

Il ruolo dell'azione pedagogica e del sostegno educativo negli interventi di cura

Antonio Colonna

I servizi alla persona

La tesi che si intende sviluppare in questo saggio, nasce dall'ipotesi che senza riconoscimento della persona nella sua umanità, senza restituzione di dignità e senza valorizzazione della sua soggettività e delle sue risorse, non è possibile avviare un efficace rapporto di cura¹.

Tale punto di vista nasce dall'esperienza di chi scrive, maturata in trent'anni di lavoro di cura nei servizi socio-sanitari, prima come educatore nei servizi dedicati al sostegno di disabili intellettivi, poi come responsabile di servizi riabilitativi e socio-educativi; infine, come Direttore di servizi socio-assistenziali. Nasce, inoltre, dagli approfondimenti teorici e scientifici effettuati nella continua necessità di affiancare alla prassi del lavoro quotidiano un costante confronto con i modelli teorici che orientano la mia azione².

¹ Sul tema del "riconoscimento" in merito alla questione dei diritti è in corso, ormai da anni, un dibattito a livello internazionale. Cfr., tra i vari contributi: S. Rodotà, *La vita e le regole. Tra diritto e non diritto*, Milano, Feltrinelli, 2009; N. Fraser, A. Honneth, *Redistribuzione o riconoscimento? Una controversia politico-filosofica*, trad. it. Milano, Meltemi, 2007.

² Cfr., tra i numerosi riferimenti, P. Bertolini, *L'operatore pedagogico*, Bologna, Cappelli, 1984; Id., *Ad armi pari. La pedagogia a confronto con le altre scienze sociali*, Torino, UTET, 2005.

In riferimento all'esperienza concreta, si possono evidenziare i seguenti aspetti, che si sono presentati puntualmente nei casi che ho seguito:

1. la persona che si rivolge al *care giver* ha delle aspettative e dei preconcetti;
2. la diagnosi, le valutazioni e le indicazioni di cura sono sottoposte alla validazione del giudizio del paziente/utente (giudizio che determina l'esito della cura);
3. la relazione che si instaura tra curante e paziente/utente è sempre di tipo sistemico e riguarda anche il suo ambiente di vita, il proprio nucleo familiare di riferimento;
4. senza una relazione autentica tra curante e paziente, si riducono considerevolmente gli esiti positivi dell'intervento.

Gli aspetti sopra indicati evidenziano come il rapporto tra curante e curato è determinato da una pluralità di fattori che non possono ridursi esclusivamente alla definizione diagnostica e alle prescrizioni di trattamenti per lo più di tipo farmacologico³. Nel corso della mia esperienza, infatti, ho potuto constatare che questo approccio è quello che, in molti casi, determina la cronicità e la conferma delle condizioni di malessere del paziente.

Cosa determina questa realtà?

In primo luogo, occorre evidenziare la presenza di due approcci paradigmatici che hanno caratterizzato la storia dei servizi di cura. Il primo è il *paradigma sanitario*⁴, che definisco medico-centrico, fortemente presente nella cultura scientifica occidentale, che ha il suo fondamento nell'idea che

³ Cfr., come riferimento imprescindibile, ancora attualissimo, F. Basaglia (a cura di), *L'istituzione negata. Rapporto da un ospedale psichiatrico*, Torino, Einaudi, 1973. Si veda, inoltre, R. Carli, R.M. Paniccìa, *La cultura dei servizi di salute mentale in Italia*, Milano, Franco Angeli, 2011.

⁴ Nei servizi che si occupano di problemi sociali è ampiamente e profondamente diffuso un paradigma che possiamo chiamare "sanitario" perché è collegato alla medicina, alla tradizione scientifica a cui la medicina occidentale si ricollega e perché ha un fondamento centrale nell'idea che sia possibile risanare, eliminare il male e restituire integrità. Si vedano: F. Franzoni, M. Anconelli, *La rete dei servizi alla persona. Dalla normativa all'organizzazione*, Roma Carocci, 2014; F. Olivetti-Manoukian, *Oltre la crisi. Cambiamenti possibili nei servizi socio-sanitari*, Milano, Guerini e Associati, 2015; A. Campanini, *L'intervento sistemico. Un modello operativo per il servizio sociale*, Roma, Carocci, 2002.

sia possibile sempre curare per risanare, eliminare la malattia e guarire il corpo malato. Un'ottica che si sostanzia nel vedere il benessere della persona come assenza di malattia e per raggiungere questo risultato occorre affidarsi agli specialisti e al loro potere salvifico⁵.

Il secondo è il *paradigma sociale*⁶, che riconosce la presenza di fattori multipli che determinano il disagio e che vanno affrontati in una prospettiva diversa, al fine di cogliere opportunità, legami e risorse di cura nella persona stessa e nel suo ambiente di vita. In questa prospettiva, diviene centrale il ruolo del singolo, dei suoi diritti soggettivi e della sua autodeterminazione. Una prospettiva, in sostanza, nella quale il concetto di "servizi alla persona" diviene un modello di impostazione dei servizi socio-sanitari, dove al centro del sistema vi è la persona con le sue risorse e i suoi bisogni⁷. Le procedure, le prestazioni e, quindi, gli adempimenti non vengono prima della persona ma sono visti come strumenti per raggiungere lo scopo finale dei servizi, che è quello di prendersi cura della complessità dell'individuo, affiancandolo e sostenendolo nel suo percorso di vita, evitando ogni atteggiamento relazionale prescrittivo e direttivo⁸.

Da un punto di vista più strettamente teorico e scientifico, questi due paradigmi rappresentano due differenti approcci alla concezione della

⁵ Una tecnologia imponente unita a retorici discorsi egualitari ha creato l'impressione che la medicina contemporanea sia altamente efficace. Su questi aspetti, pensatori come Ivan Illich, Michel Foucault e, per altri versi, Hans Jonas hanno concentrato la propria riflessione critica. Cfr. I. Illich, *Nemesi medica. L'esperienza della salute*, trad. it. Como, Red Edizioni, 2016; M. Foucault, *Nascita della clinica. Un'archeologia dello sguardo medico*, trad. it. Torino, Einaudi, 1963; H. Jonas, *Tecnica, medicina ed etica. Prassi del principio di responsabilità*, trad. it. Torino, Einaudi, 1997.

⁶ Il modello di intervento sociale, nella caratterizzazione che lo distingue dal sanitario, fa riferimento a un *modo di pensare complesso che riconosce l'esistenza di più razionalità limitate, di irrazionalità inspiegabili, di potenzialità non immaginate*, di cui si tratta di prendere atto, senza certezze e accettando che non tutto è controllabile, che gli esiti dell'agire sono per lo più diversi da quelli attesi. Cfr. F. Olivetti-Manoukian, *Oltre la crisi*, cit.

⁷ Cfr. E.R. Martini, A. Torti, *Fare lavoro di comunità. Riferimenti teorici e strumenti operativi*, Roma, Carocci, 2003. Sulla specificità del lavoro educativo, si veda: P. Zuffinetti, *Le competenze dell'educatore professionale*, Roma, Carocci, 2004.

⁸ La salute di un popolo dipende dal modo in cui le azioni politiche condizionano l'ambiente e creano quelle circostanze che favoriscono in tutti, e specialmente nei più deboli, la fiducia in se stessi, l'autonomia e la dignità. Cfr. I. Illich, *Nemesi medica. L'esperienza della salute*, cit.