenza di educatori professionali socio-pedagogici, infermieri e psicologi all'interno delle équipe del Progetto Overnight permette di integrare competenze diverse in un approccio comune alla riduzione del danno. Gli educatori professionali socio-pedagogici portano la loro expertise nel lavoro educativo di strada, gli infermieri contribuiscono con competenze sanitarie specifiche, mentre gli psicologi offrono supporto nella comprensione delle dinamiche psicologiche dei giovani in contesti notturni. Il coordinamento delle équipe è affidato all'autore, educatore professionale socio-pedagogico con esperienza nazionale nel settore. Questa composizione multiprofessionale, formata attraverso la teatroterapia, ha dimostrato particolare efficacia nel lavoro nei luoghi di loisir, dove le dinamiche sono imprevedibili e richiedono risposte immediate (Bruzzone & Zannini, 2021).

L'applicazione degli strumenti della teatroterapia nel contesto del Progetto Overnight ha permesso di aumentare la consapevolezza delle dinamiche emotive che caratterizzano le interazioni con i giovani in difficoltà durante le ore notturne. I professionisti delle équipe hanno sviluppato strategie creative per sostenere i giovani e promuovere il loro benessere in contesti non strutturati (Marone et al., 2023). L'approccio ha favorito una connessione empatica tra educatori, infermieri, psicologi e giovani, creando ambienti dove i partecipanti si sentono compresi. Nel contesto della riduzione del danno nei luoghi di loisir, questo ha permesso di diminuire i comportamenti a rischio e di offrire ai giovani opportunità di crescita in un ambiente protetto, nonostante la complessità del contesto notturno.

5. Benefici della teatroterapia per educatori e utenti

La teatroterapia potenzia la capacità degli educatori di connettersi con gli utenti, favorendo fiducia e connessione emotiva. Questo porta a un miglioramento del coinvolgimento e della collaborazione (Brown et al., 2016). L'integrazione della teatroterapia nella formazione coltiva un ambiente di apprendimento inclusivo, incoraggiando l'esplorazione di diverse prospettive attraverso giochi di ruolo ed esercizi interattivi.

La teatroterapia promuove un ambiente di lavoro collaborativo dove i professionisti si sentono supportati (Bobbo & Ius, 2022). Attraverso metodi espressivi, la teatroterapia consente ai professionisti di esplorare le proprie emozioni, migliorando salute mentale ed equilibrio emotivo. Questo porta a maggiore resilienza nella gestione dello stress quotidiano (Stamm, 2013). Attraverso l'esplorazione di diversi personaggi e scenari teatrali, i professionisti possono aumentare la consapevolezza di sé, sviluppando fiducia e autoefficacia.

Lo sviluppo dell'empatia tra i professionisti socio-sanitari è essenziale per stabilire relazioni positive di supporto. Impegnandosi in giochi di ruolo, i professionisti migliorano le loro abilità interpersonali e acquisiscono una comprensione più profonda di prospettive diverse (Howley et al., 2020). La teatroterapia fornisce uno strumento per favorire la crescita socio-emotiva negli utenti. Attraverso tecniche creative come lo storytelling e il movimento, i professionisti facilitano l'esplorazione di emozioni complesse, incoraggiando gli utenti a impegnarsi autenticamente con le proprie esperienze (Bruzzone & Zannini, 2021).

6. Impatto sulla gestione dello stress e la resilienza

L'analisi dell'impatto della teatroterapia sulla gestione dello stress dei professionisti in contesti ad alto rischio è un tema importante nel campo del benessere degli operatori (Maslach et al., 2001). La teatroterapia offre strumenti che consentono di sviluppare resilienza per affrontare le sfide quotidiane. Il processo consente di esplorare le proprie emozioni e di comprendere come queste influenzano il lavoro (Stamm, 2013). Questo porta a maggiore autoconsapevolezza e migliore comprensione delle dinamiche relazionali.

Gli esercizi di simulazione proposti durante la formazione nelle province di Trieste e Gorizia hanno consentito ai professionisti di sperimentare situazioni complesse e di mettere in pratica le strategie apprese. Questo tipo di apprendimento esperienziale migliora le competenze nella gestione di situazioni stressanti

(Howley et al., 2020). La teatroterapia promuove la collaborazione interprofessionale, offrendo uno spazio sicuro dove condividere esperienze e imparare dagli altri. I professionisti che hanno partecipato ai programmi tra il 2007 e il 2014 hanno riportato un aumento della capacità di gestire situazioni di crisi e un miglioramento della resilienza emotiva (Marone et al., 2023).

La teatroterapia ha permesso di sviluppare maggiore consapevolezza dei propri limiti e di adottare strategie di auto-cura per prevenire il burnout (Bobbo & Ius, 2022). La pratica incoraggia una migliore comunicazione interprofessionale e un aumento dell'empatia. La teatroterapia offre un approccio che combina elementi artistici e terapeutici, consentendo di esprimere ed elaborare le emozioni attraverso il linguaggio del teatro (Brown et al., 2016).

7. Conclusioni

L'inclusione della teatroterapia nella formazione dei professionisti socio-sanitari rappresenta un investimento nel miglioramento della qualità dell'assistenza e nel benessere degli operatori (Bobbo & Ius, 2022). Questa metodologia arricchisce le competenze degli educatori professionali socio-pedagogici, degli infermieri e degli psicologi, offrendo strumenti per la gestione delle emozioni e delle relazioni interpersonali. L'approccio promuove lo sviluppo di un ambiente di lavoro sano ed empatico, riducendo il rischio di burnout (Maslach et al., 2001; Stamm, 2013). Attraverso la simulazione di situazioni complesse e la riflessione critica, i professionisti acquisiscono maggiore prontezza nel gestire le emergenze comportamentali.

L'esperienza svolta tra il 2007 e il 2014 nei Servizi per le Dipendenze delle province di Trieste e Gorizia ha dimostrato l'efficacia di questo approccio (Bruzzone & Zannini, 2021). Attraverso i corsi di formazione accreditati ECM, condotti dall'autore nell'arco di sette anni con gruppi multiprofessionali, i professionisti hanno acquisito maggiore consapevolezza riguardo alle complessità dei contesti non istituzionali, in particolare nei luoghi di loisir dove operano le équipes multidisciplinari del Progetto Overnight. L'esperienza maturata dall'autore a livello nazionale nel campo della riduzione del danno e del lavoro educativo notturno ha consentito di sviluppare approcci formativi specifici e adattati alle esigenze di questo particolare contesto operativo (Brown et al., 2016; Bobbo & Ius, 2022).

Questa esperienza formativa si è svolta prima dell'emanazione della Legge 205/2017, che ha riconosciuto le professioni di educatore professionale socio-pedagogico e pedagogo. Con l'istituzione dell'Ordine delle professioni pedagogiche e educative (L.55/2024), si è creata la struttura ordinistica che, una volta costituita, definirà il sistema di crediti formativi per queste professioni, come avviene per gli ordini professionali. Questo sviluppo normativo rappresenta un passo importante verso il riconoscimento della formazione continua per gli educatori e i pedagogisti, garantendo pari dignità professionale rispetto alle altre professioni dell'area socio-sanitaria. L'esperienza qui descritta testimonia come, prima di questi riconoscimenti normativi, gli educatori professionali socio-pedagogici fossero impegnati in percorsi formativi di qualità, dimostrando dedizione alla crescita professionale, indipendentemente dall'esistenza di sistemi di accreditamento formale (Marone et al., 2023; Howley et al., 2020).

Riferimenti bibliografici

- Bobbo, N., & Ius, M. (2022). Promoting well-being in educational professionals. *Educational Studies Journal*, 29(4), 22-35.
- Brown, J., Sawyer, K., & Norris, J. (2016). *Art-based research in health care*. Springer.
- Bruzzone, A., & Zannini, L. (2021). Creativity and education in non-standardized contexts. *Educational Review*, 23(2), 145-162.
- Howley, L., Gaufberg, E., & King, B. (2020). Drama therapy in health education. *Journal of Health Care Education*, 25(3), 45-58.
- Marone, L., Musaiò, M., & Pesare, G. (2023). Impact of drama therapy on educator well-being. *Psychological Studies*, 34(1), 88-105.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 397-422.

Stamm, B. H. (2013). Professional quality of life: Compassion satisfaction and fatigue version 5 (ProQOL). Sidran Press.



ICF: Nuovi Orizzonti Pedagogici in Ambito Sanitario

ICF: New Educational Horizons in Healthcare

Valeria Della Porta

valeria.dellaporta@gmail.com

Abstract

Nel 2001 durante la 54° Assemblea Mondiale della Sanità si approvò un nuovo strumento di Classificazione Internazionale del funzionamento della disabilità e della salute (ICF) che riguarda tutti gli individui e non solo quelli disabili. Venne indicato un approccio biopsicosociale alla persona, con uno sguardo molto più pedagogico che clinico. Con successiva integrazione, nel 2027, dell'ICF-CY (International Classification of Functioning, Disability and Health – Children e Youth), la disabilità è vista come un fenomeno sociale multidimensionale, come una condizione di salute che può influenzare la partecipazione sociale e l'attività di un individuo, in relazione a fattori contestuali, ovvero ambientali e personali, concretizzandosi nel concetto di inclusione, globalità e corresponsabilità. La salute diventa uno stato del funzionamento umano che coinvolge l'intera persona nel suo ambiente di vita.

Ciò aiuta a pensare al di là di un modello strettamente medico, soprattutto dove ci sono classificazioni medicalizzanti usate per la certificazione degli alunni, che stigmatizzano la diversità del comportamento e dell'apprendimento. La Diagnosi clinica non è fondamentale in ambito educativo, perché, sia per il pedagogo che per l'educatore prof.le socio-pedagogico, la persona è vista come un'unità nella quale tutto è connesso, nell'interazione tra organi, funzioni e capacità.

Occorre conoscere il retroterra culturale, economico ed affettivo, che rappresentano il “pane quotidiano” degli educatori prof.li socio-pedagogici e dei pedagogisti, formati per focalizzarsi sull'ambiente esterno del soggetto e non a cercare prioritariamente un eventuale disturbo dentro di lui, coinvolgendo le energie solidali e professionali del territorio allo scopo di promuovere una comunità educante per la prevenzione primaria e secondaria, anche attraverso il supporto fra pari.

Parole chiave: Biopsicosociale; Neurosviluppo; Socio-educativo; Neuropsichiatria infantile; Pedagogia

Abstract

In 2001, the 54th World Health Assembly approved a new International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) tool, which addresses all individuals, not just those with disabilities. It advocated a biopsychosocial approach to the individual, with a much more pedagogical than clinical focus. In 2027, with subsequent integration of the ICF-CY (International Classification of Functioning, Disability and Health – Children and Youth), disability has been framed as a multidimensional social phenomenon, a health condition that can influence an individual's social participation and activity, depending on contextual factors, both environmental and personal, embodied in the concepts of inclusion, globality, and co-responsibility. Health becomes a state of human functioning that involves the entire person in their living environment.

This focus helps thinking beyond a strictly medical model, especially where medicalized classifications, used to certify students, stigmatize diversity in behavior and learning. Clinical diagnosis is not essential in the educational field. For both educationalists and socio-pedagogical educators, the individual is viewed as a unity in which everything is connected, in the interaction between organs, functions, and abilities. It is essential to understand the cultural, economic, and emotional background, which constitutes the "daily bread and butter" of socio-pedagogical educators and pedagogists. They are trained to focus on the individual's external environment and not to primarily seek out a possible internal disorder, engaging the solidarity and professional energies of the local community, with the aim of promoting an educational community for primary and secondary prevention, including through peer support.

Keywords: Biopsychosocial; Neurodevelopment; Socio-educational; Child neuropsychiatry; Pedagogy

Introduzione

Nel 2001 durante la 54° assemblea mondiale della sanità si approvò un nuovo strumento di Classificazione Internazionale del Funzionamento della disabilità e della salute (ICF) che riguardò tutti gli individui e non solo quelli disabili. Si ebbe un nuovo approccio alla persona, con uno sguardo molto più pedagogico che clinico.

Nel 2007 ci fu versione specifica per bambini e adolescenti approvata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) chiamata ICF-CY (International Classification of Functioning, Disability and Health – Children e Youth), che estende e adatta la classificazione ICF del 2001 per tenere conto delle specificità evolutive, integrando i cambiamenti legati alla crescita e allo sviluppo per fornire un linguaggio standard per descrivere il funzionamento in tutte le età della vita, con l'obiettivo di descrivere il funzionamento e la disabilità considerando fattori corporei, attività, partecipazione e contesto ambientale, ma con un'ottica evolutiva.

Introduce specificità per i bambini, riconoscendo che la "normalità" è legata all'età e che il cambiamento è parte dello sviluppo tipico. L'ICF-CY, infatti è stata successivamente integrata nell'ICF generale, per descrivere il funzionamento lungo tutto il ciclo di vita, garantendo continuità. È uno strumento fondamentale per educatori, terapisti e medici per creare Piani Educativi Individualizzati (PEI) e avere una visione olistica del bambino, non solo della sua patologia. In sintesi, l'ICF-CY è un'estensione dell'ICF che rende la classificazione applicabile e pertinente per la fascia d'età pediatrica e adolescenziale, fornendo un quadro completo per la comprensione della salute e della disabilità. (OMS, 2007)

La disabilità, quindi, è vista come un fenomeno sociale multidimensionale, si abbandona il concetto di handicap a favore di una condizione di salute che può influenzare la partecipazione sociale e l'attività di un individuo, in relazione a fattori contestuali, ovvero ambientali e personali. Il modello bio-psicosociale dell'ICF pone sullo stesso piano sia gli aspetti medico-clinici che gli aspetti di partecipazione sociale che poi si concretizzano nel concetto di inclusione, globalità e corresponsabilità. La persona è vista come un'unità di cui tutto è connesso, nell'interazione tra organi, funzioni e capacità. Ciò aiuta a pensare al di là di un modello strettamente medico, soprattutto dove ci sono classificazioni medicalizzanti usate per la certificazione degli alunni, che stigmatizzano la diversità del comportamento e dell'apprendimento. (Tarracchini, 2015).

In questo contesto multidimensionale si inserisce la figura dell'educatore prof.le socio-pedagogico che con l'osservazione pedagogica discreta, accogliente, non giudicante e senza pregiudizi, mira a focalizzare le attività sulle potenzialità e le risorse del singolo e dell'ambiente sociale che lo riguarda, cercando strategie di comportamento inedite o sopite, per affrontare la quotidianità nei naturali contesti di vita del soggetto, considerandoli come individui potenzialmente attivi e attori principali della loro vita. Tale strategia viene applicata anche mediante laboratori di attivazione, relazione e socializzazione, dando importanza al ruolo che il soggetto acquisisce nella società, alle relazioni con la sua famiglia e con i suoi amici. Ciò infonde fiducia e motivazione, coinvolgendo le energie solidali e professionali del territorio allo scopo di promuovere una comunità educante per la prevenzione primaria e secondaria, includendo il supporto fra pari.

1. L'approccio pedagogico in sanità

Un approccio pedagogico-educativo in sanità è indispensabile per contribuire alla svolta indicata dall'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità), sia con l'ICF, sia con l'ICF-CY, sia con la "Guida ai servizi di salute mentale di comunità basati sui diritti". (OMS, 2021)

Le figure dell'educatore prof.le socio-pedagogico e del pedagogista in ambito sanitario sono una presenza professionale ed affettiva, in continuo dialogo con la realtà familiare e sociale del bambino o dell'adolescente, che pongono l'accento sulla pratica del lavoro educativo, e non devono tendere ad una cultura della medicalizzazione, poiché quando un comportamento viene definito "patologico", la persona smette di essere un soggetto con una storia e diventa un oggetto da curare. Non bisogna guardare al "sintomo", ma alla relazione. Il disagio non risiede dentro l'individuo, ma nello spazio tra le persone. (Bernardoni, 2018)

Vi è una responsabilità collettiva della sofferenza di un singolo ed è un segnale di allarme per l'intero gruppo sociale. Se un bambino "disturba" a scuola, bisogna analizzare le dinamiche della classe e della famiglia, invece di somministrare farmaci o certificazioni. (Tarracchini, 2015)

La "pratica del lavoro educativo" è improntata alla lettura della complessità dei contesti di vita del bambino e dell'adolescente, pratica che favorisce una migliore comprensione di tale contesto e, in forza di questo approccio, allontana il rischio di etichettare, psichiatrizzare e medicalizzare le difficoltà relazionali, sociali e culturali. (Bernardoni, 1975)

L'approccio pedagogico in sanità favorisce uno scenario molto più comprensivo, meno etichettante e meno segnato dall'aspetto psichiatrico, altrettanto importante è approfondire il ruolo che in questo processo è svolto dalle emozioni, dai sentimenti, dagli aspetti affettivo-relazionali. In prospettiva neuropedagogica, infatti, emozioni e relazioni costituiscono condizioni che orientano l'apprendimento e la costruzione del funzionamento personale nei contesti di vita. (Amendola, 2022)

Invece di diagnosticare, l'educatore deve aiutare la persona a narrare la propria sofferenza. Dare parole al dolore impedisce che esso si cristallizzi in una diagnosi medica.

La de-medicalizzazione del linguaggio pedagogico apre alla comunicazione, bisogna sostituire il giudizio con l'ascolto. Invece di dire "Sei malato", la pratica educativa propone di chiedere "Cosa ti sta succedendo?". Questo sposta il focus dal deficit alle risorse della persona. (Bernardoni, 2018)

L'educatore prof.le socio-pedagogico e il pedagogista si occupano, con particolare attenzione scientifica, dei disturbi del neurosviluppo, attraverso un percorso pensato e progettato per aiutare i bambini e i ragazzi a raggiungere una propria autonomia personale, sociale e scolastica, utilizzando con creatività metodi e strumenti innovativi e all'avanguardia. La progettazione di un percorso educativo personalizzato rispetto alle esigenze del singolo, che prende in considerazione i bisogni in stretto collegamento con la scuola e la famiglia, può avvenire solo attraverso l'osservazione pedagogica: un'osservazione discreta, accogliente, non giudicante e senza pregiudizi, che mira a focalizzare le attività sulle potenzialità e le risorse del singolo e dell'ambiente sociale che lo riguarda, cercando strategie di comportamento inedite o sopite per affrontare la quotidianità nei naturali contesti di vita del soggetto (Canevaro, 2006).

Tali figure professionali si occupano dell'approfondimento degli stili educativi parentali e dell'identificazione di obiettivi pedagogici attuando interventi specifici in ambito domiciliare, scolastico e sociale, contribuendo anche alla definizione del PEI (Piano Educativo Individualizzato) o del PDP (Piano Didattico Personalizzato), partecipando ai GLO (Gruppo di Lavoro Operativo per l'inclusione), ai GLI (Gruppo di Lavoro per l'inclusione) come rappresentanti dell'equipe multidisciplinare dell'ASL.

L'efficacia degli interventi educativi, infatti, scaturisce dalla qualità del progetto educativo che si basa sulle meta-competenze e sulla conoscenza scientifica e metodologica dell'approccio pedagogico che, attraverso l'intenzionalità educativa, diversifica e connota l'azione del professionista.

In questo contesto multidimensionale si inserisce la figura dell'educatore professionale socio-pedagogico, che effettua la presa in carico dei persone attraverso la relazione educativa e la presa di coscienza dei loro disagi e delle loro fragilità:

- nei contesti di vita del soggetto, considerandolo come individuo potenzialmente attivo e attore
- principale della propria vita;
- dando importanza ai suoi affetti, alle relazioni con loro e al ruolo che il soggetto acquisisce nella società;
- infondendo fiducia e motivazione dell'utente;
- valorizzando le capacità e il potenziale di ciascuno, mediante attività e laboratori di attivazione, relazione e socializzazione.

2. L'educatore professionale socio-pedagogico nell'equipe multidisciplinare dell'Asl Napoli 1

Dal 2019 nell'Asl Napoli 1 Centro sono stati assunti, per avviso pubblico, 22 educatori prof.li socio-pedagogici, stabilizzati successivamente con il concorso nell'Aprile 2024. L'Asl Napoli 1 con la delibera 1025 del 22 luglio 2021, ha bandito un nuovo concorso pubblico per educatori prof.li socio-pedagogici, grazie al quale altri 20 colleghi sono stati assunti a tempo indeterminato. Attualmente esiste una graduatoria di circa 90 educatori prof.li socio-pedagogici ancora in essere, già prorogata per un ulteriore anno con scadenza il 3 aprile 2026, da cui poter attingere il personale per il fabbisogno delle Asl Campane. L'APEI sta mobilitando oramai da anni la politica, i sindacati e le istituzioni attraverso mozioni, interrogazioni, convegni e incontri con i colleghi per l'assunzione dei professionisti in graduatoria. Proprio in questi giorni una 30ina di colleghi hanno ricevuto la PEC da parte dell'Asl Napoli 1 per la richiesta di accettazione per nuove assunzioni, attingendo dalla graduatoria del concorso del 2021.

Il 27 ottobre 2025 finalmente è stato firmato il CCNL comparto sanità per inserire l'educatore prof.le socio-pedagogico. Ciò è di rilevanza fondamentale per sbloccare lo scorrimento di graduatoria per l'assunzione dei colleghi nel SSR della Campania.

Dal 2020 lavoro come educatrice professionale socio-pedagogica all'ASL Napoli 1 Centro, precisamente presso il nucleo operativo di neuropsichiatria infantile, nella municipalità di Scampia. Ho iniziato la mia esperienza lavorativa vincendo un avviso pubblico indetto grazie al PASS (Progetto di Adozione Scolastica e Sociale) (Russo, 2021) e dopo 3 anni ho vinto il concorso per la stabilizzazione. Di seguito porto in concreto la testimonianza del lavoro effettuato in questi anni difficili, nel corso dei quali i bisogni educativi speciali e le problematiche legate alla salute mentale dei bambini e degli adolescenti hanno avuto un aumento esponenziale, con conseguente incremento di richieste di primo accesso al servizio.

Durante la pandemia, gli educatori prof.li socio-pedagogici dell'ASL non si sono mai fermati, hanno dovuto riorganizzare il lavoro educativo tantissime volte per stare dietro alle disposizioni date dal Governo in seguito ai vari DPCM (Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri). Fin da subito si è compreso come il momento fosse particolarmente critico, stava cambiando la modalità di socializzazione e di comunicazione, al punto da mettere in dubbio la possibilità di stabilire una relazione sociale tra alunni e insegnanti, tra scuola e famiglia, tra i componenti dello stesso nucleo familiare e tra i componenti del gruppo dei pari (Tarracchini, 2021).

Il supporto pedagogico fornito dagli educatori prof.li socio-pedagogici della Neuropsichiatria Infantile è stato fondamentale per i genitori, per i ragazzi e per la scuola. Grazie alla grande creatività che contraddistingue la nostra figura professionale, si è riusciti a fornire strumenti e strategie di comportamento fondamentali per ridisegnare la quotidianità dei luoghi di vita degli utenti e fronteggiare così l'emergenza didattica e socio-educativa.

3. Il Metodo Pedagogico

L'intervento educativo pedagogico ha avuto lo scopo di ridare dignità all'azione educativa della famiglia, di costruire reti di genitorialità collettiva, di riaffermare l'autorevolezza dei genitori tramite la presa di coscienza delle proprie capacità per mezzo della narrazione degli itinerari educativi compiuti con i figli.

Ciò è avvenuto rispettando la riservatezza, avendo cura del materiale riferito e salvaguardandolo da ogni indiscrezione, mantenendo sempre il segreto professionale ed esigendolo anche da coloro con i quali si è collaborato.

La metodologia pedagogica impiegata con i genitori ha agito come ponte tra il sapere della famiglia e la società. Si è dato loro fiducia quali "esperti per esperienza" e, in sinergia con gli educatori prof.li socio-pedagogici ("esperti per competenza"), sono state concepite azioni e strumenti per potenziare e valorizzare le competenze genitoriali, sia a livello micro che macro-sociale (Russo, 2021).

La metodologia utilizzata ha permesso poi la promozione della formazione dei giovani tramite la co-educazione, che ha visto il coinvolgimento della scuola, delle famiglie e dell'ente locale. Le istituzioni hanno riconosciuto nella famiglia le basi fondanti della formazione dell'individuo, sulle quali costruire un'educazione alla legalità e alla cittadinanza e creare spazi in cui costruire collegamenti per una genitorialità collettiva e un patto educativo con le altre agenzie formative.

Fondamentale importanza ha avuto il lavoro di equipe tra i professionisti dell'unità multidisciplinare della Neuropsichiatria Infantile. L'interdisciplinarietà è possibile quando si confrontano e collaborano discipline aventi ognuna pari autonomia e dignità scientifica con ambiti di intervento e lessico ben riconoscibili e distinguibili, con autonomia scientifica e responsabilità deontologica.

4. Obiettivi

Le attività pedagogiche strutturate e semi-strutturate hanno avuto l'obiettivo di alimentare e sostenere:

- il patto di corresponsabilità educativa tra la scuola e le famiglie;
- la responsabilità genitoriale;
- l'identità e il riconoscimento dell'utente;
- la speranza e la fiducia nel futuro, in se stessi e negli altri;
- la consapevolezza delle proprie capacità e lo sviluppo delle potenzialità;
- la crescita e lo sviluppo di autonomie personali e sociali,
- il potenziamento delle abilità comunicative, di lettura e scrittura;
- il metodo di studio personalizzato, con misure compensative e dispensative adeguate;

- l'educazione sentimentale;
- la legalità, il rispetto delle regole sociali e dell'ambiente;
- lo sviluppo delle abilità trasversali tramite esercizi e attività educative.

5. Strumenti

L'applicazione del metodo pedagogico prevede:

- dialoghi pedagogici con i genitori;
- dialoghi pedagogici con i figli;
- osservazioni pedagogiche del minore in aula e delle dinamiche del gruppo classe;
- incontri con gli insegnanti e i dirigenti scolastici;
- confronti con l'equipe multidisciplinare dell'Asl;
- condivisione e adattamento delle strategie pedagogiche;
- costruzione di una rete di comunità educanti a livello sociale;
- relazioni scritte nelle quali si delineano volta per volta le osservazioni e le strategie pedagogiche;
- sospensione del giudizio;
- laboratori e percorsi ludico-pedagogici;
- gioco simbolico e di ruolo;
- gamification nella didattica;
- osservazione pedagogica;
- ascolto attivo.

Le metodologie del gioco e dell'animazione sono tipiche della modalità di intervento delle professioni pedagogiche utilizzate con tutte le età e in tutte le condizioni di vita.

L'utilizzo del gioco e dell'animazione in ambito pedagogico non è un semplice intrattenimento, ma uno strumento metodologico per favorire l'apprendimento, la socializzazione e il benessere.

Si utilizza, ad esempio, il gioco simbolico e di ruolo per sviluppare l'empatia e la risoluzione dei conflitti. I bambini o i ragazzi mettono in scena situazioni quotidiane o problematiche, permettendo all'educatore di osservare le dinamiche relazionali e intervenire sulle competenze emotive.

Attraverso la gamification nella Didattica, si trasforma un contenuto formativo in una sfida a premi o in un percorso a livelli per stimolare la motivazione intrinseca e il raggiungimento di obiettivi cognitivi complessi attraverso il "fare".

Gli strumenti pedagogici caratterizzano in modo sostanziale, ma anche formale, la nostra professionalità richiamando l'approccio comunicativo-relazionale, partecipativo e coinvolgente, mirando a promuovere e a valorizzare, attraverso il gioco, ogni forma di espressione e di condivisione. L'intervento si fonda su una osservazione deduttiva direttamente sul campo, effettuata cioè in una situazione di vita reale, quotidiana, dove il comportamento si produce in maniera spontanea, cercando di rilevare i fatti per come si presentano, non esercitando alcun tipo di controllo sull'oggetto della propria rilevazione ed evitando di dare letture interpretative in un'osservazione non partecipante e sistemica. L'ascolto attivo è un atto intenzionale che impegna la nostra attenzione a cogliere non solo ciò che l'altro ci dice ma anche ad accogliere i suoi stati d'animo e i suoi bisogni. Per poter ascoltare bisogna lasciare uno spazio all'interno del nostro "io" abitabile dall'altro, in cui viene riconosciuto e accolto. In questo spazio l'"io" incontra il "tu" per creare il "noi" in una relazione empatica che allevia l'altro dalla solitudine esistenziale e ne accetta la diversità. Il nostro ruolo pedagogico nella relazione educativa è quello di essere sostegno e "facilitatori" nella ricerca di soluzioni già presenti all'interno di ognuno. Ascoltare l'altro con un ascolto attivo significa porre l'accento su un dialogo che enfatizza la partecipazione attiva nella ricerca di una soluzione (Simeone, 2002).

6. Evoluzione legislativa dell'educatore professionale socio-pedagogico

In tabella I si elencano in ordine cronologico le leggi che riguardano l'inserimento dell'educatore professionale socio-pedagogico all'interno dell'ambito sanitario sia a livello nazionale che nella Regione Campania.

In tabella I si elenca, in ordine cronologico, il percorso di progressiva emersione, legittimazione e consolidamento normativo della figura dell'educatore prof.le socio-pedagogico in ambito sanitario, mettendo in evidenza come tale evoluzione non sia stata lineare né immediata, ma piuttosto il risultato di un processo stratificato, segnato da avanzamenti graduali e da chiarimenti successivi.

RIFERIMENTO LEGISLATIVO	EFFETTO DI LEGGE
5 Febbraio 1992 - Legge, n.104/92 e successiva emanazione D.P.R. 24 Febbraio 1994	Istituisce le Unità Multidisciplinari per l'handicap presso i Centri Materno Infantili in quasi tutte le ASL di Italia
23-24 Marzo 2000 - Consiglio Europeo di Lisbona	Fissa come obiettivo strategico dell'Unione Europea la creazione di un'economia basata sulla conoscenza per stimolare l'occupazione, le riforme economiche e la coesione sociale. Per gli educatori, questo si traduce nell'importanza di adattarsi a questa nuova era della conoscenza e nell'esigenza di promuovere l'istruzione e la formazione permanente per tutti.
27 Dicembre 2002 - Legge finanziaria n. 289 art. 35 comma 7 e dal decreto applicativo n. 185 del 2006	Rende il ruolo dell'educatore fondamentale per l'integrazione degli alunni con disabilità. Essi possono far parte dei Gruppi di Lavoro per l'inclusione scolastica (GLH), che forniscono indicazioni per le decisioni che riguardano gli alunni. Gli educatori contribuiscono a garantire che gli alunni ricevano il sostegno necessario, collaborando con la scuola e le famiglie per definire le modalità più efficaci per il loro inserimento.
23 Febbraio 2006 - D.P.C.M. n.185	Non definisce direttamente la funzione dell'educatore, ma stabilisce le procedure per la certificazione dell'handicap necessaria per ottenere gli interventi di sostegno scolastico. È la base per accedere agli interventi educativi e di sostegno previsti dalla legge, individuando l'organismo competente (un collegio dell'ASL) e richiedendo le diagnosi funzionali conformi alle classificazioni dell'OMS. Le funzioni dell'educatore sono quindi determinate dal Piano Educativo Individualizzato (PEI) e dalle Linee guida ministeriali, che prevedono un ruolo di supporto all'integrazione scolastica dell'alunno con disabilità.
23 Ottobre 2007 - Legge R. Campania n.11- "Legge per la dignità e la cittadinanza sociale". Attuazione della legge 8 novembre 2000, n. 328	Definisce i principi per il sistema integrato di interventi e servizi sociali. L'educatore svolge ruoli importanti all'interno di questo sistema, soprattutto in ambito di assistenza scolastica (dove affianca e supporta il personale di sostegno) e in servizi come l'assistenza domiciliare agli anziani.
20 Marzo 2008 - Atto di intesa Governo Regioni n. 39	Introduce l'educatore professionale nel processo d'integrazione scolastica.
8 Ottobre 2010 – Legge 170 e successivo Decreto attuativo con le "Linee guida per il diritto allo studio di alunni e studenti con DSA" pubblicato nel luglio 2001.	Definisce che le azioni e le finalità dell'Art. 2 possono essere svolte dalla professionalità del pedagogo e dell'educatore prof.le socio-pedagogico.
10 Gennaio 2013 - D.Lgs Art. 2.	Definisce che le figure professionali dell'educatore professionale socio-pedagogico e del pedagogo operano nell'ambito educativo,

ICF: NUOVI ORIZZONTI PEDAGOGICI IN AMBITO SANITARIO

	<p>formativo e pedagogico, secondo quanto specificato dall'articolo 2 del decreto legislativo 16 gennaio 2013, n. 13. Questo articolo definisce cosa si intenda per apprendimento formale, non formale e informale.</p>
<p>18 Agosto 2015 - Legge 134 Art. 3 - Politiche regionali in materia di disturbi dello spettro autistico</p>	<p>Provvede all'aggiornamento dei LEA (Livelli Essenziali di Assistenza), con l'inserimento, per quanto attiene ai disturbi dello spettro autistico, delle prestazioni della diagnosi precoce, della cura e del trattamento individualizzato, mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle più avanzate evidenze scientifiche disponibili. La legge delinea i servizi a cui i pazienti hanno diritto, influenzando indirettamente il ruolo degli educatori prof.li che lavorano nell'ambito dell'abilitazione e del supporto a persone con autismo e alle loro famiglie. L'educatore professionale, quindi, opera in un contesto normativo che prevede un intervento integrato e basato sull'evidenza scientifica.</p>
<p>27 Dicembre 2017 – L. n.205 commi da 594 a 601</p>	<p>Introduce la disciplina delle professioni di educatore professionale socio-pedagogico e pedagogo, distinguendole dall'educatore professionale socio-sanitario. Questo ha portato alla definizione dei percorsi di formazione e all'istituzione degli albi professionali, con l'obiettivo di regolamentare l'accesso alla professione in base ai titoli accademici e all'esperienza lavorativa.</p>
<p>31 Ottobre 2019 - DCA n.83 (Piano regionale della Campania della rete di assistenza sanitaria territoriale 2019/2021)</p>	<p>Impone una riorganizzazione del Sistema pubblico che sia in grado di proporre risposte complesse a bisogni sempre più complessi e articolati. La strategia regionale di fondo, quindi, è stata quella di implementare e potenziare i servizi pubblici, e una modalità di intervento che privilegi la valutazione multidimensionale del bisogno, percorsi terapeutici integrati appropriati e verificabili, raccordo sistematico intraaziendale e con le realtà del territorio nel rispetto di una logica di rete, attraverso la strutturazione di protocolli di presa in carico globale con l'introduzione dell'educatore professionale.</p>
<p>31 Dicembre 2018 - Legge Bilancio 2019, comma 517</p>	<p>Modifica l'articolo 1, comma 594 della Legge 205/2017, consentendo agli educatori prof.li socio-pedagogici di operare anche nei servizi e presidi socio-sanitari e della salute, ma limitatamente agli aspetti socio-educativi e non riabilitativi. Questo intervento ha chiarito il campo di azione per gli educatori socio-pedagogici, ampliando le loro possibilità operative nei contesti socio-sanitari, evitando così un'interpretazione che potesse configurare un abuso di professione per chi operava solo con mansioni socio-educative.</p>
<p>14 Agosto 2020 – D.Lgs n.104, Art. 33/bis e convertito dalla Legge n. 126 del 13.10.2021, con il Decreto Interministeriale del 27.10.2021 tra il Ministro della salute ed il Ministro dell'Università e della Ricerca.</p>	<p>Definisce le funzioni degli educatori socio-pedagogici. In particolare, il decreto stabilisce che queste figure professionali, nei contesti socio-sanitari e di salute, devono svolgere un ruolo centrale nella dimensione pedagogica e sociale per persone con disabilità, marginalità o devianza. La norma affida all'educatore il compito di sviluppare le potenzialità individuali e di gruppo attraverso la creazione di progetti pedagogici, spesso in collaborazione con altre figure professionali.</p>
<p>31 Marzo 2021 – D.G. Regione Campania n. 131 e successiva modifica del 31 Giugno 2021.</p>	<p>Inserisce la figura professionale del pedagogo e dell'educatore professionale socio-pedagogico nell'Unità Multidisciplinare della Neuropsichiatria Infantile, grazie al PDTA (Percorsi Terapeutici</p>

ICF: NUOVI ORIZZONTI PEDAGOGICI IN AMBITO SANITARIO

	Assistenziali) per la presa in carico globale ed integrata dei soggetti con disturbi dello spettro autistico in età evolutiva.
15 Aprile 2024 - LEGGE n. 55 , Art.3 , comma 1- “Disposizioni in materia di ordinamento delle professioni pedagogiche ed educative e istituzione dei relativi albi professionali.”	Definisce che l'educatore professionale socio-pedagogico opera nei servizi socio-educativi e socio-assistenziali e nei servizi socio-sanitari, per questi ultimi limitatamente agli aspetti educativi. L'educatore professionale socio-pedagogico valuta, progetta, organizza e mette in atto progetti, interventi e servizi educativi e formativi in ambito socio-educativo, socio-assistenziale e socio-sanitario, per quest'ultimo limitatamente agli aspetti educativi, rivolti a persone in difficoltà o in condizione di disagio, collaborando con altre figure professionali, e stimola i gruppi e gli individui a perseguire l'obiettivo della crescita integrale e dell'inserimento o del reinserimento sociale, definendo interventi educativi, formativi, assistenziali e sociali, anche in collaborazione con altre agenzie educative.
27 Ottobre 2025 - CCNL comparto sanità rinnovato il – Art.15 “Istituzione del profilo di Educatore professionale socio pedagogico”.	Identifica le funzioni dell'educatore professionale socio-pedagogico all'interno della promozione della prospettiva pedagogico-educativa, con azioni volte ad evitare o comunque a contenere le difficoltà educativo-relazionali e le povertà educative, nonché con la costruzione di percorsi formativi per il potenziamento della crescita pedagogico-educativa e dei progetti volti alla promozione del benessere individuale e sociale, in ogni caso con riferimento agli apprendimenti estrinseci nell'ambito patologico ed riabilitativo. Le funzioni dell'educatore socio-pedagogico sono espletate con altre figure professionali senza sovrapposizioni con le attività tipiche o riservate alle professioni sanitarie di cui alla Legge 11 gennaio 2018, n. 3.

Nelle prime fasi, a partire dalla Legge n. 104/1992 e dai provvedimenti attuativi degli anni '90 e 2000, l'educatore compare prevalentemente in modo implicito e funzionale, inserito all'interno delle Unità multidisciplinari e dei dispositivi per l'integrazione scolastica e sociosanitaria, senza una definizione puntuale del profilo professionale. In questo periodo, il ruolo educativo si configura come complementare a quello sanitario e assistenziale, fortemente dipendente dalla progettazione del PEI e dalle diagnosi funzionali, con un baricentro ancora marcatamente medico-certificativo.

Con il progressivo affermarsi del paradigma biopsicosociale, sostenuto dalle classificazioni OMS (ICF e ICF-CY) e recepito indirettamente nel quadro normativo nazionale e regionale, si assiste a uno spostamento concettuale rilevante: l'attenzione non è più rivolta esclusivamente alla patologia, ma al funzionamento globale della persona e ai contesti di vita. In questo scenario, le norme richiamate nella tabella mostrano come l'educatore venga progressivamente riconosciuto quale attore chiave nei processi di inclusione, partecipazione e presa in carico globale, in particolare nei servizi per l'età evolutiva e nei disturbi del neurosviluppo.

Un passaggio cruciale è rappresentato dalla Legge n. 205/2017 e dalle successive integrazioni (Legge di bilancio 2019), che introducono una chiara distinzione tra educatore socio-pedagogico ed educatore socio-sanitario, delimitando ambiti, funzioni e competenze. Tale distinzione, ulteriormente precisata dai decreti successivi e dai provvedimenti regionali (come i PDTA della Regione Campania), contribuisce a superare ambiguità interpretative e a legittimare la presenza dell'educatore socio-pedagogico nei contesti sociosanitari, seppur limitatamente alla dimensione educativa e non riabilitativa. L'ultima fase, che culmina con la Legge n. 55/2024 e con il rinnovo del CCNL comparto sanità del 2025, segna un punto di svolta strutturale: l'educatore professionale socio-pedagogico viene finalmente riconosciuto come profilo contrattuale specifico all'interno del sistema sanitario, con funzioni chiaramente orientate alla promozione del benessere, alla prevenzione delle fragilità educative e alla progettazione

pedagogica integrata, in un'ottica di lavoro d'équipe e senza sovrapposizioni con le professioni sanitarie. Nel complesso, la tabella evidenzia come l'evoluzione normativa rifletta un cambiamento più ampio di paradigma: dall'educatore come figura "ausiliaria" e residuale, all'educatore come professionista dotato di autonomia epistemologica, responsabilità progettuale e riconoscimento istituzionale, coerente con una visione della salute intesa come funzionamento umano globale e relazionale. (Nicodemo, 2018)

Conclusioni

Dal punto di vista delle implicazioni pedagogiche, emerge con chiarezza il rafforzamento dell'autonomia epistemologica dell'agire educativo in sanità. L'educatore prof.le socio-pedagogico non opera come figura ancillare rispetto al sapere clinico, ma come professionista portatore di un sapere specifico, fondato sull'osservazione pedagogica, sulla progettazione intenzionale e sulla valorizzazione delle risorse individuali e ambientali. In questa prospettiva, la pedagogia contribuisce in modo decisivo alla costruzione di interventi non etichettanti, orientati alla partecipazione, all'inclusione e allo sviluppo delle potenzialità, in linea con i principi dell'ICF e con un'idea di salute come processo dinamico e relazionale. In questo difficile periodo socio-culturale, dove le relazioni educative hanno dovuto fare i conti con continue modifiche organizzative, dove coloro che educano e coloro che vengono educati si sono influenzati a vicenda in una reciprocità che diventa crescita collettiva, l'oggettività educativa, legata allo sviluppo e all'evoluzione della persona, è dovuta essere volta al futuro e basarsi su un concetto di autonomia derivata non dall'autosufficienza, ma dalla capacità di relazionarsi dinamicamente con l'evolversi delle situazioni sociali. L'intervento pedagogico attuato all'interno dell'ASL Napoli 1 non ha perso mai di vista la tensione affettiva che caratterizza la relazione educativa. È stato fondamentale il supporto pedagogico dato ai genitori, agli insegnanti e ai minori in questo periodo in cui le dinamiche sociali ed educative si sono dovute riassetare diverse volte a causa della pandemia.

In questo contesto, l'educatore prof.le socio-pedagogico ha promosso un sistema di rete integrato fra gli interventi, finalizzato a dare risposte adeguate e a salvaguardare la globalità della persona. Egli si è assunto la responsabilità delle sue azioni, ossia quella di progettare interventi per i propri utenti, volti a potenziare le possibilità e a prevenire e correggere i comportamenti; si è posto come indicazione, come un esempio, come modello di comportamento, ha fornito una valutazione e allo stesso tempo ha accompagnato gli utenti nei loro percorsi. L'elemento fondamentale promosso nella relazione con gli utenti è stata la presa di coscienza dei loro disagi e delle loro fragilità, mantenendo sempre presente la loro individualità e potenzialità in quanto attori principali della loro vita. Si sono valorizzati quindi, le capacità e il potenziale di ogni soggetto mediante attività di laboratorio.

Le ricadute operative riguardano principalmente il lavoro d'équipe e la presa in carico globale. L'inserimento strutturato dell'educatore prof.le socio-pedagogico nei servizi sociosanitari, e in particolare nelle unità multidisciplinari della neuropsichiatria infantile, consente di rafforzare la continuità tra dimensione sanitaria, educativa, scolastica e familiare. La progettazione pedagogica integrata, i PDTA e i percorsi personalizzati trovano maggiore efficacia quando l'intervento educativo è riconosciuto come componente stabile e qualificata dei LEA, capace di incidere sui processi di prevenzione, di promozione del benessere e di riduzione delle disuguaglianze educative. Sul piano delle prospettive future, il quadro normativo più recente – dalla Legge n. 55/2024 al rinnovo del CCNL comparto sanità – apre scenari rilevanti ma ancora in parte da consolidare. Appare necessario proseguire nel rafforzamento della presenza degli educatori prof.li socio-pedagogici in tutti i servizi sanitari territoriali, superando disomogeneità regionali e favorendo modelli organizzativi realmente interdisciplinari. Parallelamente, si rende indispensabile investire nella formazione iniziale e continua, nella ricerca pedagogica applicata in ambito sanitario e nel riconoscimento del ruolo apicale del pedagogo nei processi di coordinamento educativo. In conclusione, il riconoscimento dell'educatore prof.le socio-pedagogico in sanità non rappresenta soltanto un traguardo normativo, ma costituisce un passaggio culturale essenziale per promuovere sistemi di cura più umani, inclusivi e orientati alla persona nella sua globalità bio-psico-sociale, in coerenza con gli indirizzi dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e con una visione della salute come bene relazionale e comunitario.

Riferimenti bibliografici

Amendola, S. (2022). *Neuropedagogia, Emozioni, Apprendimento*. Edizioni ASPaideia.

Bernardoni, A. (2018). *La vita quotidiana come storia senza paura e senza psichiatria*. Edizioni ETS.

Bernardoni, A. (1975). *La psichiatria contro la scuola*. Arti grafiche Conegliano, susegana/tv

Canevaro, A. (2006). *Pedagogia speciale: la riduzione dell'handicap*. Erickson.

Nicodemo, G. (2018). *Educatori professionali tra socio-assistenziale e socio-sanitario: Le modifiche intercorse nel 2017*. *Qualeducazione*, 36(2), 167–171

Organizzazione Mondiale della Sanità. (2007). *ICF-CY. Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute - Versione per bambini e adolescenti*. Erickson.

Organizzazione Mondiale della Sanità. (2021). *Guida ai servizi di salute mentale nelle comunità: Promuovere approcci centrati sulla persona e basati sui diritti*.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240025707>

Russo, L. (2021). *Progetto P.A.S.S.* Regione Campania.

Simeone, D. (2002). *La Consulenza Educativa. Dimensione pedagogica della relazione d'aiuto*. Vita e Pensiero.

Tarracchini, E. (2015). *Riprendiamoci la pedagogia. Una critica etimo-epistemologica alle "scienze" della psiche: psicologia, psichiatria e psicoanalisi*. Pellegrini Editore.

Tarracchini, E. (2021). *Pedagogia dell'emergenza*. Apei Editrice.

L'inserimento dell'Educatore Professionale Socio-Pedagogico nel CCNL Sanità Pubblica: analisi normativa, valenza professionale e prospettive per il sistema integrato educazione-salute

The inclusion of the Socio-Pedagogical Professional Educator in the Public Health National Collective Agreement: regulatory analysis, professional value and perspectives for the integrated education-health system

Moreno Castagna

moreno.castagna@apei.it

Abstract

Il rinnovo del CCNL Sanità Pubblica 2022-2024, firmato il 27 ottobre 2025, ha introdotto all'articolo 15 il profilo dell'Educatore Professionale Socio-Pedagogico, segnando un momento di svolta nel riconoscimento della dimensione educativa nei servizi della salute. Tale inserimento si colloca all'interno di un quadro normativo articolato, definito dalla Legge 205/2017, dall'articolo 33-bis del Decreto Legge 104/2020 convertito in Legge 126/2020, dal Decreto Ministeriale 27 ottobre 2021 e dalla Legge 55/2024 che istituisce l'Ordine delle professioni pedagogiche e educative. Di particolare rilievo sono state le pronunce giurisprudenziali, tra cui la sentenza del TAR Campania dell'8 novembre 2023, che hanno riconosciuto la piena legittimità dell'EPSP nei contesti sociosanitari, respingendo i ricorsi degli albi professionali sanitari e riconoscendo il ruolo dell'APEI come principale associazione di rappresentanza. L'articolo analizza le implicazioni teoriche, epistemologiche e organizzative di questa innovazione contrattuale, valorizzando il contributo pedagogico nei percorsi di cura e benessere.

Parole chiave: educatore professionale socio-pedagogico; CCNL Sanità pubblica; pedagogia professionale; servizi sociosanitari; welfare integrato.

Abstract

The renewal of the National Collective Labour Agreement for Italy's Public Health Sector (2022-2024), signed on October 27, 2025, introduced in Article 15 the profile of the Socio-Pedagogical Professional Educator (EPSP). This represents a structural advancement in recognising the educational dimension within healthcare and social-health services. The contractual inclusion aligns with a comprehensive legislative framework defined by Law 205/2017, Article 33-bis of Decree-Law 104/2020 converted into Law 126/2020, the Ministerial Decree of October 27, 2021, and Law 55/2024 establishing the Order of Pedagogical and Educational Professions. Of particular significance were judicial rulings, including the November 8, 2023, judgment by the Regional Administrative Court of Campania, which confirmed the legitimacy of EPSP practice within social-health settings, rejecting appeals from healthcare professional registers and recognising APEI's role as the primary representative association. This article examines theoretical, professional, and organisational implications of the EPSP's inclusion and highlights the pedagogical contribution to health pathways.

Keywords: socio-pedagogical professional educator; public health national agreement; professional pedagogy; social-health services; integrated welfare.

1. Introduzione

L'introduzione dell'Educatore Professionale Socio-Pedagogico all'interno del CCNL Sanità Pubblica 2022-2024 rappresenta un momento di svolta per l'integrazione della pedagogia nei servizi della salute, ponendo fine a decenni di ambiguità professionale. La firma del contratto, avvenuta il 27 ottobre 2025 presso la sede dell'ARAN con l'accordo di quattro delle sei organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative, ha formalizzato all'articolo 15 l'istituzione del profilo di "Educatore professionale socio-pedagogico" nell'area dei professionisti della salute e dei funzionari, sancendone la piena legittimità nei contesti sanitari e sociosanitari (ARAN, 2025).

Questa evoluzione è l'esito coerente di un percorso normativo complesso avviato con la Legge 205/2017, precisato dall'articolo 33-bis del Decreto Legge 104/2020 convertito in Legge 126/2020 e dal Decreto interministeriale del 27 ottobre 2021, e completato dalla Legge 55/2024 che istituisce l'Ordine delle professioni pedagogiche e educative. Il quadro è stato inoltre rafforzato da pronunce giurisprudenziali decisive, in particolare la sentenza del TAR Campania dell'8 novembre 2023, che ha respinto i ricorsi degli albi dei terapisti della riabilitazione confermando la legittimità dell'operato degli educatori socio-pedagogici nei servizi sociosanitari.

2. Cornice normativa di riferimento

2.1 La Legge 205/2017: distinzione dei profili professionali

La Legge 205/2017, ai commi 594-601 dell'articolo 1, ha operato una distinzione formale tra l'Educatore Professionale Socio-Pedagogico e l'Educatore Professionale Socio-Sanitario, attribuendo alla pedagogia un proprio campo epistemologico e funzionale. Il comma 594 definisce l'identità dell'EPSP come professione con radici accademiche nella classe di laurea L-19 in Scienze dell'Educazione e della Formazione, mentre il comma 595 specifica che la qualifica di educatore professionale socio-sanitario è attribuita a seguito del rilascio di diploma di laurea abilitante secondo quanto previsto dal Decreto Ministeriale 520/1998 (Parlamento Italiano, 2017).

Il comma 594, come modificato dalla Legge 145/2018, chiarisce che le figure professionali operano "nei servizi e nei presidi socio-educativi e socio-assistenziali" e, limitatamente agli aspetti socio-educativi, "nei servizi e nei presidi sociosanitari e della salute". Questa formulazione ha aperto la strada all'inserimento degli educatori socio-pedagogici anche in ambiti tradizionalmente considerati sanitari, pur mantenendo la specificità pedagogica della funzione.

2.2 L'articolo 33-bis del Decreto Legge 104/2020

L'articolo 33-bis del Decreto Legge 14 agosto 2020, n. 104, convertito con modificazioni dalla Legge 13 ottobre 2020, n. 126, costituisce un passaggio normativo fondamentale. Il testo stabilisce che "il tratto specifico del ruolo della figura professionale dell'educatore socio-pedagogico nei presidi socio-sanitari e della salute è la dimensione pedagogica, nelle sue declinazioni sociali, della marginalità, della disabilità e della devianza" (Parlamento Italiano, 2020).

Le funzioni dell'educatore socio-pedagogico, svolte in collaborazione con altre figure socio-sanitarie, comprendono: individuare, promuovere e sviluppare le potenzialità cognitive, affettive, ludiche e relazionali dei soggetti in progetti pedagogici elaborati con autonomia professionale; contribuire alle strategie pedagogiche per interventi educativi mirati allo sviluppo dell'autonomia personale e dell'inclusione sociale; progettare e valutare situazioni e processi educativi finalizzati alla promozione del benessere individuale e sociale.

2.3 Il Decreto Ministeriale del 27 ottobre 2021

In attuazione dell'articolo 33-bis, il Ministro della Salute Roberto Speranza, d'intesa con il Ministro dell'Università e della Ricerca Maria Cristina Messa, ha emanato il Decreto Ministeriale del 27 ottobre 2021 che definisce operativamente le funzioni dell'educatore professionale socio-pedagogico nei presidi socio-sanitari e della salute (Ministero della Salute & Ministero dell'Università e della Ricerca, 2021). Il decreto precisa che l'educatore professionale socio-pedagogico opera limitatamente agli aspetti socio-educativi, in collaborazione con altre figure professionali, senza sovrapposizioni con le attività tipiche o riservate alle professioni sanitarie di cui alla Legge 3/2018.

2.4 La Legge 55/2024 e l'assetto ordinistico

La Legge 15 aprile 2024, n. 55, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 95 del 23 aprile 2024, ha istituito l'Ordine delle professioni pedagogiche e educative, articolato su base regionale (Parlamento Italiano, 2024). L'articolo 5 istituisce due albi distinti: l'albo dei pedagogisti e l'albo degli educatori professionali socio-pedagogici. L'Ordine è configurato come ente pubblico non economico, organo sussidiario dello Stato per la tutela degli interessi pubblici connessi all'esercizio professionale, dotato di autonomia patrimoniale, finanziaria, regolamentare e disciplinare.

Gli articoli 1 e 4 definiscono rispettivamente le professioni di pedagogista e di educatore professionale socio-pedagogico, stabilendo che per l'esercizio delle professioni è necessaria l'iscrizione nei rispettivi albi, previo conseguimento del titolo di studio richiesto e accertamento delle competenze professionali acquisite con il tirocinio.

3. Il contesto giurisprudenziale: la sentenza del TAR Campania e i ricorsi respinti

Un momento cruciale nel consolidamento della posizione degli educatori socio-pedagogici nei servizi sanitari è rappresentato dalla sentenza del TAR Campania dell'8 novembre 2023, che ha respinto i ricorsi presentati da alcuni albi professionali dei terapisti della riabilitazione contro concorsi banditi dall'ASL Napoli 1 Centro riservati agli educatori professionali socio-pedagogici.

Il Tribunale Amministrativo Regionale ha affermato con chiarezza che "il descritto quadro normativo consente espressamente nella medesima area l'utilizzo della distinta figura professionale di educatore socio pedagogico, sia pure limitatamente agli aspetti socio-educativi" (TAR Campania, 2023). La sentenza ha riconosciuto la coerenza del percorso normativo che, dalla Legge 205/2017 alle successive integrazioni, ha definito l'EPSP come professione autonoma e legittimata a operare nei servizi sociosanitari e della salute per gli aspetti di propria competenza. Il TAR ha inoltre ribadito che l'inserimento degli educatori socio-pedagogici nei servizi della salute non determina sovrapposizioni con le professioni sanitarie, poiché le funzioni esercitate mantengono la specificità pedagogico-educativa e si svolgono in collaborazione con le altre figure professionali presenti nelle équipe multidisciplinari.

Questa pronuncia si inserisce in un più ampio contesto giurisprudenziale che include anche la sentenza del Consiglio di Stato n. 6292 del 14 settembre 2021, la quale ha chiarito definitivamente che "lungi dal costituire una categoria unitaria, sono individuabili due diverse tipologie di educatori professionali" (Consiglio di Stato, 2021), respingendo la tesi dell'educatore unico e riconoscendo la piena autonomia delle due figure professionali. Tale pronuncia, resa in merito a un ricorso presentato dalla Regione Piemonte concernente l'operatività degli educatori socio-pedagogici nei servizi sanitari e sociosanitari, ha confermato la legittimità della Delibera della Giunta Regionale del Piemonte n. 128-9035 del 16 maggio 2019, che aveva riconosciuto la possibilità per gli educatori professionali socio-pedagogici di operare in tali contesti per gli aspetti di competenza pedagogico-educativa. Anteriormente, la sentenza del Consiglio di Stato n. 4960 del 2012 aveva già affermato il criterio di assorbimento della laurea in Scienze dell'Educazione rispetto alle competenze educative, valorizzando i contenuti culturali e il programma di studi universitari.

Il ruolo dell'APEI, quale principale associazione professionale degli educatori socio-pedagogici iscritta nell'elenco del Ministero dello Sviluppo Economico ai sensi della Legge 4/2013, è stato riconosciuto in numerosi contesti normativi e giurisprudenziali. L'associazione ha contribuito attivamente alla stesura della Legge 205/2017, alla presentazione e approvazione della Legge 55/2024, ed è stata parte attiva nei procedimenti giurisdizionali che hanno chiarito l'ambito operativo degli educatori socio-pedagogici.

4. L'articolo 15 del CCNL Sanità Pubblica 2022-2024

Il CCNL Sanità Pubblica 2022-2024, nel testo definitivo firmato il 27 ottobre 2025, dedica l'articolo 15 all'istituzione del profilo di "Educatore professionale socio pedagogico". Il contratto specifica che il profilo è istituito "senza incremento di spesa, nel ruolo tecnico dell'area dei professionisti della salute e dei funzionari" (ARAN, 2025).

Le funzioni dell'educatore professionale socio-pedagogico sono identificate all'interno della promozione della prospettiva pedagogico-educativa, con azioni volte a evitare o contenere le difficoltà educativo-relazionali e le povertà educative, nonché con la costruzione di percorsi formativi per il potenziamento della crescita pedagogico-educativa e dei progetti volti alla promozione del benessere individuale e sociale. Il contratto precisa che tali funzioni si esplicano "con riferimento agli apprendimenti estrinseci nell'ambito patologico e riabilitativo".

Il profilo di educatore professionale socio-pedagogico si distingue esplicitamente dal profilo di "Educatore professionale socio-sanitario", denominato a seguito dell'articolo 1, comma 596 della Legge 205/2017, che continua a essere disciplinato dal Decreto Ministeriale 520 dell'8 ottobre 1998. Il requisito per l'accesso al profilo di EPSP è il diploma di laurea triennale in Scienze dell'Educazione appartenente alla classe L-19, come previsto dal comma 595 della Legge 205/2017.

5. Fondamenti teorici e contributo pedagogico nei servizi della salute

La presenza dell'educatore professionale socio-pedagogico nei servizi sanitari e sociosanitari si fonda su una solida tradizione della pedagogia professionale italiana. Bertolini (2005) ha teorizzato la pedagogia come scienza pratica orientata all'azione educativa intenzionale, evidenziando la dimensione relazionale e progettuale del lavoro educativo. Massa (1997) ha sviluppato il concetto di "clinica della formazione", sottolineando l'importanza dell'analisi critica delle pratiche educative nei contesti istituzionali.

Più recentemente, Mortari (2006) ha elaborato una riflessione sull'etica della cura applicata all'educazione, mentre Demetrio (1996) ha approfondito la dimensione autobiografica e narrativa nella relazione educativa

con adulti in situazioni di fragilità. Questi approcci teorici forniscono una base epistemologica robusta all'intervento dell'educatore socio-pedagogico nei contesti di cura.

L'approccio sistemico-relazionale, sviluppato da Folgheraiter (2011) nel lavoro sociale e da Donati (2013) nell'analisi delle reti, contribuisce a definire la funzione educativa come pratica sociale orientata alla promozione dell'autonomia, della partecipazione e del riconoscimento della persona come soggetto attivo del proprio progetto di vita.

La pedagogia della salute, come elaborata in Italia da Corsi e Stramaglia (2009) e da Orefice (2006), sostanzia teoricamente l'intervento educativo nei servizi di cura, definendo la salute non solo come assenza di malattia ma come processo di costruzione di benessere che coinvolge dimensioni educative, relazionali e sociali. A livello internazionale, gli studi sulla trasformazione educativa di Mezirow (2000) e Cranton (2016) e sulla relazione di caring di Noddings (2013) hanno fornito ulteriori contributi alla definizione del ruolo educativo nei contesti di cura.

6. Implicazioni per il welfare, i servizi e la ricerca scientifica

L'inserimento dell'educatore professionale socio-pedagogico nel CCNL Sanità Pubblica produce molteplici implicazioni per l'organizzazione dei servizi e lo sviluppo delle politiche di welfare. In primo luogo, consente una più chiara articolazione delle équipe multidisciplinari nei servizi di salute mentale, riabilitazione, dipendenze e fragilità sociali, distinguendo nettamente le competenze sanitarie da quelle educative pur valorizzando l'integrazione tra approcci diversi.

In secondo luogo, favorisce lo sviluppo di pratiche orientate alla persona e al suo progetto di vita, in coerenza con le linee guida dell'Organizzazione Mondiale della Sanità sui servizi "people-centred" (WHO, 2015) e con le indicazioni europee sulla professionalità educativa nei servizi sociali e sociosanitari. La presenza di professionisti con competenze specificamente educative permette di presidiare dimensioni quali l'educazione alla salute, la promozione dell'autonomia, il sostegno alle competenze genitoriali, l'accompagnamento nei processi di inclusione sociale.

Sul piano della ricerca scientifica, l'inserimento contrattuale dell'EPSP apre nuovi ambiti di indagine nell'ambito della pedagogia applicata alla salute. Si rende necessario sviluppare metodologie di valutazione dell'efficacia degli interventi educativi nei contesti di cura, elaborare modelli di progettazione pedagogica integrati con i percorsi terapeutici e riabilitativi, approfondire la riflessione sulla specificità del sapere pedagogico nei servizi sanitari.

7. Il quadro regionale: esperienze e normative territoriali

L'implementazione del profilo di educatore professionale socio-pedagogico nei servizi sanitari presenta caratteristiche diverse nelle varie regioni italiane. La Regione Campania offre un caso di studio particolarmente significativo, avendo visto sia momenti di resistenza sia importanti aperture all'inserimento degli educatori socio-pedagogici nei servizi della salute.

Come documentato dalla sentenza del TAR Campania dell'8 novembre 2023, l'ASL Napoli 1 Centro ha bandito diverse procedure concorsuali, sia a tempo determinato che indeterminato, rivolte specificamente agli educatori professionali socio-pedagogici. Queste iniziative, inizialmente contestate dagli ordini professionali sanitari, sono state confermate dalla giurisprudenza amministrativa, che ha riconosciuto la piena legittimità dell'operato dell'azienda sanitaria. Tale pronuncia ha fatto seguito a orientamenti della Direzione Generale per la Tutela della Salute della Regione Campania che, pur ribadendo la distinzione tra i due profili di educatore, non hanno escluso l'operatività degli educatori socio-pedagogici nei servizi sanitari per gli aspetti di loro competenza.

Sul piano dei servizi sociosanitari, diverse ASL campane hanno progressivamente inserito educatori socio-pedagogici nei servizi di salute mentale, nei centri diurni per persone con disabilità, nei servizi per le dipendenze e nei percorsi di riabilitazione. Questa presenza si è rivelata particolarmente significativa nei progetti di inclusione sociale, nel supporto alle famiglie e nell'accompagnamento educativo di persone in situazione di fragilità. L'esperienza campana testimonia come, superata la fase di contenzioso giurisprudenziale, si stia progressivamente consolidando una prassi operativa che valorizza le competenze specifiche degli educatori socio-pedagogici all'interno di équipe multidisciplinari.

Analoghe dinamiche si registrano in altre regioni italiane. La Regione Piemonte, con la già citata Delibera n. 128-9035 del 2019, ha fornito indicazioni riguardanti il personale con funzioni di educatore professionale operante nei servizi sanitari, sociosanitari e socio-assistenziali, riconoscendo la possibilità di impiego degli educatori socio-pedagogici per gli aspetti di competenza educativo-pedagogica. La Regione Lombardia, attraverso successive deliberazioni, ha precisato gli standard gestionali delle unità d'offerta sociosanitarie per persone con disabilità, distinguendo le funzioni educative di tipo sanitario-riabilitativo da quelle di tipo socio-pedagogico e animativo. Anche la Regione Emilia-Romagna, storicamente attenta all'integrazione tra servizi sociali e sanitari, ha progressivamente aperto all'inserimento degli educatori socio-pedagogici nei servizi sociosanitari territoriali e nelle strutture residenziali e semiresidenziali.

8. Conclusioni

Il riconoscimento dell'educatore professionale socio-pedagogico nel CCNL Sanità Pubblica costituisce un avanzamento normativo, professionale e culturale di portata significativa. La convergenza tra indirizzi legislativi nazionali, chiarificazioni giurisprudenziali e inserimento contrattuale permette di consolidare una visione della salute come processo che integra dimensioni biologiche, psicologiche, sociali e educative, al cui centro si collocano la persona, la crescita e il significato.

L'articolo 15 del CCNL riconosce formalmente che la cura non si esaurisce nell'intervento clinico-riabilitativo ma richiede competenze specificamente educative per promuovere l'autonomia, sostenere i processi di apprendimento, accompagnare i progetti di vita, prevenire le povertà educative. L'educatore professionale socio-pedagogico porta nei servizi della salute uno sguardo pedagogico che valorizza le risorse della persona, interpreta le difficoltà come ostacoli superabili attraverso processi educativi intenzionali, costruisce contesti che favoriscono partecipazione e inclusione.

Il percorso compiuto dalla Legge 205/2017 alla Legge 55/2024, passando attraverso l'articolo 33-bis del 2020 e il Decreto Ministeriale del 2021, fino all'inserimento nel CCNL del 2025, rappresenta il risultato di un lungo confronto tra istituzioni, associazioni professionali, mondo accademico e operatori dei servizi. L'impegno dell'APEI, riconosciuto anche in sede giurisprudenziale, è stato determinante nel sostenere le ragioni della professione e nel contribuire alla definizione di un quadro normativo coerente.

Le prospettive che si aprono riguardano lo sviluppo di modelli organizzativi che valorizzino effettivamente la presenza degli educatori socio-pedagogici nelle équipe multidisciplinari, la costruzione di percorsi formativi universitari sempre più orientati alle competenze necessarie per operare nei contesti della salute, l'elaborazione di metodologie di valutazione dell'efficacia degli interventi educativi. Sul piano della ricerca, si rende necessario approfondire i fondamenti epistemologici della pedagogia della salute, indagare le pratiche professionali emergenti, valutare l'impatto dell'integrazione tra dimensioni educative e sanitarie sulla qualità dei servizi e sul benessere delle persone.

L'inserimento dell'educatore professionale socio-pedagogico nel CCNL Sanità Pubblica non è solo un riconoscimento contrattuale ma rappresenta un'innovazione culturale che arricchisce la concezione stessa di salute e di cura, restituendo alla dimensione educativa il ruolo centrale che le compete nei processi di promozione del benessere individuale e collettivo.

Bibliografia

ARAN. (2025). *CCNL relativo al personale del Comparto Sanità per il triennio 2022-2024*. Agenzia per la Rappresentanza Negoziabile delle Pubbliche Amministrazioni. <https://www.aranagenzia.it>

Bertolini, P. (2005). *Per un lessico di pedagogia fenomenologica*. Erickson.

Consiglio di Stato. (2012). *Sentenza n. 4960 del 18 settembre 2012*. Sezione III.

Consiglio di Stato. (2021). *Sentenza n. 6292 del 14 settembre 2021*. Sezione III.

Corsi, M., & Stramaglia, M. (2009). *Dentro la famiglia: Pedagogia delle relazioni educative familiari*. Armando Editore.

- Cranton, P. (2016). *Understanding and promoting transformative learning: A guide to theory and practice* (3rd ed.). Stylus Publishing.
- Demetrio, D. (1996). *Raccontarsi: L'autobiografia come cura di sé*. Raffaello Cortina Editore.
- Donati, P. (2013). *Sociologia della relazione*. Il Mulino.
- Folgheraiter, F. (2011). *Fondamenti di metodologia relazionale: La logica sociale dell'aiuto*. Erickson.
- Massa, R. (1997). *Cambiare la scuola: Educare o istruire?* Laterza.
- Mezirow, J. (2000). *Learning as transformation: Critical perspectives on a theory in progress*. Jossey-Bass.
- Ministero della Salute & Ministero dell'Università e della Ricerca. (2021). *Decreto Ministeriale 27 ottobre 2021: Definizione delle funzioni e del ruolo dell'educatore professionale socio-pedagogico*. Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana.
- Mortari, L. (2006). *La pratica dell'aver cura*. Bruno Mondadori.
- Noddings, N. (2013). *Caring: A relational approach to ethics and moral education* (2nd ed.). University of California Press.
- Orefice, P. (2006). *La formazione di specie: Città, scuola e lifelong learning nell'età della globalizzazione*. Guerini Scientifica.
- Parlamento Italiano. (2017). *Legge 27 dicembre 2017, n. 205: Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2018 e bilancio pluriennale per il triennio 2018-2020*. Gazzetta Ufficiale n. 302 del 29 dicembre 2017.
- Parlamento Italiano. (2020). *Decreto Legge 14 agosto 2020, n. 104, convertito con modificazioni dalla Legge 13 ottobre 2020, n. 126*. Gazzetta Ufficiale n. 247 del 13 ottobre 2020.
- Parlamento Italiano. (2024). *Legge 15 aprile 2024, n. 55: Disposizioni in materia di ordinamento delle professioni pedagogiche e educative e istituzione dei relativi albi professionali*. Gazzetta Ufficiale n. 95 del 23 aprile 2024.
- TAR Campania. (2023). *Sentenza dell'8 novembre 2023*. Tribunale Amministrativo Regionale per la Campania.
- World Health Organization. (2015). *WHO global strategy on people-centred and integrated health services: Interim report*. <https://www.who.int/publications>

**Il PAPS come approccio pedagogico operativo:
riflessioni sul ruolo dell'educatore socio-pedagogico nei
contesti di confine**

**The PAPS as an Operational Pedagogical Approach:
Reflections on the Role of the Socio-Pedagogical
Educator in Borderline Contexts**

Loretta Pavan

lorettapavan@icloud.com

Abstract

Il Percorso di Apprendimento Pre-Strumentale - PAPS, così come delineato nei principali contributi di Leoni C. e Pavan L. (2022 -2023), rappresenta una proposta educativa innovativa, fondata sull'idea che l'apprendimento emerga dall'integrazione tra processi cognitivi e dimensione relazionale. L'approccio, centrato sulla persona e non sul deficit, si propone di potenziare i prerequisiti cognitivi, affettivi e motivazionali che precedono e sostengono ogni acquisizione strumentale, favorendo l'uso, con sempre maggior autonomia, delle strategie cognitive. Il contributo riflette sulla valenza pedagogica e sulle implicazioni operative del PAPS che, pur non appartenendo al sistema sociosanitario, dialoga con esso in modo costruttivo, configurandosi come un modello educativo autonomo, osservabile e replicabile, che consente all'educatore socio-pedagogico di esercitare pienamente il proprio ruolo e di collaborare con altri professionisti nel rispetto delle reciproche competenze. L'articolo analizza la struttura del PAPS, la mediazione educativa, l'importanza dell'ambiente e la capacità di utilizzare strategie cognitive con crescente autonomia, proponendo implicazioni teoriche e operative per la pratica educativa in contesti di confine.

Parole chiave: educazione, PAPS, potenziamento cognitivo, strategie cognitive, disabilità intellettiva, interdisciplinarietà, servizi socio-sanitari

Abstract

The Pre-Instrumental Learning Pathway – PAPS, as outlined in the main works by Leoni C. e Pavan L. (2022 - 2023) represents an innovative educational proposal grounded in the idea that learning emerges from the integration of cognitive processes and relational dimensions. This person-centred approach, rather than deficit-focused, aims to strengthen the cognitive, emotional, and motivational prerequisites that precede and support every instrumental acquisition, fostering progressively autonomous use of cognitive strategies. This contribution reflects on the pedagogical significance and operational implications of PAPS which, though not belonging to the health and social care domain, engages in constructive dialogue with it, positioning itself as an autonomous, observable, and replicable educational model. It enables the socio-pedagogical educator to fully exercise their role while collaborating with other professionals in full respect of each field's expertise. The article analyses the structure of PAPS, educational mediation, the importance of the learning environment, and the ability to use cognitive strategies with increasing autonomy, proposing theoretical and operational implications for educational practice in borderline contexts.

Keywords: education, PAPS, cognitive enhancement, cognitive strategies, intellectual disability, interdisciplinarity, socio-health services.

1. Introduzione

La Legge n. 55/2024¹ ha chiarito il quadro delle due professioni di educatore professionale: quella socio-pedagogica e quella socio-sanitaria. Tale evoluzione normativa ha introdotto il concetto di “doppio educatore simmetrico”, in cui le due figure collaborano nei medesimi contesti di servizio, pur mantenendo specificità epistemologiche e operative.

In questo scenario, il contributo dell'educatore socio-pedagogico non si limita a supportare attività riabilitative, ma consiste nella costruzione intenzionale di condizioni favorevoli all'apprendimento e alla relazione. L'educazione agisce sulla persona nella sua globalità, mobilitando risorse cognitive, affettive e sociali, e complementa il lavoro sanitario attraverso un approccio autonomo e riflessivo².

¹ LEGGE 15 aprile 2024, n. 55. Disposizioni in materia di ordinamento delle professioni pedagogiche ed educative e istituzione dei relativi albi professionali, Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana.

² Meirieu, J. (Ed.) (2016). Il piacere di apprendere. Teramo: Lisciani Scuola Editore.

All'interno di questo dibattito, il Percorso di Apprendimento Pre-Strumentale -PAPS³ rappresenta un approccio educativo operativo capace di rendere visibile la specificità dell'intervento nei contesti di confine. Pur essendo sviluppato in contesti educativi, il PAPS collabora con logopedisti, terapisti della neuropsicomotricità e altre figure riabilitative, creando uno spazio di dialogo interdisciplinare in cui l'educatore socio-pedagogico mantiene la propria autonomia epistemologica e metodologica. Attraverso osservazione, mediazione e progettazione, il percorso mira a costruire prerequisiti cognitivi e relazionali fondamentali per ogni apprendimento, integrando attenzione condivisa e persistente, memoria di lavoro, reciprocità, desiderio di comunicare, competenze di autoregolazione e la capacità di utilizzare strategie cognitive con crescente autonomia.

2. IL PERCORSO DI APPRENDIMENTO PRE-STRUMENTALE - PAPS

Il PAPS si fonda sull'idea che l'apprendimento non sia un processo lineare, ma un percorso dinamico che richiede mediazione, gradualità, osservazione continua e adattamento delle proposte educative sulla base della risposta del bambino. La prospettiva teorica sottesa al PAPS si richiama a contributi consolidati della pedagogia e della psicologia dello sviluppo, tra cui il ruolo della mediazione educativa⁴, l'importanza del contesto come matrice di sviluppo⁵ e la necessità di strutturare l'ambiente affinché possa diventare un facilitatore di funzioni cognitive emergenti⁶.

Parallelamente, l'approccio integra gli esiti più recenti della ricerca pedagogica sulle funzioni cognitive di base e sulle traiettorie di sviluppo dei bambini con disabilità intellettiva, in particolare per quanto riguarda l'attenzione⁷, la percezione, la memoria di lavoro, il linguaggio e le funzioni esecutive⁸.

2.1 IL PAPS COME APPROCCIO PEDAGOGICO OPERATIVO

Il PAPS è definito un approccio pedagogico operativo perché integra:

- una cornice teorica chiara, basata sui processi cognitivi fondamentali;
- una metodologia centrata sulla mediazione e su un ruolo attivo dell'educatore;
- una procedura osservativa continua, che guida la scelta e l'adattamento delle attività;
- una strutturazione intenzionale dei compiti, calibrati sul livello di funzionamento del bambino;
- un monitoraggio dinamico dei progressi, che consente di riorientare l'intervento.

Il termine “approccio pedagogico operativo” è preferibile a “dispositivo formativo” perché mette in evidenza la natura attiva, flessibile e situata del percorso, focalizzandosi sulle pratiche quotidiane e sulle scelte metodologiche dell'educatore. Non si tratta di un protocollo rigido né di un programma rigidamente precostituito, ma di un modello dinamico, adattabile ai diversi profili di funzionamento e alle differenti cornici educative⁹.

³ Leoni C., Pavan L. (2022). Potenziamento cognitivo precoce nella disabilità intellettiva: Il Percorso di Apprendimento Pre-Strumentale – PAPS. Volume 1 – Attività cognitive primarie e concetti di base per bambini in età prescolare, Trento: Erickson.

⁴ Feuerstein, R., Feuerstein, R.S., Falik, L., Rand, Y. (2008). Il programma di arricchimento strumentale di Feuerstein. Trento: Erickson.

⁵ Vygotskij, L.S. (1987). Il processo cognitivo. Torino: Bollati Boringhieri.

⁶ Bruner, J.S. (2016). Il processo educativo. Dopo Dewey. Roma: Armando editore.

⁷ Pavan L. e Leoni C. (2017), Il Programma di Arricchimento Pre-Strumentale e lo sviluppo dei sistemi attentivi, “Difficoltà di Apprendimento e Didattica Inclusiva”, vol. 4(4), pp. 469-491.

⁸ Diamond, A. (2013). Executive functions. Annual Review of Psychology, 64, 135-168.

⁹ Leoni C., Pavan L. (2022). Potenziamento cognitivo precoce nella disabilità intellettiva: Il Percorso di Apprendimento Pre-Strumentale – PAPS. Volume 1 – Attività cognitive primarie e concetti di base per bambini in età prescolare, Trento: Erickson.

L'obiettivo principale è duplice:

1. Strutturare e consolidare le Attività Cognitive Primarie, fondamentali per ogni ulteriore apprendimento.
2. Sostenere l'acquisizione autonoma e progressiva delle strategie cognitive, affinché il bambino possa impiegarle in modo flessibile nei diversi compiti e contesti.

Questi due elementi costituiscono il “cuore” del PAPS e ne definiscono il carattere distintivo rispetto ad altri approcci educativi.

2.2. UN APPROCCIO CIRCOLARE: OSSERVAZIONE, PROPOSTA, RETROAZIONE

Un aspetto centrale del PAPS è il suo modello circolare di intervento. A differenza dei programmi lineari, basati su una sequenza predeterminata di attività, il PAPS prevede un processo in cui le fasi si retroalimentano in modo continuo:

- Osservazione iniziale e in itinere del comportamento del bambino.
- Proposta dell'attività, calibrata sulle abilità emergenti.
- Analisi della risposta (modalità, tempi, strategie, indicatori di comprensione).
- Adattamento immediato o progressivo dell'attività o della strategia educativa.
- Ritorno all'osservazione, che guida la scelta delle attività successive.

Questo processo rende l'intervento plastico e flessibile, consentendo di rispettare i tempi del bambino, valorizzare le sue risorse e prevenire frustrazione o sovraccarico cognitivo. Tale impianto riflette pienamente l'idea di zona di sviluppo prossimale¹⁰, nella quale l'adulto costruisce un “ponte” tra ciò che il bambino sa fare da solo e ciò che può fare grazie alla mediazione.

2.3. IL RUOLO DELL'EDUCATORE: MEDIAZIONE E INTENZIONALITÀ

La figura dell'educatore è centrale nel PAPS.

L'educatore non si limita a proporre attività, ma svolge un'azione di mediazione intenzionale, che comprende:

- modulazione della difficoltà del compito;
- guida implicita o esplicita alle strategie cognitive;
- gestione dell'attenzione e dell'ambiente;
- suggerimenti minimi e decrescenti nel tempo;
- verbalizzazione delle azioni, per sostenere la costruzione di rappresentazioni mentali;
- rinforzo delle strategie efficaci, più che del risultato finale;
- promozione dell'autoregolazione e della consapevolezza del proprio processo cognitivo.

Questa forma di mediazione si ispira ai principi delineati da Feuerstein¹¹, ma viene declinata in modo specifico e operativo all'interno del PAPS, con una forte attenzione alla gradualità, alla sequenzialità logica e alla cura del contesto.

Leoni C., Pavan L. (2023a). Potenziamento cognitivo precoce nella disabilità intellettiva: Il Percorso di Apprendimento Pre-Strumentale – PAPS. Volume 2 – Abilità grafo-motorie e prelettura per bambini e bambine in età prescolare, Trento: Erickson.

Leoni C., Pavan L. (2023b). Potenziamento cognitivo precoce nella disabilità intellettiva: Il Percorso di Apprendimento Pre-Strumentale – PAPS. Volume 3 – Numero e processi cognitivi di ordine superiore per bambini e bambine in età prescolare, Trento: Erickson.

¹⁰ Vygotskij, L.S. (1987).

¹¹ Feuerstein, R. et al. (2008)

2.4. COLLOCAZIONE DEL PAPS NEI CONTESTI EDUCATIVI

È importante chiarire che il PAPS è un approccio educativo diverso da un percorso di natura riabilitativa inteso in senso strettamente clinico. Tuttavia, il PAPS viene spesso inserito in progetti educativi complessi, nei quali la collaborazione con figure riabilitative è non solo utile, ma auspicabile, poiché favorisce la coerenza tra interventi pedagogici e abilitativi e potenzia l'efficacia complessiva del percorso educativo.

3 LE ATTIVITÀ COGNITIVE PRIMARIE

Le Attività Cognitive Primarie rappresentano il nucleo teorico e operativo del PAPS. Esse costituiscono l'insieme dei processi cognitivi di base che permettono al bambino di percepire, interpretare, organizzare e utilizzare le informazioni provenienti dall'ambiente. Il loro consolidamento è indispensabile per costruire competenze più complesse e per rendere possibile l'apprendimento scolastico e funzionale e per dare origine all'Attenzione Endogena, cioè il processo che consente di dirigere, selezionare e mantenere il focus su stimoli rilevanti, filtrando le informazioni irrilevanti presenti nel contesto.

Il PAPS interviene su queste attività in modo strutturato, attraverso proposte calibrate, mediazione educativa intenzionale e una progressiva costruzione di strategie cognitive autonome.

Di seguito vengono presentate le principali Attività Cognitive Primarie, secondo la cornice teorica adottata dall'approccio:

- **Contatto Oculare Protratto:** descrive la capacità dei bambini di orientare in modo intenzionale ed attivo il proprio sguardo verso quello del mediatore e di mantenere questa condizione per il tempo richiesto dall'interazione comunicativa. Il Contatto Oculare Protratto rappresenta un prerequisito fondamentale per lo sviluppo dell'intenzionalità, della reciprocità e dell'attenzione comunicativa.
- **Focalizzazione Persistente e Attenzione Selettiva:** questa competenza riguarda la capacità del bambino di orientare lo sguardo, in modo intenzionale ed attivo, verso lo stimolo proposto dal mediatore e di mantenerlo per il tempo necessario all'adeguata raccolta delle informazioni rilevanti.
- **Persistenza in un'Attività Finalizzata Eterodiretta:** descrive la capacità del bambino di svolgere un'attività, proposta dal mediatore e dotata di uno scopo cognitivo esplicito, per il tempo necessario a completarla. La Persistenza in un'Attività Finalizzata Eterodiretta rappresenta la base dell'attenzione sostenuta e consente al bambino di sviluppare tolleranza allo sforzo cognitivo, continuità operativa e disponibilità all'apprendimento guidato.
- **Persistenza in una condizione di Reciprocità:** si tratta di un prerequisito essenziale per lo sviluppo dell'attenzione condivisa e delle competenze sociali. Consiste nella capacità del bambino di adeguare il proprio comportamento alle richieste e agli scopi dell'attività, concordando e rispettando regole condivise e modulando il proprio atteggiamento in modo sintonico con l'interlocutore. Questa coordinazione dell'interazione è alla base della costruzione di significati condivisi e della collaborazione intenzionale.
- **Autocontrollo Psicomotorio:** Descrive la capacità del bambino di modulare i propri movimenti ed il proprio bioritmo psichico, orientando e gestendo i sistemi attentivi in funzione delle richieste dell'attività. Tale competenza sostiene i processi di regolazione e permette al bambino di mantenere un livello adeguato di attivazione, evitando interferenze motorie e impulsive che ostacolerebbero l'elaborazione cognitiva.

Il lavoro sulle Attività Cognitive Primarie rappresenta quindi l'avvio del percorso PAPS, poiché esse rappresentano i prerequisiti trasversali per qualsiasi forma di apprendimento e per l'emergere delle funzioni cognitive, esecutive e linguistiche. La loro stabilizzazione consente al bambino di impegnarsi nel compito, condividere la finalità dell'attività, strutturare strategie efficaci e accedere a livelli sempre più complessi di elaborazione.

3.1 EVOLUZIONE DELLE ATTIVITÀ COGNITIVE PRIMARIE

Dopo il consolidamento delle Attività Cognitive Primarie, il percorso PAPS favorisce l'evoluzione delle competenze del bambino verso una maggiore autonomia nell'utilizzo delle strategie cognitive e una progressiva integrazione tra attenzione, percezione, memoria, linguaggio e funzioni esecutive.

Questa fase si concentra quindi sul potenziamento e l'integrazione delle abilità già acquisite, rendendo possibile l'uso intenzionale, flessibile e consapevole delle risorse cognitive di base in contesti più complessi e significativi¹².

Il mediatore guida il bambino verso la capacità di:

1. Esplorare e interagire con l'ambiente in modo intenzionale: orientando lo sguardo, la manipolazione e l'azione verso stimoli rilevanti, il bambino utilizza le competenze acquisite per selezionare informazioni, anticipare risultati e adattare i propri comportamenti alle richieste del contesto.
2. Sviluppare strategie di attenzione sostenuta e selettiva: il bambino consolida la capacità di mantenere il focus su compiti via via più complessi, filtrando stimoli irrilevanti e incrementando la propria partecipazione autonoma alle attività.
3. Potenziare memoria e organizzazione dell'informazione: le informazioni vengono trattate in modo più consapevole e funzionale, sostenendo la memoria di lavoro e la capacità di ricordare sequenze, regole e relazioni tra oggetti e azioni.
4. Applicare funzioni esecutive di base: pianificazione, autoregolazione, controllo degli impulsi e flessibilità cognitiva emergono come strumenti integrati nella vita quotidiana, permettendo al bambino di gestire compiti sempre più complessi e situazioni nuove.
5. Consolidare linguaggio e comunicazione intenzionale: le attività proposte favoriscono la comprensione, la produzione e l'uso funzionale del linguaggio, sostenendo la capacità di formulare richieste, spiegare azioni e partecipare a scambi comunicativi condivisi.
6. Rafforzare la coordinazione tra azione e percezione: il bambino integra percezione, movimento e attenzione per completare compiti con maggiore precisione, continuità e consapevolezza, migliorando l'efficacia delle proprie strategie cognitive.

Questa evoluzione consente al bambino di utilizzare, con progressiva autonomia, le strategie cognitive apprese, trasferendole in contesti quotidiani e di apprendimento più complessi. L'obiettivo non è introdurre nuove competenze isolate, ma promuovere un uso integrato, intenzionale e funzionale delle Attività Cognitive Primarie, consolidando i prerequisiti per lo sviluppo delle funzioni cognitive e relazionali.

¹² Leoni C., Pavan L. (2023b)

4. COLLABORAZIONE INTERDISCIPLINARE E GENERALIZZAZIONE DELLE COMPETENZE

Il percorso PAPS non si esaurisce all'interno di un contesto isolato, ma si sviluppa attraverso la collaborazione attiva con altre figure professionali coinvolte nello sviluppo e nel benessere del bambino. Tra queste figurano, a titolo esemplificativo, logopedisti, terapisti della neuropsicomotricità dell'età evolutiva (TNPE), terapisti occupazionali, tecnici della riabilitazione psichiatrica (TERP) e altre figure riabilitative.

La cooperazione tra educatore socio-pedagogico e figure riabilitative si fonda su alcuni principi chiave:

1. Reciprocità e complementarità dei ruoli: l'educatore si concentra sulla mediazione educativa e sul potenziamento delle Attività Cognitive Primarie, mentre le figure sanitarie lavorano sulle competenze funzionali specifiche. La sinergia consente di coniugare dimensione pedagogica e dimensione riabilitativa, mantenendo l'autonomia epistemologica di ciascun professionista.
2. Co-progettazione e condivisione degli obiettivi: il percorso viene definito in modo congiunto, con l'obiettivo di favorire l'uso integrato delle competenze cognitive acquisite. Gli obiettivi del PAPS vengono adattati alle specificità del bambino e armonizzati con gli interventi terapeutici, così da garantire coerenza e continuità.
3. Monitoraggio e documentazione condivisa: l'educatore osserva e registra l'uso delle strategie cognitive, la partecipazione alle attività e la generalizzazione delle competenze. Queste informazioni vengono condivise con le figure riabilitative, permettendo aggiustamenti continui e basati sull'evidenza osservativa.
4. Generalizzazione delle competenze: le Attività Cognitive Primarie, potenziate e integrate nel percorso PAPS, vengono trasferite in contesti diversi: a scuola, in famiglia, nei momenti di gioco e in attività abilitative e riabilitative. La collaborazione con insegnanti, caregiver e figure riabilitative, facilita l'applicazione spontanea delle strategie cognitive in situazioni reali, consolidando l'apprendimento e favorendo l'autonomia del bambino.
5. Sviluppo di strategie cognitive autonome: grazie alla mediazione educativa, al supporto interdisciplinare e alla pratica in contesti ecologici, il bambino impara a selezionare e applicare in autonomia le strategie cognitive più efficaci, aumentando la capacità di autoregolarsi, risolvere problemi e interagire con l'ambiente in modo funzionale.

Questa impostazione rafforza la dimensione educativa integrata del PAPS, evidenziando come la collaborazione con le figure riabilitative non riduca l'autonomia pedagogica, ma ne amplifichi l'efficacia. L'educatore socio-pedagogico diventa così un mediatore e facilitatore dell'apprendimento, mentre le competenze terapeutiche e riabilitative si consolidano in sinergia, garantendo uno sviluppo armonico e funzionale delle abilità del bambino.

5. VERSO UNA COLLABORAZIONE EDUCATIVO-SANITARIA: IL CONTRIBUTO DEL PAPS COME MODELLO INTEGRATIVO

Sebbene il PAPS non sia attualmente ancora implementato nei servizi sociosanitari, la sua struttura teorica e operativa mostra un'elevata compatibilità con i modelli integrati di intervento che il settore sanitario e riabilitativo richiede. L'approccio individua, consolida e sviluppa i prerequisiti cognitivi che sostengono ogni forma di abilitazione e di apprendimento, configurandosi di fatto come un ponte metodologico tra i processi educativi e quelli terapeutico-riabilitativi.

Una possibile integrazione del PAPS nei servizi sociosanitari trova fondamento in tre elementi principali:

5.1. COMPLEMENTARITÀ DI FINALITÀ E CORNICI TEORICHE

La dimensione educativa del PAPS, centrata sulla costruzione intenzionale di processi cognitivi e sulle strategie autonome del bambino, non si sovrappone alle finalità riabilitative delle figure sanitarie, ma le integra.

Mentre logopedisti, terapisti della neuro-psicomotricità (TNPEE) e altre figure riabilitative lavorano su specifiche funzioni compromesse, il PAPS opera sui prerequisiti trasversali che ne permettono l'efficace utilizzo: attenzione sostenuta, reciprocità, autocontrollo psicomotorio, focalizzazione persistente, permanenza in un compito finalizzato.

Questa complementarità rende l'approccio idoneo a rafforzare l'efficacia dei trattamenti sanitari, potenziando le condizioni cognitive che ne favoriscono la generalizzazione.

5.2. CONDIVISIONE STRUTTURATA DEGLI OBIETTIVI E DEI PROCESSI

In un contesto sociosanitario, il PAPS può contribuire in modo significativo alla definizione di obiettivi interprofessionali, garantendo una cornice educativa chiara, monitorabile, condivisa e verificabile attraverso osservazioni sistematiche.

In particolare, la mediazione educativa intenzionale permette di stabilizzare progressivamente:

- la capacità del bambino di partecipare attivamente alle terapie;
- la tenuta attenta durante compiti riabilitativi o abilitativi;
- la capacità di cooperare nella relazione triadica bambino–educatore–terapista;
- l'emergere di strategie cognitive autonome che favoriscono la continuità tra sedute terapeutiche e contesti di vita.

L'integrazione del PAPS non comporta la ridefinizione dei ruoli professionali, bensì una potenziata sinergia operativa, orientata allo sviluppo globale del bambino.

5.3. POSSIBILITÀ DI COSTRUIRE PERCORSI EDUCATIVI-RIABILITATIVI COORDINATI

In prospettiva, l'adozione del PAPS nei servizi sociosanitari potrebbe facilitare la creazione di percorsi congiunti nei quali:

- le attività cognitive primarie fungono da base comune per tutti gli interventi;
- il lavoro educativo sostiene l'aderenza, la motivazione e la continuità del bambino nelle terapie;
- i professionisti condividono osservazioni e indicatori funzionali, riducendo frammentazioni e sovrapposizioni.

La metodologia del PAPS, basata su sequenzialità circolare, osservazione continua e adattamento delle proposte, si presta con naturalezza ai protocolli multidisciplinari tipici dei servizi della salute.

5.4. IMPLICAZIONI PER LA PROFESSIONE DELL'EDUCATORE SOCIO-PEDAGOGICO

L'integrazione del PAPS nei servizi sociosanitari contribuirebbe a chiarire ulteriormente lo specifico professionale dell'educatore socio-pedagogico e del pedagogo, valorizzandone:

- la dimensione metodologica,

- la competenza nel trattamento dei processi cognitivi,
- la capacità di costruire ambienti intenzionalmente educativi e regolati,
- la funzione di mediazione tra bambino, famiglia e équipe.

In quest'ottica, l'approccio PAPS rappresenta un contributo originale e rigoroso alla collaborazione tra educazione e sanità, perché introduce un impianto pedagogico operativo che rafforza e non sostituisce gli interventi terapeutici.

6. CONCLUSIONI

Il Percorso di Apprendimento Pre-Strumentale si configura come un approccio pedagogico operativo capace di valorizzare l'identità professionale dell'educatore socio-pedagogico nei contesti di confine, offrendo una cornice metodologica chiara, osservabile e replicabile. L'analisi svolta evidenzia come il PAPS consenta di rendere esplicita la specificità dell'intervento educativo: costruire condizioni favorevoli all'apprendimento, sostenere l'emergere e la stabilizzazione delle Attività Cognitive Primarie, promuovere l'uso progressivamente autonomo delle strategie cognitive e strutturare ambienti intenzionali che favoriscano il coinvolgimento, la reciprocità e la partecipazione attiva del bambino.

Pur collocandosi all'interno dei servizi educativi e non appartenendo al sistema sociosanitario, il PAPS mostra una particolare attitudine a dialogare con le figure riabilitative, generando uno spazio di collaborazione interdisciplinare basato sulla complementarità e sul rispetto dei ruoli. La cooperazione tra educatori, logopedisti, terapisti della neuropsicomotricità e altri professionisti non snatura la natura educativa del percorso, ma ne amplifica la portata, favorendo la generalizzazione delle competenze nei diversi ambienti di vita e contribuendo alla definizione di interventi più coerenti, continui e centrati sulla persona.

L'approccio circolare del PAPS, fondato su osservazione sistematica, mediazione intenzionale, adattamento dinamico delle attività e monitoraggio evolutivo delle strategie cognitive, rappresenta un modello efficace per affrontare la complessità dei bisogni educativi nei contesti reali. La capacità del percorso di integrare dimensione relazionale, processi cognitivi fondamentali e ambiente di apprendimento colloca l'educatore socio-pedagogico in una posizione chiave all'interno dei servizi, rendendo il suo contributo non solo riconoscibile, ma anche indispensabile alla costruzione di progetti educativi complessi.

In questa prospettiva, il PAPS offre un esempio concreto di come l'educazione, pur distinta dalle pratiche sanitarie, possa collaborare in modo strutturato e produttivo con esse, partecipando alla costruzione di percorsi condivisi orientati allo sviluppo globale del bambino. Tale integrazione, lungi dal ridurre l'autonomia dell'educatore, ne evidenzia la competenza specifica e contribuisce a consolidare un modello di intervento che riconosce l'apprendimento come processo complesso, dinamico e profondamente relazionale.

Il PAPS dimostra come educazione e sanità possano convergere in uno spazio realmente condiviso, in cui l'azione pedagogica dialoga con quella sanitaria, la arricchisce e orienta lo sviluppo del bambino in modo più completo e consapevole.

Riferimenti bibliografici

Bruner, J.S. (2016). Il processo educativo. Dopo Dewey. Roma: Armando editore.

Diamond, A. (2013). Executive functions. *Annual Review of Psychology*, 64, 135-168.

Feuerstein, R., Feuerstein, R.S., Falik, L., Rand, Y. (2008). Il programma di arricchimento strumentale di Feuerstein. Trento: Erickson.

Leoni C., Pavan L. (2022). Potenziamento cognitivo precoce nella disabilità intellettiva: Il Percorso di Apprendimento Pre-Strumentale – PAPS. Volume 1 – Attività cognitive primarie e concetti di base per bambini in età prescolare, Trento: Erickson.

Leoni C., Pavan L. (2023a). Potenziamento cognitivo precoce nella disabilità intellettiva: Il Percorso di Apprendimento Pre-Strumentale – PAPS. Volume 2 – Abilità grafo-motorie e prelettura per bambini e bambine in età prescolare, Trento: Erickson.

Leoni C., Pavan L. (2023b). Potenziamento cognitivo precoce nella disabilità intellettiva: Il Percorso di Apprendimento Pre-Strumentale – PAPS. Volume 3 – Numero e processi cognitivi di ordine superiore per bambini e bambine in età prescolare, Trento: Erickson.

Pavan L., Leoni C. (2017), Il Programma di Arricchimento Pre-Strumentale e lo sviluppo dei sistemi attentivi, "Difficoltà di Apprendimento e Didattica Inclusiva", vol. 4(4), pp. 469-491.

Meirieu, J. (Ed.), (2016). Il piacere di apprendere. Teramo: Lisciani Scuola Editore.

Vygotskij, L.S. (1987). Il processo cognitivo. Torino: Bollati Boringhieri.

LEGGE 15 aprile 2024, n. 55. Disposizioni in materia di ordinamento delle professioni pedagogiche ed educative e istituzione dei relativi albi professionali, Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana.

Metodologia Freinetiana per riattivare la progettualità nelle persone con demenza

Applicazione della pedagogia democratica libertaria in gerontologia

Freinet methodology for reactivating planning skills in people with dementia

Application of libertarian democratic pedagogy in gerontology

Miriam Moretti

lacasaincantatadimiriam@gmail.com

Abstract

Questo articolo documenta il processo metodologico di riattivazione della capacità di desiderare in persone con demenza lieve, attraverso l'applicazione di dispositivi pedagogici ispirati alla pedagogia libertaria di Célestin Freinet nei Centri Sollievo di Montegrotto e Abano Terme (Veneto). Attraverso questa metodologia si vuole sfidare un punto fondamentale della pratica educativa gerontologica: come far emergere desideri nelle persone che hanno interiorizzato l'impossibilità di desiderare.

Parole chiave: Desiderio; Demenza; Pedagogia freinetiana; Autodeterminazione; Educazione gerontologica; Centri Sollievo.

Abstract (English)

This article documents the methodological process of reactivating the capacity for desire in people with mild dementia through the application of pedagogical devices inspired by Célestin Freinet's libertarian pedagogy in the Relief Centres of Montegrotto and Abano Terme (Veneto). This methodology aims to challenge a fundamental aspect of gerontological educational practice: how to bring out desires in people who have internalised the impossibility of desiring.

Keywords: Desire; Dementia; Freinet pedagogy; Self-determination; Gerontological education; Respite centres.

1. INTRODUZIONE

"Cosa vorresti fare oggi?" è una domanda semplice, rispettosa. Eppure, quando viene rivolta alle persone che frequentano i Centri Sollievo la risposta che più spesso sentiamo è: "Non lo so", "Quello che fate voi va bene".

Non stiamo parlando di persone che non hanno desideri, ma di persone che non sono più capaci di desiderare. Questo accade per un processo complesso che intreccia differenti dimensioni rientrano tra le più comuni: la dimensione culturale sia una via basata sul sacrificio e una percezione di inutilità legata alla fase di vita in cui si trovano. La dimensione patologica, infatti, la demenza compromette non solo la memoria ma anche la capacità di proiettarsi nel futuro. Come nota Kitwood (1997), la persona con demenza viene progressivamente ridotta a oggetto di cura, perdendo lo status di soggetto desiderante. Il rischio è quello che Rogers (1951) definiva "locus of evaluation esterno": la persona smette di consultare il proprio mondo interno per sapere cosa vuole, e delega completamente agli altri (familiari, operatori, istituzioni) la definizione di ciò che è bene per lei. La domanda di ricerca che ha orientato il nostro lavoro nei Centri Sollievo di Montegrotto e Abano Terme, gestiti dall'Associazione A.M.A.P. (Associazione Malattia di Alzheimer Padova), è stata quindi: come si riattiva la capacità di desiderare in chi ha dimenticato di poterlo fare?

1.1 Desiderio e Pedagogia

Il lavoro educativo con le persone con demenza non deve essere solo rivolto alla stimolazione cognitiva per mantenere le proprie risorse, ma deve aiutare a manifestare il potenziale vitale e questo succede attraverso la consapevolezza dei propri desideri: volere qualcosa, tendere verso qualcosa, progettare qualcosa. La nostra ferma convinzione è che far emergere i desideri non è un optional pedagogico, ma un intervento che contrasta direttamente quello che Seligman (1975) ha definito "learned helplessness" (impotenza appresa): quando una persona sperimenta ripetutamente la perdita di controllo sulla propria vita, smette di tentare di esercitare qualsiasi forma di agentività, anche quando l'opportunità si presenta. Errico scrive (2013), parlando della psicologia di Freinet, "il concetto di 'potenziale massimo di vita' o di 'potenza vitale' è uno dei più profondi presupposti della riflessione di Freinet, secondo il quale tutto si compie come se l'individuo avesse un potenziale di vita che tende non solamente a conservarsi, ma a crescere, ad affermarsi e a trasmettere se stesso ad altri esseri" (p. 147).

2. FREINET E LA PEDAGOGIA DEL DESIDERIO

La pedagogia di Célestin Freinet (1896-1966) si fonda su un principio rivoluzionario: l'educazione deve partire dai bisogni e dagli interessi autentici del soggetto che apprende, non da programmi imposti dall'esterno. Come scrive Freinet stesso: "Non si può costringere nessuno a bere se non ha sete" (Freinet, 1969, p. 23, citato in Errico, 2013). Questo spostamento dal risultato al processo è fondamentale. Ciò che conta non è che l'anziano con demenza "produca" qualcosa di valutabile, ma che desideri fare quella cosa e che il farla lo metta in contatto con il proprio potenziale vitale. La teoria freinetiana della motivazione anticipa di decenni quella che Deci e Ryan (2000) chiameranno "Self-Determination Theory": l'idea che la motivazione intrinseca, alimentata dall'autonomia, dalla competenza percepita e dal senso di relazione, produca benessere psicologico molto più profondo della motivazione estrinseca.

2.1 Il tâtonnement expérimental

Un concetto chiave della pedagogia freinetiana è il tâtonnement expérimental, letteralmente "procedere a tastoni sperimentando". Come spiega Errico (2013): "La pedagogia freinetiana si concentra sul processo di acquisizione piuttosto che sui risultati e mira a rendere l'individuo protagonista del suo apprendimento attraverso la ricerca attiva" (p. 184). Il tâtonnement è il modo naturale con cui i bambini apprendono: per tentativi, errori, aggiustamenti progressivi. Non c'è un percorso prestabilito dall'educatore, ma una ricerca esplorativa condivisa in cui educatore e educando procedono insieme. Nei centri sollievo questo approccio significa tre punti fondamentali: accettare l'incertezza, cioè diamo valore al ragionamento e ascoltiamo con attenzione le loro discussioni, spesso ci portano in luoghi che non avremmo mai tenuto in considerazione; gli errori fanno parte del percorso, creiamo un ambiente in grado di accoglierli e valorizzarli, l'errore se trattato con rispetto e ascolto diventa un atto di estrema bellezza, e lì spesso troviamo i nostri desideri; rispettare i tempi di ognuno, lavorando sui turni di parola e sulla lentezza. Questa crea un ambiente dove l'anziano si sente accolto e riesce a sperimentare ed esplorare i suoi pensieri. E in questo processo si esplora, il tâtonnement, emergono nuovi desideri.

2.2 L'educazione libertaria: democrazia e autodeterminazione

L'educazione libertaria si fonda sul presupposto che la democrazia si impara praticandola, non ascoltando lezioni su di essa. Ogni micro-decisione quotidiana (cosa fare, come farlo, con chi farlo) diventa un esercizio di cittadinanza attiva. Un Centro Sollievo ispirato a Freinet non può qualificarsi come un luogo in cui gli anziani vengano "intrattenuti" passivamente, ma deve rappresentare uno spazio in cui i progetti nascono tramite la decisione collettiva dell'intero gruppo. Ad esempio, il progetto "gite" è nato dal desiderio comune di uscire dal centro e di fare qualcosa di diverso. Ogni individuo possiede una voce decisiva; abbiamo posticipato alcuni progetti poiché anche una persona aveva ritenuto rischioso intraprendere quella determinata attività. In questo contesto, l'educatore funge da facilitatore, non da animatore né da semplice proponente di attività. Se prestiamo attenzione e ascoltiamo attivamente, i desideri emergono durante i momenti informali. Per tale motivo, nei centri riserviamo ampio spazio a momenti di libertà e di confronto.

2.3 Dal bambino all'anziano

È necessaria una precisazione metodologica. Le teorie pedagogiche di Freinet sono state sviluppate principalmente in contesti scolastici rivolgendo l'attenzione a bambini. Qual è la legittimità teorica di applicarle a individui anziani affetti da demenza? La risposta risiede nell'universalità dei principi, non nella specificità dei contesti. Come osservato da Knowles (1980) nella sua teoria sull'andragogia, esistono differenze significative tra pedagogia e andragogia, ma i principi di rispetto, autodeterminazione e apprendimento esperienziale mantengono valenza per tutte le età. Pertanto, la specificità gerontologica richiede un adattamento critico della pedagogia freinetiana: una maggiore focalizzazione sul presente ("qui e ora") piuttosto che sulla proiezione futura; l'integrazione della dimensione del lutto legata alle capacità perdute; la valorizzazione della memoria biografica come risorsa; l'accettazione della degenerazione come elemento intrinseco del processo, non come fallimento educativo. Come sostenuto da Kitwood (1997), la cura centrata sulla persona nelle demenze si fonda su principi molto vicini a quelli freinetiani: riconoscere la

persona oltre la malattia, valorizzare le capacità residue, creare ambienti che sostengano l'agente, mantenere la dimensione relazionale. 3. METODOLOGIA: IL PROCESSO DI "ARCHEOLOGIA DEL DESIDERIO"

3 Metodi e sfide giornalieri

La prima sfida è di ordine relazionale. Le persone che arrivano ai Centri Sollievo portano con sé: La paura del giudizio, la vergogna per le proprie difficoltà, l'abitudine alla passività, e ovviamente, come chiunque entri in un gruppo nuovo la diffidenza verso contesti nuovi. In queste condizioni, chiedere "Cosa vorresti fare?" non solo non produce risposte, ma può essere percepito come una trappola o un test cognitivo mascherato. Riusciamo a passare questo step attraverso un fenomeno emerso spontaneamente nei Centri Sollievo: quello che potremmo definire, in termini accademici, peer education gerontologica: le persone che frequentano il centro da più tempo assumono spontaneamente il ruolo di "educatori paritari" verso i nuovi arrivati, riproducendo e trasmettendo in maniera implicita il clima di accoglienza e legittimazione della scelta e di desiderio. Il primo progetto che come Educatrice presentai per creare un clima di possibilità di scelta fu nel 2019 con il progetto di "Fabulazione".

3.1 dal progetto alla routine

Il progetto "Fabulazione" aveva l'obiettivo generale di rieducare le persone alla scelta, questo sarebbe avvenuto costruendo una storia. In ogni incontro si definiva un tema come ad esempio il castello, nella prima parte della mattinata si discuteva su quel tema; nella seconda parte lo si riprendeva e si andava a creare un artefatto che includesse le idee di tutti. Una volta terminato il progetto, purtroppo poco prima della chiusura del covid, abbiamo iniziato ad introdurre un'attività cardine della nostra routine giornaliera: la Carta Giornaliera.

La Carta del Giorno, viene presentata subito dopo l'accoglienza ed intende realizzare il "Testo libero" freinetiano, seppur adattato in forma orale; si tratta di un'applicazione interessante e approfondita della pedagogia di Célestin Freinet, finalizzata a valorizzare l'espressione e il protagonismo. Come scrive Bruzzone (2024), questo crea una "comunità che valorizza e riconosce la diversità di ciascuno come arricchimento della comunità stessa" (p. 47). La Carta del Giorno è il dispositivo che più direttamente riattiva i desideri. Si ispira al "testo libero" freinetiano, ma adattato in modalità orale dato il contesto (Fiorucci et al., 2023). Per questa prima attività viene estratta una carta da un mazzo che contiene una parola. Si discute da prima sul significato che ogni persona dà a quella parola, dopo di che si attiva la memoria bibliografica andando a creare un terreno fertile dove ognuno parla del proprio mondo interiore e spesso si crea una catena narrativa collettiva. Come nota Sabat (2001), nelle demenze la memoria autobiografica rimane spesso preservata più a lungo della memoria episodica recente. Valorizzare i ricordi non è nostalgia sterile, ma riconnessione con la propria identità narrativa. Quando iniziano ad emergere i ricordi veri Come scrive Errico (2013): "La pedagogia freinetiana mira a rendere l'individuo protagonista del suo apprendimento attraverso la ricerca attiva" (p. 184).

Successivamente si passa alla ginnastica dolce. Lo scopo della ginnastica è stimolare cognitivamente i nostri ospiti mediante il corpo. Non si intende, né può essere, un'attività riabilitativa né fisioterapica. Inoltre, dedicare un momento di spazio al confronto con il proprio corpo è importante per l'intera sfera psicosociale e relazionale, poiché consente alle persone di ricreare contesti di accoglienza delle difficoltà altrui e delle proprie.

«La presa di coscienza della propria corporeità e le attività motorie, se opportunamente orientate, possono favorire il processo di acquisizione...»... di competenze comunicative e socio-relazionali parimenti collegate all'educazione civica" (Primerano, 2021)

Poi si passa al momento più atteso: la Merenda, dalle 10:30 alle 11:00, pensato per incentivare la conversazione libera e l'autodeterminazione. Attraverso la socializzazione spontanea si crea un momento di scambio reciproco che, nel tempo, ha favorito la nascita di vere e proprie amicizie. La ricerca di Kindell et al. (2017) mette in evidenza l'importanza della conversazione quotidiana nelle persone affette da demenza non solo per la funzione transazionale, ma soprattutto per quella interazionale, essenziale al mantenimento di relazioni, identità e benessere. Bisogna aprire una parentesi, in questo momento della giornata la distinzione tra funzione transazionale e interazionale diventa fondamentale. Gli obiettivi transazionali (ad esempio lo

scambio di informazioni concrete, come: “vuoi dell’acqua?”) possono essere progressivamente compromessi, mentre gli obiettivi interazionali (mantenimento della relazione, riconoscimento reciproco e affermazione identitaria) tendono a rimanere preservati. Conseguentemente, l’educatore è chiamato a riconoscere che ogni atto comunicativo, anche se apparentemente privo di contenuto informativo utile, veicola significati relazionali e sociali. L’espressione libera, priva di trasmissione di contenuti “utili”, indica che comunicare in qualunque modo rappresenta espressione di vita sociale. Il libero scambio che si sviluppa durante questo momento contribuisce a contrastare l’isolamento e la solitudine, generando un clima di condivisione e solidarietà naturale che accresce il senso di autoefficacia delle persone, facendole sentire ancora competenti nonostante le difficoltà.

L’ultima ora della mattinata ci occupiamo delle attività. Le attività possono essere di stimolazione cognitiva o attività creative. Le attività di stimolazione creativa sono tendenzialmente orientate al periodo dell’anno in cui siamo e alle festività. Le attività di stimolazione cognitiva avvengono attraverso il gioco. Senza entrare nel merito del dibattito tra stimolazione ludica e classica – tema che richiederebbe un’analisi separata – illustro brevemente come il gioco si inserisca nella cornice teorica freinetiana. L’uso del gioco per la stimolazione cognitiva trova una sua solida legittimazione nella teoria freinetiana, poiché il gioco, nelle sue declinazioni di "lavoro-gioco" e "gioco-lavoro", è l’espressione più naturale e potente del dinamismo vitale dell’individuo, il meccanismo attraverso cui la persona sperimenta, accresce la propria potenza in un circolo virtuoso di apprendimento e benessere. Il gioco oltre a utilizzare una motivazione intrinseca dove si accresce il potenziale dell’individuo attiva delle funzioni che utilizza come strumento di ri-adattamento andando a utilizzare le funzioni compensative per riuscire a svolgere il compito, tutto questo in una metacomunicazione che garantisce la possibilità di sbagliare perché il gioco di per se non è un’attività giudicante. Questo lega il gioco al Tâtonnement Sperimentale di cui abbiamo parlato prima. acquisizione piuttosto che sui risultati e mira a rendere l’individuo protagonista del suo apprendimento attraverso la ricerca attiva. “Applicare la pedagogia freinetiana significa fare scuola in un nuovo e originale modo, ponendo il focus non sui risultati, come esige l’odierna società tecnologica e competitiva che celebra il mito dell’efficacia e dell’efficienza, bensì sul processo di acquisizione...”(Errico, 2013)

4. Riflessioni Finali

L’applicazione della pedagogia Freinet nei Centri Sollievo di Montegrotto e Abano Terme ha permesso di conseguire gli obiettivi principali: superare l’assistenza passiva, valorizzare le competenze rimanenti e favorire la partecipazione attiva delle persone affette da demenza. Il punto di forza dell’approccio risiede nella capacità di trasformare la logica assistenziale tradizionale. La Carta del Giorno ha dato voce a pensieri, timori e desideri spesso inesprimibili dagli anziani con timore di creare preoccupazioni per i familiari, restituendo dignità narrativa alle persone. L’impiego del gioco per stimolare la mente si è rivelato particolarmente efficace: il carattere non giudicante ma competitivo ha permesso agli utenti di tollerare l’errore e di impegnarsi attivamente nella ricerca di soluzioni. La merenda condivisa, seppur apparentemente banale, si è rivelata uno strumento di costruzione della comunità di grande potenza. La co-progettazione, integrando i desideri degli utenti nella programmazione annuale, ha reso possibile realizzare attività quali addobbi per le festività del territorio o collaborazioni con altre associazioni, facendone sentire gli utenti parte attiva della comunità. Il lavoro iniziale è stato particolarmente lungo: è stato necessario instaurare gradualmente un clima di fiducia in cui fosse sicuro esprimere desideri senza sentirsi giudicati o “di peso”. È stato indispensabile un prolungato lavoro di “rieducazione al desiderio”.

5. Conclusioni e riflessioni finali

L’esperienza condotta nei Centri Sollievo di Montegrotto e Abano Terme dimostra che è possibile, e necessario, applicare i principi della pedagogia democratica e libertaria anche nel contesto dell’educazione gerontologica. I risultati indicano che, quando le persone affette da demenza sono riconosciute come soggetti attivi, capaci di esprimere desideri e di contribuire alla costruzione della loro quotidianità, si innesca un circolo virtuoso di benessere, partecipazione e mantenimento delle competenze residue.

Ci sono tre elementi centrali in questa esperienza: la capacità di far emergere i desideri autentici degli utenti; tale processo di “rieducazione al desiderio” costituisce l’aspetto più originale dell’esperienza. Non si tratta

semplicemente di chiedere “cosa vuoi fare?”, ma di creare le condizioni affinché il desiderio possa affiorare, essere riconosciuto, legittimato e sostenuto. L’impiego del gioco e della conversazione libera come strumenti educativi ha permesso di attivare processi di apprendimento e di costruzione di legami sociali in modo naturale, incarnando pienamente il *tâtonnement* freinetiano. Il cuore dell’educazione di Freinet consiste nel fatto che l’educazione è sempre un cammino verso l’emancipazione: tale principio vale sia per i bambini sia per gli anziani, sia per chi gode di buona salute sia per chi vive la fragilità della demenza. Il nostro compito, in qualità di educatori, è continuare a credere in questa possibilità di emancipazione, anche quando tutto sembra spingere verso la rinuncia e la passività. La scelta di basare la programmazione dei Centri Sollievo sui desideri degli utenti non è mera cortesia, ma un’applicazione pratica ed etica del principio di emancipazione al centro della pedagogia freinetiana. Sia Freinet per i bambini sia l’approccio del co-design per gli adulti fragili riconoscono che il percorso di crescita e benessere deve essere alimentato dal desiderio e dall’interesse intrinseco del soggetto; diversamente si corre il rischio di frustrazione e di negazione della personalità. La pedagogia freinetiana ci ricorda che l’utopia non è un sogno irrealizzabile, bensì una forza che consente di proseguire, di immaginare e di costruire contesti educativi più giusti e più umani. I Centri Sollievo possono e devono diventare luoghi di questa utopia concreta. In tale ottica, l’esperienza non rappresenta solo un modello replicabile, ma soprattutto un messaggio di speranza: fino all’ultimo è possibile crescere, apprendere, desiderare e costruire relazioni significative. Fino all’ultimo, l’educazione è vita.

BIBLIOGRAFIA

- Bruzzone, F. (2024). *L'esperienza come essenza: Per una scuola libera e democratica fuori e dentro l'aula* [Tesi di laurea non pubblicata]. Università di Genova.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). The "what" and "why" of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 11(4), 227-268.
- Errico, G. (2013). *Aspetti educativi e formativi della riflessione psicologica di Célestin Freinet: Analisi del saggio di psicologia sensibile* [Tesi di dottorato, Università degli Studi di Roma Tor Vergata e Universidad de Granada]. Editorial de la Universidad de Granada.
- Fiorucci, M., Loiodice, I., & Ladogana, M. (A cura di). (2023). *Scuola, democrazia, partecipazione e cittadinanza in occasione dei 100 anni dalla nascita di Mario Lodi*. Pensa Multimedia.
- Kindell, J., Keady, J., Sage, K., & Wilkinson, R. (2017). Everyday conversation in dementia: A review of the literature to inform research and practice. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 52(4), 392–406. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12298>
- Kitwood, T. (1997). *Dementia reconsidered: The person comes first*. Open University Press.
- Knowles, M. S. (1980). *The modern practice of adult education: From pedagogy to andragogy*. Cambridge Adult Education.
- Primerano, F. (2021). *Educazione Civica: Dal senso comune di Cittadinanza ai suoi cenni storici*. Youcanprint.
- Regione Veneto. (n.d.). *Centri sollievo. Una Mappa per le Demenze*. Recuperato il 15 novembre 2025, da <https://demenze.regione.veneto.it/io-sono/assistente-sociale/centri-sollievo/>
- Rogers, C. R. (1951). *Client-centered therapy: Its current practice, implications, and theory*. Houghton Mifflin.
- Sabat, S. R. (2001). *The experience of Alzheimer's disease: Life through a tangled veil*. Blackwell Publishers.
- Seligman, M. E. P. (1975). *Helplessness: On depression, development, and death*. W. H. Freeman.



**Dal sapere medico al sapere pedagogico: la medicina
narrativa come via per una medicina di genere
inclusiva**

**From Medical Knowledge to Pedagogical Knowledge:
Narrative Medicine as a Pathway Toward an Inclusive
Gender-Based Medicine**

Evelyn Grazia Nericcio

evelyn.grazia.nericcio@apei.it

evelyn_avis91@hotmail.it

Abstract

Questo articolo propone un'analisi pedagogico-formativa della medicina narrativa a partire dai contributi di Massimiliano Marinelli — “*Che cos'è la medicina narrativa? Problemi e metodi*” (2023) e “*Dizionario di medicina narrativa. Parole e pratiche*” (2022) — e dall'opera principale di Rita Charon “*Narrative Medicine: Honoring the Stories of Illness*” (2006). Attraverso un confronto strutturato dei tre testi, l'articolo esamina i fondamenti teorici, le implicazioni educative e le prospettive applicative della medicina narrativa nella formazione dei professionisti sanitari. L'analisi, di tipo ermeneutico e qualitativo, integra la letteratura recente sul tema, con particolare riferimento a studi empirici e revisioni sistematiche (Banfi et al., 2018; Palla et al., 2024; Quah et al., 2023). Emergono tre aree pedagogiche di rilievo: la competenza narrativa come dispositivo formativo, la funzione riflessiva e relazionale della narrazione, e la necessità di modelli didattici misti (umanistico-scientifici). L'articolo conclude sottolineando l'importanza di consolidare la medicina narrativa e di genere come disciplina educativa capace di coniugare empatia, professionalità e conoscenza clinica.

Parole chiave: medicina narrativa, medicina di genere, approcci e metodologie pedagogiche, pedagogia della cura, pratica educativa

Abstract

This article offers a pedagogical and formative analysis of narrative medicine based on the works of Massimiliano Marinelli — *Che cos'è la medicina narrativa? Problemi e metodi* (2023) and *Dizionario di medicina narrativa. Parole e pratiche* (2022) — and Rita Charon's seminal book *Narrative Medicine: Honoring the Stories of Illness* (2006). Through a structured comparison of these three texts, the article examines the theoretical foundations, educational implications, and practical perspectives of narrative medicine in the training of healthcare professionals. The analysis, hermeneutic and qualitative in nature, integrates recent literature on the subject, with particular attention to empirical studies and systematic reviews (Banfi et al., 2018; Palla et al., 2024; Quah et al., 2023). Three key pedagogical areas emerge: narrative competence as a formative device, the reflective and relational function of storytelling, and the need for mixed (humanistic-scientific) educational models. The article concludes by emphasizing the importance of consolidating narrative medicine as an educational discipline capable of uniting empathy, professionalism, and clinical knowledge.

Keywords: narrative medicine, gender medicine, pedagogical approaches and methodologies, pedagogy of care, educational practice.

1. Introduzione: la pedagogia come pratica educativa nello scenario sanitario

1.1. La polisemia della cura tra pedagogia e medicina

La pedagogia è una scienza che, fin dall'antichità, ha vagliato diverse dimensioni, tra cui quello dell'essere umano e quello della differenza dei sessi, tra diversi saperi e molteplici discipline. Il tema principale su cui si focalizza la pedagogia è la cura, il “prendersi” e l’“aver” cura. In tale ottica, sistemica e complessa, è possibile avviare una riflessione epistemologica e pratico-operativa sull'incontro e integrazione tra pedagogia e medicina. Una riflessione che introduce nuovi piani interpretativi dell'oggetto, del campo di pertinenza, delle logiche, dei linguaggi, delle prospettive metodologiche della formazione, in direzione di ulteriori intrecci e scambi interdisciplinari che formano nuovi campi di ricerca. Le complesse e complete esperienze di applicazione, studio e ricerca di Édouard Séguin, come quella di altri medici pedagogisti, tra cui Jean Itard e Maria Montessori, hanno dimostrato la produttività di tali scambi e per una riflessione che coniuga diverse tecniche e saperi.

Prendendo in considerazione il termine di *cura*, in inglese declinata con *cure* o *care*, si hanno come riferimento i significati di rimedio e guarigione nel primo caso e di assistenza nel secondo caso, termine molto vicino al verbo italiano (Ronco, Tartaglia, 2015). Il verbo curare è coniugato nella sua forma attiva e indica l'azione efficace ed efficiente della medicina sul patologico. Il verbo inglese *to cure* esplicita il senso

di questo trattare la malattia. Tuttavia, il verbo *curare* può essere coniugato anche in forma passiva (*essere curato*) o riflessiva (*curarsi*). Il termine latino *cura* indica la sollecitudine, la premura, l'interesse, lo stare in pensiero per qualcuno, senza che necessariamente questa disposizione debba concretizzarsi in qualche atto definitivo (Curi, 2017). Facendo riferimento al lessico inglese, il verbo che corrisponde al binomio greco – latino *therapeia* come servizio e *cura* come lo stare in pensiero non è *to cure*, ma piuttosto *to care*. Per poter comprendere a pieno questo intrecciarsi di significati, bisogna far riferimento alla favola di Cura di Igino che Martin Heidegger ha inserito nel suo *Essere e tempo* (Heidegger, 1976):

“La Cura, mentre stava attraversando un fiume, scorse del fango cretoso; pensierosa ne raccolse un po’ e incominciò a dargli forma. Mentre è intenta a stabilire che cosa abbia fatto, interviene Giove. La Cura lo prega di infondere lo spirito a ciò che essa aveva fatto. Giove acconsente volentieri. Ma quando la Cura pretese imporre il suo nome a ciò che aveva fatto, Giove glielo proibì e volle fosse imposto il proprio. Mentre la Cura e Giove disputavano sul nome, intervenne anche la Terra, reclamando che a ciò che era stato fatto fosse imposto il proprio nome, perché aveva dato ad esso una parte del proprio corpo. I disputanti elessero Saturno a giudice, il quale comunicò ai contendenti la seguente giusta decisione: “Tu, Giove, che hai dato lo spirito, al momento della morte riceverai lo spirito; tu, Terra, che hai dato il corpo, riceverai il corpo. Ma poiché fu la Cura che per prima diede forma a questo essere, fin che esso vive lo possieda la Cura. Per quanto concerne la controversia sul nome, si chiami homo poiché è fatto di *humus* (Terra)”.

1.2. La *narrative competence* nella medicina narrativa

Le pratiche narrative nei contesti della cura hanno l’obiettivo di mettere a fuoco gli interventi formativi nell’ambito socio-educativo e sanitario dentro la più ampia disciplina delle *Medical Humanities*. Il connubio delle due discipline, pedagogia e medicina, intende, quindi, sollevare pensieri e riflessioni attraverso cui interpellare criticamente il pensare e l’agire della cura nei vari ambiti (in particolare, quello medico-sanitario) in una prospettiva pedagogica, che possa essere in grado di rimettere al centro le nozioni di narrazione e di narratività. Scrive a questo proposito Rita Charon, la fondatrice dell’approccio della medicina narrativa (Charon 2006):

“Ho cominciato a scrivere storie sui pazienti che mi disturbavano e mi sconcertavano. Più scrivevo sui miei pazienti e su me stessa, più mi convincevo che lo scrivere questi racconti mi permetteva un accesso alla conoscenza – del paziente e di me stessa – che altrimenti sarebbe rimasta fuori della mia portata. Diventavo maggiormente partecipe, più curiosa, più coinvolta nella loro realtà, più dalla loro parte”.

Secondo l’esperienza della Charon, i professionisti della salute dovrebbero acquisire una competenza narrativa, costituita da una serie di abilità necessarie per riconoscere, acquisire, interpretare ed essere coinvolti dalle storie che ascoltano o che leggono. Si tratta di abilità “testuali” (cioè identificare la struttura di una storia, rendersi conto della molteplicità delle sue prospettive, riconoscere le metafore e le allusioni); abilità “creative” (immaginare molteplici interpretazioni, far crescere la curiosità, inventare più “finali”); e abilità “affettive” (tollerare l’incertezza mentre la storia si dipana, entrare nel “clima” emotivo, negli umori della storia). Tutte queste capacità, sempre secondo la Charon, forniscono al lettore o all’ascoltatore gli strumenti per trarre informazioni dalle storie, per decodificarle e così cominciare a capirne anche i significati nascosti (Charon, 2006).

Negli ultimi vent’anni, la “*medicina narrativa*” è divenuta un ambito interdisciplinare che intreccia scienze della salute, letteratura, filosofia e pedagogia. Introdotta in modo sistematico da Rita Charon (2001; 2006), essa si fonda sulla capacità del medico e del curante di “riconoscere, assorbire, interpretare e agire sulle storie di malattia” del paziente. Tale “*narrative competence*” non solo consente di costruire un rapporto clinico più empatico e partecipativo, ma anche possiede un valore formativo: educare alla narrazione significa formare all’ascolto, alla riflessività e al pensiero complesso.

Rita Charon definisce la Medicina Narrativa (MN) come “la pratica clinica rafforzata dalla competenza narrativa: la capacità di riconoscere, assorbire, metabolizzare, interpretare ed essere mossi dalle storie di malattia” (Charon 2007). La narrazione è lo strumento fondamentale per acquisire, comprendere e integrare diversi punti di vista di quanti intervengono nella malattia e nel processo di cura.

In Italia, la riflessione è stata ampliata e sistematizzata da Massimiliano Marinelli, con “*Dizionario di medicina narrativa. Parole e pratiche*” (2022) e “*Che cos’è la medicina narrativa? Problemi e metodi*” (2023). Marinelli interpreta la medicina narrativa come un paradigma epistemologico e didattico, proponendo un linguaggio condiviso e strumenti operativi per la formazione medica.

2. Metodi

2.1. Disegno della ricerca e dell’articolo

La ricerca qui esposta segue un approccio “ermeneutico-comparativo”, centrato sull’analisi qualitativa di tre testi fondamentali:

1. R. Charon, “*Narrative Medicine: Honoring the Stories of Illness*” (2006);
2. M. Marinelli (a cura di), “*Dizionario di medicina narrativa. Parole e pratiche*” (2022);
3. M. Marinelli, “*Che cos’è la medicina narrativa? Problemi e metodi*” (2023).

Questi tre contributi sono stati analizzati in chiave “pedagogico-formativa”, con l’obiettivo di:

1. delineare i fondamenti educativi della medicina narrativa e, in secondo luogo, della medicina di genere (cfr. §3.1);
2. identificare le metodologie didattiche emergenti (cfr. §3.2.);
3. discutere le implicazioni per la formazione dei professionisti della salute (cfr. §3.3).

L’analisi è integrata con la letteratura empirica e sistematica recente (Banfi et al., 2018; Palla et al., 2024; Quah et al., 2023).

I risultati sono sottoposti a discussione critica (cfr. §4) e a un confronto con le metodologie pedagogiche (cfr. §5), con un accenno alle connessioni con la medicina di genere (cfr. §6).

2.2. Procedura analitica

L’analisi dei testi è stata condotta attraverso un processo di lettura approfondita e codifica, organizzato secondo tre principali categorie pedagogiche. La prima categoria, “Fondamenti teorici e competenze narrative”, ha permesso di esplorare il modello epistemologico e concettuale alla base della medicina narrativa. La seconda, “Metodologie formative”, ha raccolto informazioni sulle strategie didattiche, sugli strumenti utilizzati e sui contesti in cui vengono applicate. Infine, la terza categoria, “Implicazioni e criticità”, ha preso in esame i limiti, le sfide e le prospettive di ricerca emerse dagli studi.

Per garantire la solidità dell’analisi, i dati raccolti sono stati messi a confronto con studi empirici, attraverso un processo di triangolazione volto a verificare la coerenza tra teorie e pratiche formative. Questo approccio ha consentito di integrare in maniera critica e sistematica le evidenze teoriche con quelle applicative.

3. Risultati

3.1. Fondamenti pedagogici della medicina narrativa: la competenza narrativa come sapere formativo

Charon (2006) definisce la “*narrative competence*” come una competenza professionale, ma il suo significato è eminentemente “pedagogico”: essa implica l’educazione all’ascolto, alla decodifica simbolica e all’autoriflessione. Marinelli (2023) riprende questo concetto e lo declina come competenza trasversale da integrare nei curricula medici e infermieristici.

Studi empirici dimostrano che esercizi di scrittura riflessiva e lettura di testi letterari migliorano l’empatia percepita e la capacità di comprensione dei pazienti (Sands et al., 2020; Petrini & Cutica, 2019).

Il modello di Marinelli insiste sulla “relazionalità” come centro del processo formativo: la storia di malattia diventa strumento di conoscenza reciproca e co-costruzione di senso. Ciò coincide con la prospettiva pedagogica dell’“apprendimento esperienziale” (Kolb, 1984), dove la riflessione sulla pratica trasforma l’esperienza in competenza.

Il “*Dizionario di medicina narrativa*” (2022) rappresenta una vera innovazione didattica: offre una tassonomia condivisa che consente a docenti e studenti di orientarsi in un campo multidisciplinare. La chiarezza terminologica diventa premessa per una didattica coerente e verificabile.

3.2. Metodologie e dispositivi formativi

3.2.1. Laboratori di narrazione e scrittura riflessiva

Sia Charon (2006) che Marinelli (2023) sottolineano l'importanza del laboratorio come spazio protetto di apprendimento narrativo. Le pratiche comprendono:

- esercizi di “*close reading*” di testi letterari;
- redazione di “*illness narratives*”;
- analisi collettiva di storie cliniche.

Una meta-analisi di Fioretti et al. (2016) mostra che i laboratori narrativi migliorano significativamente la riflessività e la consapevolezza empatica nei professionisti sanitari.

3.2.2. Supervisione narrativa e apprendimento riflessivo

Marinelli (2023) propone moduli di supervisione narrativa, nei quali il professionista è invitato a rielaborare le proprie esperienze cliniche attraverso la scrittura riflessiva e il confronto di gruppo. Questo modello, ispirato alla *reflective practice* di Schön (1983), si configura come un dispositivo formativo che favorisce la consapevolezza critica dell'agire professionale, consentendo di integrare dimensioni cognitive, emotive ed etiche.

La supervisione narrativa, infatti, non si limita a una semplice attività di scrittura autobiografica, ma si configura come uno spazio dialogico e intersoggettivo in cui il racconto diventa strumento di apprendimento trasformativo (Mezirow, 1991). Attraverso la narrazione condivisa, i professionisti possono riconoscere le proprie modalità relazionali, esplicitare i vissuti impliciti nella pratica clinica e sviluppare una maggiore empatia verso i pazienti.

In ambito pedagogico, tali moduli assumono anche una funzione di *formazione continua*, poiché consentono di mantenere vivo il legame tra esperienza, riflessione e azione, secondo il paradigma della *professionalità riflessiva*. Inoltre, l'approccio di Marinelli valorizza la dimensione interdisciplinare, integrando contributi provenienti dalla medicina, dalla psicologia e dalle scienze dell'educazione, e ponendo la narrazione come luogo d'incontro tra sapere tecnico e sapere umano.

3.2.3. Digital storytelling e innovazione didattica

Le più recenti sperimentazioni didattiche (es. De Benedictis et al., 2021) introducono l'uso di strumenti digitali — come *blog*, *podcast*, e *narrazioni multimediali* — per stimolare la partecipazione attiva degli studenti e promuovere forme di apprendimento più dialogiche e collaborative. L'integrazione tra linguaggi digitali e pratica riflessiva consente di ampliare i confini della medicina narrativa, trasformandola in un laboratorio multimodale di espressione e interpretazione dell'esperienza clinica.

Queste pratiche, basate su approcci costruttivisti e connettivisti, favoriscono una maggiore autonomia nella costruzione dei significati, incoraggiando gli studenti a diventare autori e co-costruttori del sapere. Il ricorso a strumenti digitali facilita inoltre la documentazione dei percorsi formativi e la condivisione interattiva delle narrazioni, generando comunità di apprendimento in cui il confronto tra pari diventa parte integrante del processo educativo.

Dal punto di vista pedagogico, l'uso del digitale apre anche nuove prospettive di valutazione formativa: le narrazioni multimediali possono essere analizzate non solo per i contenuti, ma anche per le modalità comunicative, la profondità riflessiva e la capacità di integrare aspetti emotivi e professionali. In tal senso, le tecnologie non rappresentano un semplice supporto tecnico, ma un vero e proprio *dispositivo riflessivo* capace di potenziare la consapevolezza critica e la motivazione intrinseca degli studenti.

3.3. Implicazioni educative per la formazione sanitaria

3.3.1. Formazione interdisciplinare: educare all'empatia e valutazione delle competenze narrative

La medicina narrativa agisce come una forma di educazione morale e relazionale, capace di formare medici più consapevoli, empatici e attenti alla complessità delle esperienze di malattia. Diversi studi (Stepien & Baernstein, 2006; Hojat et al., 2013) hanno evidenziato che i percorsi narrativi contribuiscono in modo significativo al mantenimento e allo sviluppo dell'empatia durante la formazione medica, contrastando il progressivo declino che tende a manifestarsi negli anni clinici.

Attraverso la scrittura e la lettura di storie di malattia — proprie o dei pazienti — gli studenti sono guidati a riconoscere le dimensioni affettive, etiche e comunicative della cura. La pratica narrativa diventa così un esercizio di *attenzione morale* (Charon, 2006) e di ascolto profondo, che favorisce l'interiorizzazione di valori come la compassione, il rispetto e la responsabilità.

In prospettiva pedagogica, la medicina narrativa si configura come uno spazio formativo in cui il sapere tecnico e quello umano vengono integrati, permettendo di superare la tradizionale dicotomia tra scienza e umanità. Tale approccio stimola inoltre una riflessione critica sui ruoli professionali e sulle dinamiche relazionali, promuovendo un modello di professionalità medica riflessiva e dialogica. In questo senso, l'educazione narrativa non solo sostiene lo sviluppo dell'empatia, ma contribuisce anche alla costruzione di un ethos professionale fondato sulla responsabilità e sulla reciprocità nella relazione di cura.

Charon e Marinelli convergono sulla necessità di una *formazione ibrida* del medico, capace di integrare le scienze umane, la psicologia e la filosofia morale all'interno dei percorsi formativi. Tale prospettiva mira a superare la frammentazione del sapere biomedico, restituendo alla cura la sua dimensione relazionale, etica e culturale. L'obiettivo è formare professionisti in grado non solo di diagnosticare e trattare, ma anche di comprendere la persona nella sua interezza, come soggetto portatore di significati, emozioni e valori.

Questa visione risponde pienamente alle raccomandazioni internazionali sull'*interprofessional education* (WHO, 2010), che sottolineano l'importanza di sviluppare competenze comunicative, collaborative e riflessive nei contesti sanitari. La formazione interdisciplinare — che unisce medicina, pedagogia, filosofia e letteratura — consente di costruire un linguaggio comune tra professionisti diversi, favorendo una cultura della cura fondata sulla cooperazione e sull'ascolto reciproco.

Inoltre, la prospettiva di una *educazione ibrida* promuove la consapevolezza dei limiti del sapere tecnico e l'apertura verso il dialogo con altre forme di conoscenza, come quelle narrative, etiche e simboliche. In questo senso, sia Charon sia Marinelli propongono un modello formativo che non si limita a trasmettere competenze, ma mira a trasformare la postura epistemologica del medico, rendendolo un professionista riflessivo, empatico e moralmente responsabile.

Il problema della valutazione rappresenta uno dei nodi più complessi e dibattuti nell'ambito della medicina narrativa. Come sottolinea Marinelli (2023), la difficoltà principale consiste nell'oggettivare competenze di natura empatica, riflessiva e relazionale, che per loro stessa natura sfuggono ai criteri tradizionali di misurazione quantitativa (Kumagai, 2008). Tali dimensioni formative richiedono infatti strumenti valutativi capaci di cogliere la qualità del processo più che il mero risultato, valorizzando la crescita personale e professionale del discente.

Negli ultimi anni, diversi studi sperimentali (Shapiro et al., 2009; Kumagai, 2018; DasGupta & Charon, 2004) hanno tentato di rispondere a questa esigenza, sviluppando rubriche di valutazione basate su *indicatori narrativi* come la coerenza del racconto, la profondità riflessiva, la capacità di riconoscere le emozioni proprie e altrui, e la presenza di empatia verbale. Questi strumenti si propongono di rendere la valutazione più trasparente e formativa, favorendo un feedback personalizzato e dialogico.

Dal punto di vista pedagogico, la valutazione narrativa non mira a classificare o giudicare, ma a stimolare processi di *auto-valutazione riflessiva*, in cui lo studente diventa protagonista del proprio percorso di apprendimento. Essa si inserisce così in una prospettiva costruttivista, in cui la valutazione assume un valore trasformativo, sostenendo la consapevolezza critica e l'interiorizzazione dei valori etici della cura. In questo senso, la sfida futura consiste nel costruire modelli di valutazione validi e condivisi, capaci di integrare criteri qualitativi e quantitativi senza snaturare la complessità dell'esperienza narrativa (Gabaglio, Manacorda, 2010).

4. Discussione

4.1. Sintesi critica dei tre testi

L'analisi comparativa mostra come le opere di Charon e Marinelli costituiscano due poli complementari:

1. Charon offre la “fondazione epistemologica e pedagogica”;
2. Marinelli fornisce la “sistematizzazione concettuale e l'adattamento culturale”.

Il loro dialogo configura la medicina narrativa non come “aggiunta umanistica”, ma come “paradigma formativo integrato” della cura.

Sebbene i principi siano condivisi, la traduzione operativa resta disomogenea. Gli studi empirici mostrano risultati incoraggianti ma non ancora sistematici (Banfi et al., 2018; Quah et al., 2023; Palla et al., 2024). Occorre sviluppare modelli di “ricerca mista” (qualitativa + quantitativa) che documentino gli effetti delle pratiche narrative su esiti clinici e formativi.

4.2. Dimensione etica e deontologica

La medicina narrativa implica una profonda responsabilità etica, poiché la narrazione del paziente non può essere considerata un semplice dato clinico, ma un atto comunicativo che coinvolge dimensioni di intimità, fiducia e vulnerabilità. Raccontare la propria esperienza di malattia significa, infatti, esporsi e affidarsi a un ascolto competente e rispettoso. Per questo motivo, la pratica narrativa richiede il consenso informato, la tutela della privacy e un atteggiamento di autentico rispetto verso la parola dell'altro (Bert, 2015).

Marinelli (2023) sottolinea la necessità di elaborare una *deontologia della parola*, intesa come insieme di principi etici che orientano il professionista nel trattamento narrativo delle storie di malattia. In questa prospettiva, il racconto non deve diventare uno strumento di analisi o di spettacolarizzazione della sofferenza, ma uno spazio protetto di cura e di riconoscimento reciproco, dove il paziente è soggetto e non oggetto della comunicazione.

L'etica narrativa si intreccia dunque con la formazione del medico come *testimone responsabile*, capace di accogliere la complessità delle storie senza ridurle a schemi diagnostici o interpretazioni univoche. Essa richiama la dimensione dialogica del linguaggio (Buber, 1923; Ricoeur, 1992), in cui la parola diventa veicolo di incontro e di reciprocità.

Dal punto di vista pedagogico, questa impostazione sollecita la costruzione di percorsi formativi orientati alla consapevolezza etica del linguaggio e alla cura della relazione comunicativa. In tal senso, la medicina narrativa non solo educa all'ascolto e alla riflessione, ma anche alla responsabilità morale che ogni atto di parola comporta, configurandosi come una vera e propria *pedagogia della relazione e della cura*.

4.3. Limiti e prospettive future

Nonostante i progressi, permangono alcune criticità nel campo della medicina narrativa. In particolare, si possono individuare tre principali ostacoli: innanzitutto, l'assenza di standard formativi condivisi che garantiscano un approccio uniforme; in secondo luogo, la difficoltà di definire criteri di valutazione oggettivi dei risultati; infine, il rischio che la “narrazione” venga utilizzata in modo meramente retorico, senza un reale valore pedagogico o clinico (Calabrese, Conti, Fioretti, 2022).

Le prospettive future offrono tuttavia interessanti possibilità di sviluppo. Tra queste, l'integrazione della medicina narrativa nei curricula di tutte le scuole di medicina rappresenta un obiettivo strategico per promuovere competenze narrative diffuse tra i futuri professionisti. Parallelamente, diventa essenziale investire nella formazione dei docenti, affinché siano in grado di condurre laboratori narrativi efficaci e consapevoli. Infine, la creazione di collaborazioni interdisciplinari tra pedagogisti, clinici e studiosi di letteratura può contribuire a rafforzare la validità e l'efficacia di questo approccio, favorendo una prospettiva più completa e integrata della cura.

5. Riferimenti pedagogici

La medicina narrativa, nella prospettiva delineata da Charon e Marinelli, non è soltanto un metodo clinico o comunicativo, ma si configura come “dispositivo formativo” radicato in alcuni riferimenti chiave della tradizione pedagogica contemporanea.

5.1. Educazione riflessiva e apprendimento trasformativo

Le pratiche narrative si fondano sulla riflessione critica come via di apprendimento, in linea con la teoria dell’“apprendimento esperienziale” di Kolb (1984) e con la “pratica riflessiva” teorizzata da Schön (1983). L’esperienza del racconto di malattia diventa così occasione di “*learning through reflection*”, in cui l’agire professionale si traduce in consapevolezza e crescita etica.

Nel contesto formativo, la narrazione funziona come un “laboratorio di trasformazione identitaria*” (Mezirow, 1991), in cui lo studente o il professionista rielabora la propria esperienza, ristrutturando schemi di pensiero e rappresentazioni del sé professionale.

5.2. La pedagogia dell’ascolto e la cura come relazione educativa

Marinelli (2023) richiama esplicitamente il concetto di “pedagogia dell’ascolto”, sviluppato da Loris Malaguzzi e dalla scuola di Reggio Emilia (Malaguzzi, 1993), come paradigma utile anche in ambito sanitario: l’ascolto non come mera ricezione passiva, ma come atto di riconoscimento reciproco e costruzione condivisa di senso. In questo senso, la medicina narrativa si pone in continuità con la “pedagogia della cura” (Mortari, 2015), intesa come attenzione all’altro nella sua vulnerabilità e singolarità. Il racconto diventa il luogo in cui il soggetto che cura e quello che è curato apprendono reciprocamente, sperimentando la “reciprocità educativa” che è alla base di ogni processo formativo autentico.

5.3. Educazione umanistica e interdisciplinarietà

La medicina narrativa reintroduce nella formazione sanitaria la dimensione “umanistica” della conoscenza, ponendosi in dialogo con le “*medical humanities*”. Tale approccio, come evidenzia Bruner (1990), valorizza le “forme narrative del pensiero” come modalità cognitive fondamentali, alternative ma complementari al pensiero logico-scientifico.

In questa prospettiva, la formazione del medico si configura come “educazione integrale”: un processo in cui la competenza tecnica si intreccia con la sensibilità estetica, linguistica ed etica. Le pratiche narrative costituiscono dunque un ponte tra scienza e cultura, tra *logos* e *pathos*, tra competenza e compassione.

5.4. Formazione continua e comunità di pratica

Un ulteriore riferimento pedagogico è rappresentato dal concetto di “comunità di pratica” (Wenger, 1998), che trova applicazione nei gruppi di riflessione e nei laboratori narrativi. In tali contesti, la conoscenza non è trasmessa dall’alto, ma costruita collettivamente attraverso la condivisione di storie e casi.

La medicina narrativa, intesa come pratica di comunità, contribuisce a sviluppare quella che Biesta (2010) definisce una “educazione responsabile”: un processo orientato non solo all’efficacia, ma anche al significato e alla responsabilità verso l’altro.

5.5. Sintesi interpretativa

I riferimenti pedagogici richiamati convergono nel delineare la medicina narrativa come “pedagogia relazionale, riflessiva e trasformativa”. Essa educa non solo a “fare” medicina, ma a “essere” medici: a costruire un’identità professionale fondata su empatia, interpretazione, dialogo e responsabilità.

In questa prospettiva, la medicina narrativa può essere considerata una forma contemporanea di “*paideia* della cura”, nella quale l’atto educativo coincide con l’atto terapeutico e il sapere scientifico si umanizza nel racconto (Zannini, 2007).

6. Applicazione interdisciplinare della pedagogia nella medicina di genere

Rita Charon è divenuta una figura di spicco nell’ambito della medicina narrativa, in particolare nella medicina di genere, in quanto fondatrice e direttrice della prima scuola di medicina narrativa a livello universitario, e inoltre, propria la stessa Charon ha ideato l’acronimo inglese “NBM”, ovvero *Narrative Based Medicine*, ossia medicina basata sulla narrazione.

Per la Charon la medicina narrativa è

“una pratica clinica fortificata dalla competenza narrativa, che consiste nella capacità di assorbire, metabolizzare, interpretare ed essere coinvolti dalle storie di malattia. In una parola, è quella medicina praticata da chi sa che cosa fare delle storie.” (Cagnolati, Rossetti, 2016)

Risulta fondamentale il rapporto che si instaura tra il paziente, che ha voglia di raccontarsi, e il medico aperto alla narrazione della condizione del malato, definito dalla stessa Charon *Narrative Knowledge o Narrative Competence*, cioè la capacità di comprendere le storie altrui.

In altri termini, attraverso la Charon, il focus passa dalla medicina narrativa e verterà su una “scienza al femminile” (Lopez, 2015). La medicina di genere rappresenta così, un nuovo modo di intendere la prevenzione e la cura della malattia in una prospettiva del riconoscimento della differenza di genere, e all’interno della stessa branca è conosciuta anche col termine *engendering health*.

Il primo documento di medicina di genere risale al 1985 ed è una relazione intitolata *Women’s Health*, redatta da un’agenzia sulla salute delle donne, la *United States Public Health Service Task Force*, nella quale si denunciava il ritardo della medicina rispetto alla salute della donna.

Nel panorama italiano, l’Emilia Romagna è stata la prima regione ad approvare una legge che prevedesse la totale parità di genere, la legge n. 6 del 27 giugno 2014 intitolata *Legge regionale quadro per la parità e contro la discriminazione di genere*. Tale legge si sviluppa in 45 articoli e prevede delle norme sulla salute con un adeguamento dei piani sanitari con un approccio della medicina di genere. La prospettiva messa in atto è quella della promozione di un approccio mirato alle differenze per arrivare ad ottenere un miglioramento delle principali strategie di intervento per una programmazione sanitaria che punti al riconoscimento della differenza di genere.

7. Conclusioni

La medicina narrativa, come delineata da Charon e Marinelli, rappresenta oggi uno dei più significativi tentativi di umanizzazione della formazione sanitaria. La sua valenza pedagogica risiede nella capacità di formare professionisti capaci di ascoltare, comprendere e restituire significato all’esperienza di malattia.

Le pratiche narrative, se accompagnate da metodologie rigorose e da un solido impianto etico, costituiscono un potente strumento di crescita personale e professionale. In prospettiva, la medicina narrativa non è soltanto un ambito disciplinare, ma una “pedagogia della cura”, orientata alla responsabilità, all’empatia e alla costruzione condivisa del sapere clinico.

Riferimenti bibliografici

Banfi, P., et al. (2018). Narrative medicine to improve the management and quality of life in chronic obstructive pulmonary disease: An exploratory study. *Multidisciplinary Respiratory Medicine*, 13(1), 28.

Bert, G. (2015). *Medicina narrativa. Storie e parole nella relazione di cura*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore.

Biesta, G. (2010). *Good education in an age of measurement: Ethics, politics, democracy*. Routledge.

Bruner, J. (1990). *Acts of meaning*. Harvard University Press.

- Buber, M. (1958). *I and Thou* (R. G. Smith, Trans.). New York, NY: Charles Scribner's Sons. (Original work published 1923)
- Cagnolati, A., & Rossetti, S. (Eds.). (2016). *Donne e scienza. Dall'esclusione al protagonismo consapevole* (p. 36). Roma: Aracne.
- Calabrese, S., Conti, V., & Fioretti, C. (2022). *Che cos'è la medicina narrativa*. Roma: Carocci Editore.
- Charon, R. (2001). Narrative medicine: A model for empathy, reflection, profession, and trust. *JAMA*, 286(15), 1897–1902.
- Charon, R. (2006). *Narrative medicine: Honoring the stories of illness*. Oxford University Press.
- Charon, R. (2007). What to do with stories: The science of narrative medicine. *Canadian Family Physician – Le Médecin de famille canadien*, 53, 1265–1267.
- Charon, R. (2019). *Medicina narrativa. Onorare le storie dei pazienti*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Curi, U. (2017). *Le parole della cura. Medicina e filosofia* (p. 55). Milano: Raffaello Cortina.
- DasGupta, S., & Charon, R. (2004). Personal illness narratives: Using reflective writing to teach empathy. *Academic Medicine*, 79(4), 351–356.
- De Benedictis, G., et al. (2021). Digital storytelling in medical education: A new pedagogical approach. *Medical Teacher*, 43(9), 1085–1092.
- Fioretti, C., et al. (2016). Narrative medicine programs and reflective writing: A systematic review. *Journal of Medical Education and Curricular Development*, 3, 1–10.
- Gabaglio, L., & Manacorda, E. (2010). *Il fattore X. Il primo libro sulla medicina di genere scritto dalle donne e pensato per le donne*. Roma: Castelvecchi.
- Heidegger, M. (1976). *Essere e tempo* (p. 247). Milano: Longanesi.
- Hojat, M., Vergare, M. J., Maxwell, K., et al. (2013). The devil is in the third year: A longitudinal study of empathy decline in medical school. *Academic Medicine*, 84(9), 1182–1191.
- Kolb, D. A. (1984). *Experiential learning: Experience as the source of learning and development*. Prentice-Hall.
- Kumagai, A. K. (2008). A conceptual framework for the use of illness narratives in medical education. *Academic Medicine*, 83(7), 653–658.
- Lopez, A. G. (2015). *Scienza, genere, educazione* (p. 94). Milano: Franco Angeli.
- Malaguzzi, L. (1993). For an education based on relationships. *Young Children*, 49(1), 9–12.
- Marinelli, M. (2023). *Che cos'è la medicina narrativa? Problemi e metodi*. Brescia: Scholé / Morcelliana.
- Marinelli, M. (Ed.). (2022). *Dizionario di medicina narrativa. Parole e pratiche*. Brescia: Scholé / Morcelliana.
- Mezirow, J. (1991). *Transformative dimensions of adult learning*. Jossey-Bass.
- Mortari, L. (2015). *La pratica dell'aver cura*. Milano: Raffaello Cortina.

- Palla, I., et al. (2024). Narrative medicine: Theory, clinical practice and education. *Journal of Medical Humanities*, 45(2), 233–249.
- Petrini, C., & Cutica, I. (2019). Narrative medicine and reflective writing in medical education: An Italian experience. *BMC Medical Education*, 19(1), 192.
- Quah, E. L. Y., et al. (2023). The role of patients' stories in medicine: A systematic review. *Patient Education and Counseling*, 117, 108032.
- Ricoeur, P. (1992). *Oneself as Another* (K. Blamey, Trans.). Chicago, IL: University of Chicago Press. (Original work published 1990)
- Ronco, C., & Tartaglia, F. (Eds.). (2015). *Donne e medicina. Amore, genere, cura* (p. 19). Padova: libreriauniversitaria.it Edizioni.
- Sands, S. A., Stanley, P., & Chambers, L. (2020). The impact of reflective writing on medical students' empathy. *BMC Medical Education*, 20(1), 100.
- Schön, D. A. (1983). *The reflective practitioner: How professionals think in action*. Basic Books.
- Shapiro, J., Morrison, E., & Boker, J. (2009). Medical humanities and their discontents: Definitions, critiques, and implications. *Academic Medicine*, 84(2), 192–198.
- Stepien, K. A., & Baernstein, A. (2006). Educating for empathy: A review. *Journal of General Internal Medicine*, 21(5), 524–530.
- Stojan, J. N., Sun, E. Y., & Kumagai, A. K. (2019). Persistent influence of a narrative educational program on physician attitudes regarding patient care. *Medical Teacher* 41(1), 53-60.
- Wenger, E. (1998). *Communities of practice: Learning, meaning, and identity*. Cambridge University Press.
- World Health Organization. (2010). *Framework for action on interprofessional education and collaborative practice*. Geneva: WHO Press.
- Zannini, L. (2007). *Medical humanities e medicina narrativa. Nuove prospettive nella formazione dei professionisti della cura*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

Prendere forma: neuroplasticità e pratica deliberata per il gesto grafico

Taking Shape: Neuroplasticity and Deliberate Practice in the Graphomotor Act

Camilla Sciandra

cami.sciandra5@gmail.com

Abstract

L'articolo presenta un caso di neuropedagogia su un bambino (Marco, 7 anni) inviato per difficoltà nel gesto grafico. La scrittura è letta come esito di un'architettura funzionale che intreccia postura-respiro, integrazione bilaterale e bimanualità, pianificazione visuo-spaziale e funzioni esecutive, dentro una relazione educativa regolante. In dodici settimane, attraverso ripetizioni brevi e distribuite, modellamento in presenza e compiti con senso (scrivere per comunicare), si osservano miglioramenti misurabili: continuità del tratto, omogeneità della pressione, leggibilità e avvio autonomo del compito, con riduzione del dolore e dei conflitti a casa. La chiave non è “aggiustare” la grafia, ma educare le precondizioni del gesto in una alleanza scuola-famiglia coerente e prevedibile (Dehaene, 2009; Diamond, 2013; Schmidt & Lee, 2011).

Parole chiave: neuropedagogia; grafomotricità; funzioni esecutive; relazione educativa; scuola-famiglia.

Abstract

This article reports a neuropedagogical case of a 7-year-old child referred for handwriting difficulties. Writing is framed as the outcome of a functional architecture combining posture-breath regulation, bilateral integration and bimanual control, visuo-spatial planning, and executive functions, all sustained by a regulating educational relationship. Over twelve weeks, through short distributed practice, in-person modelling, and purposeful tasks (“writing to communicate”), measurable gains emerge: smoother stroke continuity, more homogeneous pressure, increased legibility, and autonomous task initiation, with reduced pain and fewer homework conflicts. The focus is not on “fixing” handwriting but on educating the preconditions of the motor act within a coherent, predictable school–family alliance (Dehaene, 2009; Diamond, 2013; Feder & Majnemer, 2007).

Keywords: neuropedagogy; graphomotor skills; executive functions; educational relationship; school–family alliance.

1. Cornice: perché neuropedagogia per un gesto “che non viene”

Quando un bambino fatica a scrivere, la tentazione scolastica è aggiungere fogli: più righe, più esercizi, più “bella copia”. La neuropedagogia rovescia lo sguardo: non forza il prodotto, ma ricostruisce le condizioni abilitanti del gesto. L'apprendimento nasce dall'intreccio fra cervello e corpo, biografia relazionale e ambiente: postura e respiro, integrazione bilaterale e pianificazione prassica, funzioni esecutive e regolazione emotiva sono parti della stessa storia (Diamond, 2013). La relazione educativa non è contorno affettivo ma setting neurale: dispone l'attivazione, dà senso allo sforzo e stabilizza routine efficaci (Meaney & Szyf, 2005).

La scrittura è un'abilità culturale recente: non esiste un'area “innata”, ma un riciclaggio neuronale di reti visuo-percettive e motorie addestrate dalla pratica (Dehaene, 2009). In questo quadro “scrivere” è l'esito di pratica deliberata e ripetizione distribuita dentro contesti che preparano, accompagnano e consolidano (Ericsson, Krampe, & Tesch-Römer, 1993; Schmidt & Lee, 2011). L'ambiente modula l'esito: ciò che il bambino vede e fa in presenza di un adulto che mostra ritmo, pausa ed espirazione prima del tratto cambia la pianificazione del gesto (Rizzolatti & Craighero, 2004). Da qui la differenza tra “guardare un video” e osservare un adulto vicino e regolato: l'azione incarnata accende rappresentazioni motorie e sostiene l'imitazione significativa (Meltzoff & Moore, 1977).

Dentro questa trama, postura e respiro non sono dettagli ergonomici. Quando i piedi toccano terra, il bacino è stabile e l'espiazione precede l'avvio, il gesto diventa economico: meno iper-pressione, più continuità e controllo (Schmidt & Lee, 2011). Schemi crociati e integrazione bilaterale costituiscono la “grammatica” del gesto fine, mentre un corpo meno in allarme libera risorse esecutive per la sequenza del segno (Diamond, 2013). La neuroplasticità offre metodo e speranza: servono ripetizioni brevi e frequenti, con difficoltà crescente e significato percepito (Kolb & Gibb, 2014). In termini epigenetici, routine coerenti e linguaggio di riconoscimento modulano l'attivazione e tengono il sistema dentro una finestra di tolleranza utile allo sforzo (Meaney & Szyf, 2005).

Perciò, davanti a un gesto “che non viene”, la risposta non è aggiungere righe, ma costruire la scena: un adulto che modella, un corpo che trova appoggi e ritmo, una consegna con un solo criterio osservabile, un ambiente che privilegia compiti funzionali e significativi. È lì che la scrittura accade come esito naturale di fondamenta ben educate, in un'alleanza scuola-famiglia che rende coerente il messaggio educativo (Feder & Majnemer, 2007).

2. La storia di Marco (7 anni): una vignetta esperienziale

Al primo incontro Marco, alla richiesta di firmarsi, solleva le spalle, trattiene il respiro, impugna “a pugno”, il foglio scivola; compaiono micro-segmentazioni e solchi da iper-pressione. Dopo ~90 secondi riferisce dolore alla mano: indice di preparazione posturale-respiratoria insufficiente e pianificazione incerta. L'osservazione in classe conferma il sospetto: sedia lievemente alta (piedi sospesi), tavolo che induce flessione del tronco, mano non dominante inattiva. Nelle prove di pregrafismo Marco evita l'otto coricato, si irrigidisce nei passaggi che attraversano la linea mediana, fatica nella coordinazione bimanuale; in copia perde il rigo e lo ritrova con frequenti spostamenti del capo. Questi comportamenti sono compensi: tentativi di governare postura, orientamento e controllo fine quando i prerequisiti non sostengono (Feder & Majnemer, 2007).

A casa i genitori riportano compiti lunghi e conflittuali. La ritaratura condivisa passa da “impegnati di più” a routine brevi con criterio unico e feedback sul processo, in linea con la funzione regolativa delle routine sulla finestra di tolleranza (Meaney & Szyf, 2005).

L'ipotesi neuropedagogica integra appoggi posturali-respiro, integrazione bilaterale/linea mediana, pianificazione del gesto e attenzione sostenuta sotto richiesta. Il sintomo visibile (lentezza, dolorabilità, irregolarità) è la superficie; sotto c'è un sistema senso-motorio-emotivo da riorganizzare. In classe il modellamento in presenza (traccia dell'adulto con espiazione visibile → imitazione nell'aria → tracciato a tavolo) rende chiara la sequenza motoria e produce economia del gesto (Rizzolatti & Craighero, 2004; Schmidt & Lee, 2011). Aggiustamenti minimi (piedi in appoggio, bacino stabile, check respiratorio) riducono il “rumore posturale” e liberano risorse esecutive (Diamond, 2013).

Nel tempo, la relazione tra adulti si allinea: a scuola feedback di processo (“hai preparato la curva in espiazione”), a casa 8 minuti ben fatti sostituiscono la maratona conflittuale. La ripetizione distribuita costruisce memoria procedurale senza saturare (Schmidt & Lee, 2011). Alla verifica intermedia la firma è leggibile e meno dolorosa: un gesto reso possibile da fondamenta educate, non da più pagine (Dehaene, 2009).

3. Fondamenti teorici: plasticità, esecutivo e relazione

Interpretare una difficoltà grafomotoria in età scolare richiede una cornice integrata che faccia dialogare neuroscienze, apprendimento motorio e pedagogia. In questa prospettiva, la scrittura non è la somma di movimenti periferici della mano, ma l'esito di un'architettura funzionale che coinvolge sistemi visuo-percettivi, reti motorie e premotorie, memoria di lavoro e funzioni esecutive, entro un clima relazionale che regola l'attivazione e orienta senso e motivazione del compito (Diamond, 2013; Dehaene, 2009).

Le abilità culturali “recenti” – lettura e scrittura – riciclano circuiti preesistenti: la cosiddetta *visual word form area* e reti visuo-motorie vengono addestrate a riconoscere lettere e a concatenare tratti in sequenze stabili (Dehaene, 2009). La neuroplasticità esperienza-dipendente chiarisce perché il “quanto” da solo non basta: servono ripetizioni brevi, frequenti, contestualizzate e con difficoltà crescente, che favoriscano potenziamento sinaptico e riorganizzazione funzionale senza saturare il sistema (Kolb & Gibb, 2014). Questo è coerente con la letteratura sullo spacing effect e sulla pratica distribuita (Cepeda et al., 2006) e con i principi di controllo motorio e apprendimento (Schmidt & Lee, 2011): dall'ampio al fine, dal semplice al complesso, in progressione. Per il bambino, passare da traiettorie grandi su verticale a fogli A3 e poi ad A4 non è “ripetere uguale più in piccolo”: è dare al cervello contrasti informativi e vincoli gradualmente che rendono più preciso il *feedforward* (anticipazione della traiettoria) e più economico il *feedback* di correzione.

La qualità del gesto dipende anche dalla regia esecutiva: mantenere il focus su un criterio alla volta, inibire impulsi (es. partire “in apnea” e premere troppo), pianificare la sequenza “piedi-foglio-respiro-tratto”. La ricerca mostra che attenzione, inibizione e flessibilità – dimensioni “unite ma diverse” delle EF – sostengono l'acquisizione di abilità complesse (Diamond, 2013; Miyake et al., 2000). In termini di carico cognitivo, ridurre i criteri simultanei e rendere esplicita la procedura evita di sovraccaricare la memoria di lavoro (Sweller, 1988; Baddeley, 2012), liberando risorse per il controllo fine del segno. È il motivo per cui routine brevi e ripetute (“check di ancoraggio, espira, poi parti”) migliorano l'avvio, mentre un linguaggio adulto che rende visibili i passi trasforma la consegna in *scaffold* operativo e non in giudizio estetico.

L'osservazione di un adulto competente, vicino e regolato non fornisce solo “un modello da copiare”: accende rappresentazioni motorie nell'osservatore e rende trasparente la fase preparatoria del movimento – ritmo, pausa, espirazione, punto d'arrivo dello sguardo – che è cruciale per fluidità ed economia del gesto (Rizzolatti & Craighero, 2004). L'ormai classica triade “vedo-mimo-traccio” funziona perché allinea pianificazione ed esecuzione con una progressione embodied: prima il corpo “sente” l'ampiezza nell'aria, poi la trasferisce al supporto. A differenza del video, la presenza congiunta dell'adulto sostiene attenzione condivisa e *joint action*, facilitando l'apprendimento per imitazione (Meltzoff & Moore, 1977; Tomasello, 1999).

Le abilità procedurali diventano stabili con pratica deliberata: obiettivi chiari e specifici, feedback immediato e informativo sul processo, calibrazione della difficoltà appena oltre il livello attuale (Ericsson, Krampe, & Tesch-Römer, 1993). Micro-finestre quotidiane di 2–3 minuti, ripetute e variate con vincoli utili (es. ampiezza, ritmo, direzione) creano quelle “difficoltà desiderabili” che migliorano la ritenzione e il trasferimento senza aumentare l'ansia (Bjork, 1994). Il significato del compito (scrivere per *dire* qualcosa: un biglietto, un'etichetta) eleva la qualità attentiva e facilita l'automatizzazione: il gesto si lega a una finalità comunicativa, non a un mero esercizio (Feder & Majnemer, 2007).

La scrittura è un atto embodied: appoggi stabili, bacino ancorato e espirazione in avvio riducono il “rumore posturale”, migliorano la stabilità prossimale e rendono più fine il controllo distale (Schmidt & Lee, 2011; Feder & Majnemer, 2007). Gli schemi crociati e l’integrazione bilaterale costruiscono la “grammatica” del gesto: la mano non dominante che stabilizza permette a quella guida di dosare forza e direzione con minore dispendio. In questo senso, “si scrive bene prima di scrivere”: predisponendo il setting corporeo-respiratorio e i vincoli che rendono economico il gesto.

L’alleanza educativa (adulto che nomina la fatica, attende, calibra e riconosce lo sforzo) non è un orpello: modula i sistemi di stress e l’attivazione necessaria allo sforzo, con effetti stabili sull’autoregolazione del bambino (Meaney & Szyf, 2005). Un clima prevedibile con routine coerenti amplia la finestra di tolleranza (meno iper-/ipo-arousal), aumenta la perseveranza sul compito e sostiene autoefficacia e agency (Bandura, 1997). Per questo, nelle nostre pratiche, la scelta di poche parole-ancora (piedi-foglio-respiro) e di feedback di processo produce un miglioramento che non è solo tecnico ma metacognitivo: il bambino sa cosa guardare e come valutare se sta andando nella direzione giusta.

In sintesi, la teoria converge su quattro assunti operativi: (1) il gesto grafico si costruisce attraverso pratica distribuita e significativa che ingaggia la plasticità (Dehaene, 2009; Kolb & Gibb, 2014; Cepeda et al., 2006); (2) la regia esecutiva va alleggerita con criterio unico e sequenze esplicite, per proteggere memoria di lavoro e controllo (Diamond, 2013; Sweller, 1988; Baddeley, 2012); (3) l’imitazione in presenza e il modellamento embodied allineano pianificazione ed esecuzione (Rizzolatti & Craighero, 2004; Meltzoff & Moore, 1977); (4) relazione e routine regolano l’attivazione e rendono sostenibile lo sforzo, favorendo autonomia e generalizzazione (Meaney & Szyf, 2005; Bandura, 1997). È su questo terreno congiunto che un gesto inizialmente incerto può diventare più fluido, economico e disponibile alle richieste della scuola e della vita quotidiana (Feder & Majnemer, 2007; Schmidt & Lee, 2011).

4. Valutazione neuropedagogica: dal foglio al corpo (e ritorno)

La valutazione è stata impostata con criterio ecologico-funzionale: partire dal prodotto (il segno sul foglio), risalire ai prerequisiti che lo generano (corporei, senso-motori, esecutivi, emotivo-relazionali) e ritornare al foglio dopo micro-aggiustamenti, per verificarne l’impatto. Il protocollo ha previsto (a) osservazioni in studio su prove standardizzate interne (linee, curve, “otto” coricato, firma), (b) osservazioni in classe in compiti di copiatura e produzione breve, (c) triangolazione con brevi report degli adulti (docenti/famiglia). Gli indicatori sono stati raccolti su griglie essenziali (postura, prensione, pressione, ritmo; presenza/assenza di stabilizzazione bimanuale; continuità del tratto; gestione dell’avvio/pausa), con micro-misure ripetute (tre righe campione per condizione) e routine di avvio controllata (piedi-foglio-respiro). La logica è coerente con i principi di apprendimento motorio (progressione, pratica distribuita, controllo del carico) e con l’idea che la preparazione corporea faccia parte integrante del gesto (Schmidt & Lee, 2011; Feder & Majnemer, 2007).

- Postura e respiro.
 Osservazione: Con piedi in appoggio pieno (talloni e avampiedi a terra) e avvio in espirazione breve (1–2”), la spalla destra si decontrae; nelle curve su tre righe campione diminuisce la segmentazione e aumenta la continuità intra-tratto. Inserendo un check respiratorio (“fermo–espira–parti”) prima di ogni sequenza, l’impulso iniziale è meno brusco e l’ampiezza più regolare. Significato funzionale: La preparazione corporea è parte del gesto: riduce il “rumore posturale”, libera pianificazione distale e tutela dal picco di iper-pressione in avvio (Schmidt & Lee, 2011).

- Motricità globale e schemi crociati.
Osservazione: In percorsi incrociati (braccio dx/gamba sx e viceversa) su nastro a terra, dopo 2–3 passaggi diminuiscono i compensi di tronco e il controllo visivo sui piedi, con ritmo più stabile nei passaggi oltre la linea mediana.
Significato: L'integrazione bilaterale organizza la “grammatica” del gesto fine: migliora il settaggio direzionale e la successiva conduzione del segno (Feder & Majnemer, 2007).
- Bimanualità funzionale.
Osservazione: In avvio la mano non dominante non stabilizzava il foglio; introdotti micro-compiti (strappo lungo linea, piega precisa, tenuta durante tratti lunghi) l'ancoraggio diventa affidabile. In copiatura, meno fughe del supporto, pressione più isocrona e tratti lunghi più lineari.
Significato: La diade “mano che tiene / mano che guida” riduce sprechi di controllo (oscillazioni, micro-correzioni) e libera risorse per direzione e modulazione della forza (Schmidt & Lee, 2011).
- Integrazione visuo-spaziale e planning del gesto.
Osservazione: Con la scalatura verticale → A3 → A4 (curve, otto coricato) calano gli agganci all'angolo alto-sinistro e le micro-interruzioni tra segmenti; cresce la coerenza di ampiezza e la traiettoria viene anticipata meglio.
Significato: Procedere dal grande al piccolo permette feedforward più accurato (anticipazione della traiettoria) e poi la rifinitura con feedback visivo/proprioceettivo: ponte tra controllo grossolano e fine (Schmidt & Lee, 2011).
- Prensione e motricità fine.
Osservazione: Transizione graduale verso tripod dinamica; introdotte micro-pause di scarico (2–3" ogni 30–40") si riducono i solchi da iper-pressione e aumenta la scorrevolezza (meno “grattare” in partenza).
Significato: L'automatizzazione di micro-sequenze (presa–tratto–rilascio) migliora efficienza e continuità; il dosaggio della forza risulta più fine quando il sistema non è in sovraccarico tonico (Feder & Majnemer, 2007).
- Funzioni esecutive.
Osservazione: Con un solo criterio osservabile per volta (es. “oggi monitoro la continuità”), diminuiscono gli errori da sovraccarico; più stabile la triade avvio–mantenimento–chiusura. Le consegne multi-criterio aumentavano soste e retrocorrezioni.
Significato: Sequenze d'azione esplicite e carico di criteri contenuti proteggono memoria di lavoro e sostengono attenzione/inibizione, funzioni cardine per il controllo del gesto (Diamond, 2013).
- Vissuto emotivo e autoregolazione.
Osservazione: Con una scala a tre livelli (attraverso magari delle emoticons) per nominare lo sforzo, Marco chiede pause brevi prima della “stretta” alla mano e riprende con due espirazioni; cala il self-talk negativo.
Significato: La relazione che nomina e guida trasforma il feedback in bussola operativa e regola l'attivazione (meno iper/ipo-arousal), facilitando self-monitoring e re-engagement (Meaney & Szyf, 2005).

Sintesi della traiettoria:

La progressione va da appoggi posturali-respiro a integrazione bilaterale/bimanualità, quindi planning visuo-spaziale e prensione fine, in parallelo con un setting esecutivo chiaro e regolazione emotiva. Il ritorno al foglio dopo questa riorganizzazione rende il gesto più economico, continuo e meno doloroso, perché i

prerequisiti riducono il controllo “in linea” e liberano pianificazione e automazione (Schmidt & Lee, 2011; Feder & Majnemer, 2007).

5. Il percorso (12 settimane) — sviluppo e traiettoria del cambiamento

L'intervento è stato pianificato come una progressione coerente che parte dall'assetto corporeo e respiratorio, attraversa l'organizzazione senso-motoria e prassica, e torna al foglio quando le condizioni di base rendono il gesto più economico. La logica è quella della ripetizione distribuita con difficoltà crescente e significato funzionale: poco, spesso, con un perché chiaro e condiviso tra studio, classe e casa. Questo impianto si fonda sul nesso tra plasticità cerebrale, esperienza e relazione educativa come “setting neurale” dell'apprendere.

5.1 Settimane 1–2: mettere a terra il corpo

Le prime sedute sono state dedicate alla stabilizzazione degli appoggi e al controllo respiratorio, poiché l'avvio del gesto grafico riflette direttamente la qualità della preparazione posturale. Regolati sedia e piano, introdotto un sostegno per i piedi quando necessario, ogni incontro si è aperto con una breve routine di centratura (piedi e bacino in appoggio, attenzione al respiro) che precede l'inizio del tratto. La variazione più evidente, sin dalle prove di linea orizzontale, è stata la scomparsa dei micro-seghezzamenti e la riduzione della pressione eccessiva all'esordio: la spalla destra scende, il braccio “risparmia” forza, la mano scorre con maggiore continuità. La pratica è poi passata dal verticale al piano: grandi traiettorie curve e “otto coricato” su superficie ampia, quindi scalatura graduale verso formati più piccoli, chiudendo con due firme in stampato maiuscolo. L'ordine dal macro al micro consente al sistema di anticipare la traiettoria e di trasferire progressivamente il controllo dal gesto ampio alla motricità fine, in linea con l'idea di neuroplasticità come riorganizzazione funzionale guidata da esperienze ripetute e significative.

5.2 Settimane 3–6: dal pattern al segno

Consolidata la base, il lavoro si è articolato in micro-cicli di pochi minuti: osservazione in presenza dell'adulto che modella il gesto, mimesi “nell'aria” per sentire ampiezza e ritmo, tracciato a tavolo. La struttura è rimasta costante (loop di curve e 8; aria-writing; tracciato), ma con una lenta crescita della complessità. La narrazione breve (“l'onda sale e scende... ora rallenta”) ha fornito un ancoraggio semantico e ritmico che ha reso prevedibile la sequenza motoria. In questa fase si è osservata anche l'emergenza della bimanualità funzionale: la mano non dominante ha iniziato a stabilizzare il foglio in modo spontaneo, riducendo “fughe” del supporto e oscillazioni della pressione. L'efficacia combinata del modellamento in presenza e della ripetizione distribuita è coerente con le evidenze sul sistema dei neuroni specchio — l'osservazione incarnata “accende” rappresentazioni motorie utili alla pianificazione — e con il principio per cui è la qualità della pratica, non il mero volume, a orientare l'automatizzazione di micro-sequenze.

5.3 Settimane 7–12: scrivere per dire qualcosa

Nell'ultima fase il focus è passato dall'estetica alla funzione comunicativa. In classe e a casa sono entrati compiti brevi ma con destinatario reale: biglietti per i compagni, etichette per l'angolo lettura, liste essenziali. Ogni attività si è avviata con tre criteri condivisi e visibili (“piedi a terra, foglio fermo, respiro che parte”) e si è chiusa con un feedback specifico sul processo (“hai preparato la curva in espirazione; la mano sinistra ha tenuto il foglio”). L'introduzione di senso ha ridotto l'evitamento e sostenuto la memoria

procedurale; l'esplicitazione dei passi ha alleggerito il carico esecutivo e reso più stabile l'avvio. La coerenza del clima tra adulti — attente pratiche di ascolto, empatia, chiarezza delle richieste — ha contribuito a mantenere la finestra di attivazione entro range utili allo sforzo, trasformando il feedback da giudizio estetico a guida operativa. Anche questo passaggio è supportato dalla letteratura che evidenzia come emozioni e apprendimento siano sostenuti da processi neuronali interdipendenti e come la qualità della relazione incida sugli esiti formativi.

In sintesi, l'intero percorso ha seguito un asse chiaro: prima si organizza il corpo (appoggi e respiro), poi si integra il movimento (schemi crociati e bimanualità) e si pianifica la traiettoria (dal grande al piccolo), quindi si consolida il segno dentro compiti brevi, frequenti e dotati di senso, sostenuti da un linguaggio adulto che rende espliciti criteri e progressi. È su questa convergenza — pratica deliberata, modellamento in presenza, ripetizione distribuita e relazione educativa — che la grafia di Marco è diventata più continua, meno dolorosa e più autonoma.

6. Alleanza educante: scuola e famiglia come “palestra gentile”

L'efficacia dell'intervento non è dipesa solo da ciò che accadeva “in studio”, ma dalla coerenza tra contesti che ha reso prevedibili passi, parole e criteri. A scuola, il team docente ha adottato la logica del “poco ma bene”: mezze pagine a righe larghe con un solo criterio osservabile per volta (continuità del tratto oppure mantenimento del rigo oppure pressione), così da proteggere memoria di lavoro e controllo inibitorio e ridurre il sovraccarico di richieste simultanee (Diamond, 2013). L'avvio delle attività è stato sempre verbalizzato con le tre parole-ancora condivise — piedi a terra, foglio fermo, espirazione e partenza — trasformando l'inizio del compito in una micro-routine regolativa. Il feedback è stato ancorato a una griglia essenziale (postura, prensione, pressione, ritmo) restituita con indicatori rapidi (spunte/emoji) per “fotografare” il processo e non l'estetica: ad esempio, “✓ pressione uniforme nella seconda riga” al posto di “bella/brutta pagina”. Questa messa a fuoco ha prodotto esiti osservabili: copie più brevi ma più leggibili, meno richieste d'aiuto a metà riga, riduzione dei riposizionamenti del foglio e delle correzioni retrograde, in linea con l'idea che criteri chiari e routine stabili migliorino la qualità esecutiva del gesto (Feder & Majnemer, 2007; Schmidt & Lee, 2011).

In famiglia, la ritaratura ha riguardato tempi e linguaggio: 8 minuti quotidiani coerenti hanno sostituito i 40 minuti conflittuali, secondo il principio che la pratica distribuita nel tempo consolida meglio delle “maratone” episodiche (Schmidt & Lee, 2011). Il registro comunicativo è passato dall'appello generico all'impegno al riconoscimento dello sforzo strategico (“oggi hai tenuto il foglio: la mano non ha fatto male”; “hai iniziato in espirazione: la curva è venuta più continua”), messaggi che modulano l'attivazione e sostengono autoefficacia. Questo cambio di clima relazionale ha ridotto la minaccia valutativa e reso il compito più praticabile: meno tensioni pre-compiti, più richieste autonome di micro-pausa e ripresa con le stesse tre parole-ancora. La convergenza scuola-famiglia ha così stabilizzato routine e criteri, trasformando la pratica in abitudine: un risultato coerente con il nesso documentato tra relazione, emozione e apprendimento, dove contesti prevedibili e linguaggi condivisi tengono il bambino dentro una finestra di tolleranza utile allo sforzo (Meaney & Szyf, 2005; Diamond, 2013). In sintesi, quando gli adulti “dicono le stesse cose allo stesso modo”, il gesto smette di essere un compito da “sopportare” e diventa una procedura familiare, più economica, fluida e disponibile nelle diverse situazioni quotidiane.

7. Esiti al terzo mese e traiettorie aperte

La verifica degli esiti è stata impostata con un criterio ecologico-funzionale e multicontesto, triangolando osservazioni in studio, in classe e a domicilio. L'obiettivo non era “valutare la bella pagina”, ma documentare cambiamenti nei prerequisiti del gesto e nella qualità del processo (avvio, continuità, dosaggio della forza, autoregolazione) a parità di compito. Il time-point di riferimento è a 12 settimane dall'avvio; la raccolta dati ha utilizzato micromisure ripetute: tre righe campione (curve/otto coricato), due firme A4 a distanza di 60", un breve compito di copia e uno di scrittura funzionale (biglietto/etichetta). Gli indicatori sono stati registrati su griglie essenziali (postura, prensione, pressione, ritmo; continuità del tratto; mantenimento del rigo; richieste di aiuto; pause autogestite) con codifica dicotomica e note qualitative, per ridurre l'ambiguità interpretativa. In classe, le prove sono state svolte con il criterio unico dichiarato in anticipo (es. solo “continuità”), mentre a casa si sono monitorate finestre brevi e prevedibili ($\approx 8'$) per stimare la trasferibilità delle routine. Tutte le misurazioni sono state precedute dalla routine di avvio condivisa (piedi a terra, foglio fermo, espirazione e partenza) per controllare l'effetto di setting. I dati sono stati letti alla luce della letteratura su controllo motorio/apprendimento (progressione, pratica distribuita), funzioni esecutive e regolazione dello stress, privilegiando indicatori osservabili e replicabili rispetto a giudizi estetici (Schmidt & Lee, 2011; Diamond, 2013; Meaney & Szyf, 2005). Restano dichiarate le limitazioni: campione singolo (studio di caso), misure a breve termine, dipendenza dalla coerenza scuola-famiglia.

Nel tempo, all'inizio dell'incontro Marco appoggia i piedi stabilmente (tallone e avampiede ben a terra, senza oscillazioni laterali), il bacino resta ancorato allo schienale, le spalle sono visibilmente più basse e il capo non cerca più il rigo con micro-movimenti di “inseguimento”. L'impugnatura evolve verso una tripod dinamica: pollice e indice modulano la pressione, il medio sostiene, mentre l'ulnare non collassa. Nella firma “MARCO” (due prove su A4 a distanza di 60 secondi), si osserva la diminuzione dei solchi da iperpressione nelle prime due lettere e la scomparsa dei “buchi” tra tratti nella sequenza “AR” e “CO”: il segno è continuo e non richiede correzioni intercalari o stacchi di compenso. Questi cambi rilevano un miglioramento della stabilità prossimale e della distribuzione fine della forza a livello distale, in coerenza con la letteratura su sviluppo grafomotorio e controllo posturale-manuale (Feder & Majnemer, 2007).

Per quanto riguarda il tratto e la pressione, su tre righe campione (curve e otto coricati) registriamo una pressione più omogenea lungo tutta la riga, con assenza di solchi nella metà finale — in precedenza sede tipica di affaticamento e “incisione” del foglio. Diminuiscono le micro-segmentazioni in avvio, cresce la scorrevolezza (meno “grattare” della punta), e l'ampiezza delle curve risulta più coerente tra primo e terzo ciclo. Il quadro indica un miglior dosaggio forza-scorrimento, plausibile esito di automatizzazioni procedurali (sequenze presa-tratto-rilascio più stabili) e di un setting corporeo preparato (check piedi-bacino-respiro) che abbassa il rumore posturale e libera risorse per il controllo fine (Schmidt & Lee, 2011).

Durante l'avvio al compito, il passaggio da una tendenza al rimando a una routine in tre passi avviene senza richiamo adulto: piedi a terra, foglio fermo ed espirazione e partenza. In classe si mantiene il criterio unico (ad es. solo “continuità” in quel segmento), mentre a casa si tutelano finestre brevi e prevedibili (8'), evitando accumuli che innalzano il carico. L'effetto combinato è una riduzione del carico esecutivo (meno criteri simultanei da tenere in memoria di lavoro), con migliore attenzione selettiva, inibizione di impulsi (partenze in apnea, eccesso di forza) e stabilità della sequenza avvio-mantenimento-chiusura (Diamond, 2013).

La leggibilità è migliorata: le copie sono più brevi ma più chiare, in particolare la densità informativa per rigo cresce perché calano i ritorni indietro e i riposizionamenti del foglio. Marco mantiene il rigo per

sequenze più lunghe senza “scalare” verso l’alto o il basso; le lettere mostrano spaziature più regolari e minori variazioni di grandezza intra-parola. È l’effetto atteso quando il focus passa dall’estetica alla funzione comunicativa: il compito ha un destinatario reale, il gesto si ancora a uno scopo e la pratica diventa più efficiente e stabile (Dehaene, 2009).

A livello emotivo-comportamentale, a casa si rileva una riduzione dei conflitti pre-compiti e una maggiore proattività nel gestire la fatica: Marco chiede una pausa breve prima di “strizzare” la mano e riparte dopo due espirazioni consapevoli; diminuiscono verbalizzazioni svalutanti (“non ce la faccio”) e aumentano auto-istruzioni operative (“tengo il foglio, poi parto”). La presenza qualitativa degli adulti (riconoscimento del processo, non giudizio estetico) e il feedback informativo modulano l’attivazione entro range utili allo sforzo, in linea con i nessi tra relazione, regolazione dello stress e apprendimento (Meaney & Szyf, 2005).

In sintesi. La scrittura non è stata “aggiustata”: sono state educate le precondizioni — corporee (appoggi, respiro, stabilità prossimale), esecutive (criterio unico, sequenze esplicite, finestre brevi) e relazionali (feedback di processo, clima prevedibile) — entro una relazione che riconosce, accompagna e chiede il giusto. Le traiettorie restano aperte: proseguire con finestre brevi e frequenti, mantenere la triade modellamento in presenza – criterio unico – funzione del compito, e consolidare l’alleanza scuola-famiglia come contesto prevedibile in cui i segnali di “buon avvio” e “buon andamento” restino coerenti. In questo setting, la pratica distribuita continua a nutrire le automatizzazioni e la fluidità del gesto (Schmidt & Lee, 2011), mentre il modellamento embodied sostiene la pianificazione e l’economia del segno (Rizzolatti & Craighero, 2004).

Conclusioni generali

Un intervento neuropedagogico efficace non aggiunge compiti, ma qualifica le condizioni dell’apprendere: prepara il corpo (appoggi e respiro), integra il movimento (schemi crociati e bimanualità), rende trasparenti i criteri (uno alla volta), dà senso al segno (compiti con destinatario reale) e allinea gli adulti nei diversi contesti. In questa cornice, la neuroplasticità è ingaggiata bene — poco, spesso, con progressione — mentre il modellamento in presenza attiva rappresentazioni motorie che sostengono pianificazione ed economia del gesto; parallelamente, l’epigenesi relazionale stabilizza routine e finestra di tolleranza, e scuola e famiglia agiscono da co-autori del cambiamento (Dehaene, 2009; Diamond, 2013; Rizzolatti & Craighero, 2004; Meaney & Szyf, 2005). Così la scrittura rientra nel suo scopo originario — comunicare — e il bambino, sostenuto da pratiche chiare e da una relazione competente, può trasformare una fatica in competenza abitata.

Dal caso emergono tre implicazioni operative. Primo, la qualità dell’avvio (piedi–foglio–respiro) funge da leva a cascata su continuità, pressione e leggibilità: un criterio unico ben dichiarato riduce il carico esecutivo e protegge memoria di lavoro e controllo inibitorio (Diamond, 2013). Secondo, la pratica distribuita con compiti funzionali (biglietti, etichette, liste) accelera la transizione dal pattern al segno, favorendo automatizzazioni procedurali stabili (Schmidt & Lee, 2011; Feder & Majnemer, 2007). Terzo, l’alleanza scuola–famiglia con linguaggi condivisi (feedback di processo, non estetico) rende le routine trasferibili, abbassa conflitti domestici e sostiene autoregolazione e autoefficacia (Meaney & Szyf, 2005).

Riconosciamo anche alcune criticità e limiti: si tratta di uno studio di caso con misure a breve termine; gli esiti dipendono dalla coerenza tra i contesti e possono ridursi in caso di interruzioni prolungate o variazioni di setting. Ciò nondimeno, la replicabilità a bassa soglia delle routine (check respiratorio, criterio unico,

micro-finestre quotidiane) e la loro trasparenza per gli adulti di riferimento suggeriscono un potenziale di scalabilità in contesti scolastici ordinari.

Per il follow-up si raccomanda di: (a) mantenere finestre brevi e frequenti con progressione dei vincoli (dal grande al piccolo; dal semplice al complesso); (b) programmare verifiche trimestrali condivise (studio–classe–famiglia) con griglie essenziali su postura, pressione, continuità e avvio; (c) preservare la triade modellamento in presenza – criterio unico – funzione del compito. Sul piano della ricerca, sono auspicabili studi controllati su protocolli brevi embodied e su indicatori oggettivi di pressione/continuità, nonché indagini longitudinali sugli effetti della formazione docenti in chiave neuropedagogica.

In sintesi, quando corpo, esecutivo e relazione vengono progettati come un unico setting di apprendimento, la grafia non è più un terreno di frustrazione ma un dispositivo di partecipazione. È in questo incontro — tra biologia e pedagogia, tra routine e senso, tra adulti coordinati e pratiche visibili — che un gesto “che non viene” torna progressivamente fluido, economico e disponibile (Dehaene, 2009; Diamond, 2013).

Bibliografia

- Baddeley, A.** (2012). Working memory: Theories, models, and controversies. *Annual Review of Psychology*, 63, 1–29. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-120710-100422>
- Bandura, A.** (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York, NY: W. H. Freeman.
- Bjork, R. A.** (1994). Memory and metamemory considerations in the training of human beings. In J. Metcalfe & A. P. Shimamura (Eds.), *Metacognition: Knowing about knowing* (pp. 185–205). Cambridge, MA: MIT Press.
- Cepeda, N. J., Pashler, H., Vul, E., Wixted, J. T., & Rohrer, D.** (2006). Distributed practice in verbal recall tasks: A review and quantitative synthesis. *Psychological Bulletin*, 132(3), 354–380. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.132.3.354>
- Dehaene, S.** (2009). *Reading in the brain: The science and evolution of a human invention*. New York, NY: Viking.
- Diamond, A.** (2013). Executive functions. *Annual Review of Psychology*, 64, 135–168. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-113011-143750>
- Ericsson, K. A., Krampe, R. T., & Tesch-Römer, C.** (1993). The role of deliberate practice in the acquisition of expert performance. *Psychological Review*, 100(3), 363–406. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.100.3.363>
- Feder, K. P., & Majnemer, A.** (2007). Handwriting development, competency, and intervention. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 49(4), 312–317. <https://doi.org/10.1111/j.1469-8749.2007.00312.x>
- Fitts, P. M., & Posner, M. I.** (1967). *Human performance*. Belmont, CA: Brooks/Cole.
- Kolb, B., & Gibb, R.** (2014). Searching for the principles of brain plasticity and behavior. *Cortex*, 58, 251–260. <https://doi.org/10.1016/j.cortex.2013.11.012>
- Meaney, M. J., & Szyf, M.** (2005). Environmental programming of stress responses through DNA methylation: Life at the interface between a dynamic environment and a fixed genome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(3), 128–136. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2004.00399.x>
- Meltzoff, A. N., & Moore, M. K.** (1977). Imitation of facial and manual gestures by human neonates. *Science*, 198(4312), 75–78. <https://doi.org/10.1126/science.198.4312.75>
- Miyake, A., Friedman, N. P., Emerson, M. J., Witzki, A. H., Howerter, A., & Wager, T. D.** (2000). The

unity and diversity of executive functions and their contributions to complex “frontal lobe” tasks: A latent variable analysis. *Cognitive Psychology*, 41(1), 49–100. <https://doi.org/10.1006/cogp.1999.0734>

Rizzolatti, G., & Craighero, L. (2004). The mirror-neuron system. *Annual Review of Neuroscience*, 27, 169–192. <https://doi.org/10.1146/annurev.neuro.27.070203.144230>

Schmidt, R. A., & Lee, T. D. (2011). *Motor control and learning: A behavioral emphasis* (5th ed.). Champaign, IL: Human Kinetics.

Sweller, J. (1988). Cognitive load during problem solving: Effects on learning. *Cognitive Science*, 12(2), 257–285. https://doi.org/10.1207/s15516709cog1202_4

Tomasello, M. (1999). *The cultural origins of human cognition*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

L'Educatore Professionale Socio Pedagogico e il suo ruolo nella partita dell'educazione e della riabilitazione: Quanti e quali giocatori occupano il campo negli ambiti socio sanitari?

The Professional Socio-Pedagogical Educator and his or her role in the education and rehabilitation game: How many and which players occupy the field in the socio-health sectors?

Stefano Truccolo

stefanotruccolo@gmail.com

Abstract.

La proliferazione normativa, intrecciandosi con le politiche di governo delle partite riabilitative/educative ha generato una moltitudine di profili professionali che rischiano di sovrapporsi ed intralciarsi appesantendo i processi di cura.

In questo contesto quale possibile punto di incontro tra percorsi pedagogici e percorsi sanitari, tra aspirazioni di rigore scientifico e approccio umanistico?

Parole chiave: cura; metodo; interdipendenza; partecipazione.

Abstract

The proliferation of regulations, intertwined with the policies governing rehabilitation/educational activities, has generated a multitude of professional profiles that risk overlapping and interfering with each other, burdening treatment processes.

In this context, what possible meeting point can be found between educational and healthcare approaches, between aspirations of scientific rigor and a humanistic approach?

Key words: care; method; interdependence; participation.

1. Introduzione

Il tema del doppio educatore, socio pedagogico e socio sanitario pare lontano dall'essere risolto. I processi che hanno portato a una definizione dei due profili e degli ambiti dove possano essere impiegati non è giunto a conclusione e sembrano esserci ancora margini di manovra per mettere meglio a fuoco le due figure, mentre l'entrata in esercizio effettiva di Albo e Ordine tardano a venire.

2. Un caso particolare nel Friuli Venezia Giulia come paradigma delle contraddizioni irrisolte

Per tentare di offrire un contributo alla riflessione sulla questione partiamo dall'analisi del microcosmo di una provincia del Friuli Venezia Giulia, un caso a nostro avviso emblematico per comprendere le difficoltà che la moltiplicazione di figure educative (e come vedremo non solo dichiaratamente educative) ha prodotto con particolare evidenza negli ambiti riabilitativi e sanitari.

Il Friuli Venezia Giulia ha generato una situazione in qualche modo esemplare e peraltro non del tutto omogenea nei quattro territori provinciali (Trieste, Udine, Gorizia, Pordenone), che forse riassume tutte le contraddizioni che negli anni queste politiche hanno prodotto.

Lo sguardo si concentrerà su quanto è accaduto e accade nella provincia di Pordenone, limitatamente ai servizi rivolti alla disabilità adulta (uno dei campi di applicazione delle figure educative, non certo l'unico), nella convinzione che dal particolare si possa meglio comprendere il generale.

2.1 La storia (siamo noi). La definizione del ruolo e la proliferazione dei profili

Sarà necessario offrire preliminarmente un minimo di cornice storica.

Nella metà degli anni settanta gli enti di governo territoriali, in parallelo a quanto accadeva nel resto della regione, decisero di istituire un gestore unico per i servizi rivolti alla popolazione in situazione di disabilità. Il processo (di natura politica) diede vita a un Consorzio Provinciale per l'Assistenza Specializzata (CPAS), ente istituito tra comuni e provincia, che offriva in forma embrionale quanto oggi risulta in carico alle Aziende Sanitarie, precisamente ai Servizi di Neuropsichiatria Infanzia ed Adolescenza e ai Servizi rivolti alla popolazione disabile adulta.

La NPIA governa, con sue specifiche articolazioni funzionali, i servizi rivolti alla disabilità adulta oltre che alla popolazione 0-18. I servizi *front-line* sono prevalentemente affidati a enti del terzo settore - cooperative sociali e non solo - mentre appare residuale la parte in gestione diretta (governata da personale dipendente dall'ente pubblico). Il processo di affidamento gestionale è venuto perfezionandosi nel corso degli ultimi quarant'anni di storia dei servizi in un costante confronto di posizioni tra *privato* e *pubblico* che ha visto il decisore propendere sempre più per l'affidamento a soggetti privati con conseguenze che meriterebbero attenta analisi ma che esulano dalle intenzioni di questo nostro contributo.

Per effetto della produzione normativa della Regione Friuli Venezia Giulia – regione a statuto speciale con più ampia potestà legislativa rispetto alle regioni a statuto ordinario – i Consorzi vennero sciolti, prima conferendo la parte di servizio sanitario rivolto alla popolazione 0-18 alle aziende sanitarie territoriali (all'epoca il territorio e il sistema degli ospedali erano gestiti da aziende autonome tra loro, fuse alla metà del secondo decennio del nuovo secolo - L.R. 17/2014- in un'ottica di ottimizzazione delle risorse), poi, alla fine del secolo scorso, delegando a queste anche la gestione dei servizi sociali per la disabilità adulta.

Nel frattempo il legislatore nazionale aveva messo mano a un processo di definizione della figura dell'educatore professionale, definendo percorsi di formazione e caratteri del profilo dell'educatore professionale socio sanitario (1998)¹.

Un processo non troppo lontano da quello che ha portato ad una definizione stabile dei percorsi universitari di formazione per la figura dell'infermiere professionale, per la quale dal 2001 diviene obbligatoria la laurea triennale di primo livello in Scienze Infermieristiche. Vicenda che si sarebbe potuta (dovuta?) costituire come precedente per la definizione della figura dell'educatore professionale: s

i considerino in particolar modo i processi attuati per inquadrare i “vecchi” infermieri professionali nel nuovo ordine. Gli infermieri che ottennero la qualifica prima della riforma non vennero espulsi dal Sistema Sanitario, ma integrati con provvedimenti legislativi che ne riconobbero la professionalità e sostenuti in percorsi formativi di riqualificazione e aggiornamento laddove se ne fosse manifestata la necessità. Venne riconosciuto loro il ruolo di professionisti intellettuali e concesso di accedere ai percorsi universitari post base (la riforma Gelmini - L. 240/2010 – legittimò l'utilizzo del titolo di “dottore”).

Per gli educatori andò diversamente.

L'università cominciò a diplomare educatori Professionali Socio Sanitari nei primi anni del ventunesimo secolo e non fu in grado di licenziare un numero di professionisti sufficiente a coprire le necessità del sistema. Si pensi all'ampiezza del ventaglio di situazioni nelle quali il professionista poteva essere impiegato già solo in ambito sanitario: dalle dipendenze fino alla riabilitazione psichiatrica.

La gran parte dei servizi rivolti alla disabilità erano fino a quel momento affidati a figure senza qualifica precisa, operatori con formazioni culturali e professionali estremamente eterogenee. Ma si dovette attendere la legge Finanziaria del 2017 per arrivare ad una definizione condivisa (e nelle intenzioni definitiva) del **secondo tipo di educatore professionale** identificato come “Socio Pedagogico”. Non bastò, fu necessario promulgare la Legge 55/2024 che istituì l'Albo delle Professioni Pedagogiche per stabilire i criteri in grado di certificare i diversi profili professionali e di garantirne un'identità non variabile nella diversità di contesti di esercizio della professione.

2.2 la complessità del presente

L'attualità sembra purtroppo smentire le aspettative dal momento che si stanno verificando azioni di forte criticità: reiterati rinvii dell'entrata in vigore dell'Albo (e del conseguente obbligo d'iscrizione) con continue proroghe, impossibilità di procedere all'elezione degli organi di governo dell'ordine, mancata emanazione dei decreti attuativi della legge.

La nascita dell'Educatore Socio Sanitario e, successivamente, dell'Educatore Socio Pedagogico non ha portato alla scomparsa degli operatori non qualificati ma ad una coabitazione confusiva e disorientante, dove l'attribuzione di incarichi di lavoro e la distinzione tra profili degli operatori è diventato terreno di esercizio

¹Decreto Ministeriale n.520 del 8 ottobre 1998

della capacità interpretativa dei singoli enti con tutto il contenuto di arbitrarietà che questa zona d'ombra porta con sé.

A differenza di quanto accaduto con la definizione della formazione unica per le professioni infermieristiche, nell'ambito delle professioni educative le figure si sono moltiplicate. Ora il campo viene occupato dai due tipologie di Educatore Professionale Laureato e dal “terzo tipo” di Educatore, spurio perché senza laurea, *sanato* dalla L.205/2017.

2.3 l'educatore senza titolo

Merita un'attenzione particolare la condizione di questa massa di educatori *senza titolo* (professionalmente legittimati ex L 205/2017, ma senza laurea), dal 2018 collocati in una categoria definita dalla “sanatoria” ma inscrivibili nella sottospecie degli animali in via di estinzione, per età, per formazione, per l'insana e disfunzionale competizione tra colleghi “con” e “senza titolo”. Sono persone approdate per le più varie ragioni alle professioni educative, provenienti da percorsi estremamente eterogenei: ingegneri rinunciati e ricollocati professionalmente dal richiamo della fragilità umana, ex obiettori di coscienza sedotti dalla marginalità sociale, periti metalmeccanici calamitati dalle professioni d'aiuto, geometri, maestre, infermiere, dottori in conservazioni dei beni culturali senza beni da conservare... un'armata di esuli da altre professioni diventati educatori per ragioni che spesso assomigliano al “per caso”.

Questi operatori (più di un migliaio solo nel piccolo territorio della nostra regione) si sono formati sul campo, confrontandosi con le esigenze del lavoro, usufruendo dell'offerta formativa promossa dalle aziende per cui operavano (sanitarie, cooperative o altro), ma anche attraverso percorsi personali seguiti nel tempo libero dal lavoro e a proprie spese.

La maggior parte ha conseguito la qualifica di *Educatore Socio Pedagogico* secondo il dettato della citata legge 205/2017.

Questo piccolo esercito, strapazzato dal capriccio del legislatore, ha passato gli ultimi anni inseguendo le oscillanti indicazioni sul come “mettersi in regola” per non rischiare la defenestrazione.

Di fatto essere un educatore professionale socio pedagogico senza titolo è come avere contratto una malattia rara, di quelle che interessano il due per milione della popolazione e sulle quali non investe né la ricerca né l'industria farmaceutica. Sono in numero sufficiente per meritarsi un nome negli annali delle anomalie del sistema, ma troppo pochi per fare massa critica e commuovere la politica spingendola a prendere una posizione che sia meno che astratta.

3. Gli educatori socio pedagogici negli ambiti socio sanitari.

Dal momento che un punto fermo non è ancora stato trovato cercheremo di descrivere, Nel territorio in esame, gli effetti del percorso fin qui fatto. I servizi che impiegano educatori professionali socio pedagogici sono eminentemente rivolti alle disabilità, siano minori in ambito scolastico, FAP (fondi per l'autonomia possibile) o adulti nei servizi semi-residenziali (diurni) e residenziali. Per il novanta per cento (circa) si tratta di dipendenti o soci lavoratori di cooperative che vincono gli appalti banditi dagli enti pubblici. Una percentuale residua lavora in gestione diretta per gli enti pubblici: Comuni o Aziende Sanitarie.

In Friuli Venezia Giulia i concorsi per il reclutamento di personale per le Aziende Sanitarie vengono banditi e gestiti da ARCS (Azienda Regionale per il Coordinamento della Salute). L'ultimo pubblicato² scadeva il 31 luglio 2025 e NON prevedeva l'accesso ai laureati in L19 (diploma di laurea per la qualifica di Educatore professionale socio pedagogico), men che meno ai colleghi *senza titolo*, aprendo invece la partecipazione agli educatori socio sanitari e a una lista di laureati con titoli considerati equipollenti, anche provenienti da atenei non italiani, ma, appunto, non la laurea L19.

Non risultano altri bandi attivi (o scaduti di recente) per gli enti pubblici del territorio regionale accessibili ai laureati in L19. Pertanto in questa regione il canale principale di reclutamento rimane il privato sociale,

²<https://arcs.sanita.fvg.it/it/cittadini/concorsi/2025-concorso-pubblico-protn-26840-01072025-titoli/>

vale a dire, prevalentemente, il sistema della cooperazione.

Il succedersi di provvedimenti normativi non coerenti tra loro sembra quindi aver complicato piuttosto che risolto le questioni sul campo. Ci troviamo con ambiti dove coabitano Educatori L/snt2, educatori L19 ed educatori senza laurea (o con laurea diversa e non equipollente) sanati dalla legge 205/2017.

A titolo di riflessione epistemologica è il caso di ricordare che la Legge 205/17 è la legge di bilancio per l'anno di esercizio 2018, nella quale in modo giuridicamente lecito ma piuttosto acrobatico è stato inserito l'articolato originariamente pensato come legge autonoma a prima firma Iori. Come la si voglia intendere questa vicenda da' comunque la misura del valore che al tema è stato a suo tempo conferito. Una faccenda da risolvere in un modo o nell'altro con la stessa attenzione con cui si tenta di cacciare una mosca dal naso mentre si è intenti a fare altro. Più di vent'anni di dibattito e di riflessione risolti in margine ad una legge di bilancio.

Nel concreto cosa ha generato questa situazione? Come hanno trovato il modo di armonizzarsi o quanto meno di non intralciarsi operatori di provenienza e formazione diversa chiamati a lavorare su obiettivi sostanzialmente coincidenti? Perché il dato di fatto rimane questo: gli obiettivi sono gli stessi, il campo di lavoro il medesimo, gli strumenti a disposizione non dissimili.

La compresenza di professionalità diverse con obiettivi coincidenti non ha generato *equipe* multidisciplinari nelle quali competenze e specificità si siano amalgamate per perseguire finalità condivise. Sembra piuttosto che l'effetto sia stato una certa ridondanza, dove i caratteri peculiari dei diversi percorsi formativi: laurea "sanitaria", laurea "pedagogica" percorso "sul campo", non si sono costituiti a risorsa utile a coprire le eventuali carenze soggettive, ma hanno generato un'implicita competizione a rivendicare maggiore autorevolezza e titolo al fine di esercitare la funzione di leadership nei gruppi di lavoro. Rivendicazioni legittimate per i primi (i dottori) dal potere certificante del percorso universitario compiuto, per gli altri (titolati ma non laureati) dal sapere acquisito dalla lunga confidenza con la materia e dai percorsi accademici compensativi (ricordiamo: gestiti dallo stesso sistema universitario che laurea i primi).

A complicare l'orizzonte, in questa partita sono entrati col tempo altri profili professionali: il Terapista Occupazionale, il Tecnico dell'educazione e della riabilitazione psichiatrica e psicosociale (ci si mette più tempo a pronunciare il nome della professione che a conseguire il diploma di laurea) e ci perdoneranno i colleghi rimasti fuori dall'elenco: ogni giorno l'università crea nuove professioni in risposta a esigenze (talvolta forse non proprio dimostrate).

4. Il "gran ballo" delle diagnosi; nascita, evoluzione ed estinzione delle categorie patologiche.

Nel frattempo nel campo di gioco dove le diverse tipologie di educatore si confrontano alcune patologie sono scomparse o entrate in via di estinzione, sostituite da altre più "alla moda". L'affermazione può apparire irriverente e provocatoria ma non è immotivato il sospetto che anche in ambito clinico le cose dichiaratamente soggette al metodo scientifico si trovino esposte ad influenze ed andamenti che di scientifico talvolta hanno poco. Si confrontino le diverse edizioni del DSM (III, IV, V...) ³ per verificare il numero delle patologie "scomparse" o declassate ⁴ e di quelle di nuovo inserimento. La classificazione dei Disturbi Mentali ha infatti subito revisioni e modifiche nel corso delle diverse edizioni pubblicate, influenzata dalle evidenze scientifiche emerse dagli studi ma anche dall'evoluzione culturale della società e delle sensibilità che esprimono.

Per tornare alle patologie che ora si sono prese la scena da protagonisti citiamo l'ampio "ombrello" che

³Diagnosic and Statistical Manual of Mental Disorders pubblicato dall'American Psychiatric Association.

⁴Citiamo qui l'emblematico caso della classificazione dell'omosessualità. L'OMS ha smesso di considerarla una psicopatologia il 17 maggio del 1990 finalmente definita una "variante naturale del comportamento umano". La decisione è entrata ufficialmente in vigore con l'edizione IDC-10 del 1994 (International Classification of Diseases)

sottende le diverse tipologie dei *disturbi del neurosviluppo*, prima tra tutte il *disturbo dello spettro dell'autismo* che ha occupato il proscenio relegando nell'ombra il variegato catalogo delle altre situazioni di disabilità.

E' qui appena il caso di accennare al tema della diagnostica prenatale, causa prima della diminuzione della percentuale dei soggetti con la sindrome di Down. Poche decine di anomalie genetiche sono individuabili (se hai soldi da spendere un po' di più) mentre migliaia restano invisibili alla deriva eugenetica che permea la nostra società, rendendo così i neo genitori sempre meno preparati ad affrontare il loro ruolo genitoriale, specialmente se il figlio dovesse rivelarsi portatore di una qualche forma di disabilità. Non si emettono qui giudizi morali, ma non ci si può esentare dal considerare la questione dal punto di vista etico - antropologico. La nostra sembra essere una società schizofrenica dove il tema dell'eutanasia viene assimilato all'omicidio mentre l'interruzione volontaria di gravidanza viene definita "aborto terapeutico". Da un lato la morte è assassinio dall'altro è cura. Il tema esula dalle intenzioni di questo contributo ma gli accostamenti non sono arbitrari, tutto si tiene in un'intricata rete di interdipendenze dove l'interazione tra cause e conseguenze è sempre più complessa di come non appaia. Anche la partita del governo dei servizi alla disabilità deriva dallo stesso ecosistema culturale che legittima la diagnostica prenatale, le decisioni che ne derivano e più in generale l'atteggiamento che la nostra cultura ha nei confronti della vita e delle variegate forme che sa assumere. Così le scelte di chi governa i Servizi sono al tempo stesso cause ed effetto del contesto in cui si dispiegano. Non parliamo qui delle singole persone, e della loro posizione nella catena delle responsabilità decisionali. Ci riferiamo piuttosto ai gruppi di lavoro su base regionale e nazionale che orientano poi anche a valle le politiche di gestione del sistema.

5. Il presente

Il presente sembra esibire nelle aziende sanitarie il dominio di una politica dove tutto quello che non è accompagnato dall'aggettivo *sanitario* viene guardato con sospetto. Se poi la matrice è umanistica il sospetto diventa certezza. Il tema delle *medical humanities* e in generale gli approcci non rigidamente *evidence based* sono visti come approcci al limite della stregoneria o vezzi da operatori sprofondati nel *burn out* conclamato. Ogni scelta ha la pretesa di essere guidata da criteri rigorosamente scientifici, tutto il resto è trattato alla stregua della superstizione.

Peccato che in questo modo si butti il bambino con l'acqua sporca.

Ben inteso qui non si intende rigettare il *metodo scientifico* né respingere i fondamentali contributi delle neuroscienze. Si desidera però richiamare l'attenzione su come non tutto possa essere esaurientemente detto con un solo linguaggio e come sia necessario tenere aperte più piste e conservare la disponibilità a lasciarsi sorprendere perché come sosteneva Eraclito, "chi non si attende l'inaspettato non troverà la verità" (Eraclito, frammento 18DK).

Questa posizione è al momento minoritaria in seno ai governi regionali dalla sanità ma, citando Anatole France "Se un milione di persone dice una cosa stupida, la cosa non cessa di essere stupida". Il fatto di essere maggioranza non è certificazione di verità e il fatto di rappresentare una posizione di minoranza non è sinonimo né di errore né di sconfitta, esige semmai la moltiplicazione degli sforzi per ottenere lo spazio e il riconoscimento che la professionalità del pedagogo e dell'educatore socio pedagogico meritano.

A tale scopo sarebbe quantomai utile che tutte le figure coinvolte nei processi educativi in ambito sanitario tenessero nella dovuta considerazione le linee guida pubblicate nell'ottobre 2025 dall'Istituto Superiore di Sanità⁵, esito del lavoro di un *panel* di esperti che certo non possono essere sospettati di propendere acriticamente verso fantasie romanticamente orientate ad approcci umanistici.

Il corposo documento riunisce le osservazioni e gli indirizzi elaborati dal più qualificato gruppo di lavoro attualmente operante in Italia in tema di trattamento dei disturbi dello spettro dell'autismo. Ad onta del

⁵Raccomandazioni della linea guida sulla diagnosi e sul trattamento del disturbo dello spettro autistico in bambini e adolescenti, ISS, ottobre 2025. Le raccomandazioni contenute in questa Linea Guida rappresentano il punto di vista del Panel di esperti sulla diagnosi e il trattamento del disturbo dello spettro autistico in bambini e adolescenti, espresso dopo un'attenta lettura e interpretazione critica delle evidenze disponibili.

(imprevisto e indesiderabile) ritorno di protocolli ispirati a logiche comportamentiste (*evidence based* secondo i suoi convinti propugnatori), il documento rinnova ad ogni pagina l'invito alla relativizzazione, alla moderazione e al confronto tra diversi operatori (e diverse competenze) coinvolti nei processi di cura.

6. Conclusioni

L'obiettivo dovrebbe essere perseguire il miglior intervento possibile in un'ottica sistemica, non la definizione di liturgie da imporre ai destinatari della cura, salvo che la cura non sia intesa come l'esecuzione di una sentenza. In una prospettiva multidisciplinare, l'incontro e l'armonizzazione di competenze si costituisce a risorsa preziosa, arricchendo lo sguardo delle figure coinvolte nel processo educativo e aprendo la strada a una progettazione capace di adattarsi in modo fluido alla mutevolezza delle richieste, dei contesti, delle persone.

Bibliografia essenziale

Il testo è stato redatto partendo dalla lettura incrociata dei riferimenti legislativi con le pratiche in atto nei diversi contesti di applicazione, quindi la bibliografia rimanda principalmente alle leggi citate:

- D.M. 520/98
- L. 240/2010
- L.R. 17/2014
- L. 205/2017
- L. 55/2024

i testi consultati sono:

- DSM – V, manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, Cortina ed., 2023
- Anatole France, Oeuvres (tomi I-IV), Bibliothèque de la Pléiade NrF, 1984/2009
- Eraclito. I frammenti e le testimonianze, Fondazione L. Valla, Mondadori, 1987

Sulle diverse figure educative la bibliografia è sterminata, qui si è fatto riferimento principalmente a: Vanna Iori (a cura di) Educatori e pedagogisti, senso dell'agire educativo e riconoscimento professionale. Erickson 2018.